

# **FUNCTIEDIFFERENTIATIE BINNEN DE THUISZORG**

**De functies van wijkverpleegkundige,  
wijkverpleegster en gezinsverzorgende  
nader omschreven**



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

P.G.M. Jansen  
A. Kerkstra

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030 - 31 99 46

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Jansen, P.G.M.

Functie differentiatie binnen de thuiszorg : de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende nader omschreven / P.G.M. Jansen, A. Kerkstra. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-210-5

Trefw.: functiebeschrijvingen; wijkverpleging / functiebeschrijvingen; thuiszorg.

Omslag : M. Cornelius

Tekstverw./layout : M.v.d.Meulen

# INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b>	v
------------------	---

<b>SAMENVATTING</b>	vii
---------------------	-----

## 1. INLEIDING

1.1. Achtergrond van het onderzoek	1
1.2. Functiedifferentiatie als mogelijke oplossing	4
1.3. Doel van het onderzoek	5
1.4. Overzicht van het rapport	7

## 2. ORGANISATORISCH KADER

2.1. Organisatiekenmerken	9
2.2. Arbeidsverdeling	11
2.2.1. Verticale arbeidsverdeling	11
2.2.2. Horizontale arbeidsverdeling	12
2.2.3. Taak- en functievorming	17
2.3. Vraagstellingen	20

## 3. HET BEROEP VAN VERPLEEGKUNDIGE EN VERZORGENDE

3.1. Begripsomschrijving	23
3.2. Verpleegkundig beroepsprofiel	25
3.3. Beroepsprofiel Verzorgende	28
3.4. Functiedifferentiatie binnen de extramurale verpleging in andere landen	30

## **4. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK**

4.1. De onderzoekspopulatie	37
4.2. Meetinstrument	42
4.3. Uitvoering van het onderzoek	43
4.4. Uittesten van ontwikkelde complexiteitscriteria	45

## **5. RESULTATEN: VERTICALE FUNCTIEDIFFERENTIATIE**

5.1. De functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster	47
5.2. De functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende	56
5.3. De intake	64
5.4. Conclusie	68

## **6. CRITERIA VOOR COMPLEXITEIT VAN DE VERPLEEGSITUATIE**

6.1. Aanwezigheid van criteria voor complexiteit	75
6.2. Ontwikkelde criteria voor complexiteit	80
6.3. Betrouwbaarheid van de criteria voor complexiteit	86
6.4. Validiteit van de criteria voor complexiteit	88
6.5. Conclusie	93

## **7. RESULTATEN: HORIZONTALE FUNCTIEDIFFERENTIATIE**

7.1. De functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster	95
7.1.1. Redenen voor horizontale functiedifferentiatie	97
7.1.2. Aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie	99
7.1.3. Indelingscriteria voor horizontale functiedifferentiatie	102
7.2. De functie van gezinsverzorgende	111
7.3. Conclusie	112

## 8. AANBEVELINGEN

8.1. Verticale functiedifferentiatie	118
8.1.1. De functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster	118
8.1.2. De functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende	130
8.2. Horizontale functiedifferentiatie	136
8.3. Tot besluit	143

## GERAADPLEEGDE LITERATUUR 145

**BIJLAGE 1 :** Begrippenlijst

**BIJLAGE 2 :** Deelnemers aan de invitational conference  
d.d. 8 september 1992

**BIJLAGE 3 :** Test van de criteria voor complexiteit

verticale functiedifferentiatie: onderscheid in functie-niveaus  
horizontale functiedifferentiatie: het werken met  
aandachtgebieden



## VOORWOORD

In dit rapport wordt een beschrijving gegeven van een onderzoek naar functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Het betreft een nadere omschrijving van de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende. Het onderzoek is op initiatief en in opdracht van de besturen van de NU '91 en de daaraan verbonden sectie MGZ uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft het onderzoek gefinancierd.

Hierbij willen we alle erkende kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek bedanken, alsmede de wijkverpleegkundigen die hebben deelgenomen aan het onderzoek naar de criteria voor complexiteit van de verpleegsituatie.

De begeleidingscommissie die ter ondersteuning van dit onderzoek is samengesteld bestond uit:

- Mw. L. Hadders, op persoonlijke titel (voorzitter)
- Dhr. J.M.F. Bosveld, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- Mw. H. Huijjer-Abu Saad, Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Verplegingswetenschap
- Dhr. P.H. Jonkergouw, Kruisvereniging Breda
- Dhr. R. Laagewaard, Ministerie van WVC, Hoofdafdeling Thuisverpleging en Verzorging
- Mw. G. Raas op persoonlijke titel, maar op verzoek van de Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (momenteel sectie MGZ van de NU '91)
- Mw. M.S. Roelfzema, Stichting Thuiszorg Hilversum, 's Graveland en Loosdrecht
- Mw. H.E.M. Sales, Thuiszorg Centraal Twente
- Dhr. W.J. Speets, Samenhangend geheel van Onderwijsvoorzieningen Gezondheidszorg in de regio Rijnmond - 1995 (SOG '95)
- Mw. R. van Vliet, Ministerie van WVC, Geneeskundige Hoofdinspectie
- Mw. A.M.A. van Wisselingh, Sociaal Centrum Goes (op verzoek van de STING)

Wij danken de leden van de commissie van harte voor hun constructieve bijdrage aan het rapport. Eveneens worden de deelnemers aan de 'invitational conference' bedankt voor hun inbreng. Tot slot worden ook alle andere personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt, met name mevrouw M. van der Meulen voor de secretariële ondersteuning en de personen die de enquête hebben afgenomen, hartelijk bedankt voor hun medewerking.

Utrecht,  
januari 1993



## SAMENVATTING

Als gevolg van verschillende ontwikkelingen binnen de maatschappij en de gezondheidszorg wordt binnen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging een bruikbare functiedifferentiatie (herverdeling van taken) noodzakelijk geacht. Derhalve heeft dit onderzoek tot doel: "het ontwikkelen van concrete en in de praktijk toepasbare functiedifferentiaties voor de extramurale verpleging, waarbij binnen de thuiszorg, met het oog op de (toekomstige) integratie van kruiswerk en gezinsverzorging, tevens gedifferentieerd zal worden tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging."

Het onderzoek heeft een sterk beroepsinhoudelijk karakter waarbij het accent met name ligt op de extramurale verpleging en in mindere mate op de gezinsverzorging.

Functiedifferentiatie is vanuit twee invalshoeken benaderd. Allereerst is gekeken naar de *verticale functiedifferentiatie* waarbij beroepsprofielen als uitgangspunt zijn gebruikt. Enerzijds is hierbij aandacht besteed aan de afbakening en afstemming van taken tussen de functies van verpleegkundige en verpleegster binnen de extramurale verpleging. Het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) is hiervoor als uitgangspunt genomen. Anderzijds gaat het om een afbakening en afstemming van taken tussen de functie van wijkverpleegster en de functie van gezinsverzorgende. Het onderzoek richt zich hierbij op het 'grijze gebied' tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging. Voor de functie van gezinsverzorgende is het Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende (1990) als vertrekpunt genomen. Aandacht wordt besteed aan de verschillen tussen de verpleging en de verzorging waarbij tevens samenwerkingsmogelijkheden in beschouwing worden genomen.

De tweede invalshoek betreft de *horizontale functiedifferentiatie*. Binnen het generalistisch takenpakket dat ontstaat uit de verticale functiedifferentiatie, is ten aanzien van de extramurale verpleging gezocht naar mogelijkheden om het takenpakket aan te passen aan de kwaliteitseisen die de zorgverlening vraagt. Bijvoorbeeld het aanstellen van verpleegkundig specialisten, het construeren van aandachtsgebieden en het onderscheiden van een sector 'ouder- en kindzorg' en een sector 'volwassenenzorg'. De

kwaliteit van arbeid is hierbij niet uit het oog verloren. Arbeidssatisfactie van de zorgverleners speelt een belangrijke rol in de uiteindelijke formulering van richtlijnen voor de horizontale functiedifferentiatie. Binnen de gezinsverzorging is weinig aandacht besteed aan de horizontale functiedifferentiatie aangezien uit de resultaten bleek dat dit nauwelijks aan de orde is.

Voor een inventarisatie van de huidige situatie en ontwikkelingen met betrekking tot functiedifferentiatie is gebruik gemaakt van een uitgebreide *telefonische enquête* en zijn relevante *interne nota's* van de organisaties bestudeerd. Tijdens de enquête bleek het enthousiasme voor deelname erg groot: 84% van alle erkende kruisorganisaties en 59% van de instellingen voor gezinsverzorging hebben deelgenomen aan de enquête.

Uit de *resultaten* met betrekking tot de verticale functiedifferentiatie komt allereerst naar voren dat binnen de extramuraal verpleging in ongeveer 40% van de erkende kruisorganisaties onduidelijkheden bestaan over de taakafstemming en taakafbakening. De mate van complexiteit van de verpleegsituatie wordt als één van de onderscheidende kenmerken tussen de functies beschouwd. Echter, de meetinstrumenten die hiervoor worden gehanteerd zijn niet getoetst op betrouwbaarheid en validiteit. Eveneens ontbreekt een verantwoord kader waarbinnen de criteria uit de meetinstrumenten kunnen worden geplaatst. Tijdens dit onderzoek zijn de criteria geplaatst binnen een 'verpleegkundig kader' waaruit een analyseformulier voor het bepalen van de mate van complexiteit binnen verpleegsituaties is voortgekomen. Ter bepaling van validiteit en betrouwbaarheid is het analyseformulier aan de hand van vijf gevalsbeschrijvingen uitgetest; 65 wijkverpleegkundigen hebben aan dit onderzoek deelgenomen. Geconcludeerd kan worden dat het formulier goed is te hanteren in de praktijk, maar dat een aantal criteria nog onvoldoende betrouwbaar is. Het nader uittesten van de criteria bij bestaande cliëntsituaties in de praktijk is noodzakelijk.

Een ander belangrijk resultaat met betrekking tot de verticale functiedifferentiatie is, dat op één na alle kruisorganisaties vinden dat wijkverpleegkundigen regelmatig werkzaamheden beneden hun niveau uitvoeren. Complexe verpleegsituaties komen volgens de respondenten slechts in kleine mate voor waardoor de personele verhouding van 3 wijkverpleegkundigen op 1 wijkverpleegster in de praktijk problemen veroorzaakt. Overeenkomstig het advies van de Commissie Werner (1991)

vinden veel organisaties dat aandacht dient te worden besteed aan groeimogelijkheden naar verschillende niveaus binnen afzonderlijke functies. Tot slot wordt hier vermeld dat er eveneens veel onduidelijkheid is ten aanzien van het 'grijze gebied' tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging met betrekking tot de taakafbakening en taakafstemming. Door een verschuiving van bepaalde taken van de extramurale verpleging naar de gezinsverzorging wordt deze onduidelijkheid nog eens extra vergroot. Eenduidige uitgangspunten die het onderscheid aangeven tussen het beroep van verpleegkundige en het beroep van verzorgende ontbreken.

Ten aanzien van de horizontale functiedifferentiatie blijkt dat veel erkende kruisorganisaties hierin een mogelijkheid zien om het totale zorgpakket van de extramurale verpleging te garanderen door het leveren van een goede kwaliteit op een deskundige en efficiënte wijze. In de toekomst zal binnen bijna alle erkende kruisorganisaties sprake zijn van specialisatie (met name in de vorm van een onderscheid tussen de sector ouder- en kindzorg en de sector volwassenenzorg). Eveneens zal in de toekomst binnen een grote meerderheid van de erkende kruisorganisaties sprake zijn van het werken met aandachtsgebieden door wijkverpleegkundigen en door wijkverpleegsters. Uit de interne nota's van de erkende kruisorganisaties blijkt een grote diversiteit in de uiteindelijke constructie van de aandachtsgebieden. Voortgang op deze wijze zal leiden tot onduidelijkheden in de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster en tot problemen voor een gemeenschappelijk en gericht bijscholingsbeleid.

De hierboven beschreven resultaten hebben geleid tot de formulering van achttien *aanbevelingen*. In alle aanbevelingen wordt veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de arbeid. De aanbevelingen zijn dusdanig geformuleerd dat een redelijke en volledig functie wordt gegarandeerd. Aan de hand van het verpleegkundig proces wordt aanbevolen waaruit de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de wijkverpleegkundige en wijkverpleegster bestaan. Het verpleegkundig beroepsprofiel is hiermee nader uitgewerkt voor de extramurale verpleging. Hierin is eveneens een systeem voor cliënten-toewijzing uitgewerkt. Tevens wordt in deze aanbevelingen aangegeven op welke wijze de uitvoerende organisaties en de beroepsorganisaties kunnen bijdragen aan een duidelijke functiedifferentiatie binnen de extramurale verpleging. Ten aanzien van het 'grijze gebied' worden uitgangspunten gepresenteerd waarmee een verschil wordt gemaakt in het deskundigheidsgebied van de extramurale verpleging en

het deskundigheidsgebied van de gezinsverzorging. Voor de overlappende werkzaamheden worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot de uitvoering en (eind)verantwoordelijkheid. Respect voor elkaars specifieke deskundigheid (verpleegkundig versus verzorgend) is hierbij van belang. Tot slot worden aanbevelingen gedaan over het werken binnen afzonderlijke sectoren en met aandachtsgebieden. Aangegeven wordt op welke wijze een horizontale functiedifferentiatie op verantwoorde wijze gestalte kan krijgen en welke eisen dit stelt aan de thuiszorg-organisaties (bijv. een verantwoord bijscholingsbeleid). Gepoogd is om enige lijn te brengen in de grote diversiteit die er bestaat met betrekking tot de realisatie van horizontale functiedifferentiatie in de praktijk.

# 1. INLEIDING

Binnen de maatschappij en de gezondheidszorg zijn ontwikkelingen gaande die gevolgen hebben voor de verpleging en verzorging in het algemeen en de extramurale verpleging en gezinsverzorging in het bijzonder. Deze ontwikkelingen vormen de achtergrond van dit onderzoek en hebben geleid tot een doelformulering waarin functiedifferentiatie centraal staat: een herverdeling van taken binnen de extramurale verpleging en van taken in het 'grijze gebied' tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging. Zowel de achtergronden als het doel van het onderzoek worden in deze inleiding gepresenteerd. De inleiding wordt afgesloten met een overzicht van het rapport.

## 1.1. Achtergrond van het onderzoek

De achtergrond voor dit onderzoek wordt gevormd door verschillende ontwikkelingen binnen de maatschappij en de gezondheidszorg. Het betreft ontwikkelingen die vanuit de 'gezondheidsoptiek' gevolgen hebben voor de wijkverpleging en vanuit de 'zelfredzaamheidsgedachte' andere eisen stellen aan het werk van de gezinsverzorging.

Allereerst worden de *demografische ontwikkelingen* genoemd. Te constateren is, dat het aantal ouderen in de bevolking is toegenomen en in de komende jaren verder zal toenemen (CBS, 1990). De vraag naar verpleging zal niet alleen toenemen omdat de ouderen een groter beroep doen op de voorzieningen, maar ook omdat de zorg voor deze bevolkingsgroep intensiever is (NRV, 1988a; Kooiker et al, 1992). De extramurale verpleging en de gezinsverzorging zullen in ontwikkeling mee moeten gaan om een antwoord te kunnen bieden op de toegenomen omvang van de zorgvraag. Efficiëntie en effectiviteit ten aanzien van het organiseren van het werk spelen hierbij een grote rol. Het personeel moet doelmatig worden ingezet waarbij kwaliteit van zorg de hoogste prioriteit verdient. Om een adequaat antwoord te kunnen geven op de hulpvraag is het van belang, dat een beroepsbeoefenaar met de juiste deskundigheid op de juiste plaats wordt ingezet.

Samenhangend met de demografische ontwikkelingen spelen eveneens *epidemiologische ontwikkelingen* een belangrijke rol. De gezondheidstoestand van de bevolking zal veranderen. Voorbeelden die hierbij worden genoemd zijn psychiatrische en gerontologische aandoeningen, welvaartsziekten, ziektes zoals AIDS, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker, neurologische aandoeningen en CARA (NRV, 1988a; STG, 1987a; STG, 1987b, STG, 1990). Deze ontwikkelingen zullen leiden tot veranderingen in de aard van de zorgvraag. Voor de extramurale verpleging betekent dit een verandering in (dreigende) gezondheidsproblemen en de behandeling ervan. Hiermee samenhangend zal de gezinsverzorging te maken krijgen met een verandering van tekorten in zelfredzaamheid. Derhalve zal aandacht moeten worden besteed aan het behouden en vergroten van de deskundigheid van de verplegenden en verzorgenden om adequaat in te kunnen gaan op de veranderde zorgvraag.

De voortschrijdende *technologische ontwikkelingen* zullen in de gezondheidszorg nieuwe behandelings- en diagnose-mogelijkheden doen ontstaan. De verwachting is dat de veranderende behandelmethoden het totaal aantal verpleegdagen in ziekenhuizen zal doen toenemen bij een verkorting van de gemiddelde verpleegduur. In toenemende mate zullen diagnostische en therapeutische handelingen in de thuissituatie moeten en kunnen geschieden (STG, 1987a; NRV, 1988). Voor de extramurale verpleging hebben de technologische ontwikkelingen tot gevolg dat de complexiteit van de zorgvraag zal toenemen. Complexiteit in de vorm van het uitvoeren van de technologische handeling zelf (de zogenaamde voorbehouden handelingen), maar ook in de uitvoering van het totale behandelplan door verschillende disciplines. Deze complexe situaties vragen dan om een goede afstemming en coördinatie van activiteiten (Slingerland, 1991).

In het kader van de *beleidsontwikkelingen* wordt allereerst de functiegerichte benadering van zorg genoemd. Deze benadering beoogt een betere afstemming van hulpaanbod op hulpvraag en maakt het mogelijk dat aanbieders van zorg beter gaan samenwerken. Op deze manier wordt doelmatig en doeltreffend werken bevorderd en kwaliteit en continuïteit gewaarborgd. (Heydelberg, 1988) Het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken tot Samengaan' (Ministerie van WVC, 1990) past in deze benadering. Vanuit financieel/economische motieven wordt gepleit voor een integratie van kruiswerk en gezinsverzorging. Deze integratie heeft tot doel de efficiëntie van de thuiszorg te verhogen door onder

andere de juiste deskundigheid op de juiste plaats in te zetten en de aanwezige overlap in taken van de extramuraal verpleging en gezinsverzorging te reduceren.

Tot slot worden de *ontwikkelingen op de arbeidsmarkt* beschreven. Op de arbeidsmarkt wordt een toenemend tekort aan verplegenden en verzorgenden verwacht (van der Wind, 1991; van Tits et al, 1991). Vervolgens constateert de 'Commissie positiebepaling beroep van verpleegkundige en verzorgende' (Commissie Werner, 1991) een grote ontevredenheid onder de verplegenden. Verschillende redenen liggen hieraan ten grondslag: de zware werkdruk, het gebrek aan waardering, de onduidelijk afgebakende bevoegdheden en taken, onvoldoende mogelijkheden om de eigen taken zelfstandig uit te kunnen voeren en slechte afstemming van de opleiding op de praktijk.

Uit onderzoek blijkt dat wijkverpleegkundigen vaak taken beneden hun niveau uitvoeren (Kerkstra & Beerster, 1991). Deze situatie is ongewenst vanuit het oogpunt van kwaliteit, efficiëntie en arbeidssatisfactie. Aanwezigheid van duidelijke criteria voor complexiteit van de verpleegsituatie en het op basis hiervan toewijzen van een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster<sup>1</sup> aan de cliënt, is derhalve gewenst. Ten aanzien van het grijze gebied tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging betekent het dat een duidelijk onderscheid in uitgangspunten moet worden geformuleerd: wanneer wordt een wijkverpleegster ingezet en wanneer een gezinsverzorgende? In het kader van arbeidssatisfactie is het dus belangrijk dat de werkzaamheden binnen de verschillende functies duidelijk zijn omschreven, duidelijk zijn afgebakend en aansluiten op de capaciteiten van de uitvoerende.

Volgens de Commissie Werner is een belangrijk kenmerk van de verpleging de geringe eigen regelcapaciteit in de dagelijkse werkzaamheden. Derhalve wordt door de commissie aanbevolen naast instroombevorderende maatregelen veel energie te steken in het verminderen van de uitval

---

<sup>1</sup> In dit onderzoek wordt in navolging van het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) voor het tweede deskundigheidsniveau binnen de verpleging de term verpleger/verpleegster gebruikt. Op deze manier wordt het mogelijk om 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 uitvoerenden steeds in de vrouwelijke vorm voorkomen. Waar verpleegster staat geschreven, kan derhalve ook verpleger worden gelezen.

in de opleidingen en de uitstroom van personeel. Het verminderen van de uitstroom zal naar de mening van de commissie moeten berusten op een breed scala van maatregelen gericht op het aantrekkelijker maken van het beroep. Het toepassen van functiedifferentiatie wordt in dit kader als een belangrijke maatregel gezien om het verpleegkundig beroep aantrekkelijker te maken.

## **1.2. Functiedifferentiatie als mogelijke oplossing**

Als gevolg van voornoemde ontwikkelingen staat het begrip 'functiedifferentiatie' sterk in de belangstelling. Deze onderling samenhangende ontwikkelingen en hun gevolgen voor de extramurale verpleging en gezinsverzorging worden nog eens kort samengevat:

- de omvang van de zorgvraag is toegenomen als gevolg van demografische ontwikkelingen;
- door epidemiologische ontwikkelingen is de aard van de zorgvraag veranderd;
- aangevuld door technologische ontwikkelingen zullen vaker 'voorbehouden handelingen' moeten worden uitgevoerd en wordt coördinatie in situaties waarbij meerde disciplines zijn betrokken van groot belang;
- als gevolg van beleidsontwikkelingen is de rol van de extramurale verpleging en gezinsverzorging in de totale gezondheidszorg belangrijker geworden;
- op de arbeidsmarkt wordt een (toenemend) tekort aan verplegenden en verzorgenden verwacht; ontevredenheid speelt hierbij een grote rol.

Samengevat wijzen deze ontwikkelingen erop dat vanuit het oogpunt van doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening alsmede kwaliteit van de arbeid (arbeidssatisfactie, aantrekkelijkheid van het beroep) een goede functiedifferentiatie binnen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging zeer gewenst is.

Gezien de ontwikkelingen acht de beroepsgroep (de Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Maatschappelijke gezondheidszorg, die sinds mei 1992 is overgegaan in de sectie Maatschappelijke Gezondheidszorg van de NU'91) het voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de extramurale verpleging en de gezinsverzorging een noodzakelijke voorwaarde te komen tot een goede functiedifferentiatie binnen de thuiszorg.



Naast dit onderzoek worden ook andere projecten uitgevoerd die zich richten op functiedifferentiatie. Twee projecten worden hier in het kort genoemd. In opdracht van de Stichting AWOZ wordt functiedifferentiatie binnen de intramurale verpleging onderzocht (Kanters et al, 1992). Dit project beoogt inzichten te verwerven - en die ook uit te dragen - in de wijze waarop intramurale instellingen op een verantwoorde manier functiedifferentiatie kunnen invoeren in de praktijk. Uitgangspunt hierbij is het Verpleegkundig Beroepsprofiel. Het project vindt plaats in drie gezondheidszorgsectoren: algemene ziekenhuizen, algemene psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Het wordt uitgevoerd door Aorta, consultants voor de zorgsector, en het Nationaal Ziekenhuisinstituut, in samenwerking met acht instellingen.

Binnen de regio Rijnmond wordt in opdracht van de Ministeries O & W en WVC gewerkt aan het project SOG '95: Samenhangend geheel van Onderwijsvoorzieningen Gezondheidszorg in de regio Rijnmond, te realiseren in 1995 (Calon et al, 1992; Streumer et al, 1992) Het project is in 1990 opgezet om te komen tot een samenhangend stelsel van onderwijsvoorzieningen voor verplegende en verzorgende beroepen in de gezondheidszorg. Op nationaal niveau maakt het project SOG '95 deel uit van zes zogenaamde gesubsidieerde regio-experimenten, die op dit gebied in 1992 zijn gestart. Het Rotterdams experiment besteedt extra aandacht aan het aspect van 'afstemming van opleidingsniveau op functieniveaus in de gezondheidszorg, leidend tot een landelijk toepasbaar kwalificatiestructuur'.

### 1.3. Doel van het onderzoek

Op grond van omschreven ontwikkelingen en opvattingen kan het doel van dit onderzoek als volgt worden omschreven:

*Het ontwikkelen van concrete en in de praktijk toepasbare functiedifferentiaties voor de extramurale verpleging, waarbij binnen de thuiszorg, met het oog op de (toekomstige) integratie van kruiswerk en gezinsverzorging, tevens gedifferentieerd zal worden tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging.*

Om misvattingen te voorkomen wordt eerst het begrip 'thuiszorg' omschreven. Voor een definitie van thuiszorg wordt de Discussienota Thuiszorg (NRV, 1989c) geraadpleegd: "Thuiszorg is het geheel van

verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dat wordt verricht met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en/of (aanvullende) professionele zorg en dat er specifiek op is gericht de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie" (p. 20). Thuiszorg kan dus worden geleverd door meerdere disciplines. In dit onderzoek staan twee disciplines centraal, de extramurale verpleging en in mindere mate de gezinsverzorging.

Dit doel omvat een functiedifferentiatie vanuit twee invalshoeken: de organisatorische en de beroepsinhoudelijke optiek.

*Functiedifferentiatie binnen een organisatie* betekent, dat bij de arbeidsdeling c.q. clustering van taken niet primair wordt uitgegaan van bestaande beroepen. In principe is het daarbij mogelijk de werkzaamheden die verricht moeten worden, zo te verdelen dat voor ieder individu in de organisatie een serie handelingen wordt vastgesteld die een bijdrage moet leveren aan het (eind)produkt (NRV, 1990).

Toegepast op de extramurale verpleging en de gezinsverzorging betekent de organisatorische optiek, dat een verticale functiedifferentiatie wordt ontwikkeld. Enerzijds gaat het hierbij om een afbakening van taken tussen de twee functies binnen de extramurale verpleging. Uitgaande van het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) betreft het de functie van wijkverpleegkundige en de functie van wijkverpleegster.

Anderzijds gaat het om een afbakening van taken tussen de functie van wijkverpleegster en de functie van gezinsverzorgende. Voor de functie van gezinsverzorgende wordt het Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende (Werkgroep werkveld SOGW, 1990) als vertrekpunt genomen. Centraal bij de verticale functiedifferentiatie staat de 'complexiteit van de verpleeg- of zorgsituatie' en het verschil tussen verplegen en verzorgen. Een verticale differentiatie tussen de verschillende functies binnen de gezinsverzorging (zoals gediplomeerd- en ongediplomeerd helpenden) behoort niet tot het onderwerp van dit onderzoek. Hieraan dient in een ander onderzoek aandacht te worden besteed.

*Functiedifferentiatie binnen het beroep* betekent dat beroepsbeoefenaren behorend tot dezelfde discipline verschillende functies kunnen uitoefenen. Een functie kan specifieke toepassingen vragen van algemene beroeps-kwalificaties (NRV, 1990). Zo zal de functie van wijkverpleegkundige anders zijn, dan de functie van een psychiatrisch verpleegkundige.

Voor de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster betekent dit, dat het onderzoek zich richt op een horizontale functiedifferentiatie. Binnen het generalistisch takenpakket dat ontstaat uit de verticale functiedifferentiatie, zal ten aanzien van de extramurale verpleging worden gezocht naar mogelijkheden om het takenpakket aan te passen aan de kwaliteitseisen die de zorgverlening vraagt. Bijvoorbeeld het construeren van aandachtsgebieden en het onderscheiden van een sector ouder- en kindzorg en een sector volwassenenzorg. De kwaliteit van arbeid wordt hierbij niet uit het oog verloren. Arbeidssatisfactie van de zorgverleners zal een belangrijke rol spelen in de uiteindelijke formulering van richtlijnen voor horizontale functiedifferentiatie. Een horizontale functiedifferentiatie binnen de gezinsverzorging is in de praktijk veel minder een discussiepunt en zal derhalve slechts minimaal aan de orde komen.

#### **1.4. Overzicht van het rapport**

Tot slot van dit inleidend hoofdstuk wordt in het kort een overzicht gegeven van het rapport. In het tweede hoofdstuk wordt het theoretisch kader voor het onderzoek beschreven. Hierin komen algemene kenmerken van de twee typen organisaties (wijkverpleging en gezinsverzorging) aan de orde en wordt nader ingegaan op arbeidsverdeling binnen de organisaties. Het derde hoofdstuk beschrijft allereerst de twee beroepsprofielen die in dit onderzoek als uitgangspunt worden gehanteerd. Eveneens komen in dit hoofdstuk buitenlandse ervaringen betreffende functiedifferentiatie aan de orde. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de opzet en uitvoering van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 5 komen de resultaten van de enquête over de verticale functiedifferentiatie aan de orde. Aan de complexiteitscriteria wordt in hoofdstuk 6 aandacht besteed. De criteria die in de praktijk worden gehanteerd worden beschreven en nader uitgetest. De resultaten van de enquête met betrekking tot de horizontale functiedifferentiatie staan in het zevende hoofdstuk beschreven. Op grond van al deze resultaten worden in hoofdstuk 8 aanbevelingen gedaan voor de wijze waarop functiedifferentiatie gestalte kan krijgen. Tot slot wordt opgemerkt dat in dit rapport een begrippenlijst (zie bijlage 1) is opgenomen waarin essentiële begrippen zijn omschreven.



## 2. ORGANISATORISCH KADER

Om concrete en in de praktijk toepasbare functiedifferentiaties voor de extramurale verpleging en gezinsverzorging te kunnen formuleren, zal in dit hoofdstuk het organisatorisch kader worden beschreven waarbinnen het onderzoek heeft plaats gevonden. De beroepsinhoudelijke aspecten komen in het derde hoofdstuk aan de orde. Allereerst worden de algemene kenmerken van een organisatie aangegeven waarmee de wijkverpleging en de gezinsverzorging met elkaar kunnen worden vergeleken. Vervolgens wordt vanuit de organisatieliteratuur ingegaan op arbeidsverdeling binnen een organisatie. Differentiatie, specialisatie, functies en taken staan hierbij centraal. Tot slot van dit hoofdstuk zullen de vraagstellingen die aan dit onderzoek ten grondslag liggen worden gepresenteerd.

### 2.1. Organisatiekenmerken

Om functiedifferentiatie te kunnen realiseren is het allereerst van belang zicht te hebben op de totale organisatie. In deze paragraaf wordt derhalve beknopt aangegeven op welke wijze de extramurale verpleging en de gezinsverzorging zijn te karakteriseren. Voor een nadere omschrijving van de gehanteerde begrippen wordt verwezen naar Mintzberg (1983).

Een organisatie bestaat uit verschillende geledingen: de uitvoerende kern, de leidinggevende top, de controlerende staf en de ondersteunende staf. De verhouding waarin de verschillende geledingen in een organisatie voorkomen en het gewicht dat aan elk der geledingen wordt toegekend bepaalt het uiteindelijke type van de organisatie.

Afhankelijk van de hoeveelheid *macht* en invloed die elke geleding afzonderlijk heeft, is de organisatie in meer of mindere mate gecentraliseerd. Als al de formele macht om beslissingen te nemen berust bij één of een klein aantal posities in de organisatie, dan is die organisatie sterk *gecentraliseerd*. Bij een sterk *gedecentraliseerde* organisatie is de macht of de bevoegdheid tot het nemen van besluiten gespreid over verschillen-

de delen van de organisatie en mensen daarin (Kapteyn, 1986). Geconcludeerd wordt dat de erkende kruisorganisaties een grote mate van decentralisatie vertonen terwijl de instellingen voor gezinsverzorging met name berusten op centralisatie.

Mintzberg (1983) beschrijft een vijftal ideaal-typische organisatievormen. De extramurale verpleging is volgens deze typering het best te karakteriseren als een *organisch type*: de *professionele bureaucratie*. De structuur heeft meer het karakter van een netwerk. Communicatie verloopt zowel horizontaal als verticaal; bovendien meer in een sfeer van informatie en advies dan in een sfeer van instructies en voorschriften. De inhoud van het werk kan steeds worden aangepast in het licht van het belang van de organisatie als geheel. De uitvoerende kern (de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster) is de belangrijkste geleiding. Het werk wordt zelfstandig en routinematig verricht op basis van verworven kennis en vaardigheden. Coördinatie van de werkzaamheden vindt plaats via onderlinge afstemming. Wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters nemen in het kader van de zorgverlening zelf contact op met andere disciplines en instanties.

Voor de duidelijkheid wordt hier vermeld, dat de importantie van de uitvoerende kern niet betekent, dat de leidinggevende top (directie, management) geen invloed heeft op de uitvoerende kern. De zelfstandigheid en autonomie van de uitvoerenden moeten worden gezien binnen het beleid dat door de leidinggevende top is bepaald en door het middenkader wordt doorgegeven. Bijvoorbeeld als binnen een organisatie de intake is losgekoppeld van de directe zorgverlening heeft dat invloed op de autonomie van de wijkverpleegkundige.

De gezinsverzorging kent in meerdere mate een *mechanische* structuur en valt onder het type van een *machine bureaucratie*. Het zwaartepunt ligt met name op standaardisering van werkprocessen: de leidinggevende stelt de zorgvraag vast en het zorgplan op. De inhoud van het werk wordt bepaald door instructies van bovenaf. Rechten en plichten zijn nauwkeurig omschreven. Communicatie verloopt vooral langs verticale lijnen: informatie naar boven, instructies en beslissingen naar beneden. De rol van de leidinggevende staat centraal.

Binnen de hierboven beschreven typen organisaties wordt functiedifferentiatie nader uitgewerkt. Arbeidsverdeling staat hierbij centraal.

## 2.2. Arbeidsverdeling

Organisaties kunnen op verschillende manieren in kleinere eenheden of afdelingen worden ingedeeld. Men spreekt dan van arbeidsverdeling, verbijzondering van arbeid of het toepassen van ordeningsprincipes. Arbeidsverdeling kan zowel in verticale als horizontale richting plaats vinden.

### 2.2.1. Verticale arbeidsverdeling

Arbeidsverdeling in verticale richting wordt *verticale differentiatie* genoemd: op verschillende niveaus worden zoveel mogelijk gelijkwaardige taken gegroepeerd. Uitgaande van het criterium 'prijs van de arbeid', wordt een ordening aangebracht in de werkzaamheden. Resultaat is, dat verschillende takenpakketten ontstaan waarbinnen werkzaamheden vallen die gelijk worden beloond. Het kostenmotief (de efficiëntie) speelt hierbij een belangrijke rol. Uitgegaan wordt van de veronderstelling, dat een functionaris beloond zal willen worden naar het hoogst gekwalificeerde werk binnen het takenpakket. De verschillende taken binnen één takenpakket moeten dus van een vergelijkbaar niveau zijn (Keuning en Eppink, 1990).

Keuning en Eppink (1990) wijzen in dit kader op het gevaar van kwalitatieve onderbezetting of kwalitatieve overbezetting.

Binnen de extramurale verpleging en gezinsverzorging is dit gevaar al enigszins binnen geslopen. Wijkverpleegkundigen verlenen namelijk ook zorg die in beginsel moet worden uitgevoerd door een wijkverpleegster: in het takenpakket is sprake van een kwalitatieve onderbezetting. Bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige helpt verscheidene cliënten met 'kousen aantrekken' terwijl er geen sprake is van complexe situaties.

In de eerste plaats betekent dit, dat een te dure arbeidskracht wordt ingezet. Uit het oogpunt van het kostenmotief betekent dit een niet efficiënt organisatiebeleid. Ten tweede wordt verwacht, dat indien dit soort werkzaamheden de overhand heeft, de werkmotivatie van de wijkverpleegkundige sterk zal dalen. Ze krijgt in dit geval immers niet voldoende mogelijkheden om al haar capaciteiten te gebruiken.

Omgekeerd komt het in de praktijk ook voor dat een wijkverpleegster taken verricht die behoren tot het deskundigheidsgebied van een wijkverpleegkundige: in het takenpakket is sprake van een kwalitatieve overbezetting. Bijvoorbeeld het coördineren van de werkzaamheden rond een complexe cliëntsituatie. Op korte termijn kan dit kostenbesparend lijken,

omdat een goedkopere arbeidskracht 'hogere' werkzaamheden uitvoert. Echter, doordat de wijkverpleegster in beginsel niet is opgeleid voor het coördineren van complexe situaties kan dit op lange termijn ten koste gaan van de kwaliteit van zorg en de wijkverpleegster zelf.

Vervolgens dient de verticale differentiatie steeds in samenhang te worden gezien met de eis van de 'redelijke dagtaak' of 'volledige dagtaak'. Deze eis houdt in dat functionarissen in kwantitatieve zin met voldoende taken moeten zijn bezet en dat functionarissen in voldoende mate aanwezig moeten zijn om de te verrichten taken ten uitvoer te kunnen brengen. Factoren zoals arbeidsvoldoening, lichamelijke gezondheid en sociale rechtvaardigheid spelen hierbij eveneens een rol (Keuning en Eppink, 1990; Kapteyn, 1986). Het moet dus bijvoorbeeld niet voorkomen, dat een wijkverpleegster de hele ochtend overbezet is met curatieve taken terwijl de wijkverpleegkundige haar tijd niet vol kan krijgen.

Als de taakverdeling op grond van kostenoverwegingen leidt tot verschillende niveaus, staat dit uiteraard ook onder de werking van een bestuursmotief (de doelrealisatie). De via verticale differentiatie tot stand gekomen taakverdeling vergt leiding, zoals elke vorm van taakverdeling. Dat betekent dan ook dat de arbeidscapaciteit niet geheel kan worden bestemd ten gunste van uitvoerende werkzaamheden. Een gedeelte hiervan zal in beslag worden genomen door leiding gevende werkzaamheden. De verticale verbijzondering schept daardoor gezagsverhoudingen tussen leiders en uitvoerenden, ofwel er ontstaat een hiërarchie (Keuning en Eppink, 1990). De wijkverpleegkundige heeft dus een dubbele functie. Ze is uitvoerend in relatie tot de hoofdwijkverpleegkundige en superviserend in relatie tot de wijkverpleegster.

### **2.2.2. Horizontale arbeidsverdeling**

Uitbouw van de organisatiestructuur in horizontale richting komt tot stand door verbijzondering van gelijkwaardige verrichtingen (ontstaan uit de verticale arbeidsdeling) tot taken bestaande uit gelijksoortige werkzaamheden. Hierbij moeten de eisen die gesteld worden aan de uitvoering van werkzaamheden zo goed mogelijk aansluiten bij de deskundigheid van de functionaris.

De horizontale arbeidsverdeling kan vanuit het kostenmotief (de efficiëntie) worden opgesplitst in twee hoofdgroepen:



- Arbeidsverdeling georiënteerd op de eindprestatie. Hierbinnen zijn drie indelingen te maken: naar produkt of dienst, naar doelgroep of markt, naar geografisch gebied of plaats. Deze indelingen leiden tot min of meer afgeronde eenheden die een totaal produkt leveren. In dit geval is sprake van *specialisatie*;
- Arbeidsverdeling georiënteerd op de aard of fase van de bewerkingen / handelingen die moeten worden verricht: de functionele indeling. Deze oriëntatie is ongeacht de soort van het produkt, ongeacht de markt of ongeacht de geografische plaats van uitvoering. Kenmerkend hiervoor is, dat verschillende afdelingen elk een eigen bijdrage leveren in een bepaalde fase van een totaal produktie- of hulpverleningsproces. Er is dan sprake van *horizontale differentiatie* (Keuning en Eppink, 1990; Kapteyn, 1986).

Volgens de organisatieliteratuur ligt bij specialisatie het accent op de kwaliteit van het eindresultaat. Gegroepeerd wordt naar de samenhang tussen opeenvolgende bewerkingen of handelingen. Bij horizontale differentiatie daarentegen is de kwaliteit van de deeltaken het meest van belang. De samenhang tussen opeenvolgende werkzaamheden wordt verbroken.

Voor een nadere uitwerking van de begrippen specialisatie en horizontale differentiatie binnen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging zal het 'Advies Verpleegkundig Specialist' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989b) als uitgangspunt worden genomen.

In dit advies komen de begrippen 'initiële en post-initiële beroepsopleiding' aan de orde. Onder initiële beroepsopleiding wordt een specifieke opleiding verstaan, welke de onderwijsvragende in staat moet stellen om het beroep als beginnend beroepsbeoefenaar uit te oefenen (basisberoepsopleiding). Opleidingsvoorzieningen die gesitueerd zijn na de initiële beroepsopleiding en die gericht zijn op beroepsverdieping of op een speciale vorm van de beroepsuitoefening vallen onder de verzamelnaam post-initiële opleiding (vervolgopleiding).

Onder *specialisatie* (c.q. specialistische opleiding) verstaat de NRW (1989b): "een na de initiële beroepsopleiding gesitueerde opleidingsvoorziening die leidt tot een (als regel wettelijk) erkende kwalificatie voor het functioneren op een deelgebied van de beroepsuitoefening en die leidt tot het toekennen van een daaraan verbonden (wettelijk beschermde)

titel". Volgens de NRV (1989b) moet voor een specialistische opleiding worden uitgegaan van een post-initiële opleiding op HBO-niveau.

De hieruit voortkomende *verpleegkundig specialist* is dan een verpleegkundige die een (in de toekomst wettelijk) erkende specialistische opleiding op een deelgebied van de verpleegkundige beroepsuitoefening heeft gevolgd en die gerechtigd is de daaraan verbonden (in de toekomst wettelijk beschermde) titel te voeren.

Indien sprake is van een verpleegkundig specialisme en tot erkenning moet worden overgegaan, is volgens de NRV (1989b) aan een aantal criteria voldaan:

- de deskundigheid moet de algemene vakbekwaamheid *duidelijk* te boven gaan;
- die deskundigheid heeft betrekking op kennis, vaardigheden en aspecten van de beroepshouding;
- er moet sprake zijn van een op een deelgebied gerichte hoog gekwalificeerde werkzaamheid;
- de hoog gekwalificeerde werkzaamheid moet door de collectiviteit der beroepsbeoefenaren zijn erkend;
- het moet in het belang zijn van de individuele gezondheidszorg.

De *duidelijk* de algemene vakbekwaamheid te bovengaande deskundigheid is ook gerelateerd aan de inhoud en omvang van de te verwerven kennis en vaardigheden. Dit impliceert dat niet voor alle specifieke kennis gesproken kan worden van een deskundigheid die de algemene vakbekwaamheid te boven gaat. In dit geval is sprake van differentiatie. *Differentiatie* wordt derhalve omschreven als een verbijzondering van een initiële of post-initiële beroepsopleiding die leidt tot een bijzondere deskundigheid voor het functioneren op een deelgebied van het beroep, zonder dat er een verzelfstandiging van die deskundigheid plaatsvindt. Deze deskundigheidsbevordering is dus meer bedoeld om door kennisverwerving op een bepaald gebied beter te kunnen functioneren.

De omschrijving die de NRV (1989b) geeft van het begrip 'specialisatie' vertoont grote gelijkenis met de omschrijving uit de gepresenteerde organisatieliteratuur. De NRV (1989b) koppelt er echter een titel aan.

De omschrijving van het begrip 'differentiatie' daarentegen, geeft aan 'horizontale differentiatie' binnen de extramurale verpleging een enigszins andere betekenis. De totale zorgverlening van een basiseenheid wordt gezien als één produkt dat opgebouwd is uit een verscheidenheid aan

werkzaamheden aan diverse soorten cliënten. De wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters verlenen allen tezamen de gewenste totaliteit aan zorg, door elk afzonderlijk extra aandacht te besteden aan bepaalde werkzaamheden of een bepaalde cliëntencategorie.

Volgens de NRV (1989b) is bij horizontale differentiatie dus sprake van een generalistisch werkende verpleegkundige die op deelgebieden bijzondere deskundigheid bezit. Opsplitsing van het hulpverleningsproces aan één cliënt in afzonderlijke fases wordt nadrukkelijk afgewezen.

In dit onderzoek worden derhalve onderstaande begripsomschrijvingen gehanteerd. Per omschrijving zijn de functies genoemd waarop ze binnen dit onderzoek van toepassing zijn.

#### *Verticale functiedifferentiatie*

Binnen de extramuraal verpleging en gezinsverzorging worden op verschillende niveaus zoveel mogelijk gelijkwaardige taken gegroepeerd. In dit onderzoek betreft het de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende.

*Horizontale functiedifferentiatie* wordt onderverdeeld in specialisatie en het werken met aandachtsgebieden (om verwarring en onduidelijkheden te voorkomen, wordt de term 'differentiatie' niet gehanteerd):

#### *Specialisatie*

Een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster behartigt de maatschappelijke zorgverlening slechts ten aanzien van één zorggebied, één cliëntencategorie of één taakgroep.

De functie van districtsverpleegkundige / stafverpleegkundige is een gespecialiseerde functie, maar wordt niet betrokken in dit onderzoek. Echter, indien er wijkverpleegkundigen zijn die zich alléén maar bezig houden met bijvoorbeeld CARA, diabetes of gvo wordt dat in dit onderzoek als een specialisatie beschouwd.

Indien een scheiding bestaat tussen sectoren (bijvoorbeeld de sector volwassenenzorg en de sector ouder- en kindzorg) wordt dat ook geplaatst onder specialisatie. Immers, zorg wordt verleend binnen één zorggebied van de wijkverpleging. Echter, aangezien de titel 'verpleegkundig specialist' alleen is voorbehouden aan verpleegkundigen die een daarvoor vereiste post HBO-opleiding hebben gevolgd, kan niet worden gesproken van een 'ouder- en kindzorg verpleegkundige' en een 'volwassenenzorg verpleegkundige'. Gesproken dient te worden over een

verpleegkundige die slechts werkzaam is binnen één bepaalde sector van de extramurale verpleging.

#### *Het werken met aandachtsgebieden*

Het takenpakket van alle wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters onderling is globaal gezien gelijk en generalistisch van aard. Echter, op grond van persoonlijke gemotiveerdheid en/of deskundigheid behartigt een teamlid één of meer specifieke taken. Iedereen heeft een eigen aandachtsgebied c.q. eigen deskundigheid binnen het generalistisch takenpakket. Bijvoorbeeld de wijkverpleegster, die werkt binnen de volwassenenzorg en extra aandacht besteedt aan reuma, diabetes of psychogeriatric.

Ten aanzien van de gezinsverzorging richt de specialisatie zich op de aanwezigheid van de gespecialiseerd gezinsverzorgende. De functie van gespecialiseerd gezinsverzorgende is beschreven als een vorm van horizontale functiedifferentiatie, omdat er geen sprake is van een vorm van hiërarchie of supervisie ten opzichte van de gezinsverzorgende; de gespecialiseerd gezinsverzorgende draagt geen eindverantwoordelijkheid over de activiteiten van de gezinsverzorgende. In de praktijk wordt de functie overigens eveneens ingezet voor traditionele hulp als de personeelsbezetting hier om vraagt en dit toelaat. De functie wordt als een vorm van specialisatie naar zorgcategorie beschouwd: in principe wordt de functie alleen ingezet bij maatschappelijke, complexe of meervoudige problematiek.

Onder het werken met aandachtsgebieden is bij de gezinsverzorging het fenomeen van de *werkdifferentiaties* te rangschikken. Werkdifferentiaties beogen hulp op maat te geven die aangepast is aan de geconstateerde hulpbehoefte van cliënten teneinde de zelfredzaamheid van de hulpvrager te bevorderen, te ondersteunen of aan te vullen. Dit betekent dat hulp wordt gegeven op die tijdstippen waarop daar behoefte aan is. Dat kan soms kortdurende hulp zijn eventueel meerdere keren per dag, ook na 18.00 uur 's avonds en/of in het weekend. De hulp kan zich richten op enkele taakonderdelen van het pakket (b.v. helpen bij het naar bed gaan) en daarmee accentverschuivingen aangeven van huishoudelijk verzorgende naar persoonlijk verzorgende en begeleidende activiteiten. Het uiteindelijke doel, dat hiermee wordt beoogd, is grote groepen hulpvragers zolang mogelijk in eigen woonomgeving te laten blijven en daarmee opname in een intramurale voorziening te voorkomen, uit te

stellen of eventueel de duur daarvan te verminderen (Frijda, 1985).

Ondanks de zorgvuldigheid waarmee horizontale functiedifferentiatie wordt ingevoerd blijft de kans op fragmentatie bestaan. De scheidslijnen die door specialisatie (m.n. scheiding in sectoren) en aandachtsgebieden zijn ontstaan moeten uit hoofde van het bestuursmotief (de doelrealisatie) in zekere zin weer worden opgeheven. Ieder uitvoeringsorgaan is in principe een onzelfstandige eenheid of semi-autonome eenheid. Bestuurlijk gezien dient het verband tussen verschillende delen van uitvoering te worden hersteld en moeten de delen en hun deelbelangen en deeldoelstellingen in groter verband ten opzichte van elkaar worden afgewogen. Om dit te bereiken zal samenvoeging van uitvoeringsorganen tot subafdelingen en van subafdelingen naar afdelingen naar de topleiding toe moet moeten plaatsvinden. Er moet met andere woorden afdelingsvorming plaatsvinden. *Afdelingsvorming* is te zien als het samenvoegen van individuele uitvoerders tot organen: afdelingen, divisies of diensten (Keuning en Eppink, 1990). Het betreft de manier waarop de verschillende wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters binnen een basiseenheid zijn gegroepeerd en met elkaar samenwerken. In de volgende paragraaf zal afdelingsvorming nader aan de orde komen in de vorm van buurtgericht werken.

### **2.2.3. Taak- en functievorming**

Nadat is aangegeven welke mogelijkheden bestaan om arbeid te verdelen is de vraag aan de orde op welke wijze hoeveel gelijksoortige en gelijkwaardige taken zijn samen te voegen in functies. Indien te verrichten taken zodanig worden gegroepeerd, dat de capaciteiten van een organisatie lid zo goed mogelijk tot hun recht komen, is sprake van *werkstructurering*. Dit houdt de erkenning in dat socio-psychologische factoren in de organisatie in beginsel gelijkwaardig zijn aan technisch-economische factoren. Belangrijke componenten van werkstructurering zijn: taakverruiming, taakverrijking en taakroulatie (Keuning en Eppink, 1990; Kapteyn, 1986; Evers, 1991).

Indien de taakcyclus wordt verlengd via uitbreiding van werkzaamheden op kwalitatief hetzelfde niveau is sprake van *taakverruiming* (job enlargement). De werker voert een groter deel van het totaal der achtereenvolgende handelingen uit. De uitoefening van de taken doet een beroep op een grotere variëteit aan vaardigheden en talenten. Dit betekent ander en meer werk maar niet perse werk dat vraagt om een hoger niveau van professionele vaardigheden. Als voorbeeld wordt genoemd, de wijkver-

pleegster die niet alleen maar wasbeurten verricht, maar ook eenvoudige wonden verzorgt.

*Taakverrijking* (job enrichment) is de toevoeging van in beginsel 'hogere' taken en integratie van directe en indirecte produktietaken inclusief de met de taken samenhangende bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Niet alleen uitvoerende taken maar ook elementen van werkvoorbereiding, planning, controle en evaluatie worden toegevoegd. Het uitvoeren van alle stappen binnen het verpleegkundige proces is hiervan een voorbeeld.

Een derde component van werkstructurering is *taakroulatie* (job rotation). Dit is de afwisseling van taken door regelmatig van periode tot periode volgens een vast schema of volgens onderlinge afspraak van taak te wisselen. Bijvoorbeeld na een bepaalde periode onderling wisselen van aandachtsgebied.

Het doel van werkstructurering is om banen te creëren die een hoge mate van interne werkmotivatie verschaffen, een hoge kwaliteit van performance, een hoge arbeidssatisfactie en een laag ziekteverzuim en verloop.

Volgens Evers (1991) dienen in het belang van de arbeidssatisfactie de professionele en praktisch technische deskundigheden binnen de verpleging meer eigenstandig benut te worden. Voor de wijkverpleegster lijkt dan taakverruiming de beste perspectieven voor arbeidssatisfactie te hebben. Verruiming in de zin van meerdere categorieën cliënten en meerdere handelingen per cliënt. Voor de wijkverpleegkundige verdient taakverrijking de meeste aandacht krijgen. Bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige die CARA als aandachtsgebied heeft, stelt zelfstandig, zonder een CARA-stafverpleegkundige, de (bij deze ziekte als complex bekend staande) verpleegkundige diagnose vast en voert vervolgens de verschillende stappen van het verpleegkundig proces uit.

Naast de taakverruiming, taakverrijking en taakroulatie zijn volgens Keuning en Eppink (1990) eveneens andere elementen van werkstructurering van groot belang. Door *terugkoppeling van kwaliteits- en kwantiteitsgegevens* wordt de mogelijkheid voor een individu of groep binnen bereik gebracht om zelf te leren door zelf te evalueren en zelf te mogen bijsturen. Formatie van *kleine produktiegerichte werkgroepen* legt de verantwoordelijkheid voor de vervaardiging van een geheel produkt binnen die werkgroep. Hierbinnen dient *werkoverleg* een grote rol te spelen.

Problemen uit de laatste werkperiode kunnen worden doorgesproken, informatie kan worden overgebracht en afspraken voor de komende periode kunnen worden gemaakt. Tot slot speelt *lijnverkorting* (deverticalisering) door het delegeren van taken een rol, waardoor het mogelijk wordt het aantal indirecte produktietaken terug te brengen.

Deze laatstgenoemde elementen komen sterk overeen met het buurtgericht werken (een soort afdelingsvorming) in de wijkverpleging. Volgens Slingerland (1987) wordt in de praktijk de koppeling tussen buurtgericht werken en horizontale functiedifferentiatie vaak bevestigd.

Tot slot wordt in het kader van de taak- en functievorming het "Dreyfus-model" (Benner, 1984) genoemd. Hierin wordt gesteld, dat verpleegkundige beroepsbeoefenaren bij het ontwikkelen van vaardigheden vijf niveaus passeren. In dit model komt de individuele functionaris in beeld. De vijf niveaus van dit model ('from novice to expert') zijn:

1. *novice*: Nieuwkomers in het werkveld, hebben geen ervaring, kunnen wel objectieve gegevens weergeven maar deze niet interpreteren. Het door regels geleide, gestuurde gedrag dat typisch is voor de 'novice' is extreem gelimiteerd en inflexibel.
2. *advanced beginner*: Hebben al wat ervaring en kunnen meerdere componenten in het werk herkennen. Bezitten nog niet de mogelijkheid prioriteiten in het werk te onderscheiden, alles lijkt even belangrijk. Snelheid en flexibiliteit worden nog gemist.
3. *competent*: Werkers met twee tot drie jaar ervaring. Kunnen acties in lange-termijn planning weergeven, kunnen hoofd- en bijzaken van elkaar onderscheiden, hebben een minimum aan informatie nodig, werken snel en efficiënt.
4. *proficient*: Kunnen situaties, ook op lange termijn, in zijn geheel overzien. Hoofdzaken staan voorop. De zorgverlening kan theoretisch worden onderbouwd. Dit niveau wordt na drie tot vijf jaar werkervaring in hetzelfde werkveld bereikt.
5. *expert*: Moeilijk te beschrijven niveau. Door de grote achtergrond van kennis en ervaring kan men zich in combinatie met de theorie richten op intuïtie, waarbij het proces achteraf verantwoord kan worden.

Dit model is overigens door de Commissie Werner (1991) omgezet tot drie niveaus: junior, senior en expert. Het niveau van expert is alleen als verpleegkundige te bereiken. De werkgroep beschrijft de drie niveaus in de vorm van fases. "Fase 1, de junior, die haar beroepsvaardigheden

verder ontwikkelt en instroomt in het beroep. Fase 2, de gevorderde (senior) die na twee jaar praktijkervaring met concrete cliëntensituaties geleerd heeft meer verantwoordelijkheid te dragen. Zij zal beter in staat zijn tot het nemen van autonome beslissingen. Zij kan kiezen voor een differentiatie. Fase 3, de expert. Na twee jaar ervaring en een opleiding op het niveau van post-HBO kan de verpleegkundige kiezen voor een specialistische functie of een generalistische functie. Op dit niveau functioneert de verpleegkundige als een zelfstandige professionele beroepsbeoefenaar."

### **2.3. Vraagstellingen**

Op basis van het geschetste doel van het onderzoek in de inleiding en het gegeven theoretisch kader zijn voor dit onderzoek twee vraagstellingen geformuleerd.

1. Op welke wijze kan de verticale functiedifferentiatie zoals weergegeven in het Verpleegkundig Beroepsprofiel voor de extramurale verpleging nader ingevuld en voor de praktijk toepasbaar worden gemaakt, waarbij tevens wordt gedifferentieerd tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging? Voor de gezinsverzorging dient hierbij het Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende als uitgangspunt.

In het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) worden twee functieniveaus onderscheiden: de beroepsbeoefenaar van het eerste deskundigheidsniveau (de wijkverpleegkundige) en de beroepsbeoefenaar van het tweede deskundigheidsniveau (de wijkverpleegster). In het beroepsprofiel wordt de kern weergegeven van de verpleegkundige beroepsuitoefening in het algemeen. Gesteld wordt, dat per werkveld afzonderlijk vervolgens functieprofielen afgeleid dienen te worden. In dit onderzoek wordt gepoogd hieraan te voldoen door de verticale functiedifferentiatie, met de daaraan gekoppelde bevoegdheden en verantwoordelijkheden zoals voorgesteld in het Verpleegkundig Beroepsprofiel, nader te concretiseren en toepasbaar te maken voor het extramurale werkveld. Eveneens zal in deze verticale functiedifferentiatie een taakafbakening worden gemaakt tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging. Het Beroepsprofiel Verzorgende Helpende (Werkgroep Werkveld SOGW, 1990) dient hierbij als uitgangspunt.



In samenhang met de verticale differentiatie worden concrete criteria voor de 'complexiteit van de verpleegsituatie' ontwikkeld. Criteria waarmee, met het oog op het inzetten van de benodigde deskundigheid, de cliënten die thuiszorg nodig hebben en de omstandigheden waaronder de zorg moet worden geboden, beoordeeld kunnen worden. Onderzocht zal worden in hoeverre deze criteria op een betrouwbare en valide manier kunnen worden gehanteerd.

2. Welke horizontale functiedifferentiatie is het meest geschikt voor de extramurale verpleging?

Zoals in het eerste hoofdstuk is aangegeven staat momenteel het generalistisch werken om een aantal redenen ter discussie. Voordat iedere erkende kruisorganisatie voor zich een horizontale functiedifferentiatie (specialisatie en/of het werken met aandachtsgebieden) gaat invoeren c.q. het wiel probeert uit te vinden, lijkt het wenselijk op grond van ervaringen opgedaan in Nederland en in andere landen na te gaan welke redenen ten grondslag liggen aan horizontale functiedifferentiatie en welke vormen voorkomen. Vervolgens kunnen dan aanbevelingen worden geformuleerd die als richtlijn kunnen dienen voor het invoeren van een horizontale functiedifferentiatie.



### 3. HET BEROEP VAN VERPLEEGKUNDIGE EN VERZORGENDE

Nadat in het vorige hoofdstuk de extramurale verpleging en gezinsverzorging vanuit organisatorisch perspectief zijn beschreven en de vraagstellingen zijn geformuleerd, zal in dit hoofdstuk aandacht worden besteed aan twee beroepen binnen deze organisaties. Hierin staan de beroepsinhoudelijke aspecten van functiedifferentiatie centraal. Dit hoofdstuk beschrijft twee functies die binnen het verpleegkundig beroep zijn te onderscheiden en geeft aan waarin het verzorgend beroep verschilt van het verpleegkundig beroep. Na verheldering van een aantal essentiële begrippen zullen de hoofdlijnen uit het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) en het Beroepsprofiel Verzorgende (Werkgroep Werkveld SOGW, 1990) worden gepresenteerd. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de extramurale verpleging en samenwerking met de gezinsverzorging in het buitenland.

#### 3.1. Begripsomschrijving

Het begrip functie wordt in navolging van Keuning en Eppink (1990) omschreven als: de gemeenschappelijke doelstelling van een aantal, uit hoofde van hun gelijksoortigheid en gelijkwaardigheid, samengebundelde werkzaamheden. De relatie tussen functie en taak is dat de functie de doelstelling aangeeft en de taak de 'technische' inhoud vormt van de functie, in casu de werkzaamheden die daartoe moeten worden uitgevoerd.

Een *beroep* kan worden gedefinieerd als een samenhangend geheel van arbeidstaken en arbeidsomstandigheden, dat deel uitmaakt van een sociale structuur. Een beroep is dan ook niet los te denken van de waarden, normen en opvattingen van de cultuur waarbinnen dit beroep wordt uitgeoefend; met andere woorden deze waarden, normen en opvattingen zijn mede richtsnoer voor het specifieke gedrag van de desbetreffende beroepsbeoefenaar. De overeenstemming in waarden, normen en opvattingen is het bindend element tussen die beroepsbeoefenaren, die binnen hun beroep verschillende functies kunnen uitoefenen.

Als zodanig is een beroep het structurele kader waarbinnen een bepaald soort arbeid in de maatschappij is geïnstitutionaliseerd (NRV, 1990).

De kern van een beroep is weergegeven in een beroepsprofiel. Het geeft een omschrijving van de beroepsactiviteiten zoals die plaatsvinden in de beroepspraktijk en in het bijzonder een omschrijving van de beroepsvereisten waaraan men moet voldoen om het beroep te kunnen uitoefenen. In een beroepsprofiel gaat het over een *beroepsbeoefenaar*. Daarmee wordt iemand bedoeld die tegen betaling het beroep uitoefent (NRV, 1988b).

Een beroepsprofiel moet worden beschouwd als de gemeenschappelijke kern, waarvan per afzonderlijke zorgsector en per gezondheidszorginstelling *functieprofielen* uitgewerkt dienen te worden. Zo ontstaat bijvoorbeeld het functieprofiel van de verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis, de wijkverpleegkundige, de wijkverpleegster en de gezinsverzorgende. De ontwikkeling van functieprofielen is de verantwoordelijkheid van de desbetreffende zorgsector. Beroepsbeoefenaars en werkgevers dienen in gezamenlijkheid functieprofielen vast te stellen (NRV, 1988b). Bakker (1990) voegt hier nog aan toe, dat een beroepsprofiel niet alleen gebaseerd dient te zijn op de aangetroffen situatie, maar ook toekomstgericht dient te zijn ofwel rekening dient te houden met innovaties. De feitelijke mogelijkheden die een beroepsprofiel biedt zijn: arbeidsbemiddeling en beroepskeuze, vaststellen van beloningssystemen en het kunnen afleiden van onderwijsleerdoelen.

Om binnen de extramurale verpleging en gezinsverzorging richtlijnen te kunnen formuleren betreffende functiedifferentiatie, wordt het derhalve noodzakelijk geacht uit te gaan van beroepsprofielen. Voor de zorgverleners binnen de extramurale verpleging wordt het Verpleegkundig Beroepsprofiel, dat in 1988 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is uitgebracht als uitgangspunt genomen. Ten aanzien van de gezinsverzorging wordt uitgegaan van het Beroepsprofiel Verzorgende Helpende, dat is uitgebracht door de Werkgroep Werkveld SOGW (1990).

Voordat de beroepsprofielen worden beschreven wordt eerst een globaal onderscheid gemaakt tussen 'verplegen' en 'verzorgen'. Verzorging wordt gekoppeld aan een clustering van taken en activiteiten die in de beroepsmatige sfeer door verzorgers wordt uitgevoerd. Enerzijds wijst verzorging dus op taken en activiteiten, anderzijds op beroepsbeoefena-

ren. Tot de kerntaken worden gerekend: huishoudelijke taken en taken met betrekking tot de algemeen dagelijkse levens/(ADL)verrichtingen. De aanleiding tot een vraag om gezinsverzorging is veelal de onmogelijkheid of het onvoldoende in staat zijn de zorg voor het huishouden uit te voeren (NRV, 1990).

De aanleiding tot een vraag om verpleging vindt zijn oorsprong in een gezondheidsprobleem. "Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en / of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid" (NRV, 1988b). Op grond van deze definitie behoren ook verzorgende taken tot de verpleegkundige beroepsuitoefening. Echter, de verzorgende taken binnen de verpleging hebben altijd 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 (NRV, 1990).

Op grond van bovenstaande beschrijvingen wordt geconcludeerd dat de gezinsverzorging zich richt op het totale huishouden, waarbij sprake is van een afname van zelfredzaamheid door onvrijwillige uitval. De wijkverpleging richt zich op het (dreigende) individuele gezondheidsprobleem van de cliënt.

### **3.2. Verpleegkundig beroepsprofiel**

In deze paragraaf worden de hoofdlijnen van het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) weergegeven. Daar waar in deze paragraaf gebruik is gemaakt van andere literatuur, is de literatuurverwijzing aangegeven. De rest van de tekst komt uit het beroepsprofiel.

De definitie van verplegen uit de vorige paragraaf wordt in het beroepsprofiel nader uitgewerkt in het verpleegkundig handelen. Dit wordt onderscheiden in preventieve, verzorgende, begeleidende, voorlichtende,

instruerende, diagnostische, therapeutische, administratieve, rapporterende, coördinerende en huishoudelijke taken. Hieraan dienen taken op het terrein van de beroepsontwikkeling en de belangenbehartiging van cliënten in gevallen waarin deze daartoe zelf niet in staat zijn, te worden toegevoegd. Hoewel de verpleegkundige arbeid in taken wordt onderscheiden, zijn deze taken ieder voor zich niet eigen voor het verplegen. Het is evenwel de specifieke combinatie van die taken die kenmerkend is voor het verplegen. Taken kunnen voorts op een meer concreet niveau worden uitgesplitst in verrichtingen. Voor een nadere omschrijving van die verrichtingen wordt verwezen naar het Verpleegkundig Beroepsprofiel.

Het verpleegkundig handelen wordt op methodische wijze uitgevoerd en wordt het verpleegkundig proces genoemd. Dit proces wordt door McFarland et al (1989) onderscheiden in vijf fasen:

- verpleegkundige anamnese
- 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

Ten aanzien van het verpleegkundig proces spelen twee beroepsbeoefenaren met een verschillend niveau van deskundigheid een rol: de verpleegkundige (HBO-opgeleid) en de verpleegster (MBO-opgeleid).

Als onderscheidend kenmerk voor de deskundigheid van de verpleegkundige geldt de diagnostiek en 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 cliëntentoe wijzing heeft plaatsgevonden. Bij het onderscheid in twee functies gaat het niet om het toewijzen van taken, doch om de toewijzing van een verpleegkundig beroepsbeoefenaar aan een cliënt. Dit onderscheid komt tot uitdrukking in de uitsplitsing van taken in verrichtingen. De verrichtingen die de wijkverpleegkundige binnen één bepaalde taak uitvoert, zijn groter in aantal en omvangrijker van aard dan de verrichtingen die binnen de functie van wijkverpleegster vallen.

Er is eveneens sprake van een onderscheid in verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De verpleegkundige is er op basis van kennis en kunde voor verantwoordelijk de hulpvraag met betrekking tot de verpleging in

volle omvang vast te stellen, de verpleegkundige zorg voor te schrijven, te plannen, uit te voeren en de effecten ervan vast te stellen. Daar waar sprake is van de invalshoek gezondheidszorg of verpleging dient de beroepsuitoefening onder de eindverantwoordelijkheid van de verpleegkundige plaats te vinden. De verpleegkundige is op basis van genoten opleiding in staat die verantwoordelijkheid te dragen. Zij is dientengevolge aansprakelijk voor de continuïteit van verpleegkundige zorg en voor het proces van cliënttoewijzing.

De verantwoordelijkheid van de verpleegster betreft de zorgverlening aan cliënten die door de verpleegkundige zijn toegewezen. De verpleegster is verantwoordelijk voor het zelfstandig en deskundig uitvoeren van de zorg aan de toegewezen cliënten. De verpleegster is naast de uitvoering van de zorg, in die gevallen waarbij sprake is van delegatie, betrokken bij alle fasen van het verpleegkundig proces. Op grond van eigen deskundigheid, verworven tijdens de uitvoering van de zorg, verstrekt zij gevraagd of ongevraagd informatie aan de verpleegkundige of aan andere bij de zorg betrokken disciplines. De verpleegster zal op basis van de opleiding en de daaraan gekoppelde bevoegdheden geen inhoudelijke eindverantwoordelijkheid kunnen dragen voor de verpleegkundige zorgverlening.

Als uitgangspunt voor de toewijzing van cliënten binnen een verpleegkundig team geldt de mate van complexiteit van de verpleegsituatie. De verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de mate van complexiteit berust bij de verpleegkundige. Deze bepaalt hoe complex de situatie is en beoordeelt welke functie is vereist. Het beroepsprofiel geeft in algemene zin een beschrijving van de aspecten die bij het vaststellen van de complexiteit een rol kunnen spelen:

#### *De cliënt*

- De mate van bedreiging van de gezondheidstoestand van de cliënt.
- De ziekte en het verloop ervan.
- De snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt.
- De voorspelbaarheid van wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt.
- De vermogens van de cliënt om zich te uiten.
- De emotionele beleving van de cliënt van zijn/haar situatie.
- De mate waarin de cliënt in staat is keuzes te maken.

### *De omgeving*

- Het al dan niet aanwezig zijn van andere disciplines en aard en inhoud van onderzoek en behandeling door andere disciplines.
- Het al dan niet aanwezig zijn van hulpmiddelen wanneer zich bepaalde bedreigingen voordoen.
- De mate waarin de omgeving voor de cliënt betrouwbaar, veilig en acceptabel is.
- De mate van intensiteit van de samenwerking met andere disciplines in de gezondheidszorg.
- De aard en omvang van de organisatie waarin men werkzaam is.

Op basis van het totaalbeeld kan door de verpleegkundige worden vastgesteld of het een licht-complexe, complexe of hoog-complexe situatie betreft. Naast de twee voornoemde aspecten is ook de kwaliteit van de verpleegkundig beroepsbeoefenaar van belang voor de beoordeling van het geheel van de verpleegsituatie.

### **3.3. Beroepsprofiel verzorgende**

In deze paragraaf wordt slechts gebruik gemaakt van één literatuurbron: het Beroepsprofiel Verzorgende Helpende uitgebracht door de Werkgroep Werkveld SOGW (1990). Derhalve ontbreken literatuurverwijzingen. Dit beroepsprofiel is gebaseerd op verschillende bestaande functieprofielen in instellingen. Het wordt beschouwd als een aanzet tot een definitief beroepsprofiel.

Vergelijkbaar met het Verpleegkundig Beroepsprofiel is het Beroepsprofiel Verzorgende van toepassing op meerdere werkvelden: kraamzorg, gezinsverzorging, verzorgingshuizen, woonvormen voor lichamelijke gehandicapten en verpleeghuizen. Per werkveld dient dit beroepsprofiel nader uitgewerkt te worden.

Het beroep van verzorgende biedt hulp op die plaatsen en momenten waar in de primaire leefomgeving van de zorgvrager aanvulling nodig is. De primaire leefomgeving kan het eigen huishouden betreffen (in het geval van gezinsverzorging en kraamzorg) of een vervangende leefomgeving, zoals een verzorgingshuis, een verpleeghuis of een woonvorm voor lichamelijke gehandicapten. Uitgangspunt voor de zorgverlening is het zoveel mogelijk handhaven en stimuleren van de zelfzorg en de daarbij



horende mantelzorg.

Tot de *taakgebieden* van de verzorgende worden gerekend: huishoudelijke taken (bijv. het onderhouden van huis, huisraad en kleding en het verzorgen van maaltijden), verzorgende taken (bijv. hulp bij de dagelijkse lichamelijke verzorging en hulp- en aanpassingsmiddelen), begeleidende taken (bijv. stimuleren van zelfzorg en zelfredzaamheid) en taken op het terrein van samenwerking en overleg (bijv. signaleren van / rapporteren over tekorten in de zorgverlening en het overleggen met collega's over zorgplannen).

De accenten, die bij de verzorgende aan de verschillende taakgebieden worden gegeven, verschillen per werkveld. De verzorgende verricht over het algemeen deze taken zelfstandig. De mate waarin deze taken onder eigen verantwoordelijkheid worden verricht kan echter per werkveld verschillen. Zo draagt de verzorgende in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en woonvormen voor lichamelijk gehandicapten geen verantwoordelijkheid voor de zorgplannen. De verzorgende in de gezinsverzorging en in de kraamzorg draagt deze verantwoordelijkheid wel. In alle werkvelden werkt de verzorgende veelal samen met andere hulpverleners ook uit andere disciplines. Basis voor samenwerking is dan een gemeenschappelijk hulpverleningsplan.

De zorg van de verzorgende heeft een beroepsmatig karakter. Dit houdt onder meer in dat de verzorgende gebruik maakt van een doelgerichte en systematische *werkwijze*. Deze werkwijze komt expliciet tot uitdrukking in het methodisch handelen. Bij de gezinsverzorging wordt door de leidinggevende gezinsverzorging of een intake-team de indicatiestelling verricht, waarin de hulpvraag wordt beoordeeld en de hoeveelheid zorg wordt vastgelegd. Vervolgens werkt de verzorgende zelf de vastgestelde zorgvraag uit. Op grond van een analyse van de zorgvraag, de eigen mogelijkheden van de zorgvrager en de mogelijkheden om beroepsmatige zorg te verlenen maakt ze vervolgens een zorgplan. Hierin zijn de analyses vertaald in concrete zorgdoelen en zorgacties. De zorgverlening wordt uitgevoerd aan de hand van het zorgplan en tot slot geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Deze evaluatie en bijstelling gaat in overleg met de cliënt en de leidinggevende of het intake-team. In samenwerking en overleg met andere hulpverleners worden de verschillende zorgplannen op elkaar afgestemd.

Uit de beschrijving van beide beroepsprofielen blijkt dat binnen de verpleging twee 'deskundigheidsniveaus' zijn aan te geven. In vergelijking hiermee is de deskundigheid van de verzorgende van een andere aard. Van een zogenaamd *derde* deskundigheidsniveau binnen de verpleging is dan ook geen sprake. In dit onderzoek wordt uitgegaan van twee verschillende beroepen: het verpleegkundig beroep en het verzorgend beroep. Echter, uit de beschrijving van de beroepsprofielen blijkt wel dat de taken van de twee beroepen op elkaar aansluiten en dat een overlap bestaat binnen de verzorgende en begeleidende taken. Vanuit de beroepsprofielen bestaan er dus mogelijkheden tot integratie tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging en zijn de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende ten aanzien van bepaalde taken parallel aan elkaar.

Beide beroepsprofielen worden als uitgangspunt gebruikt om criteria te formuleren voor toewijzing van een wijkverpleegkundige, een wijkverpleegster of een gezinsverzorgende aan de cliënt. Voor een vergelijk met andere landen wordt in de volgende paragraaf een beschrijving gegeven van de wijkverpleging en de samenwerking met de gezinsverzorging in het buitenland.

### **3.4. Functiedifferentiatie binnen de extramurale verpleging in andere landen**

Een overzichtelijk beeld van functiedifferentiatie in het buitenland wordt gegeven in 'Extramurale verpleging in verschillende landen: een overzicht' (Verheij et al, 1991). In dit rapport wordt het functioneren, de financiering en de organisatie van de extramurale verpleging in negen verschillende landen beschreven. Het betreft België, Canada (Ontario), Duitsland, Engeland, Finland, Frankrijk, Nederland, Noorwegen en de Verenigde Staten. In het onderstaande worden relevante conclusies uit het rapport van Verheij et al (1991) beschreven.

#### *Verticale functiedifferentiatie*

In alle bestudeerde landen blijken tenminste twee niveaus van deskundigheid te bestaan bij de extramurale verpleegkundigen die de directe zorg aan cliënten verlenen. Daarbij werden nauwelijks problemen genoemd met betrekking tot de cliënttoewijzing aan de verschillende deskundigheidsniveaus binnen de thuisverpleging. Het tweede deskundigheidsniveau wordt veelal ingezet bij cliënten die lichamelijk-hygiënisch en eenvoudige

verpleeg-technische zorg nodig hebben. België is het enige land waar in de praktijk bij het toewijzen van cliënten geen onderscheid wordt gemaakt naar het deskundigheidsniveau van de functionaris. Gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen hebben namelijk dezelfde bevoegdheden.

In de meeste landen worden de intake-gesprekken gedaan door verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau. Op basis van het intake-gesprek bepalen zij wie welke zorg gaat verlenen bij de betreffende cliënt en wordt de evaluatie door hen gedaan. Uitzonderingen in dit opzicht vormen Canada en België. Canada (Ontario) is het enige land waar de intake losgekoppeld is van de zorgverlening. De intake wordt gedaan door een home care coördinator die meestal vanuit het ziekenhuis werkt. Deze bepaalt tevens de frequentie van de huisbezoeken en de frequentie waarmee geëvalueerd wordt. In België doen zowel verpleegkundigen van het eerste als het tweede deskundigheidsniveau de intake-gesprekken. De intake dient daar, met het oog op de financiering, vooral om de mate van zorgafhankelijkheid van de cliënt vast te stellen. Voor de vergoeding per verrichting is een voorschrift van de huisarts noodzakelijk. In feite wordt dan door de huisarts bepaald welke zorg geleverd dient te worden. Hetzelfde geldt in Duitsland en Frankrijk waar ook een verwijzing door de huisarts noodzakelijk is.

Uit een aantal landen werd gemeld dat er behoefte is aan meer personeel van een lager deskundigheidsniveau. Het tweede deskundigheidsniveau wordt, zoals vermeld, met name ingeschakeld voor de lichamelijke-hygiënische zorg. De groeiende zorgbehoefte heeft in veel landen met name betrekking op deze vorm van zorg. Het werd derhalve zinvol geacht om, ondanks de van land tot land verschillende opleidingen, te kijken naar de numerieke verhouding tussen personeel van de verschillende deskundigheidsniveaus. Bij de verhoudingsgetallen is aangegeven hoe deze tot stand zijn gekomen.

Voor de Verenigde Staten en Canada ontbraken de noodzakelijke gegevens.

Tabel 3.1: Verhouding tussen verschillende deskundigheidsniveaus in zeven landen

België (Wit-Gele Kruis, exclusief vrijgevestigde) gegradueerd : gebrevetteerd : ziekenhuis assistent	1 : 1.5 : 0.2
Duitsland Krankenschwester : Altenpflegerin : Krankenpflegehelferin	1 : 0.2 : 0.1
Engeland (District Nursing) registered nurses : enrolled nurses	1 : 0.5
Finland public health : registered : practical	1 : 0.3 : 0.3
Frankrijk (SAD-services in 1984) infirmières + vrijgevestigd : aides soignantes	1 : 1
Nederland wijkverpleegkundige : wijkziekenverzorgende	1 : 0.3
Noorwegen extramuraal verpleegkundigen : hjelpepleier	1 : 0.4

Bron: Verheij et al, 1991

Uit de tabel komt naar voren dat er in Frankrijk en België verhoudingsgewijs meer verpleegkundigen van een lager deskundigheidsniveau zijn dan in de andere landen. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat er in België weliswaar een verschil in opleiding tussen gebrevetteerde en gegradueerde verpleegkundigen is, maar dat dit verschil niet tot uitdrukking komt in een verschillende taakverdeling en bevoegdheden.

In veel landen is sprake van een streven naar een nauwere samenwerking tussen extramuraal verpleging en gezinsverzorging binnen de thuiszorg. De Nederlandse situatie is wat dit betreft niet uniek. In Duitsland, Finland en Noorwegen maken extramuraal verpleging en gezinsverzorging als regel deel uit van dezelfde organisatie. Met name in Duitsland worden beide soorten zorg ook vanuit dezelfde lokatie verleend. Engeland vormt hierop een uitzondering. Daar ligt het accent veel meer op de samenwerking tussen extramuraal verpleging en huisartsen. De meeste wijkverpleegkundigen werken daar huisarts-gebonden.

Tot slot van de verticale functiedifferentiatie wordt nog het South Dakota experiment (Koerner et al, 1989; American Organization of Nurse Executives, 1990) genoemd. Het betreft een experiment binnen de intramurale gezondheidszorg. Het enige experiment dat uitvoerig in de buitenlandse literatuur wordt beschreven en een beeld geeft van de ervaring met functiedifferentiatie. In dit experiment worden de 'registered nurses' (RNs) verdeeld over twee rollen: de Baccalaureate Degree Nurse (BSN) en de Associate Degree Nurse (ADN). In vergelijking tot Nederland betreft het dus een differentiatie binnen de functie van verpleegkundige. De functie van 'licensed practical nurse' (LPN), vergelijkbaar met de functie van verpleegster, wordt niet meegenomen in de differentiatie.

*De BSN (Case Manager)* verleent met name binnen complexe verpleegsituaties zorg. Er is sprake van een ongestructureerde omgeving en de mate van voorspelbaarheid is laag. Daarnaast werkt de BSN samen met verpleegkundig onderzoekers en past 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 gebaseerd op het verpleegkundig proces en gericht op cliënten waarbij algemeen voorkomende en duidelijk gedefinieerde verpleegkundige diagnoses zijn gesteld. De ADN behoudt 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 verpleegkundige mogelijkheden en initiatieven van vergelijkbaar belang gevonden voor het uitoefenen van de twee beschreven rollen. Het houden van functioneringsgesprekken wordt gezien als het mechanisme om verpleegkundigen in hun eigen rol te plaatsen. Het omvat een 'self-assessment' door elke verpleegkundige zelf en een 'assessment' verricht door de hoofdverpleegkundige. Gedurende een uur dierend interview praten de verpleegkundige en hoofdverpleegkundige over hun 'assessments'. Een wederzijdse beslissing voor plaatsing volgt hieruit. Van de 165 RNs werden 85 RNs geplaatst in de case manager rol en 80 RNs in de case associate rol.

De ervaringen met dit experiment zijn verkregen over de periode tussen januari 1987 en juni 1988. Volgens de hoofdverpleegkundigen is het experiment ervaren als een groei-producerende ervaring voor alle personeelsleden. Het verpleegkundig personeel uitte gemengde gevoelens over het project en de aanwezigheid van twee verschillende 'practice' rollen. De 'case associate' verpleegkundige heeft het gevoel iets verloren te hebben door de aanwezigheid van een andere verpleegkundige rol ernaast. De BSN verpleegkundigen vertonen veel arbeidssatisfactie omdat ze nu in de praktijk kunnen brengen waarvoor ze zijn opgeleid. Gebruikmaking van delegatie- en onderhandelingsvaardigheden wordt als uitdaging gezien.

De verhouding van het aantal BSN en ADN verpleegkundigen werd bepaald door verschillende factoren. Factoren die hierbij werden genoemd zijn de acute toestand van de cliënt, stabiliteit van de verpleegsituatie, de opnameduur van de patiënt, type zorg, de praktijkvoering van de arts, het verplegingssysteem en de aanwezigheid van ander personeel (LPNs en Nursing Assistents). Op afdelingen waar het verblijf langer is dan enkele dagen is de verhouding: 1 BSN : 2-3 ADN. Op korte verblijfsafdelingen: 1 BSN : 1 ADN.

Ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening wordt beschreven, dat de cliënt het prettig vindt één aanspreekpunt te hebben. Het aantal verwijzingen is toegenomen als gevolg van een kortere opnameduur en de coördinerende rol van de casemanager. De taak van de hoofdverpleegkundige is veranderd van probleemoplossing naar 'mentoring' en 'coaching' van het personeel om hun eigen zaken op te lossen.

#### *Horizontale functiedifferentiatie*

In de genoemde landen werken de verpleegkundigen gespecialiseerd ofwel in de sector ouder- en kindzorg ofwel in de sector volwassenenzorg. In een aantal landen (België, Canada, Duitsland en de Verenigde Staten) worden deze soorten zorg niet alleen door verschillende verpleegkundigen, maar ook door verschillende organisaties geleverd. In de meeste landen zijn er tevens verschillende opleidingen voor de twee soorten zorgverlening. In Nederland vindt binnen veel kruisorganisaties momenteel discussie plaats over het feit of all-round werken nog wel haalbaar is, of is al besloten tot een splitsing tussen ouder- en kindzorg en thuiszorg. In Finland lijkt het omgekeerde het geval te zijn. Na enige jaren ervaring met twee onderscheiden sectoren, zowel in taakuitvoering

als in opleiding, wordt in sommige gemeenten weer de all-round benadering toegepast. Hiervan wordt gehoopt dat het de betrokkenheid van de verpleegkundigen bij de bevolking en andersom zal vergroten. Vooral in dunbevolkte gebieden blijkt het werken binnen twee sectoren wegens lange reisafstanden een probleem te zijn.

In Engeland staat de bestaande verdeling in preventieve en curatieve zorg tussen health visitors en district nurses ter discussie. De preventieve zorg voor ouderen dreigt namelijk tussen wal en schip te vallen: Health visitors geven een lage prioriteit aan deze leeftijdsgroep en de district nurses verplegen vooral ouderen, maar richten zich niet op de gezonde ouderen omdat dat bij de taak van de health visitor hoort. Sommigen vinden dat een aparte verpleegkundige voor de 'zieke' ouderen en een andere voor de 'gezonde' ouderen weinig efficiënt is en pleiten er voor dat district nurses ook de preventieve zorg aan ouderen gaan verlenen (Cumberlege et al, 1986). Doordat district nurses en health visitors in verschillende teams werken en meestal ook een verschillende nurse manager boven zich hebben werken ze vaak langs elkaar heen en zijn ze weinig van elkaars werkzaamheden op de hoogte. Gepleit wordt voor geïntegreerde teams (Kerkstra, 1991).

Naast een scheiding in de ouder- en kindzorg en de volwassenenzorg, is er in een aantal landen een behoefte aan of een tendens waar te nemen tot specialisatie of het werken met aandachtsgebieden binnen de thuisverpleging. In Canada (Ontario) is er volgens Pringle (1989) een toenemende tendens om specialistische teams te vormen binnen de thuiszorg. Dergelijke teams specialiseren zich bijvoorbeeld in pijnbestrijding, zuurstoftoediening of demente ouderen. In dichtbevolkte gebieden zijn al gespecialiseerde teams werkzaam, waarbij de wijkverpleegkundigen echter verantwoordelijk blijven voor de cliënten bij wie specialistische zorg niet nodig is. Ook in Engeland zijn er verpleegkundigen die zich hebben gespecialiseerd op een bepaald zorgterrein binnen de thuisverpleging. Bijvoorbeeld op het terrein van de stomazorg, kanker, diabetes of incontinentie. Deze 'clinical nurse specialists' zijn meestal gestationeerd in het ziekenhuis maar werken transmuraal, dat wil zeggen zowel in het ziekenhuis als in de wijk. Deze verpleegkundigen houden zich zowel bezig met de directe zorgverlening aan cliëntenzorg als met het geven van consultatie en deskundigheidsbevordering aan de intra- en extramurale verpleegkundigen. Tenslotte wordt in Noorwegen voor specialistische kennis door extramurale verpleegkundigen een beroep gedaan op

intramurale verpleegkundigen.

De in deze paragraaf beschreven buitenlandse ervaringen kunnen een les zijn voor functiedifferentiatie binnen de Nederlandse wijkverpleging en gezinsverzorging. Samengevat kan uit de buitenlandse ervaringen het onderstaande worden geconcludeerd:

- \* er bestaat behoefte aan meer personeel van het tweede deskundigheidsniveau;
- \* taakverrijking binnen het eerste deskundigheidsniveau kan leiden tot kwaliteitsverhoging en een verhoging van arbeidssatisfactie;
- \* in dunbevolkte gebieden is het werken binnen twee verschillende sectoren wegens lange reisafstanden een probleem;
- \* door een scheiding tussen preventie en curatie kunnen cliënten tussen wal en schip vallen;
- \* het is van belang om bij specialisatie en de aanwezigheid van aandachtsgebieden te werken vanuit één geïntegreerd team.



## **4. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK**

In dit hoofdstuk worden de opzet en uitvoering van het onderzoek beschreven. Hiervoor komen achtereenvolgens de onderzoekspopulatie, de meetinstrumenten en de werkwijze aan de orde.

Zoals in het eerste hoofdstuk is vermeld, richt het doel van dit onderzoek zich op het ontwikkelen van concrete en in de praktijk toepasbare functiedifferentiaties binnen de extramurale verpleging en tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging. Om dit doel te bereiken is voor een beschrijvend, inventariserend onderzoek gekozen. Het bevat een inventarisatie van de huidige ontwikkelingen binnen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging evenals de ervaringen hiermee. Ten aanzien van bepaalde variabelen wordt bekeken in hoeverre kenmerken van de organisaties in relatie staan met genoemde ontwikkelingen en ervaringen. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt nog beschreven op welke wijze de, uit de inventarisatie ontwikkelde, complexiteitscriteria getoetst zijn op betrouwbaarheid en validiteit.

### **4.1. De onderzoekspopulatie**

De onderzoekspopulatie wordt gevormd door alle erkende kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging in Nederland. Op grond van twee adreslijsten met lidinstellingen van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (van november 1991 en januari 1992) en reacties tijdens het afnemen van de enquête, is uitgegaan van 172 instellingen voor gezinsverzorging en 69 erkende kruisorganisaties. Als gevolg van de vele reorganisaties en integraties tijdens het afnemen van de enquête, is het mogelijk dat genoemde aantallen in werkelijkheid iets kleiner zijn.

Uiteindelijk hebben 58 erkende kruisorganisaties medewerking verleend aan het onderzoek. Om verschillende redenen hebben vier organisaties te kennen gegeven niet te willen meewerken aan het onderzoek. Als reden werd gegeven: er worden momenteel te veel enquêtes binnen de wijkverpleging gehouden; alleen de NU '91 is er bij betrokken en het neemt te veel tijd in beslag; een telefonische enquête wordt niet gezien als het juiste middel voor dit onderzoek; de persoon die de vragen zou

beantwoorden was langdurig ziek in de periode dat de enquête werd afgenomen, een deskundige vervang(st)er was voor haar niet te vinden. Van de resterende zeven erkende kruisorganisaties is geen reactie vernomen. De totale respons komt hiermee op 84%.

In aantal waren de instellingen voor gezinsverzorging in grotere mate vertegenwoordigd: 102 instellingen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Uitgedrukt in een percentage komt de respons hiermee op 59%. In totaal hebben 31 instellingen een reden gegeven voor het niet deelnemen aan het onderzoek. Als reden werd genoemd: drukte in verband met reorganisaties (7x), onvoldoende prioriteit (6x), de organisatie wil het standpunt van de LVT over de aanbevelingen van de commissie Werner afwachten (5x), tijdgebrek (3x), omdat er onlangs nog een onderzoek is gehouden naar *functiewaardering* (2x), geen reden (7x), ziekte (1x). Van de resterende 39 instellingen is geen reactie vernomen.

Om een beeld te krijgen van de grootte van de verschillende organisaties is in tabel 4.1 het inwonersaantal van de werkgebieden weergegeven.

Tabel 4.1: Inwonersaantal van de werkgebieden van de organisaties

Inwonersaantal (x 1000)	Kruisorganisatie		Gezinsverzorging	
	aantal	%	aantal	%
< 50	1	1.7	18	17.6
50 - 100	5	8.6	33	32.4
100 - 150	9	15.5	30	29.4
150 - 200	15	25.9	13	12.7
200 - 250	13	22.4	5	4.9
250 - 300	9	15.5	1	1.0
300 - 350	1	1.7	0	0.0
350 - 400	1	1.7	0	0.0
> 400	4	6.9	2	2.0
<b>Totaal</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Uit de gegevens in tabel 4.1 blijkt, dat het inwonersaantal van de werkgebieden bij de erkende kruisorganisatie hoger ligt dan bij de instellingen voor gezinsverzorging. Het gemiddelde van de inwonersaantallen per werkgebied ligt bij de erkende kruisorganisatie rond de 200.000 en bij de instellingen voor gezinsverzorging rond de 100.000. Een gegeven dat volgt uit het verschil in aantal organisaties dat zich richt op

de wijkverpleging of op de gezinsverzorging.

Een ander kenmerk dat hier wordt beschreven betreft de samenwerking tussen beide soorten organisaties. Uit tabellen 4.2a en 4.2b blijkt dat de samenwerking reeds in volle gang is. In tabel 4.2a is de samenwerking beschreven vanuit de erkende kruisorganisatie. Tabel 4.2b geeft een beeld vanuit de gezinsverzorging.

Tabel 4.2a: Samenwerking tussen erkende kruisorganisatie en instellingen voor gezinsverzorging (gerapporteerd door de erkende kruisorganisatie)

	Samenwerking op management- en/of bestuursniveau		Samenwerking op uitvoerend niveau	
	aantal	%	aantal	%
onbekend	1	1.7	1	1.7
nee	5	8.6	0	0.0
ja	34	58.6	52	89.7
in de toekomst	18	31.0	5	8.6
<b>Totaal</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>

Uit de gegevens uit tabel 4.2a blijkt dat de uitvoerenden binnen de erkende kruisorganisatie in veel gevallen reeds samenwerken met uitvoerenden binnen de gezinsverzorging (90%). In 56% betreft dit een samenwerking die minder dan vijf jaar bestaat. De vijf organisaties die in de toekomst willen gaan samenwerken zullen dit op een termijn van één tot twee jaren realiseren. De samenwerking op management- en/of bestuursniveau is in mindere mate, maar wel bij een meerderheid, gerealiseerd (59%). Deze samenwerking is van recentere datum dan de samenwerking op uitvoerend niveau. In 65% bestaat de samenwerking niet langer dan twee jaren. Van de achttien organisaties die in de toekomst op management- en/of bestuursniveau willen gaan samenwerken, zal 83% dit binnen één jaar realiseren.

Informatie over samenwerking, gegeven vanuit de instellingen voor gezinsverzorging, is in tabel 4.2b samengevat.

Tabel 4.2b: Samenwerking tussen erkende kruisorganisatie en instellingen voor gezinsverzorging (gerapporteerd door de instellingen voor gezinsverzorging)

	Samenwerking op management- en/of bestuursniveau		Samenwerking op uitvoerend niveau	
	aantal	%	aantal	%
onbekend	1	1.0	0	0.0
nee	16	15.7	2	2.0
ja	58	56.9	95	93.1
in de toekomst	27	26.5	5	4.9
<b>Totaal</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Het percentage instellingen voor gezinsverzorging dat reeds samenwerkt op management en/of bestuursniveau (57%) komt ongeveer overeen met de samenwerking bij de erkende kruisorganisatie (59%). De samenwerking bestaat bij 45% nog niet langer dan 2 jaar. Procentueel gezien is het percentage instellingen dat nog geen samenwerkingsplannen heeft bij de gezinsverzorging (16%) echter bijna twee keer zo groot dan bij de erkende kruisorganisatie (9%). Vergelijkbaar met de gegevens uit tabel 4.2a werken bijna alle instellingen voor gezinsverzorging op uitvoerend niveau samen met de erkende kruisorganisatie. Bij de vijf instellingen die in de toekomst zullen gaan samenwerken, geldt een termijn van één tot twee jaren.

Een nadere omschrijving van de samenwerking wordt gegeven in tabel 4.3a en 4.3b. Het betreft de organisaties die momenteel reeds samenwerken of dit in de toekomst willen realiseren.

Uit tabel 4.3a blijkt, dat de samenwerking op management- en of bestuursniveau op verschillende aspecten naar voren komt. Het gezamenlijk optreden naar buiten wordt hierbij het meest genoemd. Gekeken naar de toekomstplannen van de organisaties zal met name aandacht worden besteed aan een gezamenlijk management, overhead en bestuur. Op uitvoerend niveau spelen andere aspecten van samenwerking een rol, zoals blijkt uit tabel 4.3b.

Tabel 4.3a: Aard van de samenwerking op management- en/of bestuursniveau tussen erkende kruisorganisatie en instellingen voor gezinsverzorging (momenteel en in de toekomst)

	erkende kruisorganisatie samenwerking:		instellingen voor gezinsverzorging samenwerking:	
	momenteel (N=34) %	toekomst (N=52) %	momenteel (N=58) %	toekomst (N=85) %
gezamenlijk optreden naar buiten	71	77	60	71
gezamenlijke huisvesting	35	48	33	46
gezamenlijk management	32	52	31	52
gezamenlijke overhead	26	48	19	41
gezamenlijk bestuur	24	48	19	41

Tabel 4.3b: Aard van de samenwerking op uitvoerend niveau tussen erkende kruisorganisatie en instellingen voor gezinsverzorging (momenteel en in de toekomst)

	erkende kruisorganisatie samenwerking:		instellingen voor gezinsverzorging samenwerking:	
	momenteel (N=52) %	toekomst (N=57) %	momenteel (N=95) %	toekomst (N=100) %
gezamenlijke taakafbakening en taakafstemming	88	88	96	96
gezamenlijk optreden naar derden	52	54	69	71
gezamenlijke intake	27	32	15	19
gezamenlijke bereikbaarheid				
achter 1 loket	25	30	17	21
intensieve thuiszorg	17	16	25	24
gezamenlijke registratie	15	21	15	18
gezamenlijke uitvoering in 1 team van verplegenden en verzorgenden	13	19	9	14

De samenwerking op uitvoerend niveau komt met name tot uiting in een gezamenlijke taakafbakening en taakafstemming. Volgens de instellingen voor gezinsverzorging bestaat de samenwerking in grotere mate ook uit het gezamenlijk optreden naar derden. Tot slot wordt door de instellingen voor gezinsverzorging vaker binnen de uitvoering van de intensieve thuiszorg een vorm van samenwerking geconstateerd. De aard van de samenwerking op uitvoerend niveau verschilt momenteel en in de toe-

komst niet sterk van elkaar, omdat de meeste organisaties reeds op dit niveau samenwerken.

De ervaringen met de samenwerking op uitvoerend niveau zijn met name positief op het gebied van taakafbakening en taakafstemming. Bijna 70% van de erkende kruisorganisaties en 80% van de instellingen voor gezinsverzorging vindt, dat dit is toegenomen. Ongeveer 60% van zowel de erkende kruisorganisatie als van de instellingen voor gezinsverzorging heeft daarnaast echter ook moeilijkheden ervaren als gevolg van visie- en cultuurverschillen tussen de twee organisaties. Een gegeven dat voortkomt uit de verschillende organisatiekenmerken, beschreven in 2.1. De personeelsinzet is volgens 47% van de erkende kruisorganisatie verbeterd, tegenover 61% bij de instellingen voor gezinsverzorging. Tot slot zegt 70% van de instellingen voor gezinsverzorging dat de kwaliteit van zorg is verbeterd. Dit percentage is twee keer zo groot als bij de erkende kruisorganisatie.

## **4.2. Meetinstrument**

Tijdens dit onderzoek is gebruik gemaakt van *telefonische enquêtes* en *interne nota's*. Gekozen is voor een telefonische vorm van enquêteren om tijdens het beantwoorden van de vragen het vóórkomen van onduidelijkheden te minimaliseren. Met name de termen differentiatie en specialisatie worden in de praktijk namelijk vaak door elkaar gehaald. Eveneens wordt hiermee verwarring tussen functiedifferentiatie en functiewaardering uitgesloten. Ten tweede wordt de telefonische enquête als een vorm gezien waarmee in relatief korte termijn een hoge respons kan worden verkregen.

Voor dit onderzoek zijn twee verschillende vragenlijsten gemaakt: één voor de erkende kruisorganisatie en één voor de instellingen voor gezinsverzorging. De vragenlijst voor de gezinsverzorging is kleiner in omvang om twee redenen. In de eerste plaats wordt binnen de verticale functiedifferentiatie alleen aandacht besteed aan het onderscheid tussen de functie van gezinsverzorgende en de functie van wijkverpleegster. Vervolgens is het onderdeel over horizontale functiedifferentiatie voor deze sector niet of nauwelijks een discussiepunt.

De vragenlijst is samengesteld op grond van de organisatieliteratuur en artikelen over functiedifferentiatie in de verpleging, die zijn beschreven in de eerste drie hoofdstukken van dit rapport. Na beoordeling door de projectleider en de leden van de begeleidingscommissie is de vragenlijst één keer voor proef afgenomen om een beeld te krijgen van de tijdsinvestering. Vervolgens zijn de telefonische enquêtes afgenomen.

Tevens werd gevraagd om relevante rapporten betreffende functiedifferentiatie naar het NIVEL te sturen. In totaal zijn circa 70 nota's ontvangen die gerangschikt kunnen worden in vijf categorieën: algemeen (organisatie-structuur), verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging, samenwerking tussen extramurale verpleging en gezinsverzorging, horizontale functiedifferentiatie en overige (met name over intake en coördinatie). De informatie uit deze rapporten is gebruikt om de antwoorden uit de enquête nader toe te lichten en een beeld te kunnen vormen van de achterliggende visies die ten grondslag liggen aan functiedifferentiatie.

### **4.3. Uitvoering van het onderzoek**

De erkende kruisorganisaties en de instellingen voor gezinsverzorging zijn in eerste instantie door middel van een brief op de hoogte gesteld van dit onderzoek. In dit schrijven is tevens gevraagd om deelname aan het onderzoek. Op het antwoordstrookje dat was bijgevoegd kon de organisatie aangeven welk personeelslid het best in staat zou zijn om vragen te beantwoorden over functiedifferentiatie. De functie van deze personen varieerde per organisatie. Binnen de erkende kruisorganisaties betrof het in de meeste gevallen de zorgmanager, het hoofd zorg of de stafverpleegkundige. De instellingen voor gezinsverzorging werden met name vertegenwoordigd door personeelsfunctionarissen en in enkele gevallen door de leidinggevende gezinsverzorging of de directeur van de instelling.

Na ontvangst van het antwoordstrookje werd met de betreffende persoon telefonisch een afspraak gemaakt over het tijdstip waarop de vragen konden worden gesteld. Een maand na het verzenden van de eerste brief is een rappelbrief verstuurd naar de organisaties die op dat moment nog niet hadden gereageerd. Voor de enquête bij de erkende kruisorganisatie werd circa 45 minuten gereserveerd. Binnen de instellingen voor gezinsverzorging is rekening gehouden met circa 20 minuten.

De enquête is afgenomen in de periode van 20 januari 1992 tot en met 27 februari 1992 door drie studenten en de onderzoeker zelf. Gezien de aard van het onderwerp, is bij de selectie van de drie studenten bewust gekozen voor personen met een verpleegkundige achtergrond. Aangenomen werd, dat bij het uitleggen van eventuele onduidelijkheden over de vragenlijst een verpleegkundige achtergrond relevant zou zijn. Deze aanname werd tijdens de enquête bevestigd. In verband met de interbeoordelaars-betrouwbaarheid is een begrippenlijst aan de enquête toegevoegd. Vervolgens heeft de onderzoeker de vragenlijst uitvoerig met de interviewers besproken. De bedoeling van de vragen werd toegelicht en afgesproken werd, dat alle antwoordcategorieën bij iedere organisatie zouden worden opgelezen.

Na verwerking van de gegevens uit de enquête zijn de interne nota's bestudeerd om meer inhoud te kunnen geven aan de gegevens. Allereerst is hierbij een verzameling gemaakt van de uitgangspunten en redenen die ten grondslag liggen aan functiedifferentiatie. Vervolgens konden begrippen uit de enquête nader worden toegelicht. Bijvoorbeeld als uit de enquête blijkt, dat sprake is van een taakafbakening dan is met behulp van de nota's aangegeven waaruit die afbakening bestaat. Aangezien de meeste nota's zijn toegestuurd met het verzoek ze anoniem te verwerken, is in de meeste gevallen aangegeven in welke landelijke publicaties de informatie uit de nota's is terug te vinden.

Ten behoeve van een 'invitational conference' op 8 september 1992 is de begeleidingscommissie uitgebreid met 15 personen die nauw betrokken zijn bij de uitvoering van de wijkverpleging en gezinsverzorging in de praktijk (bijlage 2). Tijdens deze bijeenkomst vormden de conceptversie van de aanbevelingen en de ontwikkelde complexiteitscriteria het onderwerp van gesprek.

#### **4.4. Uittesten van ontwikkelde complexiteitscriteria**

De complexiteitscriteria zijn aan de hand van vijf gevalsbeschrijvingen uitgetest. Bijlage drie bevat alle informatie die de deelnemers aan de test hebben ontvangen. De 'achtergrondinformatie' die hierin wordt genoemd is terug te vinden in paragraaf 6.2. Voordat de test kon beginnen zijn de criteria en de vijf gevalsbeschrijvingen eerst tijdens de invitational conference door de aanwezigen besproken. Aangegeven werd of een criterium



wel of niet van invloed is op de complexiteit van de verpleegsituatie. Op grond van deze opmerkingen is een aantal criteria uit de corspronkelijke lijst verwijderd: bijvoorbeeld 'is de cliënt ADL-afhankelijk' en 'ontbreekt er voldoende mantelzorg'. Naar de mening van de aanwezigen zegt de mate van ADL-afhankelijkheid meer over de intensiteit (hoeveel verpleegkundige zorg moet worden verleend) dan over de complexiteit; de aanwezigheid van mantelzorg bepaalt alleen of het wel of niet mogelijk is om in de thuissituatie verzorgd te kunnen worden (het zegt niets over de ingewikkeldheid van de verpleegsituatie). Naar aanleiding van deze en andere opmerkingen is de uiteindelijke lijst met criteria samengesteld.

Vervolgens zijn de casussen aan de orde geweest tijdens de 'invitational conference'. De gevalsbeschrijvingen zijn zodanig dat de verpleegsituaties niet uitgesproken complex of niet-complex zijn. Immers, met name in twijfelachtige situaties dienen de complexiteitscriteria duidelijkheid te verschaffen. Wegens tijdgebrek zijn de casussen niet uitvoerig besproken en is per casus een algemeen oordeel gegeven over de mate van complexiteit. Over de eerste casus (dhr. de Vries) was men duidelijk van mening dat het een complexe verpleegsituatie betreft. Ten aanzien van de verpleegsituatie van mw. de Boer en mw. van Dijk was het oordeel: in eerste instantie complex, maar na verloop van tijd kan ook een wijkverpleegster de zorg verlenen. Tijdens de bijeenkomst waren de vierde en vijfde casus nog samengevoegd tot één casus: kort samengevat betrof het een mw. die met een decubituswond uit het ziekenhuis is ontslagen en zich zorgen maakt over het slechte leefpatroon van haar echtgenoot. Deze casus werd niet complex geacht op het gebied van de wondverzorging, maar wel complex ten aanzien van het motiveren van dhr. tot een betere leefstijl. In deze vorm werd deze casus als ingewikkeld en moeilijk te beoordelen beschouwd.

Naar aanleiding van de opmerkingen die tijdens deze bijeenkomst zijn gemaakt, zijn de casussen herschreven. De gevalsbeschrijvingen zijn op onduidelijkheden aangepast en van de vierde casus zijn twee verschillende gevalsbeschrijvingen gemaakt.

Vervolgens zijn de complexiteitscriteria uitgetest in de periode van 1 oktober 1992 tot en met 30 november 1992. Uit het ledenbestand van de NU'91 zijn 200 personen op aselechte wijze gekozen. Deze personen staan allemaal als wijkverpleegkundige geregistreerd in het bestand. Ze hebben een brief toegestuurd gekregen, waarin werd gevraagd om deel

te nemen aan het uittesten van de complexiteitscriteria. Op deze uitnodiging hebben 110 leden positief gereageerd (waarvan 11 reacties te laat binnen waren om nog deel te kunnen nemen). Voor het uittesten werd het essentieel gevonden, dat de deelnemer momenteel als wijkverpleegkundige werkt en zich niet alleen richt op de ouder- en kindzorg. Immers, op deze manier wordt bereikt dat de criteria worden getest door die wijkverpleegkundigen die worden geconfronteerd met complexiteitsbepaling binnen de verpleegsituatie. Door deze opvatting zijn 21 wijkverpleegkundigen niet geschikt bevonden voor de test. Het aantal geschikte kandidaten kwam hiermee op 78. Van dit aantal hebben uiteindelijk 65 wijkverpleegkundigen deelgenomen en de analyseformulieren teruggestuurd. Het betreft 58 vrouwen en 7 mannen. Tabel 4.4 beschrijft een aantal kenmerken van de deelnemers.

Tabel 4.4 Kenmerken van de deelnemers (N=65) aan de test van complexiteitscriteria

Leeftijd in jaren	Jaren werkzaam in de wijkverpleging	Percentage diensverband
20 - 30: 14	≤ 2 jaar: 8	variabel: 3
31 - 40: 30	3 - 5 jaar: 17	≤ 49%: 2
41 - 50: 16	6 - 10 jaar: 23	50% - 79%: 16
51 - 60: 5	≥ 11 jaar: 17	≥ 80%: 44

Om volgorde-effecten te voorkomen, hebben alle deelnemers de casussen in een andere aan elkaar geniete volgorde gekregen. De verpleegsituaties zijn eerst beoordeeld zonder gebruikmaking van de criteria om vervolgens tot een complexiteitsoordeel te komen aan de hand van de criteria. Voor een gedetailleerde beschrijving van de gevolgde procedure wordt verwezen naar het instructieformulier in de derde bijlage. Deze bevat namelijk alle informatie die de deelnemers hebben ontvangen.

## 5. RESULTATEN: VERTICALE FUNCTIEDIFFERENTIATIE

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de resultaten van de telefonische enquête over de verticale functiedifferentiatie: het onderscheid tussen de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende... De tabellen die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd, zijn gebaseerd op de antwoorden op vragen uit de enquête. Met behulp van informatie uit de toegestuurde nota's zijn deze tabellen nader uitgewerkt.

### 5.1. De functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster

In het kader van de verticale functiedifferentiatie is in de vragenlijst aandacht besteed aan functieprofielen, taakafbakening en -afstemming in de praktijk en complexiteitscriteria. De informatie die hieruit voort is gekomen geeft een beeld van de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. Doordat in dit onderzoek extra aandacht is besteed aan complexiteitscriteria, worden deze criteria uitgebreid beschreven in het volgende hoofdstuk.

Uit de toegestuurde nota's blijkt, dat de organisaties ten aanzien van differentiatie tussen de functie van wijkverpleegkundige en de functie van wijkverpleegster, verschillende uitgangspunten hanteren. Allereerst wordt door de meeste organisaties het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) als algemeen uitgangspunt genomen. Vervolgens worden genoemd:

- Gestreefd dient te worden naar een betere taakdifferentiatie, hetgeen groter recht doet aan het opleidingsniveau. Met andere woorden er wordt gebruik gemaakt van de capaciteiten van medewerk(st)ers in relatie tot hun opleiding.
- Het idee dat een beroepsbeoefenaar moet kunnen groeien in haar functie en dat in de praktijk binnen één functie de mate van deskundigheid verschilt. Wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters die een bepaalde opleiding hebben gevolgd, kunnen binnen eenzelfde functie sterk van elkaar verschillen wat deskundigheid betreft. Bij de introduc-

tie van deskundigheidsniveaus is het belangrijk dat de bevoegdheden realistisch worden bepaald, d.w.z. in overeenstemming met de verwachte deskundigheid en dat deze bevoegdheid voldoende abstract wordt omschreven zodat flexibele toepassing mogelijk is. Arbeidstevredenheid van de uitvoerende is hierbij van groot belang.

- Vasthouden aan de principes van integrerende verpleegkunde. Dat wil zeggen dat zowel de wijkverpleegkundige als de wijkverpleegster verantwoordelijk is voor de totale verpleging van de cliënt die aan haar is toegewezen. Het onderscheiden van twee deskundigheidsniveaus mag daarom niet leiden tot taakgerichte verpleging.
- De organisatie ziet het onderscheid tussen een eerste en tweede deskundigheidsniveau niet als een onderscheid in meer en minder deskundig. Wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters hebben ieder hun eigen specifieke deskundigheden maar zijn tevens aanvullend op elkaar. Daarmee ontstaat een meerwaarde in de zorg aan cliënten. Dit vraagt om wederzijds respect voor ieders taken.
- Grenzen stellen aan de taakuitoefening voor zowel het eerste als het tweede deskundigheidsniveau dient een balans aan te geven tussen het benutten van persoonlijke kwaliteiten van werknemers en organisatiebelangen, zoals bijvoorbeeld kwaliteitseisen.
- Duidelijkheid scheppen in verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden dienen zo laag mogelijk in de organisatie worden geplaatst: indien mogelijk een wijkverpleegster, indien nodig een wijkverpleegkundige.
- Een economisch verantwoorde inzet van middelen.

Deze uitgangspunten zullen op de één of andere manier terug te vinden zijn in de antwoorden die zijn gegeven op de vragen uit de enquête.

Uit de enquête blijkt, dat binnen de meeste erkende kruisorganisaties een onderscheid wordt gemaakt tussen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. Slechts binnen twee erkende kruisorganisaties ontbreekt dit onderscheid. De wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters verrichten in deze twee organisaties in principe dezelfde handelingen en dragen dezelfde verantwoordelijkheden. De meest voorkomende onderscheidende kenmerken binnen de resterende 56 erkende kruisorganisaties zijn weergegeven in tabel 5.1. Per organisatie kunnen meerdere onderscheidende kenmerken worden gehanteerd.

Tabel 5.1 Onderscheidende kenmerken tussen wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters binnen de erkende kruisorganisaties (N=56)

	aantal	%
complexiteit van de zorgsituatie	53	94.6
verantwoordelijkheid	53	94.6
ouder- en kindzorg / volwassenenzorg	50	89.3
fases van het verpleegkundig proces	48	85.7

De complexiteit van de zorgsituatie wordt in de meeste organisaties als onderscheidend kenmerk aangegeven (95%). Binnen een evenzo groot percentage organisaties is de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige omvangrijker dan die van de wijkverpleegster. Bij 89% werkt de wijkverpleegster alleen maar binnen de volwassenenzorg. Tot slot blijkt uit tabel 5.1, dat de wijkverpleegkundige bij een grote meerderheid van de organisaties (86%), binnen meer fases van het verpleegkundig proces (van anamnese tot en met evaluatie) zorg verleent.

In tabel 5.2 wordt het verschil in verantwoordelijkheid nader toegelicht. In de enquête is niet gevraagd naar de *eind*verantwoordelijkheid. Na de interpretatie van de gegevens uit de tabel, wordt op grond van informatie uit de verschillende nota's nader ingegaan op de verschillende typen verantwoordelijkheid. In deze tabel is als uitgangspunt genomen, dat de wijkverpleegkundige in principe verantwoordelijk is voor alle fases van het verpleegkundig proces en voor de continuïteit en coördinatie die hiermee samenhangen. De tabel geeft derhalve aan voor welke aspecten de wijkverpleegster verantwoordelijk is bij de aan haar toegewezen cliënten. Deze tabel heeft alleen betrekking op de organisaties (95%) die verantwoordelijkheid als een onderscheidend kenmerk hanteren.

Het verschil in verantwoordelijkheid komt met name tot uiting bij het vaststellen van de zorgvraag (= verpleegkundige anamnese en diagnose) en het voorschrijven van de verpleegkundige zorg. In de meeste organisaties draagt de wijkverpleegkundige hiervoor de verantwoordelijkheid: respectievelijk 93% en 83%. Ten aanzien van de planning, uitvoering, evaluatie alsmede de continuïteit van zorg, draagt de wijkverpleegster voor de aan haar toegewezen cliënten zèlf de verantwoordelijkheid.

Tabel 5.2: Verantwoordelijkheden binnen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster bij de erkende kruisorganisaties (N=53)

	onbekend		alleen de wijkverpleegkundige		wijkverpleegkundige of wijkverpleegster	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
vaststellen van de zorgvraag			49	92.5	4	7.5
voorschrijven van de zorg			44	83.0	9	17.0
plannen van de zorg	1	1.9	18	34.0	34	64.2
uitvoeren van de zorg			7	13.2	46	86.8
evalueren van de verleende zorg	1	1.9	13	24.5	39	73.6
continuïteit binnen de zorgverlening			8	15.1	45	84.9
coördinatie van de zorgverlening	1	1.9	24	45.3	28	52.8

Opvallend is hierbij, dat binnen een groot aantal organisaties (74%) de wijkverpleegster zelf verantwoordelijk is voor de evaluatie van de zorg die zij heeft verleend. Immers, in deze fase vindt een terugkoppeling plaats naar de fases waarvoor de wijkverpleegster, bij de aan haar toegewezen cliënten, in veel organisaties *niet* verantwoordelijk is: het vaststellen van de zorgvraag en het voorschrijven van de verpleegkundige zorg.

Tot slot tonen de gegevens uit tabel 5.2 aan, dat de wijkverpleegster in ruim de helft van de organisaties ook verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg die zij verleent. Coördinatie is hierbij omschreven als het waarborgen van de samenhang van afzonderlijke taken en activiteiten. De uitvoering van de afzonderlijke taken zijn op elkaar afgestemd. Die afstemming richt zich ook op de taken van andere uitvoerenden binnen de thuiszorg: gezinsverzorging, huisarts en maatschappelijk werk.

Een breder beeld van de (eind)verantwoordelijkheid over de zorgverlening wordt verkregen aan de hand van de definities die in de verschillende nota's worden gehanteerd.

*Verantwoordelijkheid* wordt omschreven als: " het aansprakelijk zijn voor datgene je doet en/of besluit, al dan niet in opdracht van een ander. Verantwoordelijkheid houdt ook in de plicht tot het afleggen van verantwoording (= toelichting en rekenschap geven). " Indien een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster na de intake wordt toegewezen aan een cliënt spreekt men van de "eerstverantwoordelijke" of "zorgverantwoordelijke".

*"Eindverantwoordelijkheid* wil zeggen aansprakelijk zijn voor datgene dat wordt uitgevoerd door een ander. Degene die de taak uitvoert is verantwoordelijk voor een goede uitvoering. De eindverantwoordelijke dient mogelijkheden en voorwaarden te scheppen voor een goede uitvoering en is daarvoor verantwoordelijk. De eindverantwoordelijkheid voor zorgverlening, uitgevoerd door de wijkverpleegster, ligt altijd bij een wijkverpleegkundige. Wanneer een wijkverpleegster eerstverantwoordelijke is, dient er dus een afspraak gemaakt te worden, per cliëntsituatie, welke wijkverpleegkundige de eindverantwoordelijkheid heeft". Dit citaat beschrijft de professionele eindverantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige. Het betreft dus geen verantwoordelijkheid voor het gehele gebeuren binnen de basiseenheid. Deze organisatorische eindverantwoordelijkheid ligt bij de hoofdwijkverpleegkundige en wordt in dit onderzoek niet verder onderzocht en beschreven.

Binnen een aantal organisaties wordt in het kader van de professionele eindverantwoordelijkheid gesproken van een mentor-wijkverpleegkundige. " Een mentor-wijkverpleegkundige bespreekt regelmatig met de wijkverpleegster diens cliënten aan de hand van de verpleegplannen. Het doel van deze cliëntenbespreking is dat de mentor-wijkverpleegkundige zicht houdt op de verpleegsituatie en de ontwikkelingen in de zorgbehoefte van de cliënt zonder direct contact met de cliënt te hebben. Op die manier kan zij in overleg met de wijkverpleegster de mate van complexiteit van de verpleegsituatie en de te verlenen zorg blijven inschatten".

" Op deze wijze leidt het onderscheiden van twee deskundigheidsniveaus tot een ongelijke beroepsmatige verhouding tussen de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster. Er is echter geen hiërarchische verticale lijn tussen wijkverpleegkundige en wijkverpleegster, de hoofdwijkverpleegkundige blijft de direct leidinggevende van zowel wijkverpleegkundige als wijkverpleegster".

Aangezien wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters moeten groeien in het dragen van verantwoordelijkheid worden in veel nota's twee gradaties aangebracht: minimale en maximale verantwoordelijkheid. *Minimale* verantwoordelijkheid is de verantwoordelijkheid die iemand heeft na een inwerkperiode van één tot anderhalf jaar. *Maximale* verantwoordelijkheid is de verantwoordelijkheid die iemand heeft na een dienstverband van uiterlijk drie jaar. Aan de hand van functioneringsgesprekken met de hoofdwijkverpleegkundige wordt bepaald in hoeverre de wijkverpleegkundige of wijkverpleegster de vereiste verantwoordelijkheid kan dragen.

Vervolgens is in de enquête gevraagd in hoeverre de onderscheidende kenmerken uit tabel 5.1 worden gehanteerd in bestaande functieprofielen en/of mondelinge afspraken. In de meeste organisaties zijn functieprofielen aanwezig (84%). In hoeverre de profielen actueel of sterk verouderd zijn, is niet bekend. Ongeveer een kwart van deze organisaties hanteert naast de functieprofielen ook mondelinge afspraken om het onderscheid tussen de functies aan te geven. Binnen 9% van de erkende kruisorganisaties wordt alleen op grond van mondelinge afspraken een onderscheid gemaakt tussen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. Tot slot gebruikt 7% van de organisaties helemaal geen functieprofielen en mondelinge afspraken of is men hiervan niet op de hoogte. Functieprofielen en mondelinge afspraken zijn bedoeld om taken duidelijk af te bakenen en op elkaar af te stemmen. Derhalve wordt in tabel 5.3 aangegeven in hoeverre sprake is van een duidelijke taakafbakening en taakafstemming.

Tabel 5.3 toont, dat er binnen een kleine meerderheid van de erkende kruisorganisaties een duidelijke taakafbakening en taakafstemming bestaat tussen de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters (59%). De resterende 41% constateert, dat er in de praktijk onduidelijkheden zijn tussen de uitvoerende functies. Bij de helft van deze laatste groep ontbreekt zowel een duidelijke taakafbakening als taakafstemming. Indien zowel taakafbakening als taakafstemming ontbreken (N=11) worden er onduidelijkheden ervaren op het gebied van: cliëntentoe wijzing (10x), uitvoering van taken (wie doet wat) (7x), verantwoordelijkheid voor de zorgverlening (6x), de coördinatie van de zorgverlening (4x) en de continuïteit van de zorgverlening (4x).



Tabel 5.3: Taakafbakening en taakafstemming tussen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster binnen de erkende kruisorganisaties

	aantal	%
nee	11	19.6
taakafbakening	7	12.5
taakafstemming	5	8.9
taakafbakening en taakafstemming	33	58.9
Totaal	56	100.0

Deze gegevens maakt duidelijk, dat het bestaan van functieprofielen (bij 84% van de organisaties) niet vanzelfsprekend leidt tot een duidelijke taakafbakening en taakafstemming. Binnen 41% van alle erkende kruisorganisaties worden namelijk onduidelijkheden ervaren.

Uit de toegestuurde nota's blijkt, dat met betrekking tot de aard en de omvang van het takenpakket veel organisaties uitgaan van de zes taakclusters die worden genoemd in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b): preventieve en voorlichtende taak; verzorgende en begeleidende taak; diagnostische en therapeutische taak; coördinerende taak; rapporterende, registrerende en administratieve taak; huishoudelijke taak. Deze clusters zijn in het Verpleegkundig Beroepsprofiel nader uitgewerkt in specifieke taken en verrichtingen. De wijkverpleegkundige mag binnen elk taakcluster meer taken verrichten dan de wijkverpleegster. De taakafbakening wordt vervolgens mede bepaald door de lijst van medische handelingen die door verpleegkundige beroepsbeoefenaars in de thuissituatie mogen worden uitgevoerd (Nationale Kruisvereniging, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1990). Dit wordt in een nota aangevuld met de opmerking, dat 'reactivering', 'ADL-verzorging' en 'chronisch zieken' specifiek behoren tot de deskundigheid van de wijkverpleegster.

Ondanks bovenstaande omschrijvingen bestaan in de praktijk veel onduidelijkheden. Verondersteld wordt dat het feit, dat het takenpakket van de wijkverpleegkundige tevens het takenpakket van de wijkverpleegster omvat, hieraan debet is.

Tabel 5.4: Mate waarin wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters regelmatig taken boven en beneden hun niveau uitvoeren (volgens de erkende kruisorganisaties)

	wijkverpleegkundige				wijkverpleegster			
	boven het niveau		beneden het niveau		boven het niveau		beneden het niveau	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
onbekend	1	1.7	0	0.0	1	1.7	3	5.2
nee	53	91.4	1	1.7	37	63.8	27	46.6
ja	4	6.9	57	98.3	20	34.5	28	48.3
Totaal	58	100.0	58	100.0	58	100.0	58	100.0

Uit tabel 5.4 kan worden geconcludeerd, dat de verschillende organisaties een zelfde mening hebben over het niveau van de taken die de wijkverpleegkundige verricht. Met de wetenschap dat 'boven of beneden het niveau' een bepaalde mate van subjectiviteit omvat, vinden met uitzondering van één organisatie alle organisaties, dat de wijkverpleegkundige regelmatig taken beneden haar niveau verricht. Doordat beide variabelen over het niveau van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige erg scheef zijn verdeeld is toetsing van verbanden niet mogelijk. Evenwel kan uit de gegevens van voorgaande tabellen worden opgemerkt, dat ondanks het bestaan van functieprofielen binnen 84% van de organisaties, het bezitten van verantwoordelijkheid over het gehele verpleegkundige proces en het bestaan van een duidelijke taakafbakening en taakafstemming binnen 59% van de organisaties, de werkzaamheden die de wijkverpleegkundige uitvoert regelmatig beneden haar niveau zitten. De oorzaak voor het lage niveau van de werkzaamheden zal derhalve op een ander gebied moeten worden gezocht.

De redenen die zijn genoemd voor het feit, dat wijkverpleegkundigen regelmatig werkzaamheden uitvoeren die beneden hun niveau liggen geven hiervan een duidelijk beeld: er zijn te weinig wijkverpleegsters in dienst, de verhouding '3 wijkverpleegkundigen : 1 wijkverpleegster' moet worden omgedraaid (49x), de zorgvraag omvat in geringe mate complexe verpleegsituaties (33x), er is een onduidelijke functie-omschrijving (11x), de wijkverpleegkundige stoot niet gemakkelijk taken af (10x) en er zijn praktische redenen (b.v. de cliënt waarbij de complexiteit van de verpleegsituatie is afgenomen blijft in zorg bij de wijkverpleegkundige vanwege de continuïteit en het vertrouwen dat de cliënt in de verpleegkundige heeft) (8x). Uit deze opsomming kan worden geconcludeerd, dat

volgens veel erkende kruisorganisaties de verpleegsituaties in de praktijk in veel gevallen niet vragen om het niveau van een wijkverpleegkundige.

Ten aanzien van het niveau van de taken van de wijkverpleegster zijn de meningen minder uitgesproken. Minder sterk dan bij de wijkverpleegkundigen blijkt echter ook sprake van de tendens, dat het niveau van de werkzaamheden vaker te laag dan te hoog is: 35% denkt dat de wijkverpleegster regelmatig boven haar niveau werkt en 48% vindt dat ze regelmatig taken beneden haar niveau verricht. Als reden voor het feit, dat wijkverpleegsters boven hun niveau werken werd genoemd: onduidelijke functie-omschrijvingen (7x), verworven recht (6x), te weinig wijkverpleegkundigen aanwezig (3x), complexiteit van de zorgvraag (2x). De redenen voor het werken beneden het niveau van de wijkverpleegster en een eventueel verband met taakafbakening en/of taakafstemming tussen de wijkverpleegster en gezinsverzorgende, worden beschreven in paragraaf 5.2.

Bij de uitgangspunten aan het begin van deze paragraaf is reeds vermeld, dat in de nota's belang wordt gehecht aan het kunnen groeien binnen een functie, in het niveau van de werkzaamheden. Evenals bij de verantwoordelijkheid wordt derhalve gesproken van minimale en maximale taken. Onder *minimale* taken worden verstaan de taken die iedere wijkverpleegkundige en wijkverpleegster indien nodig, moet kunnen uitvoeren na een inwerkperiode van één tot anderhalf jaar. Met *maximale* taken worden de taken bedoeld die iedere wijkverpleegkundige en wijkverpleegster, indien nodig, moet kunnen uitvoeren na een dienstverband van uiterlijk drie jaar.

In een nota wordt vervolgens opgemerkt, dat ten aanzien van de taakuitoefening door de wijkverpleegster moet worden voorkomen, dat door de wijkverpleegster meer wordt gedaan dan, gezien haar deskundigheid, verantwoord is. Binnen deze grenzen dient echter ruimte te blijven bestaan voor persoonlijke variatie. De ene wijkverpleegster zal qua belastbaarheid tot meer in staat zijn dan de andere. Bovenstaande geeft een kernprobleem betreffende de functie van wijkverpleegster weer:

- een (al te) starre opstelling t.a.v. de werkzaamheden kan leiden tot een onderschatting van de capaciteiten van wijkverpleegsters en
- teveel uitgaan van de ruimte van persoonlijke variatie kan leiden tot handhaving van de bestaande onduidelijkheid over de taakuitoefening door wijkverpleegsters (zowel over- als onderschatting).

Hierop aansluitend wordt in sommige nota's het 'Dreyfus-model' (Benner, 1984) in originele of afgeleide vorm gehanteerd (zie hoofdstuk 2).

## **5.2. De functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende**

Naast het onderscheid in functies binnen de extramurale verpleging, zijn tijdens de enquête tevens de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende naast elkaar gezet. Met het oog op (toekomstige) samenwerkingsvormen wordt in nota's omschreven wat de verschillen en overeenkomsten zijn tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende. De noodzaak dient zich aan, de verschillende werksoorten duidelijk te profileren en van elkaar te onderscheiden. In een enkele nota wordt zelfs gesproken over een terreinafbakening en onderbouwing daarvan, om de overlevingskans in het territoriumgevecht tussen de verschillende disciplines te bevorderen. Alle nota's die in deze paragraaf zijn gebruikt, zijn door de twee typen organisaties gezamenlijk geschreven; het betreft samenwerkingsnota's, er bestaat dus een bepaalde mate van consensus over.

Evenals in de eerste paragraaf wordt gestart met de beschrijving van uitgangspunten die worden gehanteerd bij de omschrijving van de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende.

- Het uiteindelijke doel van samenwerking tussen de wijkverpleegster en de gezinsverzorgende is het leveren van een optimale kwaliteit van zorg. Daarbij dient rekening te worden gehouden met de kennis, vaardigheden en werkbelasting van een bepaalde hulpverlener en met de wenselijkheid van zo min mogelijk hulpverleners in één situatie. Eveneens dient hierbij gekeken te worden naar de wensen van de cliënt.
- Eén van de drijfveren achter samenwerking tussen wijkverpleegsters en gezinsverzorgenden betreft het streven naar doelmatigheid.
- Substitutie is het sleutelwoord om tot een doelmatiger thuiszorg te komen.
- De professionele hulp, geboden door de wijkverpleegster en de gezinsverzorgende is aanvullend op de zelfzorgmogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving. In de hulpverlening blijven dan ook de eigen verantwoordelijkheid en de eigen mogelijkheden van de cliënt voorop staan.

- In de samenwerking tussen de wijkverpleegster en de gezinsverzorgende kennen beide disciplines eigen taken en taken die door beide disciplines kunnen worden uitgevoerd. Respect voor elkaars deskundigheid is van groot belang.

Allereerst is aan zowel de erkende kruisorganisaties als de instellingen voor gezinsverzorging gevraagd naar de aanwezigheid van functieprofielen en mondelinge afspraken, die het verschil aangeven tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende (tabel 5.5).

Tabel 5.5: Aanwezigheid van functieprofielen en mondelinge afspraken over het onderscheid tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende

	kruisorganisaties		gezinsverzorging	
	aantal	%	aantal	%
onbekend	1	1.7	0	0.0
nee	14	24.1	36	35.3
functieprofielen	24	41.4	35	34.4
mondelinge afspraken	12	20.7	14	13.7
functieprofielen en mondelinge afspraken	7	12.1	17	16.7
<b>Totaal</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

De aanwezigheid van functieprofielen, eventueel samen met mondelinge afspraken komt binnen beide typen organisaties in ruim 50% voor. Vergeleken met gegevens uit de vorige paragraaf, bezitten de erkende kruisorganisaties dus minder vaak functieprofielen waarin het onderscheid tussen de wijkverpleegster en gezinsverzorgende is beschreven (54%) dan functieprofielen met het onderscheid tussen de wijkverpleegkundige en wijkverpleegster (84%).

Procentueel gezien, komt het ontbreken van functieprofielen en mondelinge afspraken over de onderscheidende kenmerken tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende bij de instellingen voor gezinsverzorging vaker voor dan bij de erkende kruisorganisaties: 35% tegenover 24%. Volgens de erkende kruisorganisaties wordt vaker op grond van alleen maar mondelinge afspraken een onderscheid gemaakt tussen de twee functies dan bij de instellingen voor gezinsverzorging: 21% tegenover 14%.

Verondersteld wordt, dat de *aanwezigheid* van samenwerking tussen de verschillende organisaties en instellingen (zie tabel 4.2a en 4.2b), van invloed kan zijn op het bestaan van functieprofielen die het onderscheid aangeven tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende. Samenwerking op uitvoerend niveau is hierin niet meegenomen, omdat dit reeds in bijna alle organisaties voorkomt en daardoor een zeer scheef verdeelde variabele betreft. Er blijkt alleen een verband te bestaan ten aanzien van de instellingen voor gezinsverzorging. Instellingen voor gezinsverzorging die reeds op management- en/of bestuursniveau met kruisorganisaties samenwerken beschikken vaker over functieprofielen dan instellingen zonder deze samenwerking ( $\chi^2 = 8.43$ ,  $p = 0.00$ ) Voor de erkende kruisorganisaties werd geen verband gevonden tussen samenwerking met instellingen voor gezinsverzorging op management- en/of bestuursniveau en de aanwezigheid van functieprofielen ( $\chi^2 = 0.00$ ,  $p = 1.00$ ). Indien wordt gekeken naar de *duur* dat de instellingen reeds samenwerken op management- en/of bestuursniveau en op uitvoerend niveau, dan blijkt er geen verband te zijn met de aanwezigheid van functieprofielen.

De onderscheidende kenmerken die worden gehanteerd in de functieprofielen en/of mondelinge afspraken staan in tabel 5.6. Instellingen waarbinnen geen functieprofielen en/of mondelinge afspraken bestaan, zijn derhalve niet opgenomen in deze tabel.

Tabel 5.6: Onderscheidende kenmerken tussen de wijkverpleegster en de gezinsverzorgende die worden gehanteerd in functieprofielen en/of mondelinge afspraken

	kruisorganisaties		gezinsverzorging	
	aantal	%	aantal	%
- gezondheidsprobleem: wijkverpleegster huishoudelijk probleem: gezinsverzorgende	16	37.2	9	13.6
- gezondheidsprobleem: wijkverpleegster uitval van mantelzorg: gezinsverzorgende	4	9.3	14	21.2
- gezondheidsprobleem: wijkverpleegster huishoudelijk probleem en/of uitval van mantelzorg: gezinsverzorgende	18	41.9	27	40.9
- anders	5	11.6	16	24.2
<b>Totaal</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Uit tabel 5.6 blijkt, dat de erkende kruisorganisaties en de instellingen voor gezinsverzorging voor een even groot deel (ruim 40%) vinden, dat de wijkverpleegster zorg verleent gericht op een gezondheidsprobleem en dat de gezinsverzorgende zich richt op een huishoudelijk probleem en/of uitval van de mantelzorg. De in het derde hoofdstuk beschreven uitgangspunten komen hiermee terug: het (dreigende) individuele gezondheidsprobleem versus het totale huishouden waarbij sprake is van een afname van zelfredzaamheid door onvrijwillige uitval.

Ondanks deze overeenkomst tussen de erkende kruisorganisaties en de instellingen voor gezinsverzorging, blijkt er tevens een verschil in uitgangspunten te zijn. Immers, volgens 37% van de erkende kruisorganisaties richt een gezinsverzorgende zich alléén maar op een huishoudelijk probleem. Slechts 14% van de instellingen voor gezinsverzorging hanteert hetzelfde uitgangspunt. Daarentegen vinden de instellingen voor gezinsverzorging in grotere mate, dat de gezinsverzorgenden zich alléén maar richten op situaties waarbij de mantelzorg is uitgevallen: 21% bij de gezinsverzorging en 9% bij de wijkverpleging.

Tot slot blijkt uit de tabel, dat een kwart van de instellingen voor gezinsverzorging van mening is, dat het onderscheid niet is uit te drukken in een indeling naar huishoudelijk probleem, uitval van mantelzorg en gezondheidsprobleem. Deze laatste groep ziet het onderscheidend kenmerk met name in verpleegtechnische handelingen, die moeten worden verricht door de wijkverpleegster. Uit deze opmerking kan worden geconcludeerd dat de inhoud van de functie van gezinsverzorgende aan het veranderen is in de richting van lichamelijk verzorgende werkzaamheden.

Aanvullend op tabel 5.6 werd overigens door 29% van deze 66 instellingen voor gezinsverzorging aangegeven, dat ondanks het bestaan van functieprofielen en/of mondelinge afspraken, in principe een duidelijk onderscheid tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende ontbreekt. Bij deze 43 erkende kruisorganisaties werd dit door 23% opgemerkt. Indien hierbij de organisaties worden geteld waarbinnen zowel functieprofielen als mondelinge afspraken ontbreken (zie tabel 5.5), dan vindt 41% van alle erkende kruisorganisaties en 54% van alle instellingen voor gezinsverzorging dat een duidelijk onderscheid tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende ontbreekt.

In de toegestuurde nota's komt over het algemeen het uitgangspunt zoals genoemd in tabel 5.6 terug. De uitgangspunten zijn gebaseerd op publikaties van de Nationale Kruisvereniging (1981) en de Ziekenfondsraad (1992). Het onderscheid tussen het 'individu' en het 'totale huishouden' komt duidelijk terug in het volgende citaat: " Het gebied van de verpleging is vooral afgebakend door de op het individu gerichte aspecten van de thuiszorg. Het gebied van de verzorging is afgebakend door de sociale en omgevingsaspecten van de thuiszorg".

Overigens wordt in de nieuwste subsidieregeling van de Ziekenfondsraad (1992) specifiek aandacht besteed aan de verschuiving van lichamelijk verzorgende taken naar de gezinsverzorging. In Artikel 9.1.b staat namelijk beschreven dat de subsidie-uitkering strekt tot dekking van: " hulpverlening, zoals bedoeld in het uitvoeringsbesluit Hulp vanwege een kruisorganisatie Bijzondere Ziektekostenverzekering, mits in structurele samenwerking met of onder verantwoordelijkheid van een erkende kruisorganisatie, ten behoeve van verzekerden thuis, die naast de onder a (verzorging, waaronder begrepen huishoudelijke hulp en begeleiding) genoemde verzorging tevens geïndiceerd zijn voor verpleging" ; samenwerking tussen de beide instanties wordt hierbij dus geëist.

Een nader beeld van het onderscheid tussen de functie van wijkverpleegster en gezinsverzorgende wordt verkregen aan de hand van taakafbakening en taakafstemming.

Tabel 5.7: Taakafbakening en taakafstemming tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende

	kruisorganisaties		gezinsverzorging	
	aantal	%	aantal	%
onbekend	2	3.4	2	2.0
nee	27	46.6	24	23.5
taakafbakening	3	5.2	3	2.9
taakafstemming	6	10.3	8	7.8
taakafbakening en taakafstemming	20	34.5	65	63.7
<b>Totaal</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>

Uit tabel 5.7 blijkt dat de erkende kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging verschillend denken over een duidelijke taakafbakening en taakafstemming in de praktijk. Volgens 47% van de erkende kruisor-



ganisaties ontbreekt zowel een duidelijke taakafbakening als een duidelijke taakafstemming. Dit percentage is twee keer zo groot als bij de instellingen voor gezinsverzorging (24%). De meest genoemde onduidelijkheden worden ervaren op het gebied van de uitvoering van taken (wie doet wat): 34x (bij de wijkverpleging) en 27x (bij de gezinsverzorging); verantwoordelijkheid voor de zorgverlening: 23x en 21x; coördinatie van zorg: 15x en 19x.

De aanwezigheid van zowel een duidelijke taakafbakening als een duidelijke taakafstemming wordt door de gezinsverzorging veel vaker geconstateerd dan bij de wijkverpleging: respectievelijk 64% en 35%. Tussen het wel of niet aanwezig zijn van functieprofielen en het bestaan van een duidelijke taakafbakening en/of taakafstemming, blijkt geen verband te bestaan.

Ten aanzien van de taakafbakening en taakafstemming is een verband onderzocht met de samenwerking op management- en/of bestuursniveau en op uitvoerend niveau (zie tabel 4.2a en 4.2b). Zowel de *aanwezigheid* als de *duur* van deze samenwerkingsvormen staan niet in verband met de taakafbakening en/of taakafstemming in de praktijk.

Zoals reeds in tabel 5.4 is weergegeven, wordt er door de erkende kruisorganisaties wisselend gedacht over de opvatting, dat de werkzaamheden van de wijkverpleegster beneden haar niveau ligt. Volgens 48% werkt de wijkverpleegster regelmatig beneden haar niveau, terwijl 47% vindt dat dit niet het geval is. Als reden voor het werken beneden het niveau van de wijkverpleegster werd gegeven: lange wachtlijsten bij de gezinsverzorging (22x), onvoldoende gezinsverzorgenden (18x), onduidelijke afspraken tussen de erkende kruisorganisaties en de instellingen voor gezinsverzorging (12x), onbekendheid met elkaar (5x), verschil in retributie- en contributieregeling (4x).

Er is geen verband gevonden tussen de opvatting, dat wijkverpleegsters beneden hun niveau werken en de aanwezigheid van functieprofielen, een duidelijke taakafbakening en/of taakafstemming en de aanwezigheid van samenwerking op management- en/of bestuursniveau.

Vanuit de instellingen voor gezinsverzorging wordt door een meerderheid aangegeven dat de gezinsverzorgende geen taken uitvoert boven haar niveau (75%). De opvatting, dat de gezinsverzorgende boven haar niveau werkt is onafhankelijk van de aanwezigheid van functieprofielen. Een lichte

samenhang blijkt er te zijn tussen deze opvatting met de aanwezigheid van een duidelijke taakafbakening en/of taakafstemming ( $\chi^2 = 3.45$ ,  $p = 0.06$ ). Instellingen voor gezinsverzorging die een duidelijke taakafbakening en/of taakafstemming ervaren, vinden minder vaak dat de gezinsverzorgende werkzaamheden uitvoert die boven haar niveau liggen. De aanwezigheid van samenwerking op management- en/of bestuursniveau is niet van invloed op deze opvatting.

Indien wordt gekeken naar de taken die de wijkverpleegster verricht, vindt 48% van de instellingen voor gezinsverzorging, dat deze taken in principe door de gezinsverzorgende moeten worden uitgevoerd. Het betreft dan activiteiten zoals het aantrekken van elastische kousen, de gewone wasbeurt en het assisteren bij het aan- en uitkleden van de cliënt. Een iets kleinere groep (42%) zegt, dat de wijkverpleegster geen taken verricht, die door de gezinsverzorgende zouden moeten worden uitgevoerd en de resterende 10% weet het niet. Uitvoering van de  $\chi^2$  toets levert geen verbanden op. De aanwezigheid van functieprofielen, een duidelijke taakafbakening en/of taakafstemming alsmede samenwerking op management- en/of bestuursniveau is niet van invloed op de opvatting, dat de wijkverpleegster taken verricht, die in principe door de gezinsverzorgende moeten worden uitgevoerd.

In de meeste samenwerkingsnota's wordt een lijst gehanteerd waarin beschreven staat wie wat mag en kan doen. Hierbij worden meestal vier taakclusters genoemd: huishoudelijk verzorgend, verzorgend, begeleidend, verpleegtechnisch en overige. Binnen enkele van deze nota's wordt een verdere opsplitsing gemaakt in extra taakclusters: medicijnen toedienen, reactiveren en het helpen bij het realiseren van therapie en leefregels. Deze verdeling is een afgeleide van de lijst die als bijlage VI is opgenomen in het "Handboek regionale samenwerking van gezinsverzorging en wijkverpleging in de thuiszorg" (Meerman en de Waal, 1989).

Deze clusters worden verder uitgewerkt in *eigen* taken en taken die door *beide* disciplines kunnen worden uitgevoerd. Binnen de meeste nota's wordt een indeling in vier categorieën aangehouden die ook is terug te vinden in "Registratie Indicatie Thuiszorg" (LVT, 1990):

- Taken die worden uitgevoerd door de gezinsverzorgende (b.v. huishoudelijk verzorgend: broodmaaktijd voorbereiden, koffie zetten, afwassen en strijken);

- Taken die door beide functies worden uitgevoerd of in overleg wordt vastgesteld wie de uitvoering doet. Zijn beide functies bij de zorg betrokken, dan is overleg noodzakelijk. Indien één functie bij de zorg is betrokken, dan kan deze naar eigen inzicht handelen. De ander is dan uiteraard wel te consulteren (b.v. verzorgend: aan- en uitkleden, hulp bij het naar de toilet gaan, haren wassen en scheren).
- Taken die primair voor de wijkverpleegster zijn. Na instructie kan de uitvoering door de gezinsverzorgende geschieden. De verantwoordelijkheid voor de zorg blijft echter bij de wijkverpleegster. Voor een goede uitvoering (na instructie) is diegene die de handeling verricht verantwoordelijk (b.v. verpleegtechnisch: elastische kousen aan/uit, zwachtelen, uitzetten van medicijnen en dreigende decubitus verzorgen). Hierbij dient te worden vermeld, dat niet alleen van de handeling moet worden uitgegaan, maar dat de gehele cliëntsituatie in ogenschouw wordt genomen.
- Taken die alleen door de wijkverpleegster of wijkverpleegkundige worden uitgevoerd (b.v. begeleidend: gvo, vragen rondom medische behandeling, adviezen over mogelijkheden van aanpassingen en hulpmiddelen en verpleegtechnisch: injecties, decubitus verzorging en stomaverzorging)

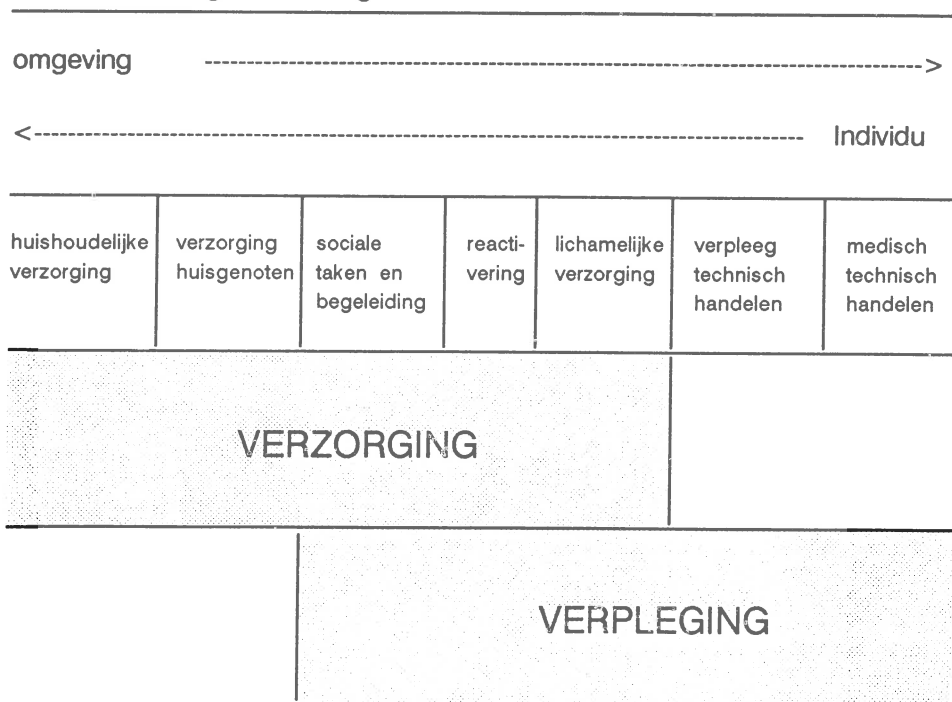
Uit deze omschrijving komt duidelijk naar voren, dat een overlap bestaat in de werkzaamheden die de wijkverpleegster uitvoert en de werkzaamheden die de gezinsverzorgende uitvoert. De overlap wordt in schema 5.1 weergegeven aan de hand van een model van het NIZW (Amelsvoort et al, 1991).

Om deze overlapping van taken op juiste wijze uit te voeren wordt in de nota's veel belang gehecht aan goede overlegvormen waarin taakafstemming kan worden bereikt. Overlegvormen worden beschreven op allerlei niveaus: van het niveau van directe zorgverlening door de wijkverpleging en de gezinsverzorging tot op directie-niveau.

De nota's geven aan, dat in situaties waarbij sprake is van een overlap, verantwoordelijkheid en bevoegdheid van beide disciplines duidelijk moeten zijn omschreven. Eveneens dient aandacht te worden besteed aan de taakverschuiving binnen de beroepsgroepen: de wijkverpleging gebonden taken die onder bepaalde condities door gezinsverzorgenden kunnen worden uitgevoerd. In dit kader wordt in een nota onderscheid gemaakt tussen overdragen ("aan de cliënt zou zo'n handeling weer overgelaten worden als zij dat zou kunnen") en delegeren ("het blijft

een handeling waar de wijkverpleegkundige verantwoordelijkheid voor draagt" ). " Daar waar sprake is van door de wijkverpleegkundige gedelegeerde zorg, gaat de wijkverpleegkundige regelmatig na of deze handeling in het desbetreffende geval (nog steeds) op die wijze door de gezinsverzorgende kan worden verricht. Dit houdt behalve het bovenstaande tevens in, dat de wijkverpleegkundige kan beoordelen of het in een concrete situatie verantwoord is dat de cliënt en/of huisgenoten zelf bepaalde handelingen op het terrein van de gezondheidszorg verrichten. Het moet zichtbaar worden voor zowel de cliënt als voor beide disciplines, welke handelingen door de wijkverpleegkundigen worden gedelegeerd aan de gezinsverzorging. Bij zowel overgedragen als gedelegeerde taken kan de eindverantwoordelijkheid alleen dan bij de gezinsverzorging berusten, indien het een taak betreft die door de gezinsverzorging is geïndiceerd".

Schema 5.1: Overlap in taakclusters van de wijkverpleegster en van de gezinsverzorgende



Bron: Amelsvoot et al, 1991

### 5.3. De intake

Tijdens de enquête is ook aandacht besteed aan de intake. Specifiek over de intake is door de erkende kruisorganisaties weinig informatie en door de instellingen voor gezinsverzorging vrijwel geen informatie toegestuurd. Uitgangspunten die in deze kleine hoeveelheid informatie met name naar voren kwamen zijn:

- Het vertrekpunt in de indicatiestelling is de hulpvraag. De hulpvraag op het terrein van de thuiszorg is bepalend en niet het omliggende aanbod van een instelling van gezinsverzorging. Anders gezegd, niet de vraag 'wat kan er geleverd worden', maar 'wat dient er geleverd te worden' is van belang. Primair gaat het om een verduidelijking van de hulpvraag en een inventarisatie van de zorgbehoeften.
- De beoordeling van de noodzakelijk geachte zorg geschiedt onafhankelijk van eventuele kwantitatieve of kwalitatieve beperkingen in het voorhanden zijnde aanbod van de thuiszorginstelling.
- Continuïteit van zorg dient te worden bewaakt.

Samengevat klinkt dus de 'functiegerichte benadering van zorg' door in deze uitgangspunten.

Slechts binnen vijf van de erkende kruisorganisaties (9%) bestaat tijdens de enquête een centrale intake die is losgekoppeld van de zorgverlening. Bij de instellingen voor gezinsverzorging bestaat in 63% een centrale intake. In 56% van deze instellingen betrof dit een speciaal intake-team. De resterende 44% heeft een speciale intake-functionaris. De meest voorkomende taken van het centrale intake-team of de intake-functionaris binnen de instellingen voor gezinsverzorging kunnen als volgt worden samengevat: afleggen van het eerste huisbezoek (98%), tijdens het huisbezoek inventariseren van de zorgbehoefte (92%), tijdens het huisbezoek vaststellen welke hulp nodig is (92%), telefonisch ontvangen van een hulpvraag (84%), opstellen van een hulpverleningsplan (75%) en zorgtoewijzing (52%).

Er zijn geen verbanden gevonden tussen de aanwezigheid van een centrale intake en de aanwezigheid van samenwerkingsvormen, taakafbakening en/of taakafstemming alsmede het niveau van de werkzaamheden van de wijkverpleegster en de gezinsverzorgende.

Het eerste huisbezoek waarin de zorg- en hulpbehoefte wordt bepaald, wordt binnen de vijf erkende kruisorganisaties met een centrale intake

verricht door de intake-functionaris. Binnen twee organisaties is het eveneens mogelijk, dat de wijkverpleegkundige dit eerste huisbezoek verricht. Indien de kruisorganisatie geen centrale intake heeft (N=53), wordt het eerste huisbezoek verricht door de wijkverpleegkundige. In vijf van deze organisaties is het tevens mogelijk, dat de wijkverpleegster dit huisbezoek aflegt.

Door de scheve verdeling van de variabele over het eerste huisbezoek is een toetsing van verbanden niet mogelijk. Echter, vergelijking met de gegevens uit tabel 5.2 geeft een overeenkomst te zien tussen de persoon die het eerste huisbezoek verricht en de persoon die de verantwoordelijkheid draagt voor het vaststellen van de zorgvraag: de wijkverpleegkundige.

De intake binnen de wijkverpleging omvat de verpleegkundige anamnese en het vaststellen van de verpleegkundige diagnose. Het maken van een verpleegplan is eveneens gekoppeld aan degene die de intake heeft gedaan: " Het gaat dan om een voorlopig verpleegplan, nodig om de eerste zorg te kunnen verlenen en de mate van complexiteit vast te stellen. Nadat cliënttoewijzing heeft plaatsgevonden, maakt de eerstverantwoordelijke (wijkverpleegkundige of wijkverpleegster) het definitieve verpleegplan. Zij is dan verder verantwoordelijk voor het zorgverleningsproces".

In de nota's wordt de taak die de wijkverpleegkundige heeft ten aanzien van de intake als volgt omschreven: " De intake wordt gezien als een eerste belangrijke stap in de hulpverlening aan cliënten. Het verrichten van de intake behoort tot de deskundigheid en verantwoordelijkheid van het eerste deskundigheidsniveau. Vanuit de opleiding (HBO) is de wijkverpleegkundige de meest aangewezen functionaris om de intake te verrichten. Zij is in staat een anamnese af te nemen, hulpbehoeften vast te stellen en de verpleegkundige diagnose te stellen. Ook is zij in staat de mate van complexiteit van zorg vast te stellen en het daarbij vereiste deskundigheidsniveau. Dit op grond van kennis van en inzicht in methodieken, verpleegkundige theorieën en visies".

Bij de instellingen voor gezinsverzorging die een centrale intake hebben (63%) komt het binnen drie organisaties voor, dat naast de intake-functionaris de leidinggevende het eerste huisbezoek verricht waarin de zorg- en hulpbehoefte wordt bepaald. Bij de instellingen zonder een

centrale intake, wordt het eerste huisbezoek altijd verricht door de leidinggevende gezinsverzorging. De functie van gezinsverzorgende is geen enkele keer genoemd als degene die het eerste huisbezoek aflegt.

Over de intake binnen de instellingen voor gezinsverzorging is slechts één citaat gevonden: " De intake (LIER-systeem) is een hulpmiddel om vanuit een doelbewust en doelgericht handelen samenhang aan te brengen tussen een aantal elementen. Het LIER-systeem beoogt tevens een grotere objectiviteit door middel van een eenduidige beschrijving van de hulpvraag van de cliënt. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat *niet de aard of de ernst* van de uitval van de persoon, die normaliter zorgdraagt voor de huishoudelijke en verzorgende taken, maar het onvermogen van het *totale huishouden* om daarvoor een toereikende compensatie te bieden, bepaalt of iemand voor hulp in aanmerking komt. Nadat bovenstaande zaken met de cliënt in kaart zijn gebracht wordt bekeken welke taken vanuit de gezinsverzorging gerealiseerd moeten worden en met welk doel. Tevens wordt dan vastgesteld hoeveel tijd hiervoor nodig is en wat de kwaliteit van de in te zetten kracht moet zijn. Ter voorkoming van willekeur en onzorgvuldigheid bij het maken van keuzes wie wel of niet (on)voldoende hulp krijgt wordt er een beoordeling van de urgentie van de betreffende hulpvraag gemaakt" (zie Centrale Raad voor Gezinsverzorging, 1982).

De beslissing over wie de zorg gaat verlenen (*cliëntentoewijzing*) wordt binnen één van de vijf erkende kruisorganisaties met een centrale intake niet door de intake-functionaris gemaakt. In deze organisatie wordt de cliëntentoewijzing door een wijkverpleegkundige verricht. Overigens is het binnen drie andere organisaties eveneens mogelijk, dat de wijkverpleegkundige, naast de intakefunctionaris, de cliëntentoewijzing uitvoert.

Bij 91% van de erkende kruisorganisaties zonder een centrale intake verricht de wijkverpleegkundige de cliëntentoewijzing. Binnen een kwart van deze groep organisaties is het ook mogelijk, dat de wijkverpleegster beslist wie de zorg gaat verlenen. Door de resterende 9%, maar ook door organisaties die binnen de 91% vallen, zijn het team van uitvoerenden en de hoofdwijkverpleegkundige genoemd. In totaal vindt binnen 32% van de organisaties zonder centrale intake cliëntentoewijzing plaats door het team van uitvoerenden en binnen 13% door de hoofdwijkverpleegkundige. Doordat de respondenten hierbij het team van uitvoerenden en de hoofdwijkverpleegkundige noemen, lijkt cliëntentoewijzing (op grond van

beroepsinhoudelijke criteria) nauw verbonden te zijn met werkverdeling (op grond van organisatorische factoren, zoals beschikbare tijd, werklast).

Bij de instellingen voor gezinsverzorging met een centrale intake wordt de cliënttoewijzing slechts bij 16% verricht door de intake-functionaris. Dit percentage lijkt niet overeen te komen met de reeds eerder genoemde taken van de centrale intake. Hierbij werd gezegd, dat zorgtoewijzing bij 52% tot de taak van de centrale intake behoort. Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat binnen de gezinsverzorging onder *zorgtoewijzing* iets anders wordt verstaan dan *cliënttoewijzing*. De zorgtoewijzing ligt op een ander niveau, het gaat om de toewijzing van een bepaalde zorgcategorie: bijvoorbeeld gespecialiseerde gezinsverzorging, traditionele hulp of alpha-hulp. De cliënttoewijzing is een vervolg op de zorgtoewijzing. Aan de hand van een indicatieformulier wordt dan bepaald hoeveel zorg de cliënt krijgt en door wie die zorg wordt verleend.

Het voorgaande komt overeen met de gegevens uit de enquête. De cliënttoewijzing wordt naast de intake-functionaris (16%) met name verricht door de leidinggevende (75%) en ligt bij de resterende 9% bij anderen. Onder deze anderen wordt met name het team van verzorgenden genoemd. In de totale groep instellingen met een centrale intake wordt de bespreking tussen de verzorgenden overigens door 20% van de instellingen genoemd als het moment waarop de cliënt wordt toegevoerd aan een gezinsverzorgende. Evenals bij de kruisorganisaties lijkt cliënttoewijzing en werkverdeling wederom door elkaar te lopen. De instellingen voor gezinsverzorging zonder een centrale intake geven een vergelijkbaar beeld. De leidinggevende voert de cliënttoewijzing uit, maar binnen 18% kan dit ook het team van verzorgenden doen.

## 5.4. Conclusie

In de drie voorgaande paragrafen zijn verschillende aspecten van de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende beschreven. Ten aanzien van de erkende kruisorganisaties kan worden geconcludeerd, dat binnen de meeste organisaties een onderscheid wordt gemaakt tussen de functie van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. Het meest genoemde uitgangspunt is het Verpleegkundig Beroepsprofiel (1988b). Vervolgens hebben de uitgangspunten betrekking op de arbeidsatisfactie van de uitvoerenden (aantrekkelijkheid van het beroep) en de



efficiëntie van de zorgverlening. Bijna alle erkende kruisorganisaties gebruiken de verantwoordelijkheid over de eigen werkzaamheden en de complexiteit van de verpleegsituatie als onderscheidend kenmerk.

Uit de nota's blijkt, dat de verantwoordelijkheid over de zorgverlening wordt verdeeld onder een *eind*verantwoordelijke en een *eerst*verantwoordelijke. De wijkverpleegsters kunnen in de meeste organisaties geen *eind*verantwoordelijkheid dragen. De wijkverpleegster kan daarentegen wel *eerst*verantwoordelijke zijn over de zorgverlening bij een aan haar toegevoerde cliënt. Echter, het vaststellen van de verpleegkundige zorgvraag (anamnese en diagnose) en het voorschrijven van de verpleegkundige zorg vindt binnen de meeste organisaties onder verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige plaats. Opvallend is hierbij, dat de wijkverpleegster binnen veel organisaties wel verantwoordelijk is voor de evaluatie van de zorg (= de terugkoppeling naar het vaststellen van de verpleegkundige zorgvraag en het voorschrijven van de verpleegkundige zorg). Vervolgens wordt in de nota's beschreven, dat wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters moeten kunnen groeien in hun verantwoordelijkheid. Na uiterlijk drie jaar kunnen ze de, bij hun functie passende, maximale verantwoordelijkheid dragen.

Een ruime meerderheid van 84% heeft het onderscheid tussen de functie van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster vastgelegd in functieprofielen. Hierin worden in de meeste organisaties de taken en verrichtingen uit het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) beschreven. Ondanks deze grote hoeveelheid functieprofielen is slechts in 59% sprake van een duidelijke taakafbakening en taakafstemming. De bestaande functieprofielen verschaffen dus niet altijd duidelijkheid in de praktijk. Het feit, dat het takenpakket van de wijkverpleegkundige het takenpakket van de wijkverpleegster omvat draagt hiertoe bij.

Met uitzondering van één organisatie vinden alle erkende kruisorganisaties, dat wijkverpleegkundigen regelmatig taken beneden hun niveau verrichten. Derhalve dient met name voor deze functie extra aandacht te worden besteed aan taakverrijking. Ten aanzien van de werkzaamheden binnen de functies lijkt een verschuiving zichtbaar te worden. Volgens een grote groep erkende kruisorganisaties is de aard van de werkzaamheden binnen de wijkverpleging zodanig, dat het aantal wijkverpleegkundigen te groot is en er een tekort is aan het aantal wijkverpleegsters. Als gevolg hiervan zal volgens de organisaties de verhouding van 3 wijkverpleegkun-

digen op 1 wijkverpleegster moeten worden bijgesteld. Tevens vindt 48% van de erkende kruisorganisaties, dat ook de wijkverpleegster regelmatig werkzaamheden beneden haar niveau uitvoert. De lange wachtlijsten, een tekort aan gezinsverzorgenden, onduidelijkheid, onbekendheid en het verschil in contributie-/retributieregeling zijn volgens de erkende kruisorganisaties hieraan debet. Dit wordt door de instellingen voor gezinsverzorging bevestigd door de opvatting van 48% van de instellingen, dat de wijkverpleegster taken uitvoert die in principe moeten worden uitgevoerd door de gezinsverzorgende. Hiermee is een wezenlijk probleem van personeelsbezetting geschetst, dat binnen beide typen organisaties voorkomt. Het regelmatig uitvoeren van werkzaamheden boven het niveau komt in mindere mate voor. Slechts binnen 7% van de organisaties komt het voor dat wijkverpleegkundigen regelmatig boven hun niveau werken. Daarentegen komt het binnen 35% van de organisaties regelmatig voor, dat de wijkverpleegster taken boven haar niveau verricht met name als gevolg van een onduidelijke functie-omschrijving. De gezinsverzorgende tot slot, verricht binnen 25% van de organisaties regelmatig taken boven haar niveau.

Naast het niveau van de functies in het algemeen wordt in de nota's eveneens aandacht besteed aan het niveau van de individuele functionaris. Het 'Dreyfus-model' (Benner, 1984) wordt hiervoor, in originele of afgeleide vorm, gebruikt. Het verschaft inzicht in het niveau van de individuele functionaris en geeft een beeld van doorgroei-mogelijkheden in een functie.

Met boven beschreven verschuiving van werkzaamheden binnen de functies gaat een onduidelijkheid over het onderscheid tussen de functie van wijkverpleegster en gezinsverzorgende gepaard. In het kader van een doelmatige samenwerking en een goede kwaliteit van zorg, zijn functieprofielen aanwezig. Ongeveer de helft van beide typen organisaties bezit een functieprofiel waarin het onderscheid tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende is beschreven. Voor de erkende kruisorganisaties is dit aantal functieprofielen ongeveer een derde minder dan het aantal functieprofielen over het onderscheid tussen wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. Respect voor elkaars deskundigheid wordt als een belangrijk uitgangspunt gezien voor het opstellen van de functieprofielen. Overigens bleek, dat binnen instellingen voor gezinsverzorging die met een erkende kruisorganisatie samenwerken op management- en/of bestuursniveau, vaker een functieprofiel aanwezig is.

In de functieprofielen worden door de twee typen organisaties enigszins andere uitgangspunten gehanteerd voor de beoordeling van een situatie voor de wijkverpleging of voor de gezinsverzorging. Ruim 40% van beide typen organisaties vindt, dat de wijkverpleegster zorg verleent, gericht op een (dreigend) individueel gezondheidsprobleem en dat de gezinsverzorgende zich richt op het totale huishouden waarbij sprake is van een afname van zelfredzaamheid door onvrijwillige uitval. De erkende kruisorganisaties zijn echter meer geneigd te denken, dat de gezinsverzorgende zich alleen richt op een huishoudelijk probleem. De instellingen voor gezinsverzorging daarentegen vinden in grotere mate dat de gezinsverzorgende zich richt op de uitval van mantelzorg en een vraag om verzorging zonder verpleegtechnische handelingen. Uit dit verschil kan worden geconcludeerd, dat de twee organisaties niet geheel op de hoogte zijn van elkaars deskundigheden en mogelijkheden. Overigens wordt door 41% van alle erkende kruisorganisaties en 54% van alle instellingen voor gezinsverzorging aangegeven, dat een duidelijk onderscheid tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende ontbreekt.

Een ander verschil in opvatting tussen de twee typen organisaties komt naar voren ten aanzien van de taakafbakening en taakafstemming. Bijna de helft van de erkende kruisorganisaties zegt, dat een duidelijke taakafbakening en taakafstemming ontbreekt. Deze opvatting wordt door slechts een kwart van de instellingen voor gezinsverzorging gedeeld. Deze opvattingen blijken onafhankelijk te zijn van de aanwezigheid en duur van één of andere samenwerkingsvorm.

Deze verschillen in opvatting konden niet uit de toegestuurde nota's worden verduidelijkt. Immers, deze nota's waren allemaal geschreven door de erkende kruisorganisaties en de instellingen voor gezinsverzorging gezamenlijk. De taakafbakening en taakafstemming is beschreven aan de hand van lijsten die een afgeleide vormen van de lijst die als Bijlage VI is opgenomen in het 'Handboek regionale samenwerking van gezinsverzorging en wijkverpleging in de thuiszorg' (Meerman en de Waal, 1989). Over deze taakafbakening en taakafstemming bestaat in de nota's dus consensus. In de nota's wordt vervolgens veel belang gehecht aan overlegvormen op allerlei niveaus.

Uit de resultaten blijkt, dat de intake binnen de meeste erkende kruisorganisaties door de wijkverpleegkundige wordt gedaan (93%). Het wordt als onderdeel gezien van het verpleegkundig proces. In de nota's wordt

nader beschreven, dat de intake en het vervolgens toewijzen van een functie aan een cliënt als specifieke deskundigheid van de wijkverpleegkundige wordt gezien. Dit is overeenkomstig het onderscheidend kenmerk van de verpleegkundige zoals is beschreven in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b).

In tegenstelling tot de erkende kruisorganisaties bezitten de instellingen voor gezinsverzorging veel vaker een centrale intake die is losgekoppeld van de zorgverlening (63%). De intake-functionaris verricht derhalve in de meeste organisaties de intake. In de andere organisaties is dit meestal de leidinggevende. Tijdens de intake wordt in de meeste instellingen gebruik gemaakt van het LIER-systeem. De cliënttoewijzing die hierna volgt, wordt bij zowel de instellingen met een centrale intake als zonder een centrale intake in de meeste gevallen verricht door de leidinggevende.

Samenvattend kan het onderstaande worden geconcludeerd:

- \* het Verpleegkundig Beroepsprofiel wordt in veel erkende kruisorganisaties als uitgangspunt gehanteerd;
- \* als onderscheidende kenmerken tussen de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster worden met name een verschil in verantwoordelijkheden en de mate van complexiteit van de verpleegsituatie aangegeven (95%);
- \* in ongeveer 40% van de organisaties bestaan tussen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster onduidelijkheden over de taakafstemming en taakafbakening (met name bij de cliënttoewijzing en de uitvoering van taken);
- \* het feit dat het takenpakket van de wijkverpleegkundige het takenpakket van de wijkverpleegster omvat zorgt voor onduidelijkheden;
- \* wijkverpleegkundigen verrichten regelmatig taken beneden hun niveau, derhalve dient voor deze functie extra aandacht te worden besteed aan taakverrijking;
- \* de werkzaamheden in verpleegsituaties vragen om meer wijkverpleegsters, de verhouding van 3 wijkverpleegkundigen op 1 wijkverpleegster levert in de praktijk problemen op;
- \* aandacht moet worden besteed aan groeimogelijkheden naar verschillende niveaus binnen de afzonderlijke functies;
- \* tussen de erkende kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging bestaat een verschil in de opvatting over de aanwezigheid van een duidelijke taakafbakening en taakafstemming tussen de functies

van wijkverpleegster en gezinsverzorgende;

- \* door een verschuiving van taken van de wijkverpleging naar de gezinsverzorging bestaat er een overlap binnen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende; deze verschuiving is ook opgenomen in de subsidieregeling van de ziekenfondsraad (1992);
- \* een algemeen geaccepteerd uitgangspunt dat in de praktijk duidelijk het onderscheid aangeeft tussen een vraag voor de wijkverpleging en een vraag voor de gezinsverzorging ontbreekt;
- \* tijdens het afnemen van de enquête is slechts bij 9% van de erkende kruisorganisaties sprake van een centrale intake die is losgekoppeld van de zorgverlening; voor de instellingen voor gezinsverzorging geldt een percentage van 63%.



## 6. CRITERIA VOOR COMPLEXITEIT VAN DE VERPLEEG-SITUATIE

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat bijna alle erkende kruisorganisaties complexiteit beschouwen als een onderscheidend kenmerk tussen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de criteria die in de praktijk worden gehanteerd voor het bepalen van de mate van complexiteit binnen een verpleegsituatie. Allereerst worden de criteria die binnen een aantal organisatie worden gehanteerd in beeld gebracht. Vervolgens wordt een theoretisch kader gegeven waarbinnen de criteria kunnen worden geplaatst. Hieruit ontstaat een nieuwe lijst met complexiteitscriteria. Aan het eind van dit hoofdstuk worden dan de resultaten gepresenteerd van een test op validiteit en betrouwbaarheid.

### 6.1. Aanwezigheid van criteria voor complexiteit

In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de aanwezigheid van complexiteitscriteria binnen de erkende kruisorganisaties.

Tabel 6.1: Criteria voor het toewijzen van wijkverpleegkundigen of wijkverpleegsters aan cliënten binnen de erkende kruisorganisaties

	aantal	%
complexiteitscriteria	33	56.9
andere criteria	10	17.2
complexiteitscriteria en andere criteria	6	10.3
geen toewijzingscriteria	9	15.5
Totaal	58	100.0

Uit deze gegevens blijkt, dat voor het toewijzen van wijkverpleegkundigen of wijkverpleegsters aan cliënten binnen een meerderheid van de erkende kruisorganisaties complexiteitscriteria worden gehanteerd (67%). In 16% van de organisaties worden helemaal geen criteria gebruikt. De 'andere criteria' die werden genoemd bestaan uit: het eigen oordeel van degene

die de cliënten toewijst, de werklast en het moeten verrichten van voorbehouden handelingen.

Indien het percentage erkende kruisorganisaties dat complexiteitscriteria hanteert, wordt vergeleken met het percentage organisaties dat complexiteit van de zorgsituatie als onderscheidend kenmerk ziet tussen de functie van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster (zie tabel 5.1 (N=56)), dan blijkt er een groot verschil te zijn: 67% tegenover 91% van de 58 kruisorganisaties. Theorie en praktijk vallen op dit gebied dus niet altijd samen. Complexiteit wordt als een belangrijk onderscheidend kenmerk gezien (tabel 5.1), maar komt als zodanig slechts bij tweederde van de organisaties in de praktijk tot uiting (tabel 6.1).

Berekening van de  $\chi^2$  over verbanden met de toewijzingscriteria was niet mogelijk omdat de variabele scheef verdeeld is. In plaats hiervan worden de organisaties, die *complexiteitscriteria* hanteren (N=39), op beschrijvende wijze in verband gebracht met gegevens van de totale groep erkende kruisorganisaties. Procentueel gezien bezitten organisaties die complexiteitscriteria hanteren iets vaker functieprofielen waarin het onderscheid wordt aangegeven tussen wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters: 87% in plaats van 84%. Het ontbreken van zowel een duidelijke taakafbakening als taakafstemming komt iets minder vaak voor: 16% in plaats van 20%. Hiermee samenhangend is zowel een duidelijke taakafbakening als taakafstemming iets vaker aanwezig: 66% in plaats van 59%. In iets mindere mate vinden deze organisaties dat de wijkverpleegster boven haar niveau werkt: 31% in plaats van 35%. De opvatting dat de wijkverpleegster onder haar niveau werkt komt iets vaker voor: 51% in plaats van 48%. Deze cijfers tonen aan, dat (procentueel gezien) de aanwezigheid van complexiteitscriteria weinig verandering brengt in de hiervoor beschreven opvattingen over de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster.

Het vaststellen van complexiteit en cliënttoewijzing wordt in de nota's omschreven als een verantwoordelijkheid van het eerste deskundigheidsniveau. Hierbij komt in de toegestuurde nota's (in originele of afgeleide vorm) een model voor cliënttoewijzing naar voren, dat is afgeleid van het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b), het model van Wijdeven (1989) en het model van Hanrahan en Lapré (1990). In de meeste nota's worden vijf criteria beschreven op grond waarvan toewijzing plaatsvindt:



1. Worden activiteiten gevraagd die vallen binnen de bekwaamheden van de wijkverpleegster?
2. Worden activiteiten gevraagd die vallen binnen de taakstelling (afhankelijk van de organisatie) van de wijkverpleegster?
3. Wat is de mate van complexiteit?
4. Wat is de werkervaring van de wijkverpleegster?
5. Wat is de beschikbare capaciteit van de wijkverpleegster?

Deze criteria worden ook toegepast binnen erkende kruisorganisaties die, gezamenlijk met instellingen voor gezinsverzorging, functies toewijzen aan cliënten. Door de eerste twee criteria wordt dan bepaald of het een vraag is voor de wijkverpleging of voor de gezinsverzorging.

De factoren die de NRV (1988b) en Wijdeven (1989) beschrijven om het criterium complexiteit van zorg gestalte te geven, zijn terug te vinden in het verpleegkundig beroepsprofiel (zie hoofdstuk 3). Wijdeven (1989) neemt niet al deze factoren over, maar noemt wel een aantal andere: lichamelijke / hygiënische zorg, aard en routinematigheid van verpleegtechnische handelingen en GVO.

De factoren die Hanrahan en Lapré hanteren zijn: ADL-zelfstandigheid; betrokkenheid van andere hulpverleners dan wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters; de mate van levensbedreiging van de gezondheidstoestand; de snelheid van wisseling en voorspelbaarheid van de toestand; de mate van adequate communicatie middels woord, geschrift en/of gebaar; de mate van bewustzijn van de eigen (ziekte) situatie; de mate van emotionele ondersteuning van de cliënt gericht op verwerking van ziekte/handicap; de mate van emotionele ondersteuning, gericht op problematiek anderszins; de aanwezigheid van mantelzorg; de mate waarin de emotionele ondersteuning van de omgeving van de cliënt een onderdeel is van de hulpverlening; voorlichting, instructie en advisering die een rol speelt in de zorgverlening. Ten aanzien van de mantelzorg wordt in verschillende nota's een aanvulling gedaan: de mate waarin de mantelzorg overbelast is. Het verrichten van medisch technische handelingen (NK en LHV, 1990) wordt in het model van Hanrahan en Lapré niet als complexiteitscriterium beschouwd. Het wordt tijdens de cliëntentoe wijzing besproken onder het eerste criterium over de bekwaamheden van de verpleegster.

Een score op de verschillende criteria voor complexiteit leidt uiteindelijk tot een indeling in hoog-midden-laag complex. De omslagpunten hierbij zijn echter willekeurig gekozen en worden niet eenduidig door alle organisaties overgenomen. Tevens is het model niet getoetst op validiteit en betrouwbaarheid en een theoretisch kader, waaraan de criteria zijn ontleend, ontbreekt.

Van de 49 organisaties die met toewijzingscriteria werken hebben respondenten van 36 organisaties ook nog iets verteld over de ervaringen met het gebruik van toewijzingscriteria. Van deze groep gebruiken 31 organisaties complexiteitscriteria. Door 19 organisaties werd aangegeven, dat de criteria in de praktijk goed toepasbaar zijn, binnen 18 organisaties scheppen de toewijzingscriteria onduidelijkheden bij de beslissing over de toe te wijzen functie, 11 organisaties vinden, dat de criteria moeten worden verscherpt en 26 organisaties zeggen, dat het aantal wijkverpleegsters te klein is om de toewijzingscriteria in de praktijk te hanteren. Doordat organisaties meerdere en tegenstrijdige ervaringen hebben gegeven, worden in tabel 6.2 de belangrijkste vier groepen ervaringen tegen elkaar afgezet.

Tabel 6.2: Ervaringen bij de erkende kruisorganisaties met het gebruik van toewijzingscriteria tegen elkaar afgezet (N=36)

	(1)	(2)	(3)	(4)
(1) de criteria zijn goed toepasbaar (N=19)	**	4	2	12
(2) de criteria scheppen onduidelijkheid (N=18)	4	**	8	14
(3) de criteria moeten worden verscherpt (N=11)	0	8	**	7
(4) het aantal wijkverpleegsters is te klein (N=26)	12	4	2	**

Uit de tabel blijkt, dat goede en slechte ervaringen met de criteria als zodanig (groep 1, 2 en 3) vaak samengaan met de ervaring, dat het aantal wijkverpleegsters tekort schiet. Eveneens komen tegenstrijdige ervaringen voor: van de 19 organisaties die vinden dat de criteria goed toepasbaar zijn, constateren 4 organisaties onduidelijkheden bij de cliëntentoe wijzing. Daarnaast vindt ongeveer de helft van de 26 organisaties die vinden dat het aantal wijkverpleegsters te klein is, dat de criteria goed toepasbaar zijn. De criteria lijken in principe dus wel goed, maar in de praktijk ontbreekt de vereiste personeelsbezetting. Echter, doordat het aantal wijkverpleegsters in zo'n grote groep organisaties als te klein wordt ervaren, is het uit deze gegevens niet mogelijk om afzonderlijke inhoudelijke conclusies omtrent de criteria te trekken.

Een relatie tussen het aantal jaren dat reeds met toewijzingscriteria wordt gewerkt en de ervaringen hiermee is moeilijk te leggen. Er zijn namelijk slechts ervaringen bekend van 11 organisaties die sinds 1 jaar werken met criteria en van 15 organisaties die 2 jaar of langer met criteria werken. Ze zijn gepresenteerd in tabel 6.3.

Tabel 6.3: Ervaringen bij de erkende kruisorganisaties met het gebruik van toewijzingscriteria uitgesplitst naar jaren ervaring

	1 jaar ervaring (N=11)	2 jaar of meer ervaring (N=15)
de criteria zijn goed toepasbaar	8	5
de criteria scheppen onduidelijkheid	6	11
de criteria moeten worden verscherpt	3	7
het aantal wijkverpleegsters is te klein	7	13

Van de groep die sinds 1 jaar met toewijzingscriteria werkt zijn er twee die andere dan complexiteitscriteria gebruiken. In de groep organisaties die twee jaar of langer toewijzingscriteria gebruiken bevinden zich vier organisaties die andere dan complexiteitscriteria gebruiken. Deze vier organisaties geven allen aan, dat de criteria onduidelijkheden scheppen en dat het aantal wijkverpleegsters te klein is.

Uit deze tabel komt naar voren, dat de organisaties die langer werken met toewijzingscriteria in mindere mate vinden, dat ze in de praktijk goed toepasbaar zijn en in grotere mate vinden, dat het aantal wijkverpleegsters te klein is om de toewijzingscriteria in de praktijk te hanteren. De hier gepresenteerde gegevens over de ervaringen zijn zeer summier. Derhalve is nader onderzoek nodig om een duidelijk beeld te krijgen van de ervaringen met het gebruik van toewijzingscriteria.

Uit deze resultaten kan worden geconcludeerd, dat bij de toewijzing van cliënten binnen de wijkverpleging in een meerderheid van de organisaties complexiteitscriteria worden gebruikt. In de meeste gevallen worden deze aangevuld met de bekwaamheden, taakstelling, werkervaring en capaciteit van de wijkverpleegster. Uiteindelijk wordt beslist in hoeverre aan de cliënt een wijkverpleegkundige of een wijkverpleegster moet worden toegewezen. Uit de ervaringen blijkt vervolgens, dat de criteria in de praktijk niet altijd goed toepasbaar zijn: het aantal wijkverpleegsters is te klein en de toewijzingscriteria scheppen onduidelijkheid bij de beslissing over de toe te wijzen functie aan een cliënt.

## 6.2. Ontwikkelde criteria voor complexiteit

Aangezien de criteria in de praktijk niet eenduidig worden gehanteerd, onduidelijkheden opleveren en een theoretisch kader ontbreekt, worden de complexiteitscriteria in deze paragraaf allereerst in een theoretisch kader geplaatst. Vervolgens wordt ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van de criteria aan de hand van de resultaten uit een test waarin 65 wijkverpleegkundigen de criteria met behulp van vijf gevalbeschrijvingen ('casussen' ofwel 'papierpatiënten') hebben uitprobeerde en beoordeeld.

Van Dale omschrijft complexiteit als 'uit ongelijksoortige of ongelijkwaardige delen of factoren bestaand; samengesteld, ingewikkeld'. Om complexiteit binnen de verpleging te kunnen hanteren wordt het gebruik van een theoretisch kader nodig geacht. Hiermee wordt geprobeerd alle facetten van de verpleging te omvatten en meer duidelijkheid te scheppen in de criteria die de complexiteit bepalen.

Fawcett (1989) heeft een aantal verpleegkundige theorieën naast elkaar beschreven en komt tot de conclusie, dat binnen de verschillende verpleegkundige theorieën consensus bestaat over vier concepten die de essentie van verplegen aangeven: "Considerable agreement now exists that the central concepts of the disciplines of nursing are: person, environment, health and nursing. Person refers to the recipient of nursing actions, who may be an individual, a family, a community, or a particular group. Environment refers to the recipient's significant others and surroundings, as well as to the setting in which nursing actions occur. Health refers to the wellness and/or illness state of the recipient. And, nursing refers to the actions taken by nurses on behalf of or in conjunction with the recipient".

Centraal in de verpleegkundige theorieën staan dus 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. Aan de hand van deze vier concepten wordt gepoogd meer duidelijkheid te brengen in de criteria die de complexiteit van de verpleegsituatie bepalen.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt, dat wijkverpleegkundigen regelmatig werkzaamheden uitvoeren beneden hun niveau. De werkzaamheden in de verpleegsituaties vragen om meer wijkverpleegsters en minder wijkverpleegkundigen. Complexe verpleegsituaties komen minder vaak voor dan niet complexe situaties. Op grond van dit gegeven wordt voor de complexiteitsbepaling derhalve het volgende uitgangspunt gehanteerd:

*In principe is de verpleegsituatie niet complex. De complexiteitscriteria worden alleen gebruikt om te bepalen of de situatie complex is. Indien een situatie als complex wordt beschouwd dient een wijkverpleegkundige de gewenste zorg uit te voeren.*

In dit uitgangspunt wordt (in tegenstelling tot de complexiteitsbepaling in de praktijk) geen onderscheid gemaakt tussen laag-, midden- en hoog-complex. Uit het onderzoek is namelijk gebleken, dat een dergelijke indeling een nuancering geeft die in de praktijk niet werkbaar is: binnen verschillende organisaties worden op willekeurige wijze verschillende omslagpunten gebruikt. Het is moeilijk te valideren waar de grens ligt tussen laag en midden complex en tussen midden en hoog complex. Bovendien wordt een onderscheid tussen midden- en laag complex niet relevant geacht aangezien het in beide situaties mogelijk is om een wijkverpleegster in te zetten. Indien een verpleegsituatie als complex wordt beschouwd dient er altijd een wijkverpleegkundige betrokken te zijn bij de direct uitvoering van de verpleegkundige zorg. In de praktijk is het vervolgens wel mogelijk, dat een wijkverpleegkundige samen met een wijkverpleegster de cliënt in zorg heeft (afhankelijk van de deskundigheid van de wijkverpleegster en de personele bezetting). De verpleegkundige zorg wordt dan door beide functies op verschillende dagen verleend. De wijkverpleegkundige is in dergelijke situaties zowel de eerst- als eindverantwoordelijke (deze begrippen zijn uitgewerkt bij tabel 5.2 en in aanbeveling 1).

Hieronder wordt de lijst met complexiteitscriteria gepresenteerd. In de praktijk kan de lijst worden gebruikt binnen verschillende fases van het verpleegkundig proces: tijdens de intake, maar ook tijdens een tussen- en/of evaluevaluatie om veranderingen in complexiteit te signaleren. Deze lijst is gebaseerd op de criteria uit de vorige paragraaf alsmede op opmerkingen die zijn gemaakt tijdens de invitational conference (zie hoofdstuk 4). In bijlage drie zijn de criteria nader omschreven. Op grond

van het uitgangspunt zoals geformuleerd in de vorige alinea, zijn alle criteria op dezelfde wijze geformuleerd: beantwoording met 'ja' betekent verhoging van de mate van complexiteit.

*Criteria die invloed hebben op de mate van complexiteit van de verpleeg-situatie*

1. *Tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger:*

- a. is er sprake van een onduidelijke hulpvraag?
- b. is de gezondheidstoestand van de cliënt levensbedreigend?
- c. zijn er veel wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt?
- d. zijn de wisselingen in de gezondheidstoestand van de cliënt onvoorspelbaar?

2. *De ontvanger van het verpleegkundig handelen:*

(criteria met betrekking tot het zelfzorgvermogen):

- a. ontbreekt bij de cliënt het vermogen om adequaat te communiceren?
- b. ontbreekt bij de cliënt ziekte-inzicht?
- c. ontbreekt bij de cliënt de motivatie om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie?

3. *De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt:  
met betrekking tot de mantelzorg:*

- a. ontbreekt bij de omgeving van de cliënt ziekte-inzicht?
- b. is de omgeving van de cliënt overbelast?
- c. ontbreekt bij de omgeving van de cliënt de motivatie om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie?

*met betrekking tot de professionele zorg:*

- d. is intensieve samenwerking met andere disciplines gewenst?  
*met betrekking tot de materiële omgeving:*
- e. is de thuissituatie voor de cliënt, onveilig en/of onacceptabel?
- f. is er medisch technische apparatuur aanwezig?

4. *Het verpleegkundig handelen*

4.1 Verpleegkundige interventies ten aanzien van de tekorten in de gezondheidstoestand:

- a. Vormt het nader bepalen van de verpleegkundige diagnose een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?
- b. Vormt stervensbegeleiding van de cliënt een wezenlijk onderdeel van

het verpleegkundig handelen?

- c. Vormt observatie van en anticipatie op de vele wisselingen in de gezondheidstoestand een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?
- d. Vormt observatie van en anticipatie op onvoorspelbare wisselingen in de gezondheidstoestand een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.2 Verpleegkundige interventies ten aanzien van de zorgontvanger:

- a. Vormt het signaleren van en het ondersteunen bij een adequate communicatie een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?
- b. Vormt begeleiding van de cliënt gericht op het verwerven van ziekte-inzicht een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?
- c. Vormt het motiveren van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.3 Verpleegkundige interventies ten aanzien van de omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt:

- a. Vormt begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op het verwerven van ziekte-inzicht een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?
- b. Vormt emotionele begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op psychische overbelasting een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?
- c. Vormt het motiveren van de directe omgeving van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.3 Verpleegkundige interventies ten aanzien van de professionele omgeving:

- d. Vormt intense samenwerking met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.3 Verpleegkundige interventies ten aanzien van de materiële omgeving:

- e. Vormt het veilig en acceptabel maken van de thuissituatie een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?
- f. Moeten er voorbehouden handelingen worden verricht? (Door middel

van algemene maatregelen van bestuur worden deze nader ingevuld)

Bovenstaande lijst met criteria is omgezet tot een analyseformulier waarmee de mate van complexiteit van de verpleegsituatie in de praktijk kan worden bepaald (zie bijlage 3). Op dit formulier kunnen de vragen met 'ja' en 'nee' worden beantwoord. Complexiteitsbepaling aan de hand van een scorelijst, zoals een aantal erkende kuisorganisaties hanteren, wordt afgewezen. Immers, een score veronderstelt een bepaalde mate van exactheid. Echter, complexiteit is nooit exact uit te drukken. Het is niet te bepalen wat de specifieke bijdrage per criterium is aan de mate van complexiteit. Draagt het levensbedreigende karakter van de gezondheidstoestand in dezelfde mate bij tot complexiteit als bijvoorbeeld het onvermogen om adequaat te communiceren? Een antwoord hierop is niet te geven. Dit probleem is niet te ondervangen door middel van weging van bepaalde criteria, bijvoorbeeld door aan levensbedreiging 2 punten toe te kennen in plaats van 1. Zo'n beslissing is namelijk volkomen arbitrair. Het is onjuist te veronderstellen, dat het ene criterium precies twee keer zoveel bijdraagt aan de complexiteit als een ander criterium. Daarnaast is het aantal complexiteits-bepalende criteria niet gelijk verdeeld over de verschillende categorieën: de omgeving van de zorgontvanger bestaat uit meer criteria dan de categorieën over de tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger en de ontvanger van het verpleegkundig handelen. Indien wordt gekozen voor een scoring wordt automatisch aan de omgevingscriteria een groter gewicht toegekend. Dit is onterecht. Voor de mate van complexiteit is met name het bestaan van een combinatie tussen verschillende criteria bepalend: het geheel is meer dan de som der delen. Bijvoorbeeld als de cliënt geen ziekte-inzicht heeft, is het voor de mate van complexiteit bepalend in hoeverre bij de directe omgeving van de cliënt wel ziekte-inzicht aanwezig is en die omgeving gemotiveerd is om mee te werken aan het genezingsproces. De hieronder beschreven methode probeert dit tot uiting te brengen.

Door de verschillende vragen binnen de eerste drie categorieën (de tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger, de ontvanger van het verpleegkundig handelen en de omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt) achtereenvolgens te beantwoorden, wordt een eerste indruk verkregen van de complexiteit van de situatie. De situatie wordt hiermee beoordeeld op de aanwezigheid van verschillende complexiteits-bepalende criteria. Op deze wijze wordt voorkomen, dat aspecten



ten over het hoofd worden gezien. Het voorkomt dat bijvoorbeeld 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.

De uiteindelijke beslissing over de mate van complexiteit valt binnen de vierde categorie: het verpleegkundig handelen. Immers, afhankelijk van de aanwezigheid van complexiteitscriteria in de eerste drie categorieën moeten bepaalde verpleegkundige interventies worden verricht. In de vragen komt aan de orde of de verpleegkundige interventie *'een wezenlijk onderdeel'* vormt van het verpleegkundig handelen. De toevoeging *'een wezenlijk onderdeel'* is van essentieel belang, omdat veel van de interventies die zijn beschreven altijd een onderdeel zijn van het verpleegkundig handelen. Om te voorkomen dat alle verpleegkundige interventies worden aangekruist, is de toevoeging van *'een wezenlijk onderdeel'* bedoeld om aan te geven, dat de interventie expliciet in het verpleegplan wordt geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken.

Voor het verrichten van elk van deze interventies is deskundigheid vereist op het gebied van diagnostiek, specifieke psycho-sociale begeleiding en medisch technische handelingen. Derhalve wordt de functie van een wijkverpleegkundige noodzakelijk geacht als de interventie een wezenlijk onderdeel vormt van het verpleegkundig handelen. Besloten is dat bij een 'ja' op *één of meer* vragen ten aanzien van de verpleegkundige interventies, de verpleegsituatie als complex wordt beschouwd en een wijkverpleegkundige ingezet dient te worden. Bij de uiteindelijke cliënttoewijzing is het echter wel mogelijk, dat een wijkverpleegkundige samen met een wijkverpleegster de cliënt in zorg heeft (afhankelijk van de deskundigheid van de wijkverpleegster en de personeelsbezetting).

Om misverstanden te voorkomen wordt hier vermeld, dat niet alleen op basis van deze lijst kan worden bepaald welke uitvoerende moet worden ingezet. Het geeft alleen aan dat in complexe verpleegsituaties altijd de functie van wijkverpleegkundige is vereist. Bij de uiteindelijke cliënttoewijzing dient gekeken te worden naar een combinatie van mate van complexiteit, opleiding, ervaring, persoonlijke aanleg, redelijke/volledige dagtaak en de organisatorische mogelijkheden (zie hoofdstuk 8).

### **6.3. Betrouwbaarheid van de criteria voor complexiteit**

Om een beeld te krijgen van de betrouwbaarheid van de criteria die de complexiteit bepalen, is gekeken naar de mate waarin de wijkverpleegkundigen met elkaar overeenstemmen over de aanwezigheid van de criteria in vijf verschillende gevalsbeschrijvingen (de gevalsbeschrijvingen zijn opgenomen in bijlage 3). In tabel 6.4 wordt een overzicht gegeven van de criteria waarover 80% of meer van de wijkverpleegkundigen het met elkaar eens is, dat het criterium wel of niet aanwezig is in de casus. In deze tabel is de N=63 omdat twee wijkverpleegkundigen alleen hun algemeen oordeel (wel complex of niet complex) over de gevalsbeschrijvingen hebben teruggestuurd. De analyseformulieren met de afzonderlijke criteria zijn van deze twee deelnemers niet ontvangen.

Uit de percentages in de tabel blijkt dat de wijkverpleegkundigen het niet altijd eens zijn over het wel of niet aanwezig zijn van een criterium. Om te kunnen bepalen of de mate van betrouwbaarheid van elk afzonderlijk criterium hoog is, is besloten dat het criterium aan de volgende eis moet voldoen: in ieder geval bij vier van de vijf casussen bestaat een mate van overeenstemming van 80% of meer. Op grond van dit uitgangspunt worden de hieronder beschreven criteria als onvoldoende betrouwbaar beschouwd:

1.a. Is er sprake van een onduidelijke hulpvraag?

3.b. Is de omgeving van de cliënt overbelast?

3.d. Is intensieve samenwerking met andere disciplines gewenst?

4.1a. Vormt het nader bepalen van de verpleegkundige diagnose een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.1d. Vormt observatie van en anticipatie op onvoorspelbare wisselingen in de gezondheidstoestand een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.2a. Vormt het signaleren van en het ondersteunen bij een adequate communicatie een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.2b. Vormt begeleiding van de cliënt gericht op het verwerven van ziekteinzicht een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.2c. Vormt het motiveren van de cliënt om mee te werken aan het

herstel van de gezondheidssituatie een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.3b. Vormt emotionele begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op psychische overbelasting een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

4.3d. Vormt intense samenwerking met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen?

Tabel 6.4 Complexiteit bepalende criteria waarover 80% of meer van de wijkverpleegkundigen (N=63) met elkaar overeenstemmen over het wel of niet aanwezig zijn van het criterium per casus

	Casus: I	II	III	IV	V
Complexiteit bepalende criteria:					
1a. onduidelijke hulpvraag	--	--	--	86	89
1b. levensbedreigende gezondheidstoestand	100	97	98	90	100
1c. veel wisselingen	98	--	86	92	97
1d. onvoorspelbare wisselingen	92	81	80	--	84
2a. inadequate communicatie	89	--	86	100	100
2b. ziekte-inzicht ontbreekt bij de cliënt	94	87	81	--	97
2c. motivatie ontbreekt bij de cliënt	95	--	95	94	100
3a. ziekte-inzicht ontbreekt bij de omgeving	95	100	88	--	100
3b. omgeving is overbelast	--	98	100	--	100
3c. motivatie ontbreekt bij de omgeving	91	100	100	--	100
3d. intense samenwerking gewenst	--	--	--	84	86
3e. thuissituatie is onveilig / onacceptabel	--	89	92	90	100
3f. medisch technische apparatuur aanwezig	100	93	100	100	100
4.1a. diagnose nader bepalen	--	--	--	--	--
4.1b. stervensbegeleiding	100	98	100	100	100
4.1c. observatie / anticipatie vele wisselingen	93	--	84	92	90
4.1d. observatie / anticipatie onvoorspelbare wisselingen	87	86	--	--	--
4.2a. signaleren / ondersteunen adequate communicatie	--	--	84	94	97
4.2b. begeleiding cliënt gericht op ziekte-inzicht	89	--	--	--	92
4.2c. motiveren cliënt	90	--	84	--	98
4.3a. begeleiding omgeving gericht op ziekte-inzicht	97	92	92	--	100
4.3b. emotionele begeleiding omgeving	--	87	97	--	100
4.3c. motiveren omgeving	94	94	90	--	98
4.3d. intens samenwerken / coördinatie	--	--	--	86	84
4.3e. veilig / acceptabel maken thuissituatie	--	83	92	81	98
4.3f. medisch technische handelingen	98	100	100	100	82

Uit bovengenoemde lijst blijkt, dat de onbetrouwbaarheid van de criteria met name ligt bij de verpleegkundige interventies. Over de beschrijving van de verpleegsituatie bestaat een grote mate van overeenstemming, echter over de verpleegkundige interventies die vervolgens moeten worden uitgevoerd bestaat verschil van mening. Waarschijnlijk is de toevoeging van 'een wezenlijk onderdeel' niet door iedereen op dezelfde wijze gehanteerd. Tevens blijkt, dat indien een criterium binnen de eerste drie categorieën niet als betrouwbaar wordt beschouwd, de hierop gerichte interventie ook onbetrouwbaar is. In de volgende paragraaf wordt aan de hand van de validiteit nader ingegaan op de criteria.

#### **6.4. Validiteit van de criteria voor complexiteit**

De validiteit van de criteria heeft betrekking op de mate waarin de criteria 'meten wat ze moeten meten': complexiteit. Zoals in het vierde hoofdstuk is aangegeven zijn de complexiteitscriteria en de vijf gevalsbeschrijvingen tijdens de 'invitational conference' besproken. De criteria worden door de aanwezigen als bruikbaar beschouwd voor het meten van de mate van complexiteit binnen verpleegsituaties. De oordelen over de gevalsbeschrijvingen worden als richtinggevend voor de mate van complexiteit beschouwd: de casussen over dhr. de Vries, mw. de Boer en mw. van Dijk zijn complex en de situatie van mw. Veenstra en dhr. Brandsma zijn niet complex.

Eveneens wordt een beeld van validiteit verkregen door de mate waarin het complexiteits-oordeel van de wijkverpleegkundigen *zonder* gebruik te maken van de criteria overeenkomt met het complexiteits-oordeel op grond van de lijst *met* complexiteitscriteria. De verschillen tussen dit eerste oordeel en het oordeel gebaseerd op de criteria staan in tabel 6.5 beschreven.

In de tabel wordt een onderscheid gemaakt tussen beoordeling 'met criteria' en beoordeling 'strikt op basis van de criteria'. Dit onderscheid wordt gemaakt omdat niet alle wijkverpleegkundigen tijdens het beoordelen zich hebben gehouden aan het eerder geformuleerde uitgangspunt: indien één of meer verpleegkundige interventies een wezenlijk onderdeel vorm(t)en van het verpleegkundig handelen dient de verpleegsituatie als complex te worden beoordeeld. Een aantal wijkverpleegkundigen is namelijk van mening, dat ondanks de aanwezigheid van één of meer

verpleegkundige interventies de situatie als *niet* complex dient te worden beoordeeld. In de tabel vallen deze aantallen onder 'niet complex na beoordeling met criteria'. Bij de beoordeling 'strikt op basis van de criteria' zijn deze aantallen in overeenstemming met het genoemde uitgangspunt onder de categorie 'wel complex' geplaatst.

Tabel 6.5 Beoordeling van de mate van complexiteit van verpleegsituaties in vijf gevalsbeschrijvingen met en zonder gebruikmaking van complexiteitscriteria door wijkverpleegkundigen (N=65)

Casus:	Beoordeling:	wel complex	niet complex	onduidelijk
I. Dhr. de Vries (bedoeld als complex)				
	zonder criteria	42 (65%)	15 (23%)	8 (12%)
	met criteria	60 (92%)	5 (8%)	--
	strikt op basis van de criteria	65 (100%)	--	--
II. Mw. van Dijk (bedoeld als complex)				
	zonder criteria	50 (77%)	11 (17%)	4 (6%)
	met criteria	59 (91%)	6 (9%)	--
	strikt op basis van de criteria	64 (98%)	1 (2%)	--
III. Mw. de Boer (bedoeld als complex)				
	zonder criteria	20 (31%)	43 (66%)	2 (3%)
	met criteria	53 (82%)	12 (18%)	--
	strikt op basis van de criteria	61 (94%)	4 (6%)	--
IV. Dhr. Brandsma (bedoeld als niet-complex)				
	zonder criteria	17 (26%)	45 (69%)	3 (5%)
	met criteria	48 (74%)	17 (26%)	--
	strikt op basis van de criteria	57 (88%)	8 (12%)	--
V. Mw. Veenstra (bedoeld als niet-complex)				
	zonder criteria	28 (43%)	31 (48%)	6 (9%)
	met criteria	15 (23%)	50 (77%)	--
	strikt op basis van de criteria	23 (49%)	33 (51%)	--

Het oordeel van deze groep wijkverpleegkundigen geeft een duidelijk beeld van de algemene tendens die uit de tabel is op te maken: na gebruikmaking van de complexiteitscriteria worden meer verpleegsituaties als complex beoordeeld. Ten aanzien van de casussen over mw. de Boer en dhr. Brandsma vindt zelfs een omslag plaats: van een meerderheid voor niet complex (respectievelijk 66% en 69%) naar een meerderheid voor wel complex (respectievelijk 94% en 88%). Ten aanzien van

mw. de Boer komt dit overeen met het oordeel tijdens de 'invitational conference'. De omslag bij dhr. Brandsma is niet overeenkomstig het bedoelde oordeel. Over de casus van mw. Veenstra blijven de meningen verdeeld. Zowel met als zonder criteria is er geen eenduidig oordeel over de mate van complexiteit.

De toename in complexe verpleegsituaties als gevolg van het hanteren van de criteria wordt nader bekeken. Per casus wordt bekeken welke criteria de wijkverpleegkundigen hebben doen besluiten om de verpleegsituatie als complex te beschouwen. Derhalve wordt in tabel 6.6 aangegeven welke complexiteit bepalende criteria in de vijf gevalsbeschrijvingen aanwezig zijn. Evenals bij tabel 6.4 betreft het 63 wijkverpleegkundigen.

Uit tabel 6.6 wordt duidelijk dat per casus andere criteria ten grondslag liggen aan de complexiteit. Aangezien de verpleegkundige interventie bepalend is voor het oordeel over de mate van complexiteit van de verpleegsituatie worden deze per casus nader bekeken. De interventies die volgens meer dan 50% van de wijkverpleegkundigen in een casus moeten worden verricht, worden hieronder in beschouwing genomen. De keuze voor deze criteria wordt toegelicht aan de hand van de opmerkingen die de wijkverpleegkundigen op het antwoordformulier hebben gemaakt.

Casus I wordt met name als complex beschouwd op grond van:

- 4.1a. Het nader bepalen van de verpleegkundige diagnose.
- 4.3a. Begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op het verwerven van ziekte-inzicht.
- 4.3c. Het motiveren van de directe omgeving van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie.
- 4.3d. Intense samenwerking met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces.

Gekoppeld aan de informatie uit de vorige paragraaf betekent dit, dat de complexiteit is bepaald door twee onbetrouwbare criteria (4.1a. en 4.3d.) en twee betrouwbaar criteria (4.3a. en 4.3c.).

In de opmerkingen van de wijkverpleegkundigen wordt aangegeven dat bepaalde informatie wordt gemist: de hulpvraag is niet duidelijk, wat is de achterliggende problematiek en is dhr. zelf wel bereid om mee te werken? Met name door de houding van mw. de Vries wordt de situatie als complex beoordeeld. Echter, de situatie is niet dusdanig complex, dat

alleen maar een wijkverpleegkundige kan worden ingezet. De zorg binnen deze situatie kan samen met een wijkverpleegster worden verleend. Het gebruik van de criteria wordt in deze casus als positief ervaren doordat zaken niet over het hoofd worden gezien en de verpleegsituatie gestructureerd geanalyseerd kan worden.

Tabel 6.6 Percentages waarin door wijkverpleegkundigen (N=63) met 'ja' is gescoord op de aanwezigheid van de complexiteit bepalende criteria per casus

	Casus: I	II	III	IV	V
<b>Complexiteit bepalende criteria:</b>					
1a. onduidelijke hulpvraag	39	48	42	14	11
1b. levensbedreigende gezondheidstoestand	0	3	2	10	0
1c. veel wisselingen	2	52	14	8	3
1d. onvoorspelbare wisselingen	8	81	20	27	16
2a. inadequate communicatie	11	29	86	0	0
2b. ziekte-inzicht ontbreekt bij de cliënt	6	13	19	37	3
2c. motivatie ontbreekt bij de cliënt	5	37	5	94	0
3a. ziekte-inzicht ontbreekt bij de omgeving	95	0	12	67	0
3b. omgeving is overbelast	42	98	0	59	0
3c. motivatie ontbreekt bij de omgeving	91	0	0	25	0
3d. intense samenwerking gewenst	79	44	49	16	14
3e. thuissituatie is onveilig / onacceptabel	48	11	92	10	0
3f. medisch technische apparatuur aanwezig	0	7	0	0	0
4.1a. diagnose nader bepalen	52	68	54	30	23
4.1b. stervensbegeleiding	0	2	0	0	0
4.1c. observatie / anticipatie vele wisselingen	7	51	16	8	10
4.1d. observatie / anticipatie onvoorspelbare wisselingen	13	86	23	29	24
4.2a. signaleren / ondersteunen adequate communicatie	21	38	84	6	3
4.2b. begeleiding cliënt gericht op ziekte-inzicht	11	21	24	46	8
4.2c. motiveren cliënt	10	42	16	78	2
4.3a. begeleiding omgeving gericht op ziekte-inzicht	97	8	8	70	0
4.3b. emotionele begeleiding omgeving	50	87	3	40	0
4.3c. motiveren omgeving	94	6	10	52	2
4.3d. intens samenwerken / coördinatie	76	46	49	14	16
4.3e. veilig / acceptabel maken thuissituatie	42	17	92	19	2
4.3f. medisch technische handelingen	2	0	0	0	18

Casus II wordt met name als complex beschouwd op grond van:

4.1a. Het nader bepalen van de verpleegkundige diagnose.

4.1d. Observatie van en anticipatie op onvoorspelbare wisselingen in de gezondheidstoestand.

4.3b. Emotionele begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op psychische overbelasting.

Deze casus is dus complex beoordeeld op grond van criteria die alle drie niet als betrouwbaar worden beschouwd. Over het algemeen kunnen de wijkverpleegkundigen zich wel vinden in het oordeel dat de verpleegsituatie complex is. Echter, na verheldering van de hulpvraag is het goed mogelijk om een wijkverpleegster in te zetten met de wijkverpleegkundige op de achtergrond.

Casus III wordt met name als complex beoordeeld op grond van:

4.2a. Het signaleren van en het ondersteunen bij een adequate communicatie.

4.3e. Het veilig en acceptabel maken van de thuissituatie.

Het eerste criterium (4.2a.) is als onbetrouwbaar beschouwd en het tweede criterium (4.3e.) als betrouwbaar. Uit de reacties van de wijkverpleegkundigen blijkt, dat de twee interventies wezenlijke onderdelen vormen van het verpleegkundig handelen, maar dat de wijkverpleegster er prima toe in staat is om deze te verrichten. Door velen wordt dit (cliënten met CVA en het verrichten van aanpassingen) namelijk als het specifieke deskundigheidsgebied van de wijkverpleegster beschouwd.

Casus IV wordt met name als complex beoordeeld op grond van:

4.2c. Het motiveren van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie.

4.3a. Begeleiding van de directe omgeving van de cliënt gericht op het verwerven van ziekte-inzicht.

Bij deze casus betreft het één onbetrouwbaar criterium (4.2c.) en één betrouwbaar criterium (4.3a.). Uit de opmerkingen die de wijkverpleegkundigen op het antwoordformulier hebben gemaakt blijkt dat in deze situatie normen en waarden gaan meespelen. Velen vragen zich af in hoeverre het echtpaar de keuze voor dit leefpatroon heeft bepaald op juiste informatie en dat het een bewuste keuze is. De casus geeft op dit gebied voor velen niet voldoende informatie waardoor de cliënt gemotiveerd dient te worden en bij de omgeving ziekte-inzicht verworven moet worden. Dus als in de casus duidelijker had gestaan, dat dhr. en mw. ziekte-inzicht hebben en een bewuste keuze op grond van juiste feiten



hebben gemaakt, zou de casus (overeenkomstig de bedoeling) als niet-complex worden beschouwd.

Indien casus V als complex wordt beoordeeld gebeurt dat met name op grond van:

4.1a. Het nader bepalen van de verpleegkundige diagnose.

4.1d. Observatie van en anticipatie op onvoorspelbare wisselingen in de gezondheidstoestand.

Beide criteria zijn in de vorige paragraaf als onbetrouwbaar beschouwd. In de opmerkingen die zijn gemaakt komt overwegend de mening naar voren dat een wijkverpleegster de juiste zorg kan verlenen. Echter, voor een aantal wijkverpleegkundigen is het in de casus onduidelijk in hoeverre mw. psychische gevolgen heeft overgehouden aan het ongeluk en of er nog ander (verborgen) letsel aanwezig is. Diagnostiek en observatie van onvoorspelbare wisselingen worden hiervoor noodzakelijk geacht. Tevens bestaat er onduidelijkheid over het verzorgen van de decubituswond: een aantal wijkverpleegkundigen vindt dat indien de wond niet al te ernstig is een wijkverpleegster kan worden ingezet, terwijl andere wijkverpleegkundigen van mening zijn dat decubituswonden altijd moeten worden verzorgd door wijkverpleegkundigen.

Het algemeen oordeel over het gebruik van de lijst is positief. De criteria worden als duidelijk ervaren waarbij het gebruik van de begrippenlijst (in bijlage 3) onmisbaar is. Het analyseformulier is volgens velen hanteerbaar in de praktijk en voorkomt dat de wijkverpleegkundige een aantal essentiële zaken over het hoofd ziet. Tot slot is door veel wijkverpleegkundigen opgemerkt, dat de wijkverpleegsters over een grote mate van (ervarings)-deskundigheid beschikken en daardoor binnen veel verpleegsituaties kunnen worden ingezet.

## **6.5. Conclusie**

Bij de toewijzing van cliënten binnen de wijkverpleging worden in een meerderheid van de organisaties complexiteitscriteria gebruikt. In de meeste gevallen worden deze aangevuld met de bekwaamheden, taakstelling, werkervaring en capaciteit van de wijkverpleegster. Uiteindelijk wordt beslist in hoeverre aan de cliënt een wijkverpleegkundige of een wijkverpleegster moet worden toegewezen. Dit model is uitvoerig beschreven door Hanrahan en Lapré (1990). Uit de ervaringen met de toewijzingscri-

teria blijkt echter, dat de criteria in de praktijk niet altijd goed toepasbaar zijn: het aantal wijkverpleegsters is te klein en de toewijzingscriteria scheppen onduidelijkheid bij de beslissing over de toe te wijzen functie aan een cliënt.

Vervolgens is een enigszins andere wijze van complexiteits-beoordeling gepresenteerd. Een nuancering tussen laag-, midden- en hoog-complex wordt hierin afgewezen alsmede een score op basis van het optellen van criteria. De complexiteitscriteria zijn allereerst binnen een 'verplegingswetenschappelijk kader' geplaatst. Aan de hand van de nieuwe lijst met criteria kan op systematische en praktisch hanteerbare wijze worden bepaald of een verpleegsituatie wel of niet complex is. Een aantal van de gepresenteerde complexiteitscriteria wordt op grond van de resultaten uit de test niet als voldoende betrouwbaar beschouwd. Dit betreft met name de verpleegkundige interventies. Waarschijnlijk is de toevoeging van 'een wezenlijk onderdeel' niet door elke wijkverpleegkundige op de voorgeschreven wijze gehanteerd.

Verondersteld wordt dat een nadere omschrijving/verduidelijking van 'een wezenlijk onderdeel' en de begrippenlijst alsmede een gerichte begeleiding bij het invullen van het analyseformulier zal leiden tot meer eenduidigheid in de complexiteits-beoordeling. Deze eenduidigheid zal mede bijdragen aan een hogere mate van validiteit van de criteria. Vervolgonderzoek waarin de complexiteitscriteria binnen bestaande cliëntsituaties worden uitgetest is hiervoor noodzakelijk. Door de criteria te hanteren binnen verpleegsituaties in de praktijk wordt voorkomen dat de wijkverpleegkundige met allerlei onduidelijkheden blijft zitten. In de praktijk heeft ze immers de gelegenheid om aan de cliënt relevante vragen te stellen. Door de complexiteitsbepaling te koppelen aan gegevens uit indicatieformulieren kan een grotere mate van objectiviteit worden verkregen.

## 7. RESULTATEN: HORIZONTALE FUNCTIEDIFFERENTIATIE

Het tweede deel van de enquête bestond uit vragen over horizontale functiedifferentiatie binnen de verschillende organisaties, uitgewerkt in specialisatie en het werken met aandachtsgebieden. Indien in dit hoofdstuk 'specialisatie' staat geschreven betreft dit in de meeste gevallen een onderscheid tussen de sector ouder- en kindzorg en de sector volwassenzorg. Voor een nadere omschrijving wordt verwezen naar de begrippenlijst. Evenals in het vijfde hoofdstuk zijn de gegevens uit de enquête aangevuld met informatie uit de toegestuurde nota's.

### 7.1. De functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster

In de nota's over horizontale functiedifferentiatie wordt op verschillende manieren aangegeven dat het werk van de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster veelomvattend is. De definitie van verplegen uit het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) is hiervoor illustratief (zie hoofdstuk 4). In het volgende citaat wordt de relatie gelegd tussen de definitie van verplegen en horizontale functiedifferentiatie:

"Het verpleegkundig werken vanuit bovengenoemde definitie houdt in dat een wijkverpleegkundige / wijkverpleegster op zeer veel terreinen kennis moet hebben, handelingen moet kunnen verrichten en in staat zijn de patiënten te motiveren. Door het veelomvattende gebied kan dit gaan inhouden dat de verdieping van het vak op onderdelen te weinig tot zijn recht komt. Het gevolg hiervan kan zijn dat de patiënt te summiere antwoorden op zijn vragen krijgt. Echter, de organisatie wil juist bevorderen dat op alle vragen van de thuiszorg-cliënten, vallend binnen het werkterrein van de verpleegkundige professie, een adequaat antwoord wordt gegeven. Dit is niet meer te bereiken door van elke wijkverpleegkundige / wijkverpleegster op alle terreinen evenveel kennis en vaardigheden te verwachten en te verlangen".

Horizontale functiedifferentiatie (in de vorm van specialisatie en het werken met aandachtsgebieden) wordt als oplossing gezien voor bovengenoemd probleem. Uitgangspunten die hierbij worden gehanteerd zijn:

- Er dienen zo min mogelijk hulpverleners in het cliëntsysteem te zijn.
- Het werken met aandachtsgebieden moet kwaliteitsverhogend zijn.
- Continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. Het begrip 'continuïteit van zorg' is niet iets dat elke professionele hulpverlener steeds zelf door middel van uitvoerende zorg moet waarmaken. Dus, niet elke wijkverpleegkundige / wijkverpleegster moet alles weten en kunnen waarvoor zij in principe uit hoofde van haar professie bekwaam wordt geacht. Maar continuïteit van zorg wordt door de organisatie gegarandeerd. Met andere woorden, de organisatie garandeert dat de cliënt alle kennis en kunde ontvangt die de thuiszorg wordt geacht te verlenen en de organisatie is ervoor verantwoordelijk dat de gezamenlijke medewerkers deze verantwoordelijkheid kunnen waarmaken.
- Bij de verdeling van de aandachtsgebieden is het o.a. van belang een evenwicht te vinden tussen kwaliteit en continuïteit. Om kwalitatief goed te kunnen handelen is het zinvol om de differentiatie niet te breed te maken. Om continuïteit te kunnen bieden is het juist zinvol om differentiatie niet te beperkt te houden.
- Beide deskundighedsniveaus moeten in de aandachtsgebieden vertegenwoordigd zijn.
- Gebruik dient te worden gemaakt van de kwaliteiten van de verschillende functionarissen, waarbij gekeken wordt naar opleiding, ervaring en verantwoordelijkheden.
- De functionaris moet tenminste een dienstverband van 50% vervullen om met een aandachtsgebied te kunnen werken.
- Aandachtsgebieden vloeien voort uit het totale basispakket thuiszorg, ieder team blijft dit totale pakket leveren. Een aandachtsgebied kan echter leiden tot nieuwe taken.
- Het maximale aantal differentiaties per team correspondeert met een minimum aantal teamleden. Alle aandachtsgebieden moeten vertegenwoordigd zijn in een team. Achterliggende argumenten zijn:
  - er wordt een uniform aanbod van zorg in de regio nagestreefd
  - er dient rekening te worden gehouden met reistijd en reiskosten
  - de continuïteit van de zorg dient gewaarborgd te blijven.
- Wat het kruiswerk doet aan ouder- en kindzorg moet worden bepaald door de organisatie en niet door toevallige omstandigheden (bv. weinig curatieve werkzaamheden) en/of persoonlijke inzichten en interesses van de individuele medewerker of groepjes medewerkers. De producten worden door de organisatie vastgesteld.
- Het is niet alleen voor het kruiswerk als instituut maar met name ook voor cliënten en andere instellingen belangrijk, dat duidelijk is wat het

kruiswerk doet en dat men daarvan op aan kan.

Met andere woorden de horizontale functiedifferentiatie (specialisatie en het werken met aandachtsgebieden) is gericht op kwaliteitsverhoging en deskundigheidsbevordering waarbij de continuïteit wordt gewaarborgd, het totale zorgpakket wordt behouden en duidelijkheid wordt geschapen over het zorgaanbod van de kruisorganisatie.

### 7.1.1. Redenen voor horizontale functiedifferentiatie

In het eerste hoofdstuk van dit rapport zijn algemene ontwikkelingen beschreven die hebben geleid tot het denken over en toepassen van functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Deze paragraaf zal een nader beeld geven van ontwikkelingen en specifieke redenen die er toe hebben geleid dat organisaties (zullen) overgaan op horizontale functiedifferentiatie. In tabel 7.1 worden de redenen gepresenteerd die volgens de organisaties ten grondslag liggen aan specialisatie en het werken met aandachtsgebieden. De organisaties die reeds gespecialiseerd en/of met aandachtsgebieden werken noemden vergelijkbare redenen als de organisaties die in de toekomst overgaan op een vorm van horizontale functiedifferentiatie. Derhalve zijn deze redenen bij elkaar opgeteld.

Tabel 7.1: Redenen voor specialisatie en het werken met aandachtsgebieden nu of in de toekomst binnen de functie van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster volgens de erkende kruisorganisaties (in procenten)

	Specialisatie (N=54) %	Aandachtsgebieden (N=49) %
deskundigheidsbehoud, -verbetering	93	100
efficiënter personeelsbeleid bereiken	87	63
veranderde aard van de zorgvraag	77	76
toegenomen complexiteit	77	86
toegenomen omvang van de zorgvraag	72	41
arbeidssatisfactie verhogen	49	76
aantrekkelijkheid van het beroep	36	61

Uit de tabel blijkt dat voor specialisatie en het werken met aandachtsgebieden drie gemeenschappelijke redenen bestaan: het behouden of verbeteren van de deskundigheid, de veranderde aard van de zorgvraag

en de toegenomen complexiteit in bepaalde zorgsituaties. De toegenomen complexiteit lijkt in strijd met de resultaten over de verticale functiedifferentiatie. Aangenomen wordt dat de complexiteit in tabel 7.1 betrekking heeft op bepaalde voorbehouden handelingen en coördinerende werkzaamheden met betrekking tot het totale hulpverleningssysteem rond de cliënt. Bij specialisatie klinkt de efficiëntie in grotere mate door, terwijl het werken met aandachtsgebieden meer is gericht op het verhogen van de arbeidssatisfactie van de uitvoerende en de aantrekkelijkheid van het beroep.

Vanuit de nota's worden deze redenen verder aangevuld:

- kwaliteitsbehoud, -verbetering
- hoge kwaliteit doordat kennis daar zit waar het hoort: aan de basis
- bewerkstelligen, dat meer complexe zorg binnen de thuiszorg van het kruiswerk kan blijven en niet wordt overgenomen vanuit de tweede lijn
- toenemende werkdruk (veel doen in korte tijd; van alles op de hoogte proberen te blijven)
- door specialisatie wordt voorkomen dat de ouder- en kindzorg steeds meer in de verdrinking komt door de toename van het curatieve werk; curatief gaat altijd voor preventief (bijvoorbeeld bij de keuze tussen een cliënt die terminaal is en een pedagogisch adviesgesprek zal de eerste altijd voorgaan)
- part-timers komen vaak in de problemen; zij komen altijd in tijdnood omdat zij:
  - a. veel tijd nodig hebben om over te dragen en om te overleggen
  - b. relatief veel tijd moeten besteden aan bevordering van deskundigheid en bijhouden van vakliteratuur
- functionarissen uit de 'tweede lijn' twifelen op onderdelen aan de deskundigheid van de wijkverpleegkundigen (volgens de resultaten van één onderzoek binnen één organisatie)
- veranderde functie van de districtsverpleegkundige: tot voor kort bestonden de werkzaamheden van districtsverpleegkundigen uit activiteiten naar zorgcategorieën. Nu behartigen ze het totale terrein van de sociaal medische zorg in hun werkgebied. Met andere woorden zij weten nu minder van meer. De consultatie-functie wordt hierdoor minder specialistisch, terwijl de vraag om specialistische deskundigheid, met name in de uitvoering toeneemt.

Overeenkomend met de uitgangspunten zoals beschreven aan het begin van dit hoofdstuk is de voornaamste reden om horizontale functiedifferen-

tatie in te voeren het garanderen van het totale zorgpakket door het leveren van goede kwaliteit op een deskundige en efficiënte wijze.

### 7.1.2. Aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie

In deze paragraaf wordt een beeld gegeven van de mate waarin horizontale functiedifferentiatie binnen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster voorkomt.

Tabel 7.2: De aanwezigheid van specialisatie en aandachtsgebieden binnen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster binnen de erkende kruisorganisaties (N=58)

	wijkverpleegkundigen		wijkverpleegsters	
	aantal	%	aantal	%
all-round	18	31.0	6	10.3
specialisatie	7	12.1	26	44.8
all-round of specialisatie	5	8.6	0	0.0
all-round of aandachtsgebieden	12	20.7	2	3.4
specialisatie of aandachtsgebieden	13	22.4	24	41.4
alle drie	3	5.2	0	0.0
<b>Totaal</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>

Tabel 7.2 geeft voor de wijkverpleegkundigen een ander beeld weer dan voor de wijkverpleegsters. Uit de gegevens blijkt, dat erkende kruisorganisaties waarbinnen alle wijkverpleegkundigen all-round werken, het meest zijn vertegenwoordigd (31%). Binnen ruim 20% van de erkende kruisorganisaties zijn zowel gespecialiseerd werkende als met aandachtsgebieden werkende wijkverpleegkundigen in dienst. Dit percentage is vergelijkbaar met de groep organisaties waar all-round werkende en met aandachtsgebieden werkende wijkverpleegkundigen aanwezig zijn.

Indien wordt bekeken hoe vaak elke werkvorm afzonderlijk binnen de organisaties voorkomt, krijgt men het volgende beeld: bij 38 erkende kruisorganisaties (66%) zijn wijkverpleegkundigen in dienst die all-round werken, bij 28 organisaties (48%) komen gespecialiseerd werkende wijkverpleegkundigen voor en bij eveneens 28 organisaties (48%) zijn wijkverpleegkundigen in dienst die met aandachtsgebieden werken. Tijdens de afname van de enquête was derhalve het *aantal organisaties* dat all-round werkende wijkverpleegkundigen in dienst heeft in de meerderheid. Door de meting op organisatieniveau kan men echter niet concluderen

dat ook het *aantal wijkverpleegkundigen* dat all-round werkt een meerderheid vormde tijdens de enquête.

Het inwonersaantal van het werkgebied van de organisatie is niet van invloed op de aanwezigheid van all-round werkende (66%), gespecialiseerd werkende (48%) en met aandachtsgebieden werkende wijkverpleegkundigen (48%) binnen de organisaties.

Uit de gegevens over de wijkverpleegsters blijkt, dat ze binnen de meeste organisaties gespecialiseerd werken. In totaal zijn binnen 50 organisaties (86%) gespecialiseerd werkende wijkverpleegsters aanwezig. Wijkverpleegsters, die een aandachtsgebied hebben zijn binnen 26 organisaties (45%) aanwezig en all-round werkende wijkverpleegsters komen in 8 instellingen (14%) voor. Het hoge percentage organisaties dat wijkverpleegsters in dienst heeft die gespecialiseerd werken, wordt verklaard door de wijze waarop specialisatie is gedefinieerd. Wijkverpleegsters zijn namelijk in de meeste gevallen niet werkzaam binnen de ouder- en kindzorg. Zij werken in de meeste gevallen alleen binnen de volwassenenzorg.

Naast de verschillen tussen de werkvorm van de wijkverpleegkundigen en de werkvorm van de wijkverpleegsters is er één overeenkomst: het werken met aandachtsgebieden komt bij wijkverpleegkundigen en bij wijkverpleegsters in vergelijkbare mate voor (respectievelijk 48% en 45% van de organisaties). Aan de hand van de indelingscriteria wordt in paragraaf 7.1.3. nader ingegaan op de aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie. In die paragraaf worden ook de toekomstplannen meegenomen.

Verondersteld wordt, dat de manier waarop het werk is ingedeeld, van invloed kan zijn op de aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie. In het tweede hoofdstuk van dit rapport is immers beschreven dat de 'formatie van kleine produktiegerichte werkgroepen' een belangrijk element is van werkstructurering. Volgens Slingerland (1987) wordt in de praktijk de koppeling tussen buurtgericht en horizontaal gedifferentieerd werken vaak bevestigd. Derhalve is in tabel 7.3 een overzicht gegeven van de werkindeling binnen de erkende kruisorganisaties.



Tabel 7.3: Mate van buurtgericht- of wijkgericht werken door wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters binnen de erkende kruisorganisaties (N=58)

	wijkverpleegkundigen		wijkverpleegsters	
	aantal	%	aantal	%
wijkgericht	5	8.6	4	6.9
buurtgericht	30	51.7	41	70.7
wijk- of buurtgericht	22	37.9	11	19.0
aan huisarts gekoppeld	1	1.7	2	3.4
<b>Totaal</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>

Alleen wijkgericht werken door wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters komt bij een zeer kleine groep erkende kruisorganisaties voor: respectievelijk 9% en 7%. Buurtgericht werken komt, al of niet in combinatie met wijkgericht werken, in de meeste organisaties voor: zowel voor de wijkverpleegkundigen als de wijkverpleegsters geldt hiervoor een percentage van 90%. Een relatie tussen het inwonersaantal van de organisatie en de werkindeling is door de aantallen alleen bij de wijkverpleegkundigen te berekenen. Indien de organisaties, waarbinnen iedereen buurtgericht werkt (N=30), worden vergeleken met de organisaties, die zowel buurt- als wijkgericht werkende wijkverpleegkundigen in dienst hebben (N=22), dan blijkt er geen verband te zijn met het inwonersaantal van de organisatie.

De koppeling tussen horizontale functiedifferentiatie en het wijk- en buurtgericht werken wordt in tabel 7.4 nader onderzocht. Doordat wijkverpleegsters voor het grootste deel buurtgericht en binnen de sector volwassenenzorg werken, wordt deze functie niet beschreven in deze tabel en de nadere analyse ervan.

Tabel 7.4 geeft aan, dat indien binnen een erkende kruisorganisatie alleen buurtgericht wordt gewerkt (N=30) er vaker sprake is van specialisatie en het werken met aandachtsgebieden. Indien er binnen een organisatie naast buurtgericht ook wijkgericht wordt gewerkt (N=22), komt all-round werken vaker voor. De veronderstelling dat er een verband bestaat tussen de werkindeling en de aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie is nader onderzocht. Echter, binnen de organisaties waarbij sprake is van bijvoorbeeld zowel all-round werkende wijkverpleegkundigen als wijkverpleegkundigen die een aandachtsgebied hebben, is niet te achter-

halen wie er wijkgericht en wie er buurtgericht werkt. Derhalve dienen de gegevens van de analyse met de nodige voorzichtigheid te worden gehanteerd.

Tabel 7.4: Specialisatie en aandachtsgebieden binnen de functie van wijkverpleegkundige in relatie tot wijk- en buurtgericht werken (binnen de erkende kruisorganisaties)

	wijk- gericht aantal	buurt- gericht aantal	wijk- of buurt- gericht aantal
all-round	3	4	11
specialisatie	0	5	2
all-round of specialisatie	1	2	1
all-round of aandachtsgebieden	1	6	5
specialisatie of aandachtsgebieden	0	11	2
alle drie	0	2	1
Totaal	5	30	22

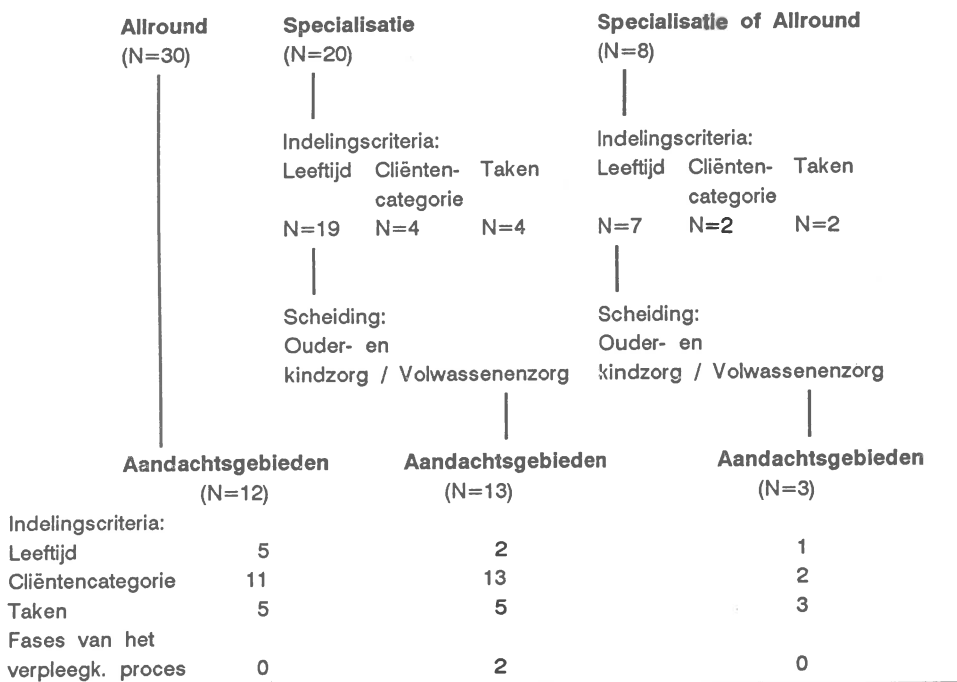
Indien organisaties all-round werkende wijkverpleegkundigen in dienst hebben (66%) is er vaker sprake van zowel de wijkgerichte als buurtgerichte werkindeling ( $\chi^2 = 5.22$ ,  $p = 0.02$ ). Organisaties met gespecialiseerd werkende wijkverpleegkundigen in dienst (48%), vertonen vaker alleen maar de buurtgerichte werkindeling ( $\chi^2 = 6.38$ ,  $p = 0.01$ ). De aanwezigheid van wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied binnen de organisaties (48%) vertoont geen relatie met de aanwezige werkindeling ( $\chi^2 = 2.70$ ,  $p = 0.10$ ).

### 7.1.3. Indelingscriteria voor horizontale functiedifferentiatie

De gegevens uit de enquête over de indelingscriteria die binnen de horizontale functiedifferentiatie worden gehanteerd, worden gepresenteerd aan de hand van drie schema's. Elke organisatie kon tijdens de enquête meerdere indelingscriteria aangeven. De eerste twee schema's betreffen de functie van wijkverpleegkundige en het laatste schema de functie van wijkverpleegster. De schema's geven een beeld van de situatie tijdens de enquête en de plannen in de toekomst. Na deze schema's worden de indelingscriteria toegelicht met behulp van informatie uit de nota's.

Schema 7.1: Aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie tijdens de enquête binnen de functie van wijkverpleegkundige in de erkende kruisorganisaties (N=58)

**Tijdens de enquête**



In schema 7.1 is allereerst de informatie uit tabel 7.2 terug te vinden: tijdens de enquête komen binnen een meerderheid van de organisaties (N=38) allround werkende wijkverpleegkundigen voor, terwijl specialisatie (N=28) en aandachtsgebieden (N=28) bij ongeveer de helft van de organisaties voorkomt. Indien sprake is van *specialisatie* binnen de organisatie wordt in de meeste gevallen de leeftijd van de cliënt als indelingscriterium gehanteerd. Slechts binnen enkele gevallen wordt gespecialiseerd op cliëntencategorieën of taken. In deze enkele gevallen is dan sprake van de aanwezigheid van wijkverpleegkundigen die werken als 'verpleegkundig specialist'. Indien binnen de organisatie is gekozen voor leeftijd als indelingscriterium, wordt in de meeste gevallen een scheiding gehanteerd van 'ouder- en kindzorg' en 'volwassenenzorg'. Slechts in enkele gevallen is sprake van een scheiding tussen 'jonger dan / ouder dan 40 jaar'. In één organisatie komt nog een mengvorm

voor: 'ouder- en kindzorg', 'volwassenenzorg' (chronisch zieken, gehandicapten, oncologie patiënten, terminale patiënten) en 'ouderenzorg' (ouder dan 70 jaar).

De reden waarom organisaties ten aanzien van specialisatie kiezen voor bovengenoemde indelingscriteria (met name de leeftijd), is veelal het gegeven dat de ouder- en kindzorg in de verdrukking komt als gevolg van de toenemende curatieve werkzaamheden. Daarnaast wil een aantal organisaties voorkomen, dat de ouder- en kindzorg wordt overgenomen door andere organisaties. Deze sector dient zich derhalve beter te profileren. Het marktmechanisme ligt vaak aan de basis van de keuze voor een onderscheid in sectoren.

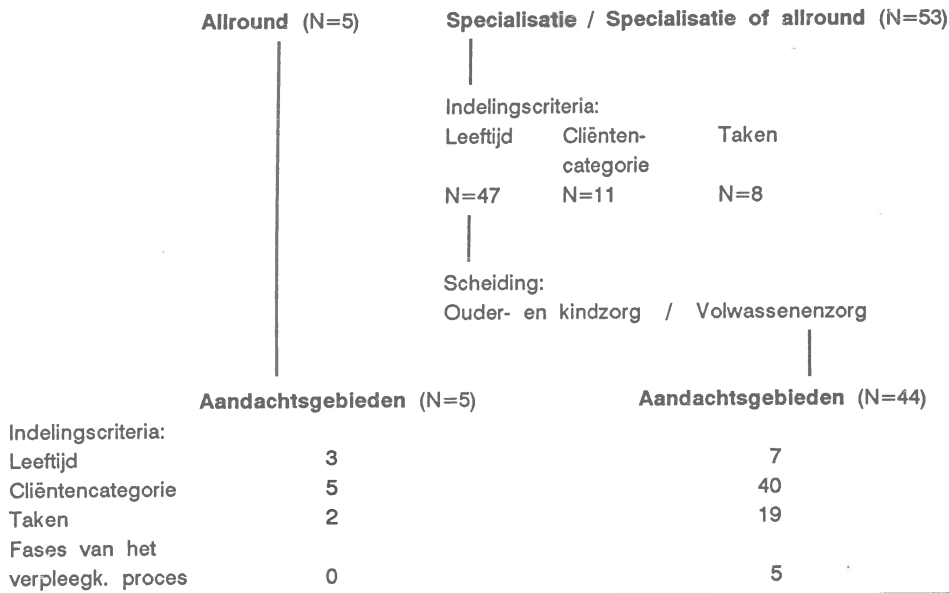
Ten aanzien van specialisatie in cliëntencategorieën en taken is in de nota's vrijwel niets terug te vinden. Cliëntencategorieën waarin gespecialiseerd wordt zijn: CARA, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, oncologie, aids, aandoeningen van het neuromusculaire stelsel, bewegingsapparaat, CVA en ouderenzorg. Doordat verpleegkundig specialisten onder de wijkverpleegkundigen tijdens de enquête niet vaak voorkwamen, wordt op deze groep niet verder ingegaan.

Uit het schema blijkt vervolgens welke indelingscriteria voor de *aandachtsgebieden* door de organisaties worden gebruikt. Bij de organisaties die gespecialiseerde wijkverpleegkundigen in dienst hebben, betreft het de organisaties die op leeftijd hebben gespecialiseerd. Immers indien gespecialiseerd is op cliëntencategorie of taken is het volgens de definitie van verpleegkundig specialist niet mogelijk dat dezelfde wijkverpleegkundige ook nog een aandachtsgebied heeft. In het schema staan de aandachtsgebieden in verbinding met de sector volwassenenzorg omdat tijdens de enquête en in de nota's niet werd aangegeven, dat binnen de sector ouder- en kindzorg met aandachtsgebieden wordt gewerkt.

Uit de indelingscriteria voor het werken met aandachtsgebieden blijkt, dat de cliëntencategorie het meest voorkomt; zowel voor organisaties met als zonder specialisatie. Tijdens de enquête zijn allerlei cliëntencategorieën genoemd. Echter CARA, oncologie en diabetes worden door de meeste erkende kruisorganisaties genoemd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat tevens onder dit indelingscriterium zorgcategorieën zijn genoemd (bijv. incontinentie, revalidatie, wondverzorging).

Schema 7.2: Aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie in de toekomst binnen de functie van wijkverpleegkundige in de erkende kruisorganisaties (N=58)

**In de toekomst**



Uit bovenstaand schema blijkt, dat de situatie met betrekking tot de indelingscriteria in de toekomst wordt voortgezet. Leeftijd blijft het belangrijkste indelingscriterium voor de specialisatie en cliëntencategorie voor het werken met aandachtsgebieden. In dit schema wordt ook duidelijk dat slechts vijf organisaties nog geen plannen hebben om in de toekomst over te gaan op specialisatie. Binnen deze vijf organisaties komen dus helemaal geen verpleegkundig specialisten voor en wordt geen scheiding in sectoren gemaakt. Voor de resterende 53 organisaties betekent het overigens niet dat alle wijkverpleegkundigen die er in dienst zijn gespecialiseerd (gaan) werken. Alle vijf organisaties die in de toekomst nog geen plannen voor specialisatie hebben, hebben overigens wel wijkverpleegkundigen in dienst die werken met aandachtsgebieden.

Voor de wijkverpleegster binnen de erkende kruisorganisaties is de situatie tijdens de enquête en in de toekomst tezamen beschreven in het volgend schema.

Schema 7.3: Aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie tijdens de enquête en in de toekomst binnen de functie van wijkverpleegster in de erkende kruisorganisaties (N=58)

### Tijdens de enquête

	Allround (N=8)	Specialisatie (N=50)
		Volwassenenzorg
	Aandachtsgebieden (N=2)	Aandachtsgebieden (N=24)
Indelingscriteria:		
Leeftijd	0	5
Cliëntencategorie	2	22
Taken	1	12
Fases van het verpleegk. proces	0	1

### In de toekomst

	Allround (N=4)	Specialisatie (N=54)
		Volwassenenzorg
	Aandachtsgebieden (N=2)	Aandachtsgebieden (N=40)
Indelingscriteria:		
Leeftijd	0	7
Cliëntencategorie	2	37
Taken	1	17
Fases van het verpleegk. proces	1	3

Zoals reeds opgemerkt bij tabel 7.2 werkt het grootste deel van de wijkverpleegsters binnen de volwassenenzorg, omdat ze niet specifiek zijn opgeleid voor het werk binnen de ouder- en kindzorg. In het schema is derhalve de sector ouder- en kindzorg weggelaten. Evenals bij de wijkverpleegkundigen wordt voor het werken met aandachtsgebieden door wijkverpleegsters in de meeste gevallen de cliëntencategorie als indelingscriterium gebruikt. Voor de wijkverpleegster worden met name cliënten met psycho-geriatrische problemen genoemd en de zorgcategorie incontinentie.

Uit deze resultaten van de enquête komt een redelijk eensgezinde benadering naar voren. Echter uit de informatie van de verschillende nota's blijkt een grote verscheidenheid in keuzes en achtergronden voor bepaalde aandachtsgebieden. Hieronder wordt geprobeerd deze informatie op een overzichtelijke wijze weer te geven. Ten aanzien van specialisatie is bij schema 7.1 reeds aangegeven waarom organisaties kiezen voor de bewuste leeftijdsindeling. Uit de nota's is hieromtrent geen extra informatie gevonden. Ten aanzien van de aandachtsgebieden is alleen maar informatie gevonden die zich richt op de sector volwassenenzorg. Zowel de organisaties die nog geen scheiding hebben tussen ouder- en kindzorg en volwassenenzorg als de organisaties die deze scheiding wel hebben, hebben geen informatie toegestuurd over aandachtsgebieden binnen de ouder- en kindzorg. Indien in nota's aandachtsvelden worden beschreven, betreffen het altijd categorieën binnen de volwassenenzorg.

In enkele nota's wordt allereerst een bruikbaar onderscheid gemaakt tussen basiszorg en bijzondere zorg. *Basiszorg* wordt verleend bij verpleegkundige diagnoses die frequent voorkomen. Deze zorg vereist algemene vakbekwaamheid, ofwel basisdeskundigheid. *Bijzondere zorg* daarentegen wordt verleend bij verpleegkundige diagnoses die minder vaak voorkomen of zich op een terrein bevinden waar veel ontwikkelingen zijn. De zorg vereist bijzondere kennis en vaardigheden ofwel bijzondere deskundigheid. Deze deskundigheid kan worden verkregen door het construeren van een aandachtsgebied. Om te kunnen bepalen in hoeverre bijzondere zorg is gewenst, kunnen de volgende vragen als richtlijn worden gebruikt:

- Wat is het wenselijk niveau van de verpleegkundige zorgverlening? (te bepalen aan de hand van protocollen)
- Wat is de daarvoor vereiste deskundigheid?
- Voldoet de feitelijke uitvoering van de verpleegkundige zorgverlening aan het wenselijke niveau en de vereiste deskundigheid?
- Indien nee, is dit het gevolg van een tekort aan bijzondere deskundigheid?
- Op welk terrein dient bijzondere deskundigheid worden verworven?

Indien elk team regelmatig wordt geconfronteerd met een vraag om bijzondere zorg dient op dit terrein een aandachtsgebied te worden ontwikkeld. Op deze wijze kan het team de gewenste zorg waarborgen. Per team dienen alle aandachtsgebieden vertegenwoordigd te zijn. Een andere mogelijkheid is dat de bijzondere zorg, zorg betreft, waarmee elk

team slechts een aantal malen per jaar wordt geconfronteerd. Niet het team maar de erkende kruisorganisatie moet deze zorg garanderen. Dit kan door het aanstellen van een verpleegkundig specialist of een transmurale werkende verpleegkundige op dit terrein.

Aandachtsgebieden richten zich op de totale zorg aan de cliënt of cliëntencategorie. Dit betekent dat een aandachtsgebied zowel basiszorg als bijzondere zorg omvat. Bijvoorbeeld bij diabetes: basiszorg bevat elementen als algemene voorlichting over 'wat is diabetes', 'hypo/hyper', injecteren van insuline terwijl bijzondere zorg elementen omvat als zelfcontrole, interpretatie van bloedsuikers en begeleiding bij een vastgelopen acceptatieproces. De onderlinge verhouding van basiszorg en bijzondere zorg kan per aandachtsgebied verschillend zijn.

Vervolgens komt in de nota's een groot aantal verschillende opvattingen voor over de uiteindelijke keuze voor een bepaald aandachtsgebied. Allereerst komen formuleringen voor op basis van de medische terminologie. Het betreft aandachtsgebieden zoals oncologie, diabetes, CARA, CVA en dementie. De beslissing voor deze keus wordt toegelicht aan de hand van een citaat: "De differentiaties die gekozen zijn op basis van het voorgaande zijn volgens de medische terminologie geformuleerd. Er is niet gekozen voor het hanteren van verpleegkundige diagnoses bij het benoemen van de differentiaties om de volgende redenen:

- er treedt een sterkere fragmentatie van de zorg op dan bij medische diagnoses; bijvoorbeeld pijn en incontinentie zijn verpleegkundige diagnoses die echter één aspect van de zorg omvatten;
- het verminderd duidelijkheid ten aanzien van instellingen in de tweede lijn (contacten met afdelingen, verpleegkundig specialisten); er wordt immers overgedragen volgens medische diagnoses".

Indien organisaties gebruik maken van een medische terminologie worden vervolgens per organisatie echter weer verschillende clusters aangegeven. Binnen de ene organisatie houdt een wijkverpleegkundige zich alleen maar bezig met CARA, terwijl binnen een andere organisatie CARA altijd samen met diabetes en hart- en vaatziekten een aandachtsgebied vormt.

In andere nota's wordt bewust voorbij gegaan aan een medische indeling: "Voorgestelde aandachtsgebieden zijn ouderen, terminale zorg en zorg voor ernstig zieken, behandelende en reacterende zorg en de uitleenfunctie. Bij het kiezen voor deze aandachtsgebieden wordt de lijn



verlaten de aandachtsgebieden in te delen naar ziektebeelden. Deze nieuwe aandachtsgebieden sluiten aan bij de ontwikkeling naar een functiegerichte indeling van de thuiszorg. De keuze voor de aandachtsgebieden is een voortborduren hierop. De keuze voor het aandachtsgebied ouderen past niet geheel in deze lijn omdat op zich genomen ouderen geen functie is. De keuze voor ouderen als aandachtsgebied is gelegen in het feit dat er hier een achterstand in te halen is. Er is geen stafverpleegkundige die zich specifiek op deze groep heeft gericht en ook de aandacht in de uitvoering is versnipperd van aard. Gezien de omvang van de groep in de cliëntenkring en de prognoses die duiden op een toename van deze groep lijkt vooralsnog de keuze van ouderen als doelgroep te voorzien in een behoefte\*.

Eveneens een bewuste keuze vanuit een verpleegkundige invalshoek is een clusterindeling die aansluit bij de bestaande indeling van de districtsverpleegkundigen. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt op basis van doelgroep en zorgvraag:

- \*- jeugd gezondheidszorg;
- intensieve zorgverlening: instabiele, intensieve situaties waarbij in kort tijd veel verschillende acties ondernomen moeten worden en waarbij coördinatie een belangrijk aspect vormt; bijvoorbeeld: terminale thuiszorg, zeer sterk verslechterde chronische situaties;
- langdurige zorgverlening: situaties waarbij de zorgvraag redelijk stabiel blijft en waarbij het om een chronische situatie gaat; bijvoorbeeld patiënten met reuma, diabetes, zorg voor de ouder wordende mens\*.

Mengvormen van al het voorgaande komen eveneens voor: "een clustering van aandachtsvelden zoals 'wondverzorging en stomazorg', 'reuma, revalidatie en ADL-verzorging' en 'oncologie, terminale zorg en medisch technisch handelen". Overwegingen die hieraan ten grondslag liggen worden in een nota als volgt omschreven: "De differentiatiegroep bestrijkt een enigszins breed gebied, maar er is wel een duidelijke afbakening in onderwerpen. Belangrijke overwegingen daarbij waren:

- Een hele brede invulling (intensieve zorgverlening versus langdurige zorgverlening of curatieve zorg versus reactivering) blijkt te vaag en biedt te weinig mogelijkheden om meer dan twee differentiatiegroepen te starten.
- Eén specifiek aandachtsveld per differentiatiegroep (bv. wondverzorging of CARA of oncologie) is te specifiek. Het gevaar voor hobbyïsme en te veel aandacht voor één aandachtsveld is vrij groot.

- Een clustering van aandachtsvelden biedt de mogelijkheid om specifieke onderwerpen te behandelen, af te ronden en door te gaan naar een volgend onderwerp\*.

Over de verdeling van aandachtsgebieden onder het eerste en tweede deskundigheidsniveau zijn de organisaties het over het algemeen wel eens: psycho-geriatrie / dementie en incontinentie voor de wijkverpleegster, de andere aandachtsgebieden voor de wijkverpleegkundige. Deze verdeling komt overeen met de resultaten uit de enquête. De reden dat 'psycho-geriatrie / dementie' als aandachtsgebied voor de wijkverpleegster wordt geboden is gelegen in het feit, dat de wijkverpleegster in veel gevallen een opleiding heeft genoten in het verpleeghuis en op dat terrein dus specifieke (ervarings)deskundigheid bezit.

Taken die volgens de antwoorden tijdens de enquête samenhangen met het aandachtsgebied kunnen als volgt worden samengevat: bijhouden van vakliteratuur (47x), volgen van bijscholing (47x), volgen van nieuwe ontwikkelingen (46x), bezoeken van symposia (45x), terugkoppelen van kennis naar collega's (44x), systematisch ordenen van informatie en materiaal (38x) en het bezoeken van cliënten die tot het aandachtsgebied behoren maar bij een collega in zorg zijn (12x).

Deze taken worden ook in de nota's het meest beschreven.

De respondenten geven aan, dat zowel de specialisatie (met name een scheiding in sectoren) als het werken met aandachtsgebieden van recente datum zijn. In de meeste organisaties bestaan beide vormen nog niet langer dan 1 of 2 jaar. Derhalve kan slechts een summier beeld van de ervaringen worden gegeven. Naar de mening van de respondenten is men over het algemeen positief over zowel de specialisatie als het werken met aandachtsgebieden: de deskundigheid en de kwaliteit van zorg is binnen het specialisme (de afzonderlijke sector) c.q. aandachtsgebied toegenomen. Ten aanzien van het werken met aandachtsgebieden wordt eveneens aangegeven, dat de arbeidssatisfactie is toegenomen. Hierbij dient te worden opgemerkt, dat de ervaringen slechts een algemene eerste indicatie geven. Immers, binnen de meeste organisaties zijn ze niet grondig onderzocht en gebaseerd op een korte tijdsperiode. Door middel van nader onderzoek dient te worden bepaald wat de invloed van horizontale functiedifferentiatie is op doelmatigheid, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van arbeid.

## 7.2. De functie van gezinsverzorgende

In het kader van de horizontale functiedifferentiatie is aan de instellingen voor gezinsverzorging gevraagd naar de aanwezigheid van de gespecialiseerd gezinsverzorgende en het werken met aandachtsgebieden. De resultaten zijn weergegeven in tabel 7.5.

Tabel 7.5: Gespecialiseerde gezinsverzorging en de aanwezigheid van aandachtsgebieden binnen de functie van gezinsverzorgende (binnen de instellingen voor gezinsverzorging N=102)

	gespecialiseerde gezinsverzorging		aandachtsgebieden	
	aantal	%	aantal	%
onbekend	0	0.0	2	2.0
nee	4	3.9	70	68.6
tijdens de enquête	97	95.1	27	26.5
in de toekomst	1	1.0	3	2.9
Totaal	102	100.0	102	100.0

Uit tabel 7.5 blijkt, dat binnen de meeste instellingen voor gezinsverzorging de functie van gespecialiseerd gezinsverzorgende bestaat. Deze functie wordt in de meeste gevallen ingezet op grond van psycho-sociale problematiek (95%) en meervoudige problematiek (93%). In mindere mate wordt vermeld, dat de gespecialiseerd gezinsverzorgende wordt ingezet als er meerdere disciplines aanwezig zijn bij de cliënt (15%) en als de hulpverlening is gericht op verandering (14%).

Het werken met aandachtsgebieden is binnen de gezinsverzorging momenteel slechts bij een klein aantal instellingen gerealiseerd: 27. Binnen deze instellingen, is in de meeste gevallen een indeling gemaakt naar cliëntencategorieën (N=24) en taken (N=15). Ten aanzien van de cliëntencategorieën lijkt met name de 'intensieve thuiszorg' bedoeld. Immers, door 19 organisaties worden cliënten met een terminale aandoening genoemd en door 16 organisaties cliënten met psycho-geriatrische problemen. Onder de taken als indelingscriterium wordt in de meeste gevallen ADL-verzorging genoemd (N=11). De in het vorige hoofdstuk geconstateerde verschuiving van taken van de wijkverpleging naar de gezinsverzorging wordt hiermee wederom geconstateerd.

Aan de instellingen voor gezinsverzorging is eveneens gevraagd naar de aanwezigheid van *wijkgerichte* hulpverlening. Deze vraag is gesteld om evenals bij de wijkverpleging een mogelijk verband tussen de werkindeling en het werken met aandachtsgebieden te toetsen. Slechts bij 13% van de instellingen bleek de wijkgerichte hulpverlening niet voor te komen. In 38% werken alle gezinsverzorgenden volgens deze vorm van hulpverlening en in de resterende 49% werkt alleen een beperkt aantal gezinsverzorgenden wijkgericht. Een verband kon niet worden getoetst vanwege de scheve verdeling binnen de variabelen.

### 7.3. Conclusie

Op verschillende manieren is aangegeven dat het werk van de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster veelomvattend is. De definitie van verplegen in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) is hiervoor illustratief. Horizontale functiedifferentiatie (specialisatie en het werken met aandachtsgebieden) wordt vervolgens als een mogelijkheid aangeboden om de veelomvattende werkzaamheden uit te kunnen blijven voeren.

Uit de gepresenteerde uitgangspunten blijkt, dat horizontale functiedifferentiatie is gericht op kwaliteitsverhoging en deskundigheidsbevordering waarbij de continuïteit wordt gewaarborgd, het totale zorgpakket wordt behouden en duidelijkheid wordt geschapen over het zorgaanbod van de kruisorganisatie. Het totale zorgpakket moet gegarandeerd worden door het leveren van een goede kwaliteit op een deskundige en efficiënte wijze. Kwaliteit van zorg komt in veel nota's terug als centraal punt binnen de horizontale functiedifferentiatie.

Uit de enquête blijkt, dat voor specialisatie en het werken met aandachtsgebieden drie gemeenschappelijke redenen bestaan: het behouden of verbeteren van de deskundigheid, de veranderde aard van de zorgvraag en de toegenomen complexiteit (voorbehouden handelingen en coördinatie) van de zorgsituatie. Bij specialisatie (met name het onderscheid in sectoren) klinkt de efficiëntie in grotere mate door, terwijl het werken met aandachtsgebieden meer is gericht op het verhogen van de arbeidssatisfactie van de uitvoerende en de aantrekkelijkheid van het beroep.

Tijdens de afname van de enquête was het aantal organisaties dat all-round werkende wijkverpleegkundigen in dienst heeft in de meerderheid.

Door de meting op organisatieniveau kan men echter niet concluderen dat ook het aantal wijkverpleegkundigen dat all-round werkt een meerderheid vormde tijdens de enquête. In de toekomst zal deze situatie veranderen: slechts vijf organisaties hebben nog geen plannen voor het onderscheiden van twee sectoren en het aantrekken van verpleegkundig specialisten.

Indien sprake is van specialisatie binnen de organisatie wordt in de meeste gevallen de leeftijd van de patiënt als indelingscriterium gehanteerd. Bijna alle organisaties maken hierin een onderscheid tussen de sector ouder- en kindzorg en de volwassenenzorg. Bijna de helft van de organisaties (48%) heeft gespecialiseerd werkende wijkverpleegkundigen in dienst. Voor de wijkverpleegsters geldt een percentage van 86%. Dit betekent, dat wijkverpleegsters in de meeste organisaties niet werkzaam zijn binnen de ouder- en kindzorg maar werken binnen de sector volwassenenzorg.

Het werken met aandachtsgebieden komt bij wijkverpleegkundigen en bij wijkverpleegsters in vergelijkbare mate voor (tijdens de enquête respectievelijk 48% en 45% van de organisaties; in de toekomst respectievelijk 84% en 72% van de organisaties).

Buurtgericht werken komt, al of niet in combinatie met wijkgericht werken, in de meeste organisaties voor: zowel voor de wijkverpleegkundigen als de wijkverpleegsters geldt hiervoor een percentage van 90%. Uit het onderzoek komt een relatie tussen de werkindeling en horizontale functiedifferentiatie naar voren. Indien organisaties all-round werkende wijkverpleegkundigen in dienst hebben (66%) is er vaker sprake van zowel de wijkgerichte als buurtgerichte werkindeling. Organisaties met gespecialiseerd werkende wijkverpleegkundigen in dienst (48%), vertonen vaker alleen maar de buurtgerichte werkindeling. De aanwezigheid van wijkverpleegkundigen met een aandachtsgebied binnen de organisaties vertoont geen relatie met een bepaalde werkindeling.

Het onderscheid tussen basiszorg en bijzondere zorg wordt gehanteerd bij de beslissing over het bepalen van aandachtsgebieden. Basiszorg wordt verleend bij verpleegkundige diagnoses die frequent voorkomen. Deze zorg vereist algemene vakbekwaamheid, ofwel basisdeskundigheid. Bijzondere zorg daarentegen wordt verleend bij verpleegkundige diagnoses die minder vaak voorkomen of zich op een terrein bevinden waar veel ontwikkelingen zijn. De zorg vereist bijzondere kennis en vaardighe-

den ofwel bijzondere deskundigheid. Deze deskundigheid kan worden verkregen door het construeren van een aandachtsgebied.

Uit de indelingscriteria voor het werken met aandachtsgebieden wordt de cliëntencategorie (zorgcategorie) in de meeste gevallen als indelingscriterium gehanteerd; zowel voor organisaties met als zonder een scheiding in sectoren. Voor de wijkverpleegkundige worden met name CARA, oncologie en diabetes genoemd en voor de wijkverpleegster met name psycho-geriatrie en incontinentie. De aandachtsgebieden hebben altijd betrekking op de volwassenenzorg. Over de aanwezigheid van aandachtsgebieden binnen de ouder- en kindzorg is geen informatie verkregen.

Uit de nota's komt vervolgens een grote verscheidenheid aan achtergronden voor het kiezen van bepaalde aandachtsgebieden voor: indelingen worden gebaseerd op medische terminologie, indelingen naar verpleegkundige zorgcategorieën en allerlei mengvormen. Vervolgens kiezen bepaalde organisaties voor slechts één cliëntengroep per aandachtsgebied, terwijl andere organisaties verschillende cliëntencategorieën met zorgcategorieën clusteren tot één aandachtsgebied. Voortgang op deze wijze kan betekenen, dat de uiteindelijke functie-uitoefening door wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters van organisatie tot organisatie in sterke mate verschilt. Vervolgens zal het in de toekomst problemen opleveren voor een gemeenschappelijk en gericht bijscholingsbeleid.

De taken met betrekking tot het werken met aandachtsgebieden bestaan uit het bijhouden van vakliteratuur, het volgen van bijscholing, het volgen van nieuwe ontwikkelingen, het bezoeken van symposia, het terugkoppelen van kennis naar collega's, het systematisch ordenen van informatie en materiaal en in mindere mate het bezoeken van cliënten die tot het aandachtsgebied behoren maar bij een collega in zorg zijn.

Binnen de instellingen voor gezinsverzorging is eveneens gevraagd naar de aanwezigheid van horizontale functiedifferentiatie. De functie van gespecialiseerd gezinsverzorgende komt in de meeste instelling voor (95%). Het werken met aandachtsgebieden is in mindere mate aanwezig (27%) waarmee met name de intensieve thuiszorg lijkt te worden beschouwd.

Samenvattend kan het onderstaande worden geconcludeerd:

- \* horizontale functiedifferentiatie wordt gezien als een mogelijkheid om de veelomvattende werkzaamheden binnen de verpleging uit te kunnen blijven voeren
- \* horizontale functiedifferentiatie is er op gericht om het totale zorgpakket van de erkende kruisorganisaties te garanderen door het leveren van een goede kwaliteit op een deskundige en efficiënte wijze
- \* in de toekomst zal binnen bijna alle erkende kruisorganisaties sprake zijn van specialisatie bij wijkverpleegkundigen (N=53) en specialisatie bij wijkverpleegsters (N=54), dit betreft met name een scheiding in sectoren
- \* de scheiding tussen de sector ouder- en kindzorg en de sector volwassenenzorg is het meest gehanteerde indelingscriterium binnen specialisatie
- \* in de toekomst zal binnen een grote meerderheid van de erkende kruisorganisaties sprake zijn van het werken met aandachtsgebieden door wijkverpleegkundigen (N=49) en door wijkverpleegsters (N=42)
- \* buurtgericht werken komt vaker voor bij gespecialiseerd werkende wijkverpleegkundigen, wijkgericht werken komt vaker voor bij all-round werkende wijkverpleegkundigen
- \* cliëntencategorieën worden in de meeste organisaties gebruikt als indelingscriterium voor het werken met aandachtsgebieden; echter, tussen de afzonderlijke kruisorganisaties bestaan veel verschillen tussen de uiteindelijk gevormde aandachtsgebieden
- \* de diversiteit in aandachtsgebieden leidt tot onduidelijkheden in de functie van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster en tot problemen voor een gemeenschappelijk en gericht bijscholingsbeleid
- \* horizontale functiedifferentiatie komt binnen de gezinsverzorging met name terug in de aanwezigheid van de gespecialiseerde gezinsverzorging





## 8. AANBEVELINGEN

Zoals reeds in het eerste hoofdstuk is beschreven worden naast dit onderzoek eveneens andere projecten uitgevoerd die zich richten op functiedifferentiatie (Kanters et al, 1992; Calon et al, 1992; Streumer et al, 1992). Op verschillende manieren wordt inhoud gegeven aan functiedifferentiatie. In dit hoofdstuk worden op grond van de resultaten uit dit onderzoek aanbevelingen gedaan voor een verticale en horizontale functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Aanbevelingen voor de onderscheidende kenmerken tussen de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster<sup>1</sup> en gezinsverzorgende komen bij de verticale functiedifferentiatie aan de orde. De paragraaf over de horizontale functiedifferentiatie beschrijft aanbevelingen voor de constructie van sectoren en aandachtsgebieden met betrekking tot de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster.

Met deze aanbevelingen wordt een toename van doelmatigheid en kwaliteit van zorg beoogd alsmede een verhoging van de kwaliteit van arbeid binnen de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende. Per aanbeveling wordt aangegeven welke consequenties deze heeft voor de uitvoerende organisatie. De beroepsorganisaties worden niet per aanbeveling apart genoemd. Aangezien ook zij een bijdrage dienen te leveren in de verwezenlijking van een duidelijke functiedifferentiatie, wordt van de beroepsorganisaties verwacht, dat ze er op toe zien en zich er voor inzetten dat de aanbevelingen gestalte krijgen in de praktijk.

---

<sup>1</sup> In dit onderzoek wordt in navolging van het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) voor het tweede deskundigheidsniveau binnen de verpleging de term verpleger-/verpleegster gebruikt. Op deze manier wordt het mogelijk om 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 uitvoerenden steeds in de vrouwelijke vorm voorkomen. Waar verpleegster staat geschreven, kan derhalve ook verpleger worden gelezen.

## 8.1. Verticale functiedifferentiatie

In het tweede hoofdstuk van het rapport is de vraagstelling met betrekking tot de verticale functiedifferentiatie als volgt geformuleerd: "Op welke wijze kan de verticale functiedifferentiatie zoals weergegeven in het Verpleegkundige Beroepsprofiel voor de extramurale verpleging nader worden ingevuld en voor de praktijk toepasbaar worden gemaakt, waarbij tevens wordt gedifferentieerd tussen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging? Voor de gezinsverzorging dient hierbij het Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende als uitgangspunt." Aan de hand van de hieronder geformuleerde aanbevelingen zal de vraagstelling worden beantwoord.

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat er in de praktijk veel onduidelijkheid is met betrekking tot de afstemming en afbakening tussen de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende. Om de drie functies op een overzichtelijke manier te kunnen beschrijven worden het verpleegkundige beroep en het verzorgende beroep beschouwd als twee verschillende beroepen. De gezinsverzorging is dus niet het derde deskundigheidsniveau van de wijkverpleging. Voor de uitvoering van elk der beroepen is specifieke deskundigheid vereist. Derhalve worden beide beroepen apart beschreven. In paragraaf 8.1.1. worden alleen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster beschreven. De functie van gezinsverzorgende komt aan de orde in paragraaf 8.1.2.. Hierin wordt eveneens aandacht besteed aan samenwerkingsmogelijkheden met de wijkverpleging.

### 8.1.1. De functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster

Voordat de functies worden beschreven wordt eerst vermeld, dat de aanbevelingen voor de verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging zich niet richten op verpleegsituaties binnen de collectieve preventieve jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen. Immers, uit de resultaten van het onderzoek blijkt, dat de wijkverpleegster slechts bij enkele organisaties wordt ingezet in de jeugdgezondheidszorg. Dit is een gevolg van het takenpakket dat de jeugdgezondheidszorg omvat. De taken bestaan namelijk voor een groot deel uit collectieve primaire en secundaire preventie. Dit zijn taken die in het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) als onderdeel van het takenpakket van de wijkverpleegkundige worden beschouwd. Indien er onduidelijkheden bestaan tussen de twee functies, bestaan die met name binnen situaties buiten

de jeugdgezondheidszorg.

Aangezien functiedifferentiatie een beroepsinhoudelijk onderwerp is, worden de aanbevelingen met betrekking tot het onderscheid tussen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster geplaatst binnen het verpleegkundig proces. Het verpleegkundig proces 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 (McFarland, 1989).

Door een beschrijving van de afzonderlijke fases, wordt een beeld verkregen van de onderscheidende kenmerken tussen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. Naast deze beroepsinhoudelijke aspecten zullen eveneens organisatorische factoren (zoals personele bezetting) aan de orde komen.

De eerste aanbeveling heeft betrekking op alle fases van het verpleegkundig proces.

1. *Aanbevolen wordt om voor een verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging het onderscheid in verantwoordelijkheden, dat in het Verpleegkundig Beroepsprofiel is beschreven, als uitgangspunt te nemen. Binnen thuiszorg-organisaties<sup>1</sup> dient dit nader uitgewerkt te worden in een onderscheid tussen een beroepsbeoefenaar die eindverantwoordelijk is en een beroepsbeoefenaar die eerstverantwoordelijk is.*

Volgens het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) is de wijkverpleegkundige er op basis van kennis en kunde voor verantwoordelijk de hulpvraag met betrekking tot de verpleging in volle omvang vast te stellen, de verpleegkundige zorg voor te schrijven, te plannen, uit te voeren en de effecten ervan vast te stellen. Daar waar sprake is van de invalshoek gezondheidszorg of verpleging dient de beroepsuitoefening onder de eindverantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige plaats te

---

<sup>1</sup> *In verband met reorganisaties en integraties binnen de thuiszorg wordt in de aanbevelingen de term 'thuiszorg-organisatie' gehanteerd. Hieronder kunnen zowel de erkende kruisorganisaties als de instellingen voor gezinsverzorging worden beschouwd.*

vinden. De wijkverpleegkundige is op basis van genoten opleiding in staat die verantwoordelijkheid te dragen. De verantwoordelijkheid van de wijkverpleegster betreft de zorgverlening aan cliënten die door de wijkverpleegkundige zijn toegewezen. De wijkverpleegster is verantwoordelijk voor het zelfstandig en deskundig uitvoeren van de zorg aan de aan haar toegewezen cliënten.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt, dat in de praktijk de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegster verder strekt dan het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988b) aangeeft. Overeenkomstig het beroepsprofiel is de wijkverpleegster binnen de meeste organisaties niet verantwoordelijk voor het vaststellen en voorschrijven van de verpleegkundige zorg. Echter, ten aanzien van de aan haar toegewezen cliënten is de wijkverpleegster binnen een meerderheid van de organisaties wel verantwoordelijk voor het plannen van de zorg, de zorguitvoering, het evalueren van de zorg, de continuïteit binnen de zorgverlening en de coördinatie van de zorgverlening. Aangezien deze verantwoordelijkheid van een andere aard is dan bij de wijkverpleegkundige wordt aanbevolen een onderscheid te maken in eindverantwoordelijkheid en eerstverantwoordelijkheid. Hiermee kan duidelijkheid worden gebracht in de verticale functie-differentiatie binnen de wijkverpleging.

Indien een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster na de intake wordt toegewezen aan een cliënt spreekt men van de eerstverantwoordelijke. De eerstverantwoordelijke is dus verantwoordelijk voor de totale zorg die zij zelf bij de cliënt verleent. Tevens is ze er voor 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. De eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening, uitgevoerd door de wijkverpleegster, ligt altijd bij een wijkverpleegkundige. Wanneer een wijkverpleegster eerstverantwoordelijke is, dient er dus per cliëntsituatie een afspraak te worden gemaakt welke wijkverpleegkundige de eindverantwoordelijkheid heeft. In de meeste gevallen is dit de wijkverpleegkundige die de intake verricht. Afhankelijk van de cliëntsituatie en de

mate van ervaring van de wijkverpleegster zal de wijkverpleegkundige door middel van (evaluatie)gesprekken met de wijkverpleegster of door het gezamenlijk verzorgen van de cliënt inhoud geven aan de eindverantwoordelijkheid.

#### *Verpleegkundige anamnese*

De eerste fase van het verpleegkundig proces is de verpleegkundige anamnese. In deze fase worden op systematische wijze gegevens verzameld over de cliënt. Het betreft gegevens over de gezondheidstoestand van de cliënt, de aanwezigheid van risicofactoren, de zelfzorgmogelijkheden van de cliënt en zijn directe omgeving (McFarland et al, 1989).

*II. In het kader van een verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging wordt aanbevolen om de gegevens over de cliënt en zijn omgeving te laten verzamelen door een wijkverpleegkundige. De thuiszorg-organisaties dienen er voor zorg te dragen dat de gegevens op verantwoorde wijze worden verzameld.*

Het verzamelen van de gegevens vormt de basis van de volgende vier fases van het verpleegkundig proces. Het is dus van belang dat de gegevens die relevant zijn voor de verpleegkundige zorgverlening op deskundige wijze worden verzameld. Hiervoor worden verschillende vaardigheden gevraagd van de persoon die de gegevens moet verzamelen: observeren van de cliënt en zijn omgeving, signaleren van verpleegproblemen en risicofactoren, luistervaardigheden, interview-technieken, etc.. Als gevolg van het brede karakter van deze eerste fase en de basis die het vormt voor de uiteindelijke verpleegkundige zorgverlening, dient een wijkverpleegkundige de gegevens te verzamelen bij een verpleegkundige hulpvraag. Op basis van de gevolgde opleiding is zij hiervoor de aangewezen persoon.

Door de constructie van een goed intake-formulier vergezeld van een goede bijscholing kan de thuiszorg-organisatie er voor zorgdragen, dat de wijkverpleegkundige op systematische, objectieve en efficiënte wijze de verpleegkundige zorgvraag vaststelt.

Voor organisaties waarbij de verpleegkundige anamnese is losgekoppeld van de verpleegkundige zorgverlening, heeft deze aanbeveling een speciale betekenis. Voor een goede verpleegkundige zorgverlening is het noodzakelijk, dat de anamnese bij een verpleegkundige hulpvraag *altijd*

wordt verricht door een intake-functionaris met een verpleegkundige achtergrond.

#### *Het formuleren van de verpleegkundige diagnose*

In deze fase worden de verzamelde gegevens over de cliënt vertaald in een verpleegkundige diagnose. De verpleegkundige diagnose bevat drie componenten: de gezondheidstoestand van de cliënt, factoren die van invloed zijn op de gezondheidstoestand van de cliënt en een verzameling symptomen die wijzen op de aanwezigheid van een bepaalde verpleegkundige diagnose (McFarland et al, 1989). Binnen deze fase staan de diagnostiek en de complexiteitsbepaling centraal.

*III. Voor een verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging wordt op beroepsinhoudelijke gronden aanbevolen om de verpleegkundige diagnostiek en complexiteitsbepaling door een wijkverpleegkundige te laten verrichten. De thuiszorg-organisaties dienen de voorwaarden te scheppen dat de onderscheidende kenmerken in de praktijk worden gehanteerd.*

Het formuleren van de verpleegkundige diagnose wordt gezien als een proces bestaande uit de volgende activiteiten: informatie verzamelen, interpreteren van de informatie, clusteren van de informatie en het benoemen van de clusters. Het is een voortdurend cyclisch proces dat specifieke eisen stelt aan kennis en waarneming (McFarland et al, 1989). Het formuleren van een diagnose op grond van de verzamelde gegevens vraagt om een bepaalde mate van abstractie. Op grond van genoten opleiding is de wijkverpleegkundige de juiste persoon om de verpleegkundige diagnose te formuleren. Hierbij wordt vermeld dat op grond van een grote mate van ervaringsdeskundigheid bepaalde wijkverpleegsters in staat zijn verpleegkundige diagnoses te formuleren. Echter, in het kader van een duidelijke functiedifferentiatie alsmede het brede karakter van de diagnostiek wordt aanbevolen dit voor te behouden aan de functie van wijkverpleegkundige. De deskundigheid van de wijkverpleegster bestaat uit het signaleren van veranderingen waarbij tijdig contact wordt opgenomen met de wijkverpleegkundige die eindverantwoordelijk is.

De thuiszorg-organisaties dienen er voor zorg te dragen, dat in de praktijk de verpleegkundige diagnose wordt gesteld door een wijkverpleegkundige. Tevens dient zij samen met de wijkverpleegster de tussen- en eindevaluatie uit te voeren om eventueel een nieuwe verpleeg-

kundige diagnose te stellen en/of opnieuw de mate van complexiteit te bepalen (de evaluatie komt nader aan de orde in aanbeveling VIII).

In het kader van dit onderzoek wordt het noodzakelijk geacht om op deze plaats in het kort aandacht te besteden aan een centrale intake die is losgekoppeld van de verpleegkundige zorgverlening. Tijdens de enquête bleek, dat slechts 9% van de erkende organisaties een centrale intake heeft die is losgekoppeld van de verpleegkundige zorgverlening. Echter, in de praktijk blijkt de centrale intake een gevoelig onderwerp te zijn. Er is een brede discussie ontstaan over het al of niet ontkoppelen van de intake van de verpleegkundige zorgverlening (zie o.a. het MGZ-tijdschrift van september 1992). Omgevingsaspecten spelen vaak een belangrijke rol bij de beslissing voor een centrale intake: de organisatie wil cliëntgerichte zorg verlenen in plaats van beroepsgericht (één intake voor zowel een vraag om wijkverpleging als gezinsverzorging); de ziektekostenverzekeraars vragen om een objectieve indicatiestelling waarbij niet wordt uitgegaan van het beschikbare aanbod van de afzonderlijke organisaties en om een overzichtelijke indicatiestelling uitgevoerd door één afdeling.

Gebaseerd op de beroepsinhoudelijke aspecten die in de eerste en tweede aanbeveling zijn beschreven, worden er vraagtekens gezet bij een centrale intake waarbij de verpleegkundige anamnese en het formuleren van de verpleegkundige diagnose is losgekoppeld van de verpleegkundige zorgverlening. Hiermee wordt het verpleegkundig proces niet gezien als één geheel. Het is in strijd met de opvatting, dat het stellen van de verpleegkundige diagnose een voortdurend cyclisch proces is. Daarnaast kan, zoals is voorgesteld in aanbeveling I, objectiviteit worden bereikt door de constructie van een goed indicatieformulier vergezeld van bijscholing. Eveneens is het niet logisch om de intake te ontkoppelen op grond van resultaten uit deze enquête: op één erkende kruisorganisatie na, vinden alle erkende kruisorganisaties dat wijkverpleegkundigen regelmatig taken beneden hun niveau uitvoeren. Een ontkoppeling leidt tot een verdere devaluering van het verpleegkundig beroep in de wijk. De regelmogelijkheden en de hiermee samenhangende satisfactie binnen het werk worden hiermee tot een minimum beperkt. Indien het vaststellen van de verpleegkundige zorgvraag uit het takenpakket van de wijkverpleegkundige wordt verwijderd is er sprake van een kwalitatief onderbezet takenpakket.

Tevens worden op grond van praktische overwegingen kanttekeningen geplaatst bij een centrale intake, losgekoppeld van de verpleegkundige zorgverlening. Het leidt allereerst tot een extra overdracht: de intake-functionaris dient de informatie uit de intake over te dragen aan zowel de wijkverpleegkundige als de wijkverpleegster. Indien de intake wordt verricht door de wijkverpleegkundige kan, indien nodig, worden volstaan met een overdracht tussen de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster. Eveneens blijft de wijkverpleegkundige door het verrichten van de intake bekwaam om ook tijdens de verpleegkundige zorgverlening de diagnostiek op systematische wijze te verrichten. Tot slot wordt opgemerkt dat een centraal aanmeldingspunt voor zorgvragen wel nuttig en efficiënt wordt geacht, met name voor geïntegreerde organisaties.

Indien thuiszorg-organisaties toch kiezen voor een centrale intake waarbij de verpleegkundige anamnese en het formuleren van de verpleegkundige diagnose is losgekoppeld van de verpleegkundige zorgverlening, wordt het gebruik van een uitgebreid indicatieformulier noodzakelijk geacht. Op deze wijze krijgt de uitvoerende wijkverpleegkundige of wijkverpleegster bij de overdracht op overzichtelijke wijze informatie over de verpleegsituatie en wordt voorkomen dat de uitvoerende nog eens een anamnese afneemt. Aangezien het formuleren van de verpleegkundige diagnose een cyclisch proces is dat zich afspeelt tijdens de zorgverlening, kan de diagnose die de intake-functionaris stelt geen definitief karakter hebben. De wijkverpleegkundige die de eindverantwoordelijkheid draagt over de uitvoering van zorg dient vervolgens de definitieve verpleegkundige diagnoses te formuleren. Deze wijkverpleegkundige maakt vervolgens een globaal verpleegplan dat door de eerstverantwoordelijke nader wordt uitgewerkt (zie aanbeveling V).

In verband met het niveau van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige dienen de thuiszorg-organisaties met een centrale intake extra aandacht te besteden aan de coördinatie van zorg (zie aanbeveling IX) en horizontale functiedifferentiatie (zie 8.2.).

*IV. Aanbevolen wordt om de ontwikkelde criteria voor het bepalen van de mate van complexiteit in de verpleegsituatie nader uit te testen binnen verschillende thuiszorg-organisaties. Een hogere mate van betrouwbaarheid en validiteit kan hiermee worden bereikt.*

De complexiteits-beoordeling binnen verpleegsituaties zoals beschreven in hoofdstuk 6 verschilt van bestaande instrumenten. Een nuancering tussen



laag-, midden- en hoog-complex wordt afgewezen alsmede een score op basis van het optellen van criteria. Een aantal van de gepresenteerde complexiteitscriteria wordt op grond van de resultaten uit de test niet als voldoende betrouwbaar beschouwd. Dit betreft met name de verpleegkundige interventies. Waarschijnlijk is de toevoeging van 'een wezenlijk onderdeel' niet door elke wijkverpleegkundige op de voorgeschreven wijze gehanteerd. Verondersteld wordt dat een nadere omschrijving/verduidelijking van 'een wezenlijk onderdeel' alsmede een gerichte begeleiding bij het invullen van het analyseformulier zal leiden tot meer eenduidigheid in de complexiteits-beoordeling. Deze eenduidigheid zal mede bijdragen aan een hogere mate van validiteit van de criteria. Vervolgonderzoek waarin de complexiteitscriteria binnen bestaande cliëntsituaties worden uitgetest is hiervoor noodzakelijk. Door de criteria te hanteren binnen verpleegsituaties in de praktijk (in plaats van de gehanteerde 'papieren cliënten') wordt voorkomen dat de wijkverpleegkundige met allerlei onduidelijkheden blijft zitten. In de praktijk heeft ze immers de gelegenheid om aan de cliënt relevante vragen te stellen. Door de complexiteitsbepaling te koppelen aan gegevens uit indicatieformulieren kan een grotere mate van objectiviteit worden verkregen.

#### *Het voorschrijven en plannen van de verpleegkundige zorg*

In deze fase worden de gegevens die in de vorige fase zijn verworven vastgelegd in een verpleegplan. Dit plan is bedoeld om de cliënt te begeleiden in het bereiken van een optimale gezondheid. Er staat in beschreven wat de uitgangssituatie van de cliënt is, welke doelen bereikt dienen te worden, op welke wijze en binnen welke termijn (McFarland et al, 1989).

- V. *In het kader van een verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging wordt aanbevolen om een globaal verpleegplan te laten maken door de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegster dient vervolgens, bij de aan haar toegewezen cliënten, het verpleegplan nader uit te werken binnen de kaders die de wijkverpleegkundige heeft gesteld. De thuiszorg-organisaties dienen de voorwaarden te scheppen om het methodisch werken met verpleegplannen mogelijk te maken.*

Op grond van de verpleegkundige anamnese en de verpleegkundige diagnose(s) formuleert de wijkverpleegkundige de doelen die worden nagestreefd, de interventies die moeten worden verricht en maakt ze een

globale termijnplanning. De wijkverpleegster werkt dit plan nader uit in subdoelen, specifieke werkzaamheden en een specifieke tijdplanning. Indien de wijkverpleegster tijdens de zorgverlening veranderingen constateert in de verpleegkundige zorgvraag, past de wijkverpleegster, afhankelijk van haar deskundigheid, zelf het verpleegplan aan. Echter, om als wijkverpleegkundige de eindverantwoordelijkheid hierover te kunnen dragen (zie aanbeveling I), dient de wijkverpleegkundige wel op de hoogte te worden gebracht van deze veranderingen.

Het verpleegplan geeft een overzichtelijk beeld van de te verlenen zorg in relatie tot de verpleegkundige diagnose en de gestelde verpleegdoelen. Aan de hand van dit plan kan evaluatie van het verpleegkundig proces op systematische wijze plaatsvinden. Derhalve dienen de thuiszorg-organisaties er voor zorg te dragen dat de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters op methodische wijze kunnen werken met verpleegplannen. Een gerichte bijscholing is hiervoor vereist.

#### *Het uitvoeren van de verpleegkundige zorg*

In deze fase worden verpleegkundige interventies verricht om het doel van de optimale gezondheid van de cliënt te bereiken (McFarland et al, 1989). De interventies worden verricht aan de hand van het verpleegplan.

*VI. Aanbevolen wordt om de verpleegkundige zorg uit te laten voeren door een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster die de hiervoor vereiste deskundigheid bezit. Deskundigheid wordt niet alleen bepaald door genoten opleiding, maar eveneens door ervaring en persoonlijke aanleg. De thuiszorg-organisaties dienen er voor zorg te dragen dat de dagtaak van de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster in kwalitatief opzicht redelijk en volledig is.*

De kwaliteiten van de individuele beroepsbeoefenaar dienen te worden betrokken bij de uiteindelijke toewijzing van een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster aan de cliënt. In hoofdstuk zes is reeds aangegeven dat bij de directe zorgverlening in complexe verpleegsituaties altijd een wijkverpleegkundige betrokken dient te zijn. Afhankelijk van de deskundigheid van de wijkverpleegster kan dit eventueel samen met een wijkverpleegster. Binnen de niet complexe verpleegsituaties wordt een keuze gemaakt tussen de inzet van een wijkverpleegkundige of een wijkverpleegster. Op grond van efficiëntie dient uitgegaan te worden van de inzet van een wijkverpleegster. Opleiding, ervaring en aanleg van de

uitvoerende bepalen de uiteindelijke keuze. Onderscheid op grond van genoten opleiding kunnen worden gemaakt aan de hand van de eindtermen van de verschillende opleidingen: de opleiding tot A-Verpleegkundige, de MGZ, de HBO-V en de MDGO-Vp. De eindtermen worden o.a. beschreven door DGVZ, GBO, VVBO (1987), Bosch (1989) en de HBO-Raad (1991).

In verband met de capaciteiten van de beroepsbeoefenaar, de arbeids-satisfactie en het creëren van groeimogelijkheden binnen de organisatie, dienen ook de ervaring en persoonlijke aanleg van de beroepsbeoefenaar een grote rol te spelen bij de uiteindelijke cliëntentoewijzing. Het bestaan van onderlinge verschillen in deskundigheid binnen vergelijkbare functies dient hierbij te worden geaccepteerd. Eveneens is het mogelijk, dat bij de toewijzing de voorkeur uitgaat naar een wijkverpleegster boven een wijkverpleegkundige op grond van ervaring en persoonlijke kwaliteiten. Echter, de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening zal altijd bij de wijkverpleegkundige liggen.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt, dat veel organisaties een onderscheid hanteren in minimale en maximale taken en minimale en maximale verantwoordelijkheden. Vervolgens kan het Dreyfus-model (Benner, 1984) voor organisaties een hulpmiddel zijn om groeimogelijkheden te creëren voor wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters. In dit model (zie paragraaf 2.2.3.) wordt een onderscheid gemaakt in vijf niveaus: novice, advanced beginner, competent, proficient en expert. Hiermee kan worden bepaald op welk niveau de functionaris zich bevindt en wat van haar wordt verwacht om op een hoger niveau te komen. Binnen de thuiszorg-organisaties dient dit gestalte te krijgen door middel van het houden van functioneringsgesprekken.

Eveneens kunnen groeimogelijkheden worden gecreëerd door het gebruik van protocollen. Op deze wijze wordt het voor meer wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters mogelijk en uitdagend om 'ingewikkelde' taken te verrichten.

*VII. Aanbevolen wordt om in kwantitatief opzicht zorg te dragen voor een redelijke en volledige dagtaak van de wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. De thuiszorg-organisaties dienen er voor te zorgen, dat de personeelsopbouw is afgestemd op de vraag van de cliënt.*

Werkbelasting en lichamelijke gezondheid van de functionaris spelen een grote rol bij de samenstelling van het personeelsbestand van de thuiszorg-organisatie. Een, in kwantitatief opzicht, redelijke verdeling van cliënten onder de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters is derhalve vereist. De wijkverpleegkundige zal niet uitsluitend zorg dienen te verlenen binnen complexe verpleegsituaties. In het kader van de werkbelasting (lichamelijk en psychisch) wordt een afwisseling van complexe door niet complexe verpleegsituaties van groot belang gezien om de functie van wijkverpleegkundige uit te kunnen (blijven) oefenen. Tevens is het mogelijk dat op basis van de continuïteit van zorg een wijkverpleegkundige wordt ingezet in een niet complexe verpleegsituatie: bijvoorbeeld als een complexe situatie is veranderd in niet complex.

De organisatie dient er voor zorg te dragen dat een juist samengesteld personeelsbestand aanwezig is. De verhouding van drie wijkverpleegkundigen op één wijkverpleegster dient te worden aangepast aan de zorgvragen van de cliënt. De zorgvraag binnen de regio van de organisatie dient het aantal wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters te bepalen. Door middel van werklastmetingen, het bepalen van de mate van complexiteit van de verpleegsituaties en de deskundigheid van de in dienst zijnde wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters, kan de organisatie het personeelsbestand afstemmen op de vraag van de cliënt.

#### *Het evalueren van de verpleegkundige zorg*

Tijdens de evaluatie wordt bepaald in hoeverre de conditie van de patiënt is verbeterd of verslechterd. Aan de hand van geformuleerde doelen in het verpleegplan wordt bepaald of de verwachte resultaten zijn bereikt (McFarland et al, 1989). Naast deze produkt-evaluatie wordt door middel van proces-evaluatie het verpleegkundig handelen geëvalueerd. Op grond van de totale evaluatie wordt de verpleegkundige zorg beëindigd of voortgezet.

*VIII. Aanbevolen wordt om de evaluatie van de verpleegkundige zorg te laten verrichten door de eerstverantwoordelijke tezamen met de eindverantwoordelijke.*

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt, dat de wijkverpleegster in veel organisaties verantwoordelijk is voor de evaluatie van zorg. De wijkverpleegster is in staat om het eigen verpleegkundig handelen te evalueren en te bepalen of de gestelde doelen zijn bereikt. Echter, doordat in

de evaluatiefase van het verpleegkundig proces wederom de diagnostiek en de complexiteitsbepaling een belangrijke rol spelen, is het van belang dat ook een wijkverpleegkundige bij de evaluatie is betrokken. Op deze wijze wordt in overeenstemming met aanbeveling I en II inhoud gegeven aan de begrippen eindverantwoordelijkheid en eerstverantwoordelijkheid en worden de onderscheidende kenmerken tussen de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster in de praktijk gehanteerd.

*IX. Aanbevolen wordt om de 'onderlinge afstemming' met betrekking tot het verpleegkundig proces te laten verrichten door de wijkverpleegkundige of wijkverpleegster die eerstverantwoordelijk is. Indien 'coördinatie' met betrekking tot het totale hulpverleningssysteem gewenst is en het accent in de cliënt-situatie bij de wijkverpleging ligt, dient de wijkverpleegkundige deze coördinatie te verrichten. De thuiszorg-organisaties dienen hiervoor de mogelijkheden te bieden.*

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt, dat binnen ongeveer de helft van de erkende kruisorganisaties naast de wijkverpleegkundige, de wijkverpleegster verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg. Deze coördinatie wordt omschreven als 'onderlinge afstemming' binnen de verpleegkundige zorgverlening. Naar aanleiding van veranderingen binnen het verpleegkundig proces wordt door de eerstverantwoordelijke contact opgenomen met andere, bij de cliënt betrokken, disciplines. De onderlinge afstemming heeft een sterk *ad hoc* karakter. Op momenten waarop dit gewenst is wordt contact gezocht met andere disciplines om activiteiten op elkaar af te stemmen.

Met betrekking tot de functie van wijkverpleegkundige blijkt uit de resultaten, dat op één na alle organisaties vinden, dat de wijkverpleegkundige regelmatig taken beneden haar niveau uitvoert. Het aantal niet-complexe verpleegsituaties overheerst. In het kader van een kwalitatieve verbetering van het takenpakket en een verhoging van de arbeidssatisfactie, wordt aanbevolen om de functie van wijkverpleegkundige aantrekkelijker te maken door aandacht te besteden aan *structurele coördinatie* rond het totale hulpverleningssysteem. Voor een nadere omschrijving van deze vorm van zorgcoördinatie wordt verwezen naar Willems (1990).

Door de centrale rol die de wijkverpleging in veel verpleegsituaties binnen de thuiszorg vervult, wordt een mogelijkheid gezien om de functie van wijkverpleegkundige te verrijken door middel van een structurele vorm van

coördinatie in situaties waar de verpleging een groot aandeel heeft. De wijkverpleegkundige is dan degene die de verschillende disciplines bijeen roept en deze bijeenkomsten voorziet. Zij coördineert de totale zorg rond de cliënt vanaf het moment dat de cliënt in zorg komt tot en met het moment waarop de cliënt uit zorg gaat. Ze onderhoudt hiervoor regelmatig contacten met andere intra-, trans- en extramurale instanties of hulpverleners.

Op grond van deskundigheid dient te worden bepaald welke wijkverpleegkundige in welke cliëntsituatie optreedt als zorgcoördinator van het totale hulpverleningssysteem. De thuiszorg-organisaties dienen er voor te zorgen, dat de wijkverpleegkundige in staat is de coördinatie op deskundige wijze uit te voeren. Gerichte bijscholing op het gebied van gespreks- en vergadertechnieken is hiervoor vereist. Vervolgens dienen er met andere instanties en disciplines structurele overlegvormen worden gerealiseerd waarin de wijkverpleegkundige als zorgcoördinator kan optreden.

In het schema op de volgende pagina wordt de verticale functiedifferentiatie binnen de wijkverpleging samengevat. Het onderdeel over de uitvoering van de verpleegkundige zorg beschrijft tevens een model voor cliëntentoewijzing. Hierin wordt aangegeven wanneer een cliënt kan worden verzorgd door een wijkverpleegster of een wijkverpleegkundige. Voor de leesbaarheid van het schema is wijkverpleegkundige afgekort als wv en wijkverpleegster als wvp.

### **8.1.2. De functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende**

In deze paragraaf wordt eerst het onderscheid beschreven tussen de functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende. Gepoogd wordt om het essentiële verschil tussen de twee functies aan te geven. Doordat er ook sprake is van een parallel moment tussen de twee functies (overeenkomende activiteiten zoals lichamelijke verzorging) worden eveneens aanbevelingen gedaan met betrekking tot samenwerkingsmogelijkheden.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt, dat er veel onduidelijkheid is naar elkaar toe. De erkende kruisorganisaties zijn meer geneigd te denken, dat de gezinsverzorgende zich alleen maar richt op huishoudelijke problemen, terwijl de instellingen voor gezinsverzorging in grotere mate van mening zijn, dat ze zich richten op situaties waarin de mantelzorg is uitgevallen. Aangezien het verpleegkundig beroep en het ver-

zorgend beroep als twee verschillende beroepen worden beschouwd, is het van essentieel belang om eerst aan te geven wat de specifieke deskundigheidsgebieden van de twee beroepen zijn. Dit scheidt een kader dat als uitgangspunt kan worden gebruikt bij onduidelijkheden in de praktijk.

Schema 8.1: Onderscheid tussen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster binnen het verpleegkundig proces

Fases van het verpleegkundig proces	Functie
1. Verpleegkundige anamnese	wv
2. Formuleren van de verpleegkundige diagnose	
- Diagnostiek	wv
- Complexiteitsbepaling	wv
3. Voorschrijven en plannen van de verpleegkundige zorg	
- Verpleegplan maken n.a.v. de intake	wv / wvp
- Verpleegplan bijstellen tijdens de zorgverlening	wv / wvp
4. Uitvoeren van de verpleegkundige zorg	
- Complexe verpleegsituaties	wv (eventueel met wvp)
- Niet complexe verpleegsituaties:	
Is een wvp in dienst die is opgeleid om de werkzaamheden uit te voeren?	ja    nee    →    wv
	↓
Beschikt de wvp over relevante ervaring en persoonlijke kwaliteiten?	ja    nee    →    wv
	↓
Wordt een redelijke en volledige dagtaak gewaarborgd?	ja    nee    →    wv
	↓
Is het organisatorisch mogelijk om de wvp in te zetten?	ja                    →    wvp
	nee                   →    wv
5. Evaluatie van de verpleegkundige zorg	
- Produkt- en procesevaluatie	wv / wvp
Onderlinge afstemming: ad hoc mbt het verpleegkundig proces	wv / wvp
Coördinatie: structureel mbt het totale hulpverleningssysteem	wv

X. *In het kader van een duidelijke taakafbakening tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging wordt aanbevolen om het volgende onderscheid in deskundigheid te hanteren: 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 (de zelfredzaamheid) betreffen. De uitvoerende thuiszorg-organisaties dienen er voor te zorgen, dat de onderscheidende deskundigheden in de praktijk worden gehanteerd.*

Bij een vraag om wijkverpleging betreft het de individuele cliënt met een gezondheidsprobleem. "Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en / of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid" (NRV, 1988b). Op grond van deze definitie behoren ook verzorgende taken tot de verpleegkundige beroepsuitoefening. Echter, de verzorgende taken binnen de verpleging hebben altijd 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 (NRV, 1990).

Bij de gezinsverzorging staat het totale huishouden centraal waarbij sprake is van een probleem in zelfredzaamheid door onvrijwillige uitval. Zelfredzaamheid wordt door van Dale omschreven als "de mate om te leven zonder professionele hulpverlening." Het gaat hierbij om de mate waarin iemand voor zichzelf kan zorgen, in zijn eigen behoeften kan voorzien. Het onvrijwillige karakter van de uitval legt het accent op een onvermogen van de cliënt en zijn omgeving. Er is dus geen sprake van onwil, maar de cliënt en zijn omgeving zijn er niet toe in staat.

Het onderscheid tussen de twee uitgangspunten is theoretisch van aard. Immers, in de praktijk zal het vaak voorkomen dat het totale huishouden niet goed functioneert als gevolg van een individueel gezondheidsprobleem. Echter, door het hierboven beschreven onderscheid te hanteren, wordt voorkomen dat een gezinsverzorgende wordt ingezet terwijl er



alleen maar een individueel gezondheidsprobleem is. Voor de gezinsverzorgende dient er altijd een taak te zijn ten aanzien van het functioneren van het totale huishouden. Een gezinsverzorgende kan dus niet bij een cliënt met reuma worden ingezet om zich te richten op de aandoening. De gezinsverzorgende zal zich richten op de gevolgen die de reuma heeft voor het functioneren van het totale huishouden die niet kunnen worden opgelost door het gezin-systeem.

In verband met een duidelijke functiedifferentiatie tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging wordt de uitvoerende organisaties aanbevolen de onderscheidende kenmerken uit te werken in gezamenlijk ontwikkelde functieprofielen. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt immers dat veel instanties geen functieprofielen bezitten. Eveneens kunnen de uitvoerende instanties zich binnen dit kader richten op de ontwikkeling van indicatieformulieren waarmee wordt vastgesteld of de vraag van de cliënt een vraag om wijkverpleging en/of een vraag om gezinsverzorging betreft.

Vervolgens dienen de uitvoerende instanties er voor te zorgen, dat de juiste vraag bij de juiste instelling terecht komt. Indien een cliënt met een verpleegkundige hulpvraag zich meldt bij de gezinsverzorging, dient deze er voor te zorgen dat de vraag bij de wijkverpleging terecht komt. Voor een verzorgende hulpvraag geldt het omgekeerde. Dit geldt eveneens voor cliënten, die reeds in zorg zijn bij één van de twee instanties maar waarbij de hulpvraag is veranderd. In dit kader dienen de uitvoerende instanties er voor te zorgen, dat structurele overlegvormen bestaan waarin wijkverpleegkundigen, wijkverpleegsters, leidinggevenden van de gezinsverzorging en gezinsverzorgenden elkaar kunnen ontmoeten en kunnen overleggen over bepaalde cliëntsituaties.

Met de indicatieformulieren en overlegvormen wordt niet voorkomen, dat er een overlap van werkzaamheden blijft bestaan tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging. Het takenpakket van de wijkverpleegster en de gezinsverzorgende bevat namelijk een aantal overeenkomende werkzaamheden. Het schema van Amelsvoort et al (1991) (zie hoofdstuk 5) geeft aan dat de overlap zich bevindt op het gebied van de lichamelijke verzorging, reactivering, sociale taken en begeleiding. Om te bepalen wie de handeling moet verrichten dient naast de onderscheiden deskundigheden ook de praktische situatie in ogenschouw te worden genomen. Eveneens wordt op basis van de resultaten uit de enquête een verschuiving geconstateerd van eenvoudige verzorgende taken van de

wijkverpleging naar de gezinsverzorging. Bijna de helft van de erkende kruisorganisaties vindt namelijk, dat de wijkverpleegster regelmatig taken uitvoert die beneden haar niveau liggen. Vergelijkbaar is bijna de helft van de instellingen voor gezinsverzorging van mening, dat de wijkverpleegster taken uitvoert, die in principe door een gezinsverzorgende moeten worden gedaan. Om met de overlap en de verschuiving op verantwoorde wijze om te kunnen gaan, wordt de volgende aanbeveling gedaan.

*XI. Aanbevolen wordt om de overlappende werkzaamheden tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging te laten verrichten door uitvoerenden die de gewenste deskundigheid bezitten. De uitvoerende organisaties dienen een deskundige zorgverlening te waarborgen, waarbij sprake is van een duidelijke verantwoordelijkheidsstructuur. Eveneens dient de zorgverlening op efficiënte en cliëntvriendelijke wijze worden verleend. De overheid dient hiervoor één gemeenschappelijk financieringssysteem te construeren.*

Allereerst dienen de kwaliteiten van de individuele beroepsbeoefenaar te worden betrokken bij de uitvoer van de overlappende werkzaamheden. Hiervoor dienen de opleiding, ervaring en aanleg van de functionaris in ogenschouw te worden genomen. Hiermee wordt gepoogd aan te sluiten bij de kwaliteiten van de uitvoerende om de arbeidssatisfactie te verhogen. In situaties waarbij sprake is van een gezondheidsprobleem en een probleem met betrekking tot het totale huishouden is het dus mogelijk dat de gezinsverzorgende zorgdraagt voor de lichamelijke verzorging. Vanuit de visie van de organisatie betekent dit een efficiënte inzet van personele middelen. Ten aanzien van de cliëntvriendelijkheid wordt hiermee bereikt, dat er zo min mogelijk hulpverleners in één situatie komen.

Op grond van aanbeveling XI dient het ook mogelijk te zijn, dat de uitvoer van bepaalde taken die in principe primair door de wijkverpleegster worden verricht, *na instructie* ook door gezinsverzorgenden kunnen worden gedaan. Voorbeelden van dergelijke werkzaamheden zijn: het aan- en uittrekken van elastische kousen, zwachtelen, uitzetten van medicijnen en dreigende decubitus. Voor een nadere beschrijving van dergelijke activiteiten wordt verwezen naar Meerman & de Waal (1989).

Het is van essentieel belang, dat bij de uitvoering van de hierboven beschreven werkzaamheden de deskundigheid wordt gewaarborgd door de uitvoerende organisaties. Uit de brochure 'Personele en Instellingskenmerken in de Gezinsverzorging in 1989' (VOG, 1991) blijkt, dat een grote meerderheid van de uitvoerenden (helpenden en verzorgenden) ongediplomeerd is: 82% behoort tot de categorieën 'onbekend' en 'geen specifieke op het werk gerichte opleiding'. Het is derhalve van belang dat de uitvoering van overlappende werkzaamheden en overname van taken van de wijkverpleging indien nodig wordt ondersteund door een verantwoord bijscholingsbeleid binnen de gezinsverzorging.

Om te voorkomen dat cliënten liever door de wijkverpleging willen worden verzorgd omdat de 'contributieregeling' voordeliger is dan de 'retributieregeling' binnen de gezinsverzorging, dient de overheid één gemeenschappelijk financieringssysteem te construeren.

Ten aanzien van de verantwoordelijkheid over de uitvoering van de taken die op het terrein van de verpleging liggen dient dezelfde verantwoordelijkheidsstructuur te gelden als tussen de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster: de gezinsverzorgende is eerstverantwoordelijk en de wijkverpleegkundige is eindverantwoordelijk. Voor een nadere omschrijving van deze begrippen wordt verwezen naar de eerste aanbeveling uit dit hoofdstuk. Aangezien het verpleegkundig beroep en het verzorgend beroep als twee verschillende beroepen worden gezien kan de eindverantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige alleen betrekking hebben op taken die op het terrein van de verpleging liggen. Ten aanzien van de andere taken is de leidinggevende binnen de gezinsverzorging eindverantwoordelijk. Dit geldt zowel voor niet gefuseerde als gefuseerde organisaties.

Om misverstanden te voorkomen wordt hier nogmaals aanbeveling X in herinnering genomen: een delegatie van taken zoals hierboven beschreven kan alleen plaatsvinden als er ook een probleem met betrekking tot het functioneren van het totale huishouden (zelfredzaamheid) aanwezig is. Een gezinsverzorgende dient dus nooit te worden ingezet om bijvoorbeeld alleen maar medicijnen uit te zetten.

## 8.2. Horizontale functiedifferentiatie

In het tweede hoofdstuk is de vraagstelling met betrekking tot de horizontale functiedifferentiatie als volgt geformuleerd: "Welke horizontale functiedifferentiatie is het meest geschikt voor de extramurale verpleging?" Evenals in de vorige paragraaf wordt de vraagstelling beantwoord in de vorm van aanbevelingen. Ten aanzien van de horizontale functiedifferentiatie worden alleen aanbevelingen gedaan met betrekking tot de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster. De functie van gezinsverzorgende komt hier niet ter sprake omdat het werken met specialisaties en aandachtsgebieden hierbij in mindere mate een rol speelt. Echter, met het oog op samenwerking en ontwikkeling van het verzorgende beroep alsmede een verschuiving van taken naar de gezinsverzorging, is het voor de gezinsverzorgenden wel relevant om op de hoogte te zijn van deze ontwikkelingen binnen de wijkverpleging en horizontale functiedifferentiatie nader te onderzoeken.

*XII. De thuiszorg-organisaties wordt aanbevolen om binnen de wijkverpleging een onderscheid te maken tussen een sector ouder- en kindzorg en een sector volwassenenzorg.*

Uit de resultaten van de enquête en uit een vergelijking met andere West-Europese landen blijkt dat Nederland het enige West-Europese land is waar veel organisaties wijkverpleegkundigen in dienst hebben die all-round werken. Echter, om als thuiszorg-organisatie een evenwichtig pakket aan te kunnen bieden en de deskundigheid van de uitvoerenden op peil te kunnen houden, staat het all-round werken steeds meer ter discussie. Een constructie van verschillende sectoren wordt voorgesteld. Op grond van ervaringen in Engeland (zie hoofdstuk 3) wordt in ieder geval een scheiding tussen preventieve en curatieve werkzaamheden afgewezen. Indien een onderscheid in sectoren wordt gemaakt dienen binnen elke sector afzonderlijk alle voorkomende verpleegkundige handelingen te worden uitgevoerd. De verpleging van de cliënt in zijn totaliteit dient altijd centraal te staan. Het gaat om het toewijzen van een beroepsbeoefenaar aan de cliënt en niet om het toewijzen van taken. Aandacht dient te worden besteed aan een verantwoorde afdelingsvorming zoals beschreven in het tweede hoofdstuk van dit rapport. Binnen de sectoren dient er sprake te zijn van een duidelijke taakafbakening en -afstemming en voor de zorgvrager moet het duidelijk zijn welk produkt wordt geleverd. De doelen van de twee sectoren afzonderlijk

dienen vervolgens in het teken te staan van het algemene doel van de organisatie. De twee sectoren dienen dus niet apart van elkaar te worden gezien. Ze leveren tezamen het produkt van de wijkverpleging. De organisatie dient te waken voor een integratie van de sectoren. De uitvoerenden binnen de sectoren dienen op de hoogte te zijn van elkaars werkterrein en er dienen mogelijkheden te zijn om, indien nodig, elkaar te consulteren. In het kader van de 'Primary Health Care' gedachte kan de organisatie hierbij kiezen voor geïntegreerde teams (waarin beide sectoren zijn vertegenwoordigd) die het totale produkt van de wijkverpleging leveren.

Een onderscheid tussen de zorg aan 0-4 jarigen en hun ouders en de zorg aan volwassenen wordt aanbevolen. De groep jeugdigen (4-18 jaar) valt in principe buiten deze twee sectoren. Aanbevolen wordt deze onder te brengen in de sector ouder- en kindzorg op grond van leeftijd en aard van de problemen (bijv. bedplassen). Voor de uitvoerenden is sprake van een volwaardig takenpakket binnen elke sector afzonderlijk en het onderscheid komt overeen met de ervaringen uit het buitenland. Doordat de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters zich richten op één specifieke sector wordt de uitvoering van zowel de curatieve als preventieve werkzaamheden binnen elke sector gegarandeerd. Eveneens is het voor de organisaties mogelijk om een efficiënt bijscholingsbeleid te voeren. Uitvoerenden hoeven alleen maar worden bijgeschoold op het deskundigheidsgebied dat valt binnen de sector waar ze werkzaam zijn.

Bovendien biedt het onderscheid de thuiszorg-organisaties de mogelijkheid om zich op het terrein van de 0-4 jarigen duidelijker te profileren. Door de jeugdgezondheidszorg van de wijkverpleging tezamen met de kraamzorg onder te brengen in één sector 'ouder- en kindzorg' wordt continuïteit gewaarborgd in de pre-, peri- en postnatale zorg. Hiermee kan weerstand worden geboden tegen een overname van de collectieve preventieve jeugdgezondheidszorg door andere instanties.

Tot slot wordt opgemerkt, dat een scheiding van sectoren op het platteland praktische problemen met zich mee kan brengen. De ervaringen in Finland wijzen namelijk uit, dat specialistisch werken in dunbevolkte gebieden leidt tot lange reisafstanden. De werkgebieden zijn dan te groot om efficiënt te kunnen werken. In dergelijke omstandigheden wordt aanbevolen om binnen de wijkverpleging geen onderscheid in sectoren te maken.

*XIII. In het kader van de horizontale functiedifferentiatie wordt de thuiszorg-organisaties aanbevolen om voor de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster aandachtsgebieden te construeren.*

Uit de resultaten van de enquête blijkt, dat de organisaties naar mogelijkheden zoeken om het brede pakket van de wijkverpleging te kunnen blijven leveren op een efficiënte, deskundige en kwalitatief goede wijze. De deskundigheid dient te worden gebracht naar het niveau waar deze hoort: aan de basis, bij de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster. De constructie van aandachtsgebieden wordt hiervoor als de juiste methode gezien. In deze aanbeveling wordt niet aanbevolen om binnen de wijkverpleging allerlei specialismen (zoals CARA, diabetes of oncologie) te construeren waarbinnen de wijkverpleegkundige en wijkverpleegster vervolgens alleen de daartoe behorende cliënten verzorgen. In tegenstelling tot dit specialistisch werken heeft het werken met aandachtsgebieden namelijk als voordeel, dat het all-round karakter van de wijkverpleging zoveel mogelijk wordt behouden (voor velen een reden om in de extramurale verpleging te gaan werken). Vervolgens kunnen de organisaties een efficiënt bijscholingsbeleid voeren door de uitvoerenden selectief en gericht op het aandachtsgebied bij te scholen.

Uit de resultaten van de enquête zijn geen aandachtsgebieden met betrekking tot de ouder- en kindzorg naar voren gekomen. Dit betekent echter niet dat op dit terrein geen aandachtsgebieden hoeven worden ontwikkeld. Het tegengestelde is van groter belang: om zich duidelijk te kunnen profileren tegenover andere instanties op het gebied van de ouder- en kindzorg is deskundigheid aan de basis vereist. De thuiszorg-organisaties dienen derhalve extra attent te zijn op het construeren van aandachtsgebieden binnen de ouder- en kindzorg. Als voorbeelden worden genoemd: verpleegkundige zorg rond het kraambed; preventieve zorg gericht op achterstandsgroepen; pedagogische zorg (individueel gericht).

*XIV. De thuiszorg-organisaties wordt aanbevolen om het werken met aandachtsgebieden zodanig vorm te geven, dat het takenpakket van de wijkverpleegkundige en de wijkverpleegster wordt verruimd en dat de mogelijkheid van taakroulatie bestaat. Gebruik dient te worden gemaakt van de kwaliteiten en wensen van de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters.*

In het tweede hoofdstuk van dit rapport is aangegeven dat met betrekking tot een verantwoorde taak- en functievorming aandacht dient te worden besteed aan de componenten taakverrijking, taakverruiming en taakroulatie. Binnen de verticale functiedifferentiatie is reeds aandacht besteed aan taakverrijking: de wijkverpleegster dient binnen verschillende fases van het verpleegkundig proces taken uit te voeren en de wijkverpleegkundige dient zich te richten op de coördinatie van het totale hulpverleningssysteem. In het kader van de horizontale functiedifferentiatie wordt aandacht besteed aan taakverruiming en taakroulatie.

Door het creëren van werkzaamheden die liggen op het terrein van een beroepsinhoudelijke verbreding wordt gepoogd de arbeidssatisfactie van de wijkverpleegkundige en wijkverpleegster te verhogen. Taken met betrekking tot het aandachtsgebied die volgens de resultaten kunnen bijdragen tot een taakverruiming zijn: bijhouden van vakliteratuur, volgen van bijscholing, volgen van nieuwe ontwikkelingen, bezoeken van symposia, terugkoppelen van kennis naar collega's en het systematisch ordenen van informatie en materiaal. Het is ook mogelijk dat de wijkverpleegkundige en wijkverpleegster incidenteel cliënten bezoekt die bij een collega in zorg zijn. Echter, alleen maar cliënten bezoeken die tot het aandachtsgebied behoren wordt afgewezen. Immers, voor de cliënt met verschillende zorgvragen betekent dit dat verschillende wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters op bezoek komen. Dit zal ongetwijfeld leiden tot onduidelijkheid bij de cliënt: wie doet wat en waar is zij voor verantwoordelijk? Voor de uitvoerende betekent het, dat een redelijke en volledige dagtaak niet wordt gegarandeerd.

Door middel van taakroulatie wordt eveneens gepoogd om het all-round karakter van de wijkverpleegkundige zoveel mogelijk te handhaven. Wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters dienen de mogelijkheid te hebben om bijvoorbeeld eens in de 4-5 jaar te wisselen van aandachtsgebied. Hiermee wordt voorkomen dat de wijkverpleegkundige en wijkverpleegster tegen hun wens in gespecialiseerd raken op een bepaald deel van hun werk. Eveneens is de taakroulatie te beschouwen als een structurele vorm van bijscholing. De deskundigheid van de functionaris wordt regelmatig op verschillende aspecten van de verpleging vergroot. Hiermee wordt vervolgens voorkomen, dat bij vertrek van een collega alle bijzondere deskundigheid van deze collega verdwijnt.

XV. *Aanbevolen wordt om bij de constructie van aandachtsgebieden uit te gaan van de zorgvragen die binnen het werkgebied van de thuiszorg-organisatie voorkomen. Door een onderscheid te maken tussen basiszorg en bijzondere zorg kan worden vastgesteld welke aandachtsgebieden moeten worden ontwikkeld.*

*Basiszorg* wordt verleend bij verpleegkundige diagnoses die frequent voorkomen. Deze zorg vereist algemene vakbekwaamheid, ofwel basisdeskundigheid. *Bijzondere zorg* daarentegen wordt verleend bij verpleegkundige diagnoses die minder vaak voorkomen of zich op een terrein bevinden waar veel ontwikkelingen zijn. De zorg vereist bijzondere kennis en vaardigheden ofwel bijzondere deskundigheid. Deze deskundigheid kan worden verkregen door het construeren van een aandachtsgebied. Om te kunnen bepalen in hoeverre bijzondere zorg is gewenst, kunnen de volgende vragen als richtlijn worden gebruikt:

- Wat is het wenselijk niveau van de verpleegkundige zorgverlening? (te bepalen aan de hand van protocollen)
- Wat is de daarvoor vereiste deskundigheid?
- Voldoet de feitelijke uitvoering van de verpleegkundige zorgverlening aan het wenselijke niveau en de vereiste deskundigheid?
- Indien nee, is dit het gevolg van een tekort aan bijzondere deskundigheid?
- Op welk terrein dient bijzondere deskundigheid worden verworven?

Indien elk team regelmatig wordt geconfronteerd met een vraag om bijzondere zorg dient op dit terrein een aandachtsgebied te worden ontwikkeld. Op deze wijze kan het team de gewenste zorg waarborgen. Per team dienen alle aandachtsgebieden vertegenwoordigd te zijn. Een andere mogelijkheid is dat de bijzondere zorg, zorg betreft, waarmee elk team slechts een aantal malen per jaar wordt geconfronteerd. Niet het team maar de thuiszorg-organisatie moet deze zorg garanderen. Dit kan door het aanstellen van een verpleegkundig specialist of een transmuraal werkende verpleegkundige op dit terrein.

Aandachtsgebieden richten zich op de totale zorg aan de cliënt of cliëntencategorie. Dit betekent dat een aandachtsgebied zowel basiszorg als bijzondere zorg omvat. Bijvoorbeeld bij diabetes: basiszorg bevat elementen als algemene voorlichting over 'wat is diabetes', 'hypo/hyper', injecteren van insuline terwijl bijzondere zorg elementen omvat als zelfcontrole, interpretatie van bloedsuikers en begeleiding bij een vast-



gelopen acceptatieproces. Uit dit voorbeeld blijkt, dat aandachtsgebieden zowel verpleegtechnische als begeleidende / preventieve aspecten (kan) bevatten. De onderlinge verhouding van basiszorg en bijzondere zorg kan per aandachtsgebied verschillend zijn.

De uiteindelijke indeling van aandachtsgebieden kan zowel gebaseerd zijn op medische diagnoses (bijvoorbeeld CARA, diabetes en oncologie) als op zorgvragen (bijvoorbeeld revalidatie, terminale zorg, zorg voor chronisch zieken en intensieve zorg). Een indeling op basis van taken wordt in ieder geval afgewezen. Redenen hiervoor zijn de ervaringen in Engeland en het uitgangspunt om de verpleging van de totale cliënt centraal te stellen. Tot slot wordt opgemerkt, dat de aandachtsgebieden per organisatie of per regio kunnen verschillen. Het zal bijvoorbeeld in Amsterdam meer relevant zijn om AIDS als aandachtsgebied te kiezen dan in Doetinchem. De cliënt met zijn zorgvraag bepaalt het aantal en type aandachtsgebieden per thuiszorg-organisatie.

*XVI. Aanbevolen wordt om de aandachtsgebieden niet te beperkt te maken en aan te laten sluiten bij de deskundigheid die typerend is voor de afzonderlijke functies.*

Om te voorkomen dat de cliënt voor elke zorgvraag een andere wijkverpleegkundige of wijkverpleegster op bezoek krijgt en het all-round karakter van de wijkverpleging zoveel mogelijk te handhaven, wordt een clustering van specifieke zorgvragen per aandachtsgebied voorgesteld. Vanuit de praktijk dient te worden bepaald welke zorgvragen regelmatig samen voorkomen bij een cliënt en de basis vormen voor de clustering: bijvoorbeeld reuma/revalidatie of oncologie/stervensbegeleiding. Eveneens dient de indeling van aandachtsgebieden aan te sluiten op de afdelingen en specialismen binnen instanties waarmee wordt samengewerkt (bijv. ziekenhuizen, verpleeghuizen en transmuraal werkende verpleegkundigen) Aangezien zowel de wijkverpleegkundige als de wijkverpleegster zorg verlenen aan dezelfde categorieën cliënten, wordt het niet zinvol geacht om bij de indeling van aandachtsgebieden bepaalde categorieën voor te behouden aan de functie van wijkverpleegkundige (bijv. cliënten met hart- en vaatziekten of oncologie) en ander categorieën voor te behouden aan de functie van wijkverpleegster (bijv. cliënten met dementie en incontinentie). Voor beide functies dient eenzelfde indeling van aandachtsgebieden te worden gemaakt. Echter, de inhoud van het aandachtsgebied dient te worden afgestemd op het deskundigheidsgebied van de functie. Indien bijvoorbeeld voor oncologie een aandachtsgebied wordt ontwikkeld zal

het aandachtsgebied voor de wijkverpleegster zich met name richten op de specifieke verzorging van de cliënt met kanker, terwijl bij de wijkverpleegkundige meer aandacht wordt besteed aan de diagnostiek en het signaleren van symptomen op het terrein van de oncologie. De verschillen die in het kader van de verticale functiedifferentiatie zijn beschreven in de vorige paragraaf kunnen hiervoor wellicht als hulpmiddel worden gebruikt.

*XVII. In het kader van de horizontale functiedifferentiatie wordt de thuiszorg-organisaties aanbevolen een verantwoord bij- en nascholingsbeleid te voeren. Het draagt bij aan de profilering van de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster.*

Op verschillende plaatsen in deze paragraaf is aangegeven dat horizontale functiedifferentiatie het voor de organisatie mogelijk maakt om de wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters efficiënt en gericht bij te scholen. De organisatie dient dan ook gebruik te maken van deze mogelijkheid. Slechts de constructie van twee sectoren en een aantal aandachtsgebieden draagt niet bij tot deskundigheidsbevordering en kwalitatief goede zorg. De wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters dienen regelmatig en gericht op de ontwikkelingen in de praktijk te worden bijgeschoold. De thuiszorg-organisatie kan hiervoor gebruik maken van verschillende personen en/of instanties: bijvoorbeeld stafverpleegkundigen (verpleegkundig specialisten) uit de eigen organisatie, transmuraal werkende verpleegkundigen, opleidingsinstanties en deskundigen uit ziekenhuizen en verpleeghuizen. Indien op het gebied van de bij- en nascholing wordt samengewerkt tussen de verschillende thuiszorg-organisaties, is het mogelijk om gezamenlijk protocollen en standaarden te ontwikkelen die kunnen worden gebruikt bij de zorgverlening. Op deze wijze kan worden beschreven aan welke eisen het werk van de wijkverpleegkundige en wijkverpleegster dient te voldoen en welke deskundigheid is vereist.

*XVIII. Om de voordelen van horizontale functiedifferentiatie tot uiting te laten komen wordt de thuiszorg-organisaties aanbevolen om binnen het teamgericht werken door wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters het teamoverleg een centrale plaats te geven.*

In het tweede hoofdstuk van dit rapport is aangegeven dat in het kader van functiedifferentiatie (naast taakverrijking, -verruiming en -roulatie) twee

andere principes van werkstructurering dienen te worden gehanteerd: formatie van kleine produktiegerichte werkgroepen waarbinnen werkoverleg een grote rol speelt. Door teamgericht te werken waarbij regelmatig en gestructureerd wordt overlegd, wordt hieraan voldaan. Tijdens het teamoverleg is het namelijk mogelijk om in een kleine groep elkaar op de hoogte te houden van de voornaamste ontwikkelingen binnen de verschillende aandachtsgebieden. Tevens biedt dit overleg de mogelijkheid om gezamenlijk specifieke cliëntsituaties te bespreken waarbij de kennis, die is opgedaan binnen een aandachtsgebied, kan worden overgedragen aan collega's. Het is een vorm van bijscholing. Op deze manier wordt voorkomen, dat bij vertrek van een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster alle bijzondere kennis ten aanzien van een bepaald aandachtsgebied uit het team verdwijnt.

### 8.3. Tot besluit

Het uitwerken van de aanbevelingen heeft een aantal consequenties. Voor het garanderen van doelmatigheid, kwaliteit van zorg en kwaliteit van arbeid wordt van alle betrokkenen een bijdrage verwacht: de beroepsorganisaties, de thuiszorg-organisaties en de individuele zorgverlener. Om de verticale functiedifferentiatie te kunnen realiseren is het van belang dat er respect bestaat voor elke afzonderlijke functie. Geaccepteerd dient te worden dat iedere functie een specifiek deskundigheidsgebied en een hieraan gekoppelde verantwoordelijkheid heeft. Vervolgens zal het creëren van groeimogelijkheden leiden tot verschillen tussen de uitvoerenden binnen een afzonderlijke functie. Ervaring en persoonlijke kwaliteiten spelen hierin een belangrijke rol. Om met behulp van een horizontale functiedifferentiatie de gewenste inhoudelijke verdieping te kunnen realiseren, dient aandacht te worden besteed aan bij- en nascholing gebaseerd op de zorgvraag van de cliënt. Tot slot wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te verrichten naar de in dit onderzoek ontwikkelde functiedifferentiaties. Onderzocht dient te worden wat de precieze effecten van zowel verticale als horizontale functiedifferentiatie zijn op doelmatigheid, kwaliteit van zorg en kwaliteit van arbeid. Op deze wijze kunnen vervolgens volwaardige functies worden omschreven: uit het oogpunt van de uitvoerende instantie dient aandacht besteed te worden aan de doelmatigheid en kwaliteit van zorg en uit het oogpunt van de zorgverlener dient de kwaliteit van arbeid centraal te staan.



## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- AMERICAN ORGANIZATION OF NURSE EXECUTIVES (1990). *Current Issues and Perspectives on Differentiated Practice*. Chicago, Illinois: American Hospital Association.
- AMELSVOORT, F., P. SLINGERLAND, E. VERKAAR (1991). *Criteria inzet menskracht geïntegreerde thuiszorg. Basismodel voor de vaststelling van de inzet van menskracht*. Utrecht: Nederlands Instituut voor zorg en welzijn.
- APPELMAN, A., H. LIGTENBERG, B. VAN BERGEN, L. HOLLANDS (1989). *Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging*. Lochem: De Tijdstroom.
- BAKKER, J.H. (1990). Het verpleegkundig beroepsprofiel. In: Gaikhorst, V., P. Hoekman, B. de Krey. *Verpleging tussen beroep en beleid*. Leeuwarden: Noordelijke Hogeschool, p. 7 - 20.
- BENNER, P. (1984). *From Novice to Expert*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Co.
- BOERMA, W.G.W., c.s. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Scenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Afwegingen en modellen voor de toekomst. *Medisch contact*, (12) 377 - 381.
- BOSCH, D. (1989). *Advies inzake leerplanvergelijking tussen Regeling opleiding diploma A-verpleegkundige en het Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs afstudeerrichting verpleging (MDGO-Vp)*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur.
- CALON, M.J., J.N. STREUMER (1992). *Deelrapportage geïnterviewde instellingen voor Thuiszorg t.b.v. een Toekomstgerichte functiestructuur Verplegende en Verzorgende Beroepen in de regio Rijmond*. Enschede / Rotterdam: Edutec, SOG '95.
- CBS, 1990. Uitkomsten Bevolkingsprognose 1990. *Maandstatistiek van de bevolking* 38 (12), 41 - 56.
- CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING (1982). *Landelijk indicatie en registratiesysteem (LIER-systeem); advies van de werkgroep landelijke richtlijnen voor de indicatiestelling*. Utrecht: Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging.
- COMMISSIE WERNER (COMMISSIE POSITIEBEPALING BEROEP VAN VERPLEEGKUNDIGE EN VERZORGENDE) (1991). *In Hoger Beroep*. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- CUMBERLEGE, J. (1986). *Neighbourhood nursing - A focus for care. Report of the Community Nursing Review*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- DGVGZ, GBO, VVBO (1987). *Regeling opleiding A-Verpleegkundige 1986*. Lochem: De Tijdstroom.

- EVERS, G.C.M. (1991). Arbeidsdifferentiatie, kwaliteit van zorg en arbeidssatisfactie in de wijkverpleging. *Verpleegkunde*, (2) 76 - 80.
- FRIJDA, J.S. (1985). *Werkdifferentiaties in de gezinsverzorging*. Katernen gezinsverzorging nummer 8. Tweede druk. Utrecht: Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging.
- HANRAHAN, M.H., F. LAPRE (1990). *Project Wijkziekenverzorgenden Deskundigheden Verdeeld*. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.
- HBO-Raad (1991). *Landelijke eindtermen van de HBO-V in Nederland gedateerd januari 1991*. 's-Gravenhage: Vereniging van Hogescholen.
- HEYDELBERG, E. (1988). *Thuiszorg in functies. Een onderzoek naar motieven en praktische mogelijkheden*. Dwarskijken 19 vergelijkende studies. Den Haag: HRWB.
- KANTERS, H., M. VLEMMIX, N. GALAMA, A. SMIT, R. UIJTERWAAL, J. WERTENBROEK (1992). *Functiedifferentiatie binnen de intramurale verpleging Deel 1*. Utrecht / Nieuwegein: Nationaal Ziekenhuisinstituut, Aorta.
- KAPTEYN, B. (1986). *Organisatietheorie voor non-profit*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- KERKSTRA, A., F. BEEMSTER (1991). Verschillen in de zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. *Verpleegkunde*, (3), 127 - 137.
- KEUNING, D., D.J. EPPINK (1990). *Management en Organisatie*. Theorie en Toepassing. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese Uitgevers.
- KOERNER, J., L. BUNKERS, B. NELSON, K. SANTEMA (1989). Implementing Differentiated Practice; The Sioux Valley Hospital Experience. *Journal of Nursing Administration*, 19 (2) 13 - 20.
- KOOIKER, S.E., c.s. (1992). Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Het gebruik van eerstelijnszorg en thuiszorg. Van trends uit het verleden naar ramingen voor de toekomst. *Medisch contact*, (12) 367 - 372.
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG (1990). *Registratie Indicatie Thuiszorg. Rapportage van de AWBZ-werkgroep afstemming indicatiestelling*. Bunnik: Landelijk Vereniging voor Thuiszorg.
- McFARLAND, G.K., E.A. McFARLANE (1989). *Nursing Diagnosis & Interventions. Planning for patient care*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- MEERMAN, G.W., S.P.M. DE WAAL (RED) (1989). *Handboek regionale samenwerking van gezinsverzorging en wijkverpleging in de thuiszorg*. Boer & Croon Management Consultants B.V. Delft: Uitgeverij Eburon.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1989). *Kerndocument Doelgericht Veranderen*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1990). *Heroverwegingsonderzoek 'Van samenwerken tot samengaan'*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- MINTZBERG, H. (1983). *Structures in fives*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- NATIONALE KRUISVERENIGING (1981). *Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties*. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.
- NATIONALE KRUISVERENIGING (1986). *Advies over invoering buurtgericht werken bij de Kruisvereniging Nijmegen*. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.
- NATIONALE KRUISVERENIGING EN LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING (1990). *Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie. Deel 1*. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID en STICHTING HET NEDERLANDS ECONOMISCHE INTSTITUUT (1988a). *De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. Rotterdam: Nationale Raad voor de volksgezondheid.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1988b). *Verpleegkundig Beroepsprofiel*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1989a). *Discussienota substitutie in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1989b). *Advies Verpleegkundig Specialist*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1989c). *Discussienota Thuiszorg*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1990). *Advies Functiedifferentiatie in de verpleging*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- RIDDER, C. DE (1991). Functiedifferentiatie in Perspectief. In Symposium: *Functiedifferentiatie in de verpleging*. Zuidlaren: Interactief Consultancy & Trainingen.
- SLINGERLAND, P.A.G. (1987). *Differentiatie en specialisatie binnen de wijkverpleging*. Bunnik: Nationale Kruisvereniging.
- SLINGERLAND, P.A.G. (1991). Vraagt thuiszorg om differentiatie en specialisatie in de wijkverpleging? *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, (12), 416 - 423.
- SLINGERLAND, P.A.G. (1992). In de weer met standpunten en tegenstellingen. Intake en indicatiestelling ter discussie. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, (8), 36 - 38
- STRATEGO (1990). *Windkracht 12, eindrapportage*. Beverwijk: Gezinsverzorging Noord-Holland.

- STREUMER, J.N., M.J. CALON (1992). *Op weg naar een samenhangende functiestructuur. Eindrapportage geïnterviewde instellingen ten behoeve van een Toekomstgerichte functiestructuur Verplegende en Verzorgende Beroepen in de regio Rijnmond*. Enschede / Rotterdam: Edutec, SOG '95.
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG (1987a). *Ouder worden in de toekomst. Tussenbalans*. Rijswijk: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg.
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG (1987b). *Kanker in Nederland. Deel I Scenarioreport. Scenario's over kanker 1985-2000*. Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema & Holkema.
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG (1990). *Chronisch ziekten in het jaar 2005. Deel 2 Scenario's over CARA 1990-2005*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- TITS, M. VAN, W. GROOT (1991). Zorgen om kruiswerk en verzorging. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, (2), 56 - 59.
- VERHEIJ, R.A., A. KERKSTRA (1991). *Extramurale verpleging in verschillende landen: een overzicht*. Utrecht: NIVEL.
- VISSER, M.K. (1986). *Gespecialiseerde Gezinsverzorging*. Katernen gezinsverzorging nummer 1. Tweede herziene druk. Utrecht: Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging.
- VOG (1991). *Personele en Instellingskenmerken in de Gezinsverzorging in 1989*. Rijswijk: VOG.
- VORST, F., M. DE WINTER (1989). Jeugdgezondheidszorg onder spanning. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 19, (1), 10-12.
- WERKGROEP WERKVELD SOGW (1990). *Beroepsprofiel Verzorgende Helpende*. 's-Hertogenbosch: Centrum Innovatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven.
- WILLEMS, D. (1990). *Coördinatie van zorg: niet opeisen maar aanpakken*. 2de druk Bunnik, Atis. 111.
- WINDT, W. VAN DER (1991). Een arbeidsmarktverkenning voor de jaren negentig. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 19, (5), 6 - 10.
- ZIEKENFONDSRAAD (1992). *Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad gezinsverzorging 1992*. Rijswijk, Ziekenfondsraad.



## BIJLAGE 1

### Begrippenlijst

#### *Verticale functiedifferentiatie*

Binnen de extramurale verpleging en gezinsverzorging worden op verschillende niveaus zoveel mogelijk gelijkwaardige taken gegroepeerd. In dit onderzoek betreft het de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende.

#### *Horizontale functiedifferentiatie*

Hierin wordt een onderverdeling gemaakt in specialisatie en het werken met aandachtsgebieden (om verwarring en onduidelijkheden te voorkomen, wordt de term 'differentiatie' niet gehanteerd):

#### *Specialisatie*

Een wijkverpleegkundige of wijkverpleegster behartigt de maatschappelijke zorgverlening slechts ten aanzien van één zorggebied, één cliëntencategorie of één taakgroep. De functie van districtsverpleegkundige/stafverpleegkundige is een gespecialiseerde functie, maar wordt niet betrokken in dit onderzoek. Echter, indien er wijkverpleegkundigen zijn die zich alléén maar bezig houden met bijvoorbeeld CARA, diabetes of gvo wordt dat in dit onderzoek als een specialisatie beschouwd.

Indien een scheiding bestaat tussen sectoren (bijvoorbeeld de sector volwassenenzorg en de sector ouder- en kindzorg) wordt dat ook geplaatst onder specialisatie. Immers, zorg wordt verleend binnen één zorggebied van de wijkverpleging. Echter, aangezien de titel 'verpleegkundig specialist' alleen is voorbehouden aan verpleegkundigen die een daarvoor vereiste post HBO-opleiding hebben gevolgd, kan niet worden gesproken van een 'ouder- en kindzorg verpleegkundige' en een 'volwassenenzorg verpleegkundige'. Gesproken dient te worden over een verpleegkundige die slechts werkzaam is binnen één bepaalde sector van de extramurale verpleging.

#### *Het werken met aandachtsgebieden*

Het takenpakket van alle wijkverpleegkundigen en wijkverpleegsters onderling is globaal gezien gelijk en generalistisch van aard. Echter, op grond van persoonlijke gemotiveerdheid en/of deskundigheid behartigt een teamlid één of meer specifieke taken. Iedereen heeft een eigen aandachtsgebied c.q. eigen deskundigheid binnen het generalistisch takenpakket. Bijvoorbeeld de wijkverpleegster, die werkt binnen de volwassenenzorg en extra aandacht besteed aan reuma, diabetes of psycho-geriatrie.

#### *Gespecialiseerd gezinsverzorgende*

Om als gespecialiseerd gezinsverzorgende te kunnen werken moet men na het behalen van het diploma als gezinsverzorgende enige jaren werkervaring hebben en een additionele opleiding volgen. Deze duurt 1 jaar waarin men gedurende één dag per week les heeft aan een door het Ministerie van O & W erkende opleidingsschool waaraan deze opleiding is verbonden. Deze specialisering is te zien als een verfijning en verdieping van het werk van de gezinsverzorgende. Behalve de gevallen waar sprake is van een maatschappelijke of culturele achterstand kan de gespecialiseerd gezinsverzorgende ook worden ingezet in gevallen van een complexe, meervoudige problematiek die door haar aard en veelzijdigheid

tot een desintegratie van het gezins-functioneren kan leiden, of dit al gedaan heeft (Visser, 1982).

#### *Deskundigheid*

Onder deskundigheid wordt verstaan bekwaamheid inzake de functie-uitoefening. Bekwaam betekent in staat tot, geschikt en kundig door opleiding, oefening en aanleg.

#### *Functieprofiel*

Een functieprofiel wordt gezien als een uitwerking van het beroepsprofiel per afzonderlijke zorgsector. Zo ontstaat uit het verpleegkundig beroepsprofiel de functieprofielen van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster en uit het beroepsprofiel voor verzorgende het functieprofiel van gezinsverzorgende. Een functieprofiel beschrijft uit welke taken en activiteiten de functie bestaat, welke kennis en vaardigheden nodig zijn voor de functie en welke verantwoordelijkheden aan de functie zijn verbonden. Indien tijdens de enquête werd aangegeven dat binnen de organisatie iets over het onderscheid tussen de functies op papier is vastgelegd, is dit beschouwd als een functieprofiel.

#### *Taakafbakening en taakafstemming*

Van taakafbakening is sprake indien door middel van functieprofielen en/of mondelinge afspraken duidelijk is wie wat moet doen en waar verantwoordelijk voor is. Duidelijk is waar de grenzen van de verschillende functies liggen. De wijkverpleegkundige weet dus welke taken tot de functie van wijkverpleegster behoren en omgekeerd. De taken die worden verricht en de verantwoordelijkheden die worden gedragen, vormen de delen van een groter geheel. Door een duidelijke taakafstemming sluiten de werkzaamheden (delen) die de wijkverpleegster verricht aan op de werkzaamheden (delen) van de wijkverpleegkundige.

#### *Taakverruiming*

Indien de taakcyclus wordt verlengd via uitbreiding van werkzaamheden op kwalitatief hetzelfde niveau is sprake van taakverruiming (job enlargement). De werker voert een groter deel van het totaal der achtereenvolgende handelingen uit. De uitoefening van de taken doet een beroep op een grotere variëteit aan vaardigheden en talenten. Dit betekent ander en meer werk maar niet perse werk dat vraagt om een hoger niveau van professionele vaardigheden. Als voorbeeld wordt genoemd, de wijkverpleegster die niet alleen maar wasbeurten verricht, maar ook eenvoudige wonden verzorgt.

#### *Taakverrijking*

Taakverrijking (job enrichment) is de toevoeging van in beginsel 'hogere' taken en integratie van directe en indirecte produktietaken inclusief de met de taken samenhangende bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Niet alleen uitvoerende taken maar ook elementen van werkvoorbereiding, planning, controle en evaluatie worden toegevoegd. Het uitvoeren van alle stappen binnen het verpleegkundige proces is hiervan een voorbeeld.

#### *Taakroulatie*

Een derde component van werkstructurering is taakroulatie (job rotation). Dit is de afwisseling van taken door regelmatig van periode tot periode volgens een vast schema of volgens onderlinge afspraak van taak te wisselen. Bijvoorbeeld na een bepaalde periode onderling wisselen van aandachtsgebied.

#### *Buurtgericht werken binnen de wijkverpleging*

Er worden teams geformeerd, die binnen een geografisch afgebakend gebied de uit te voeren werkzaamheden verrichten. Elke basiseenheid is verdeeld in twee danwel drie teams afhankelijk van de grootte van de basiseenheid en het aantal te onderscheiden geografische eenheden. De omvang van een team dient maximaal uit 5 à 6 personen en minimaal 4 personen te bestaan. Elk team kent één maal per week teamoverleg, waarbij alle teamleden aanwezig zijn. In het teamoverleg komen uitsluitend teamgebonden onderwerpen aan de orde: samenwerking binnen het team en cliëntenbespreking / -verdeling. (Nationale Kruisvereniging, 1986)

#### *Wijkgericht werken binnen de wijkverpleging*

Hieronder wordt verstaan, dat elke wijkverpleegkundige een eigen geografisch gebied heeft waarbinnen zij alleen werkzaam is.

#### *Wijkgerichte hulpverlening binnen de gezinsverzorging*

Er is sprake van teamvorming van een aantal verzorgenden die met de leidinggevenden een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de hulpverlening in een wijk. De uitvoerende hulpverleners hebben hierbij een grotere zelfstandigheid bij de planning van de dagelijkse werkzaamheden. Ervaringen worden uitgewisseld en ideeën worden gelanceerd in het dagelijkse of wekelijkse overleg.

## BIJLAGE 2

### Deelnemers aan de 'Invitational conference' ten behoeve van het onderzoek 'Functie- differentiatie binnen de thuiszorg' op 8 september 1992

Mw L. Hadders	-	op persoonlijke titel, Groningen (voorzitter)
Mw. B. Albers	-	medewerker STING, Utrecht
Dhr. J.M.F. Bosveld	-	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, LVT, Bunnik
Mw. J. Heitink	-	voorzitter werkgroep Regionaal Orgaan SOG '95, Rotterdam
Mw. M. Huntelaar	-	thuiszorgmanager Gezondheidscentrum de Binder, Almere
Dhr. P. Jansen	-	onderzoeker Stichting NIVEL, Utrecht
Dhr. P.H. Jonkergouw	-	Kruisvereniging Breda, Breda
Mw. H. Kempes	-	medewerker Hogeschool Nijmegen, Nijmegen
Mw. A. Kerkstra	-	projectleider Stichting NIVEL, Utrecht
Mw. A. Keus	-	opleidingsfunctionaris Kruisvereniging Enschede Haaks- bergen, Enschede
Mw. J. Kruyt	-	wijkverpleegkundige Kruiswerk NO-Utrecht, Soest
Dhr. R. Laagewaard	-	Ministerie van WVC, Hoofdafdeling Thuisverpleging en Verzorging, Rijswijk
Mw. D. Langendorff	-	hoofdwijkverpleegkundige Stichting Thuiszorg Groene Kruis Stad, Groningen
Dhr. H. Mostert	-	staffunctionaris zorg Haags Kruiswerk, Den Haag
Mw. W. Mudde-Friend	-	afdelingsmanager Stichting Thuiszorg Haarlem, Haarlem
Dhr. A. Pool	-	hoofd staf zorgverlening Stichting Amsterdams Kruis- werk, Amsterdam
Mw. G. Raas	-	op persoonlijke titel, maar op verzoek van de Vereni- ging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Maatschappelijke gezondheidszorg (VVVM) (momenteel sectie MGZ van de NU'91), Zoetermeer
Mw. M.S. Roelfzema	-	Stichting Thuiszorg Hilversum, 's Graveland en Loosdrecht, Hilversum
Mw. I. Roesink	-	wijkziekenverzorgende, Thuiszorg Centraal Twente, Hengelo
Mw. N. Rijnaarts	-	notuliste Stichting NIVEL, Utrecht
Mw. H.E.M. Sales	-	Thuiszorg Centraal Twente, Hengelo
Mw. A. Spoel-de Boois	-	praktijkbegeleider Centrum voor Thuiszorg Haagsche Hout, Den Haag
Mw. C. van Valkengoed	-	gezinsverzorgende Thuiszorg Centraal Twente, Hengelo
Mw. A. Verdonschot	-	medewerker sectie MGZ van Nu '91, Utrecht
Mw. A. Vlaskamp	-	wijkverpleegkundige Thuiszorg Centraal Twente, Hengelo
Mw. R. van Vliet	-	Ministerie van WVC, Geneeskundige Hoofdingspectie, Rijswijk
Mw. A.M.A. van Wisselingh	-	Sociaal Centrum Goes, namens STING, Utrecht

## BIJLAGE 3

Aan de wijkverpleegkundige die deelneemt  
aan het uittesten van de complexiteitscriteria

datum  
kenmerk

Betreft: uittesten van complexiteitscriteria ten behoeve van het onderzoek 'Functiedifferentiatie  
binnen de thuiszorg'

Geachte heer / mevrouw,

Allereerst wil ik U hartelijk bedanken voor uw bereidheid om mee te werken aan het uittesten van de complexiteitscriteria. De test is bedoeld om een eerste indruk te krijgen over de validiteit en betrouwbaarheid van de criteria. Tijdens de tweede fase van het onderzoek zullen de complexiteitscriteria binnen verschillende erkende kruisorganisaties nader worden uitgetest.

Voor deze eerste test zijn vijf casussen gemaakt waarin de mate van complexiteit per verpleegsituatie verschilt. Omdat uit het onderzoek is gebleken, dat een nuancering van laag-midden-hoog complex niet zinvol is wordt alleen een onderscheid gemaakt tussen wel complex en niet complex. Complexiteitsbepaling wordt beschouwd als één van de criteria voor cliëntentoewijzing. Andere criteria voor cliëntentoewijzing zijn ervaring, persoonlijke kwaliteiten en personeelsbezetting. In deze test gaat het alleen om complexiteitsbepaling en niet om cliëntentoewijzing. Het gaat alléén om een analyse van de situatie zonder dat U een bepaalde collega in uw gedachten heeft die de zorg zou kunnen gaan verlenen.

In deze brief is een instructieformulier bijgesloten. Ik wil U vragen om deze instructie stap voor stap op te volgen. Op deze manier kunt U er voor zorgen, dat elke deelnemer op dezelfde wijze de criteria uittest. De resultaten van de test zullen worden verwerkt in de definitieve lijst met complexiteitscriteria. Gezien de tijdsplanning van het onderzoek (de eerste fase van het onderzoek loopt af in december 1992) en de werkzaamheden die het verwerken van de gegevens met zich meebrengt, wil ik U vragen het antwoordformulier en de vijf analyseformulieren zo spoedig mogelijk terug te sturen.

Ik ben me ervan bewust dat deze test voor U een behoorlijke tijdsinvestering betekent. Derhalve waardeer ik het bijzonder dat U wilt meewerken aan de test. Ik wens U succes met de complexiteitsbepaling en dank U bij voorbaat voor uw medewerking. Voor nadere informatie kunt U altijd contact opnemen met de onderzoeker, Patrick Jansen tel: 030 - 319946.

Met vriendelijke groet,  
Stichting NIVEL

drs. P.G.M. Jansen

Bijlagen: 1 Instructieformulier, 5 Casussen, 1 Antwoordformulier, 1 Witte envelop (met daarin: 1 Achtergrondinformatie, 1 Begrippenlijst, 5 Analyseformulieren) en 1 Bruine retourenvelop

## INSTRUCTIEFORMULIER

Hieronder wordt punt voor punt aangegeven hoe U de complexiteitscriteria uit kunt testen. De instructie is bedoeld om er voor te zorgen dat elke deelnemer de criteria op dezelfde wijze uittest. Wilt U zich daarom strikt houden aan de volgorde van de stappen in deze instructie? Als U vragen heeft over de test kunt U altijd bellen met Patrick Jansen, telefoonnummer 030-319946.

1. Allereerst wil ik U vragen om de vijf casussen door te lezen en op het ANTWOORDFORMULIER aan te geven of U de verpleegsituatie op grond van uw ervaring wel complex, niet complex of onduidelijk vindt. Ik ben benieuwd naar uw oordeel **zonder** dat U gebruik maakt van de lijst met complexiteitscriteria. Onder een complexe verpleegsituatie wordt verstaan, een situatie waarin de functie van een wijkverpleegkundige noodzakelijk is. Een niet complexe verpleegsituatie betekent, dat op grond van ervaring, persoonlijke kwaliteiten en de personeelsbezetting een keuze moet worden gemaakt tussen een wijkverpleegster (= een wijkziekenverzorgende) en een wijkverpleegkundige. Als U geen keuze kunt maken tussen wel complex en niet complex kunt U 'onduidelijk' aankruisen.
2. Vervolgens kunt U de witte envelop openen en de ACHTERGRONDINFORMATIE lezen om op de hoogte te raken van de achtergronden en het gebruik van de complexiteitscriteria.
3. Nu kunt U de mate van complexiteit in de vijf casussen beoordelen **met** gebruikmaking van de complexiteitscriteria. Hiervoor dient U gebruik te maken van de bijgesloten BEGRIPPENLIJST en de vijf ANALYSEFORMULIEREN. Per casus is op naam van de cliënt een analyseformulier bijgesloten. Het analyseformulier dient als volgt te worden gebruikt. U richt zich eerst alleen op de **aanwezigheid** van de complexiteitscriteria (= de linkerkant van het formulier). Door een 'ja' of 'nee' in de tweede kolom te omcirkelen kunt U aangeven welke complexiteitscriteria aanwezig zijn in de casus. Het analyseformulier dient hiervoor van boven naar beneden te worden gelezen.

De mate van complexiteit van de verpleegsituatie wordt vervolgens bepaald door de verpleegkundige **Interventies** die moeten worden verricht. Hiervoor is met name de aanwezigheid van een combinatie van complexiteitscriteria bepalend. Bijvoorbeeld als de cliënt geen ziekte-inzicht heeft, wordt door de aanwezigheid van ziekte-inzicht en motivatie bij de directe omgeving van de cliënt bepaald of het verwerven van ziekte-inzicht als verpleegkundige interventie dient plaats te vinden. Indien **één of meer** verpleegkundige interventie(s) op het analyseformulier een wezenlijk onderdeel vorm(t)en van het verpleegkundig handelen, is de verpleegsituatie in de betreffende casus complex. De toevoeging 'een wezenlijk onderdeel' is van essentieel belang, omdat veel van de interventies die op het analyseformulier worden genoemd altijd een onderdeel zijn van het verpleegkundig handelen. Met 'een wezenlijk onderdeel' wordt aangegeven, dat de handeling expliciet in het verpleegplan moet worden geformuleerd om een specifiek verpleegdoel te bereiken.
4. Het ANTWOORDFORMULIER dat U ook bij het eerste punt heeft gebruikt, kunt U nu verder invullen door aan te geven wat de mate van complexiteit is **met** gebruikmaking van de complexiteitscriteria. Als er een verschil bestaat met de complexiteits-oordelen uit de eerste stap, kunt U op het antwoordformulier aangeven wat volgens U de reden hiervoor is. Eveneens ben ik benieuwd naar uw mening over de eenduidigheid / relevantie van de verschillende criteria en de wijze waarop de mate van complexiteit wordt bepaald.
5. Tot slot wil ik U vragen de volgende formulieren in de antwoordenvolop terug te sturen:
  - 5 ANALYSEFORMULIEREN
  - 1 ANTWOORDFORMULIER

## **CASUSSEN bedoeld om de complexiteitscriteria uit te testen**

De informatie in onderstaande beschrijvingen is verkregen tijdens het intake-bezoek. Dit is alle informatie die U heeft over de situatie. Ik wil U vragen op grond van deze informatie tot een oordeel te komen. Waarschijnlijk heeft U af en toe het idee dat U informatie mist. Dit komt echter overeen met de praktijk, omdat U dan ook niet altijd over alle informatie beschikt.

### **I Casus over dhr. de Vries**

Dhr. en mw. de Vries (69 en 67 jaar) wonen zelfstandig in hun eigen huis. Dhr. de Vries is in het ziekenhuis opgenomen geweest in verband met een 'total hip'-operatie. De operatie is geslaagd en dhr. heeft voor de eerste zes weken een lijst met leefregels meegekregen. Mw. de Vries is slecht ter been en is als gevolg daarvan op het moment dat haar echtgenoot in het ziekenhuis verbleef, gevallen waarbij ze haar rechter arm brak. Vanuit het ziekenhuis werden dhr. en mw. de Vries aangeraden om in verband met hun verslechterde mobiliteit en ADL-afhankelijkheid een tijdelijke opname in het verpleeg- of verzorgingshuis te overwegen. Het echtpaar weigert hieraan gehoor te geven. Ze willen met hulp van de wijkverpleging en gezinsverzorging thuis blijven wonen. Vanuit de gezinsverzorging kan per dag maximaal drie keer een uur worden geleverd: 's ochtends en 's middags met het eten en 's avonds met het naar bed gaan. Dhr. de Vries wil zich precies houden aan de leefregels, maar mw. de Vries, die erg dominant is, eist van dhr. de Vries activiteiten die in strijd zijn met de voorgeschreven leefregels: hij moet bijvoorbeeld voor haar koffie zetten, koffie inschenken en de kopjes afwassen. De twee dochters en een zoon van het echtpaar wonen in dezelfde stad, maar komen zelden of nooit op bezoek omdat ze ruzie hebben met hun moeder over haar dominante gedrag. Met de burens heeft het echtpaar redelijk veel contact. Echter, dit contact wordt door mw. de Vries geëist. Ze spant iedereen voor haar karretje. Van de wijkverpleging wordt 's ochtends hulp gevraagd bij het wassen van dhr. de Vries.

### **II Casus over mw. van Dijk**

Mw. van Dijk (60 jaar) heeft sinds 12 jaar Multiple Sclerose. Zij is al 5 jaar afhankelijk van een rolstoel. Er zijn in de loop der jaren in huis aanpassingen verricht. Zij heeft ondermeer drempels laten verwijderen, wastafel op zithoogte aan laten brengen, steunen in toilet en badkamer etc. De laatste weken vermindert de kracht in haar armen sterk, vooral met haar rechterhand kan mevrouw van Dijk nog maar weinig. Zij is rechtshandig. Mevrouw van Dijk is de laatste tijd nogal eens depressief. Ze kan steeds minder zelf en voelt zich tot last worden van haar man (64 jaar). Mw. van Dijk zit de laatste tijd veel voor zich uit te kijken, doet weinig meer en wil met haar handicap niet meer naar buiten toe. Mw. en dhr. van Dijk hebben altijd een goede relatie gehad. Dhr. van Dijk heeft tot nu toe altijd de zorg voor zijn vrouw op zich genomen. Echter, de laatste tijd wordt hem dit te zwaar. De verzorging van zijn vrouw neemt steeds meer tijd in beslag waardoor dhr. steeds minder toekomt aan zijn grote hobby, vissen. Dhr. heeft de wijkverpleging gebeld met het verzoek hem te ontlasten.

### III Casus over mw. de Boer

De huisarts heeft de wijkverpleging gebeld om een intake te verrichten bij mevrouw de Boer. Mevrouw wenst hulp bij de lichamelijke verzorging. Ze is een 72 jarige weduwe zonder kinderen en woont alleen in haar eigen huis. Tengevolge van een CVA (3 jaar geleden) heeft ze moeite met spreken. Het kost haar moeite om duidelijk te maken wat ze bedoeld. Het lopen gaat de laatste tijd steeds slechter, maar in huis zijn geen hulpmiddelen aanwezig om haar hierbij te ondersteunen. Mw. durft niet meer in bad omdat ze daar een keer is uitgedegen en hard gevallen. Overigens vindt ze het vermoeiend om zichzelf helemaal in één keer te wassen. Hoewel mevrouw erg graag boodschappen doet (ongeveer haar enige contact met de buitenwereld) laat ze de laatste tijd meestal een buurmeisje naar de winkel gaan. De afstand naar de winkel is te groot om met boodschappen te sjouwen. Mw. wil graag in haar huis blijven wonen, omdat ze er is geboren en getogen.

### IV Casus over dhr. Brandsma

Dhr. Brandsma is 74 jaar en heeft verlamingsverschijnselen aan zijn benen. De kracht is uit een aantal spieren verdwenen. Hij is vorig jaar geopereerd aan een hernia, maar dit heeft niet geholpen. Hij loopt met krukken. Bovendien is hij twee keer geopereerd i.v.m. slechte bloedvaten in beide benen. Hij kreeg het dringende advies te stoppen met roken. Dhr. is zich bewust van zijn slechte gezondheidstoestand en de oorzaken ervan, maar hij rookt nog steeds. Hij geniet namelijk nog steeds van zijn sigaartje en is van opvatting, dat hij "toch ergens aan moet sterven". Dhr. is voor zijn lengte te zwaar: 100 kilo en 1.70m en zijn gewicht neemt nog steeds toe. Dhr. heeft weinig hobby's en brengt de dag grotendeels zittend door. Hij heeft het gezellig met zijn vrouw (71 jaar), die van lekker koken houdt en graag voor haar man zorgt. Ze heeft hem het afgelopen jaar altijd geholpen met het wassen en aankleden. Echter, door het toenemende gewicht van haar man wordt haar dit te veel en wordt hulp gevraagd bij de lichamelijke verzorging.

### V Casus over mw. Veenstra

Mw. Veenstra, 61 jaar, heeft kortgeleden een zwaar auto-ongeluk gehad. Na een week in het ziekenhuis wegens gebroken ribben en ter observatie, kreeg ze complicaties aan het middenrif en de lever. Na een operatie heeft ze op de I.C. gelegen en is daar weer wat opgeknapt. Ondanks de goede zorgen op de afdeling is ze uit het ziekenhuis ontslagen met een grote decubituswond aan haar stuit. Mw. is ADL-zelfstandig, woont alleen en is tevreden over de huishoudelijke hulp die ze krijgt van de gezinsverzorging. Voor de verzorging van de decubituswond vraagt mw. hulp van de wijkverpleging.



## ANTWOORDFORMULIER:

### Beoordeling van de mate van complexiteit van de verpleegsituaties

zonder gebruikmaking van de  
lijst met criteria:

Casus over DHR. DE VRIES:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

Casus over MW. VAN DIJK:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

Casus over MW. DE BOER:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

Casus over DHR. BRANDSMA:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

Casus over MW. VEENSTRA:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

met gebruikmaking van de lijst  
met criteria:

Casus over DHR. DE VRIES:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

Casus over MW. VAN DIJK:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

Casus over MW. DE BOER:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

Casus over DHR. BRANDSMA:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

Casus over MW. VEENSTRA:

- wel complex
- niet complex
- onduidelijk

### Toelichting bij het hanteren van de complexiteitscriteria

Als er een verschil bestaat tussen de twee complexiteits-oordelen kunt U op de volgende pagina aangeven wat volgens U de reden is voor dit verschil (b.v. de criteria zijn niet volledig genoeg / zonder gebruik te maken van de criteria heb ik factoren over het hoofd gezien / de manier waarop de criteria worden beoordeeld is niet juist). De volgende pagina is eveneens bedoeld voor algemene opmerkingen en suggesties betreffende de complexiteitscriteria en het gebruik ervan in de praktijk.

## **BEGRIPPENLIJST met betrekking tot de lijst met complexiteitscriteria**

(bij het opstellen van deze lijst is mede gebruik gemaakt van omschrijvingen uit de onderzoeken van Wijdeven (1989) en Hanrahan et al (1990))

De omschrijvingen zijn bedoeld om de essentie van de afzonderlijke criteria aan te geven. De criteria zijn derhalve zo bondig mogelijk beschreven.

### **1. De ziekte-toestand van de zorgontvanger:**

#### *Is er sprake van een onduidelijke hulpvraag?*

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 lijkt. Na verloop van tijd blijkt, dat hij met name wil praten over zijn vrouw die onlangs is gestorven. Het nader bepalen van de verpleegkundige diagnose vormt een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen.

#### *Is de ziekte-toestand van de cliënt levensbedreigend?*

Er is sprake van een gestage verslechtering van de gezondheidstoestand bijvoorbeeld ten gevolge 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. Stervensbegeleiding vormt een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen.

#### *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 cliënten met de ziekte van Parkinson, met kanker (met name vlak nadat ze een chemokuur hebben ondergaan) of mensen die op sterven liggen. Observatie van en anticipatie op de vele wisselingen vormen een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen.

#### *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. Onvoorspelbare wisselingen kunnen zich bijvoorbeeld voordoen bij cliënten met diabetes die niet goed zijn ingesteld op insuline en cliënten met Multiple Sclerose. Observatie van en anticipatie op onvoorspelbare wisselingen vormen een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen.

**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 plaats vinden 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 bedoeld. 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 een cliënt die zich midden in een rouwverwerkingsproces bevindt of zich erg eenzaam voelt terwijl hij aan anderen niet duidelijk kan maken wat er innerlijk in hem omgaat. Met name bij een verstoorde communicatie door emotionele problemen dient de wijkverpleegkundige de cliënt te ondersteunen bij de communicatie. In de eerste plaats vormt het signaleren van het onvermogen een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen. Vervolgens dient de cliënt door de wijkverpleegkundige ondersteund te worden om adequaat te kunnen communiceren.

*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. Het verwerven van ziekte-inzicht bij de cliënt vormt een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen. De cliënt dient te worden ondersteund in het verwerven van kennis en/of het accepteren van zijn ziekte.

*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. Het motiveren van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie vormt een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen. Het gaat hierbij niet om motivatie omdat de wijkverpleegkundige het zo graag wil. Het motiveren dient ten gunste te zijn voor de cliënt.

### 3. De omgeving waarin de cliënt zich bevindt:

#### 3a. Criteria met betrekking tot de mantelzorg:

##### *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. Het verwerven van ziekte-inzicht bij de omgeving vormt een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen. De omgeving dient te worden ondersteund in het verwerven van kennis en/of het accepteren van de ziekte van de cliënt.

##### *Is de omgeving van de cliënt 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. Het ondersteunen van de omgeving van de cliënt met betrekking tot de ziekte en de verzorging vormt een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen. De omgeving moet de mogelijkheid worden gegeven zich emotioneel te uiten over de ziekte en de verzorging.

##### *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. Het motiveren van de omgeving van de cliënt om mee te werken aan het herstel van de gezondheidssituatie vormt een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen. Het gaat hierbij niet om motivatie omdat de wijkverpleegkundige het zo graag wil. Het motiveren dient ten gunste te zijn voor de cliënt.

### **3b. Criterium met betrekking tot de professionele zorg:**

#### *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 de 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 waarin 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 wijkverpleegkundige dient hiervoor verscheidene gesprekstechnieken te kunnen hanteren om zich niet onder te laten sneeuwen door andere disciplines. Coördinatie van het totale hulpverleningsproces zal hierbij in de meeste situaties een wezenlijk onderdeel vormen van het verpleegkundig handelen.

### **3c. Criteria met betrekking tot de materiële omgeving:**

#### *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 badkamer, een verhoogd toilet en een looprek. Naast de revalidatie 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 cliënten (sanering van het huis). Het veilig en/of acceptabel maken van de thuissituatie vormt een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen. De wijkverpleegkundige regelt de aanvraag voor allerlei hulpmiddelen zelf of zorgt dat de aanvraag bij de juiste personen terecht komt.

#### *Is er medisch technische apparatuur aanwezig?*

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 worden verricht waarvoor de functie van een wijkverpleegkundige vereist is. De lijst 'Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie' die is samengesteld door de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Huisartsen Vereniging (1990) kan hiervoor als uitgangspunt worden genomen. Deze lijst is als bijlage toegevoegd. Door middel van algemene maatregelen van bestuur dienen deze voorbehouden handelingen nader worden uitgewerkt.

Bijlage  
 bij Model Raamovereenkomst Medisch Handelen

DE HANDELINGEN

De Raamovereenkomst kan betrekking hebben op de volgende, alfabetisch geordende, handelingen

	WV		WZV
	I	II	
1. Blaasspoelen.			
a. Blaasspoelen met een spoelzakje (urotainer) bij patiënten met een verblijfscatheter.	X		X
b. Blaasspoelen met een blaasspuit bij patiënten met een verblijfscatheter.	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 Peritoneaal dialyse.	X		
6. Clysmas: 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		

\* 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. Dit kan de hoofdwijkverpleegkundige zijn.

II Handelingen die door de (huis)arts voorgeschreven zijn 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 In kolom I en II staan de handelingen aangekruist waartoe de wijkverpleegkundige op grond van opleiding en werkervaring in principe de bekwaamheid bezit, of waartoe middels scholing de bekwaamheid te ontwikkelen is.

(Vervolg Bijlage bij Model Raamovereenkomst Medisch Handelen)

	WV		WZV
	I	II	
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 praeter naturalis).	X		
19. Supra-pubische verblijfscatheter.	X		
a. Verwisselen van de supra-pubische verblijfscatheter * .			
b. Verzorgen van de insteekopening van de supra-pubische verblijfscatheter.		X	
20. Tampons.			
a. Verwisselen 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 wonddraines.	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. Dit kan de hoofdwijkverpleegkundige zijn.

II Handelingen die door de (huis)arts voorgeschreven zijn 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 In kolom I en II staan de handelingen aangekruisd waartoe de wijkverpleegkundige op grond van opleiding en werkervaring in principe de bekwaamheid bezit, of waartoe middels scholing de bekwaamheid te ontwikkelen is.

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.

## ANALYSEFORMULIER voor het bepalen van de mate van 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	De interventies vormen een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig handelen
<p>1. <i>Tekorten in de gezondheidstoestand van de cliënt:</i>  de hulpvraag is onduidelijk:  de toestand van de cliënt is levensbedreigend:  er zijn veel wisselingen in de toestand van de cliënt:  wisselingen in de toestand van de cliënt zijn onvoorspelbaar:</p>	<p>ja / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee</p>	<p>1. <i>Tekorten in de gezondheidstoestand van de cliënt:</i>  verpleegkundige diagnose nader bepalen:  stevensbegeleiding:  observatie van en anticipatie op veel wisselingen in de toestand van de cliënt:  observatie van en anticipatie op onvoorspelbare wisselingen in de toestand van de cliënt:</p>	<p>ja / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee</p>
<p>2. <i>De ontvanger van het verpleegkundig handelen:</i>  bij de cliënt ontbreekt het vermogen om adequaat te communiceren:  bij de cliënt ontbreekt ziekte-inzicht:  bij de cliënt ontbreekt de motivatie om mee te werken:</p>	<p>ja / nee  ja / nee  ja / nee</p>	<p>2. <i>De ontvanger van het verpleegkundig handelen:</i>  signaleren van en ondersteunen bij een adequate communicatie:  begeleiding gericht op het verwerven van ziekte-inzicht bij de cliënt:  begeleiding gericht op het motiveren van de cliënt om mee te werken:</p>	<p>ja / nee  ja / nee  ja / nee</p>
<p>3. <i>De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt:</i>  bij de omgeving van de cliënt ontbreekt ziekte-inzicht:  de omgeving van de cliënt is overbelast:  de omgeving van de cliënt is ongemotiveerd om mee te werken:  intensieve samenwerking met andere disciplines is gewenst:  de thuissituatie is onveilig en/of onacceptabel:  medisch technische apparatuur is aanwezig:</p>	<p>ja / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee</p>	<p>3. <i>De omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt:</i>  begeleiding gericht op het verwerven van ziekte-inzicht bij de omgeving van de cliënt:  emotionele ondersteuning van de omgeving van de cliënt:  begeleiding gericht op het motiveren van de omgeving van de cliënt om mee te werken:  intens samenwerken met andere disciplines en/of coördinatie van het totale hulpverleningsproces:  veilig of acceptabel maken van de thuissituatie:  medisch technische handelingen die door een wijkverpleegkundige moeten worden verricht:</p>	<p>ja / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee</p>



Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

**'Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen'**

Auteur: T.A.Wiegers

Utrecht, 1992, 193 pag., fl. 28,00

In dit onderzoek zijn criteria ontwikkeld voor het meten van de kwaliteit van extramurale CARA-zorg voor kinderen, waarbij gekeken is naar vier aspecten van die zorg, namelijk: de aanvraag voor een CARA-huisbezoek, het CARA-huisbezoek zelf, de terugrapportage en de follow-up. Aan de hand van de criteria zijn drie werkwijzen, drie modellen met elkaar vergeleken. In één van de aanbevelingen wordt voorgesteld om binnen de extramurale verpleging de CARA-zorg als specialisatie of aandachtsgebied op te nemen.

**Project gespecialiseerde thuiszorg voor patiënten met AIDS**

Auteurs: M. Moons, J.H. Biewenga & A. Kerkstra

Utrecht/Rotterdam: NIVEL/AZR, 1993, in druk

In dit experiment zijn medisch-technische en verpleegkundige handelingen waarvoor de patiënt gewoonlijk naar de polikliniek van het ziekenhuis gaat, aangeboden in de thuissituatie. Verpleegkundig AIDS-consultanten, verbonden aan het Academisch ziekenhuis Rotterdam en onder verantwoordelijkheid van de behandelend internist, bezochten hiervoor de patiënten thuis. Deze gespecialiseerde thuiszorg is ontwikkeld voor die patiënten met AIDS waarvoor vanwege hun slechte lichamelijke conditie, het reizen naar de polikliniek bezwaarlijk is. De mogelijkheden en wenselijkheid van deze vorm van thuiszorg zijn onderzocht vanuit medisch-verpleegkundig, sociaal-psychologisch, economisch en organisatorisch perspectief.

**Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam In Rotterdam**

Auteurs: D.H. Collijn, A. Kerkstra

Utrecht: NIVEL, 1992, 108 pag., fl. 17,00

In Rotterdam wordt geëxperimenteerd met een nieuwe schakel in de zorg voor ouderen: Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteams (GDt's). Een GDt ondersteunt op verzoek de huisarts met multidisciplinaire diagnostiek en behandeladviezen. Dit rapport is de neerslag van een verkennende studie naar het inhoudelijk en procesmatig functioneren van het eerst gestarte GDt.

De diagnostiek en de behandeladviezen van het GDt vormen een aanvulling op het beleid van de huisarts. Er zijn knelpunten gesignaleerd in het functioneren. In de aanbevelingen wordt een aanzet gegeven voor het oplossen van de knelpunten.

