

5274

**AANBEVELINGEN VOOR
FUNCTIEDIFFERENTIATIE BINNEN DE THUISZORG**

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

 **NIVEL**
bibliotheek **drieharingstraat 6**
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

P.G.M. Jansen
A. Kerkstra

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

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD iii

1. INLEIDING 1

2. AANBEVELINGEN

2.1. Verticale functiedifferentiatie 3

2.1.1. De functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster 4

2.1.2. De functies van wijkverpleegster en gezinsverzorgende 16

2.2. Horizontale functiedifferentiatie 22

2.3. Tot besluit 29

LITERATUURLIJST 31

BIJLAGE : Begrippenlijst

VOORWOORD

In dit rapport worden de aanbevelingen weergegeven die zijn voortgekomen uit 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. Huijer-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

1. INLEIDING

Als gevolg van verschillende ontwikkelingen in de maatschappij en de gezondheidszorg wordt binnen de extramurale verpleging en de gezinsverzorging een bruikbare functiedifferentiatie (herverdeling van taken) noodzakelijk geacht. Derhalve is een onderzoek verricht met als 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 Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988) en het Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende (Werkgroep werkveld SOGW, 1990) dienden hierbij als uitgangspunt.

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.

In dit verslag worden de aanbevelingen gepresenteerd die zijn voortgekomen uit dit onderzoek. Het betreft een nadere omschrijving van de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende. Tijdens een 'invitational conference' is een concept-versie van de aanbevelingen besproken door 26 deskundigen uit verschillende geledingen binnen de extramurale verpleging en gezinsverzorging. De opmerkingen die tijdens deze bijeenkomst zijn gemaakt zijn verwerkt in de definitieve versie van de aanbevelingen.

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; 84% van de erkende kruisorganisaties en 59% van de instellingen voor gezinsverzorging hebben deelgenomen aan de enquête. Tevens zijn criteria ontwikkeld voor het bepalen van de mate van complexiteit van verpleegsituaties. Deze criteria zijn onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit, waarbij 65 wijkverpleegkundigen een aantal gevalsbeschrijvingen hebben beoordeeld aan de hand van de criteria.

Voor een uitgebreide beschrijving van de resultaten en de ontwikkelde criteria voor complexiteit van de verpleegsituatie wordt verwezen naar het rapport 'Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg' (Jansen & Kerkstra, 1993). Tot slot wordt vermeld dat meerdere projecten worden uitgevoerd (Kanters et al, 1992; Calon et al 1992; Streumer et al, 1992), waarmee op verschillende wijze inhoud wordt gegeven aan functiedifferentiatie binnen de gezondheidszorg.

2. AANBEVELINGEN

Op grond van de resultaten uit het onderzoek zijn aanbevelingen geformuleerd voor een verticale en horizontale functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Voor een omschrijving van deze en andere essentiële begrippen wordt verwezen naar de begrippenlijst. Bij de verticale functiedifferentiatie komen aanbevelingen voor de onderscheidende kenmerken tussen de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster¹ en gezinsverzorgende 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.

2.1. Verticale functiedifferentiatie

De vraagstelling met betrekking tot de verticale functiedifferentiatie is 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

¹ In dit onderzoek wordt in navolging van het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988) voor het tweede deskundigheidsniveau binnen de verpleging de term verpleger/verpleegster gebruikt. Op deze manier wordt het mogelijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen wijk*verpleging* en gezins*verzorging*. Hiermee wordt gepoogd een mogelijke begripsverwarring als gevolg van het gebruik van de term zieken*verzorgende* 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.

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 2.1.1. worden alleen de functies van wijkverpleegkundige en wijkverpleegster beschreven. De functie van gezinsverzorgende komt aan de orde in paragraaf 2.1.2. Hierin wordt eveneens aandacht besteed aan samenwerkingsmogelijkheden met de wijkverpleging.

2.1.1. 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, 1988) 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-organisaties¹ 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, 1988) 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 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.

¹ *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.*

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt, dat in de praktijk de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegster verder strekt dan het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988) 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 *eind*verantwoordelijkheid en *eerst*verantwoordelijkheid. 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 zij er voor verantwoordelijk het werk rond de cliënt op zodanige wijze over te dragen (bijv. 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 verpleegkundige 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 2.2.).

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 die in het rapport (Jansen en Kerkstra, 1993) is beschreven 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, zèlf 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 het rapport (Jansen en Kerkstra, 1993) wordt 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 cliënttoewijzing. 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 een 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 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 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 werklasmetingen, 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 cliënttoewijzing. 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 vv en wijkverpleegster als wvp.

2.1.2. 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 huishoude-

lijke 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 verzorgend 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, 1988). 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 hantieren, 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. Amelsvoort et al (1991) geven een overzichtelijk schema waaruit blijkt, 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. 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.

2.2. Horizontale functiedifferentiatie

De vraagstelling met betrekking tot de horizontale functiedifferentiatie is 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 volwassenezorg.

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 (Cumberlege, 1986) 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. 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 bijschoold 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 rapport (Jansen en Kerkstra, 1993) wordt 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/stevensbegeleiding. 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 harten 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 rapport (Jansen en Kerkstra, 1993) wordt 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.

2.3. 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.

LITERATUURLIJST

- 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.
- BENNER, P. (1984). *From Novice to Expert*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Co.
- 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.
- CUMBERLEGE, J. (1986). *Neighbourhood nursing - A focus for care. Report of the Community Nursing Review*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- 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*.
- DGVGZ, GBO, VVBO (1987). *Regeling opleiding A-Verpleegkundige 1986*. Lochem: De Tijdstroom.
- HBO-Raad (1991). *Landelijke eindtermen van de HBO-V in Nederland gedateerd januari 1991*. 's-Gravenhage: Vereniging van Hogescholen.
-  JANSSEN, P.G.M., A. KERKSTRA (1993). *Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. De functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende nader omschreven*. Utrecht: NIVEL.
- 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.
- 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.
- McFARLAND, G.K., E.A. McFARLANE (1989). *Nursing Diagnosis & Interventions. Planning for patient care*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1988). *Verpleegkundig Beroepsprofiel*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1990). *Advies Functiedifferentiatie in de verpleging*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

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.

VOG (1991). *Personele en Instellingskenmerken in de Gezinsverzorging in 1989*. Rijswijk: VOG.

WERK GROEP 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.

BIJLAGE

Begrippenlijst

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

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 extramuraal 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 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.

