wijkverpleegkundigen / wijkziekenverzorgenden / takenpakket / beroepsuitoefening / beroepsprofiel / jeugdgezondheidszorg / preventie / patiëntenvoorlichting / coordinatie / rapportage

HET WERK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EN WIJKZIEKENVERZORGENDEN IN NEDERLAND

ONDERZOEKSVERSLAG

T. Vorst-Thijssen
A. v.d. Brink-Muinen
A. Kerkstra

Van de

februari 1990

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Vorst-Thijssen, T.

Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland: onderzoeksverslag / T. Vorst-Thijssen, A. v.d. Brink-Muinen, A. Kerkstra.
- Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL
Met tabellenboek
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-120-6
ISBN 90-6905-119-2 (tabellenboek) in spiraalband
SISO 613.7 UDC 364.444(492)
Trefw.: wijkverpleging, Nederland

VOORWOORD

In dit rapport (met bijbehorend tabellenboek) wordt verslag gedaan van een landelijk onderzoek naar het werk van de wijkverpleging. Met behulp van meetinstrumenten die in een eerdere fase van dit onderzoek zijn ontwikkeld, worden de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden beschreven en gekwantificeerd. Tevens wordt in kaart gebracht welke zorg wordt verleend aan welke groepen patienten en op welke tijdstippen, dat wil zeggen overdag, 's avonds en in het weekend.
Aan dit onderzoek hebben vele wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden meegewerkt door hun werkzaamheden te registreren of door een vragenlijst in te vullen. We bedanken hen allen voor hun bereidwilligheid en de nauwgezette wijze waarop ze hun medewerking hebben verleend.

Het onderzoek werd gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Ter ondersteuning is een begeleidingscommissie in het leven geroepen. Deze was als volgt samengesteld:
Prof. Dr. H. Philipsen (voorzitter), Vakgroep Verplegingswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg; Drs. P.A.G. Slingerland, Nationale Kruisvereniging, opgevolgd door mevrouw Drs. J. Bastiaenen; mevrouw Drs. I. Jansen, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, opgevolgd door Mr. Drs. J.P. Dopheide; mevrouw M. van Vliet, Geneeskundige Hoofdinspectie; mevrouw E. Smits, ex-docente Rijkshogeschool Groningen; mevrouw J. Kruyt, Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde; en mevrouw F. Goddijn, ex-wijkverpleegkundige.
We bedanken de leden van de commissie voor de constructieve bijdrage die ze hebben geleverd aan de totstandkoming van het onderzoek.

Het onderzoek werd verricht door mw. drs. T.M.L. Vorst-Thijssen. Daarnaast hebben een aantal NIVEL-medewerkers gedurende verschillende fasen van het onderzoek een bijdrage geleverd:
J. Hoogstraten (assistentie bij veldwerk en dataverzameling); mw. R. de Groot, mw. R. Persaud en mw. R. Wiegers (data-entry); mw. drs. T. Wiegers (data-entry en assistent-onderzoeker bij het vragenlijst-

onderzoek); mw. P. Swords, BSc. (research-assistentie); mw. M. Hol (secretariaat); mw. drs. A. van den Brink-Muinen (data-analyse en assistentie bij rapportage); drs. R. Verhey (assistentie bij data-analyse); en mw. dr. A. Kerkstra (begeleiding van het onderzoek).

Utrecht, februari 1990

INHOUD

1. ALGEMENE INLEIDING

In het voorliggende rapport wordt verslag gedaan van een landelijk representatief onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn werkzaam binnen het Kruiswerk. Tijdens de dataverzameling van dit onderzoek, in 1988, heeft het Kruiswerk nog de volgende organisatiestructuur (Nationale Kruisvereniging, 1989):
Op landelijk niveau functioneert de Nationale Kruisvereniging. De Nationale Kruisvereniging heeft 15 lidinstellingen, waarvan het werkgebied meestal een hele provincie bestrijkt. Daarnaast zijn er lidinstellingen voor de grote steden Amsterdam en Rotterdam, en in de provincie Overijssel zijn twee lidinstellingen aanwezig: West-Overijssel en Twente. Iedere lidinstelling omvat als regel een aantal Erkende Kruisorganisaties (totaal circa 130). Deze Erkende Kruisorganisaties verschillen sterk van grootte in termen van het aantal inwoners dat hun verzorgingsgebied telt. Binnen een Erkende Kruisorganisatie zijn een aantal uitvoerende eenheden actief: de basiseenheden. Het aantal varieert al naar gelang de grootte van een Erkende Kruisorganisatie. In totaal zijn er 499 basiseenheden in Nederland (Nationale Kruisvereniging, 1987a). Een basiseenheid bestaat doorgaans uit een team van één hoofdwijkverpleegkundige, circa 12 wijkverpleegkundigen en circa vier wijkziekenverzorgenden. De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn in dienst bij een Erkende Kruisorganisatie. Het werkgebied van een basiseenheid variëert van 15.000 - 30.000 inwoners.
Vanaf het voorjaar 1989 is er echter een reorganisatie gaande binnen het Kruiswerk. Binnen deze reorganisatie is het de bedoeling dat het aantal Erkende Kruisorganisaties in 1990 teruggebracht zal zijn tot circa 60 Erkende Kruisorganisaties, waarbij het gemiddelde werkgebied circa 230.000 inwoners zal omvatten. In de nieuwe situatie is een tweelagenstructuur ontstaan op grond van het feit dat nu Erkende Kruisorganisaties rechtstreeks lid kunnen worden van de Nationale Kruisvereniging. De financiering van de Nationale Kruisvereni-

ging zal per 1 januari 1990 grotendeels worden gedragen door haar leden (Nationale Kruisvereniging, 1989).
Verder streven de Nationale Kruisvereniging en de landelijke koepel voor de gezinsverzorging, de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, naar verdergaande samenwerking. Er worden door beide organisaties plannen ontwikkeld voor het realiseren van een nieuwe landelijke organisatie voor de thuiszorg. Dit zal waarschijnlijk leiden tot de oprichting van de Vereniging voor Thuiszorg in april 1990 (Nationale Kruisvereniging, 1989).

1.1. Achtergrond en doel van het onderzoek

In 1985 werd het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur benaderd met de vraag een landelijk onderzoek te verrichten naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. De reden hiervoor was dat op dat moment weinig onderzoek voorhanden was op het terrein van de wijkverpleging. In de jaren zeventig zijn enkele onderzoeken op landelijk niveau uitgevoerd (Knapen, Scheffer en Hutjes, 1975; Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1978; 1979), maar recente **landelijke** cijfermatige gedetailleerde gegevens over het handelen van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ontbraken. Omdat er sindsdien een aantal ontwikkelingen hebben plaatsgevonden binnen het Kruiswerk, zoals een algehele herstructurering van de kruisorganisaties en de invoering van de AWBZ-financiering in 1980, die gevolgen hebben gehad voor het werk van de wijkverpleging, zijn de gegevens uit de jaren zeventig verouderd. Dit betekent dat er geen overzicht op nationale schaal aanwezig is van de concrete activiteiten en handelingen van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, alsmede van de tijdsbesteding aan de diverse werkzaamheden.
Ook binnen het NIVEL was in 1985 onderzoek naar de wijkverpleging een nieuw terrein. Besloten werd om eerst een grondige voorstudie te verrichten met een tweeledig doel:

1. Het verzamelen van basiskennis door middel van literatuurstudie over de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.
2. Het ontwikkelen van een (gezien de kosten en belasting voor respondenten) zo optimaal mogelijke methode of een reeks van meetinstrumenten waarmee deze werkzaamheden in een landelijk representatieve steekproef gemeten kunnen worden.

Voor een uitgebreid verslag van deze voorstudie verwijzen we naar Kerkstra & de Wit (1987).

Uit de bovengenoemde literatuurstudie bleek dat er de laatste jaren wel op **regionaal** niveau een aantal pogingen zijn ondernomen om het werk van wijkverpleegkundigen qua inhoud en tijdsbesteding te onderzoeken. Sommige van deze studies zijn gericht op het meten van enkele taken, zoals preventie (Boerma, 1985) of het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (Muskens, 1984). In andere onderzoeken wordt getracht meerdere werkzaamheden (bijvoorbeeld Hoeksma, 1985; Boom e.a., 1986), vaak met behulp van de zorgcategorieën uit het Wijkadministratiesysteem, in kaart te brengen. In géén van deze onderzoeken worden echter meetinstrumenten gehanteerd, waarmee het takenpakket van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden voldoende gedetailleerd en volledig wordt onderzocht.

Daarnaast is de Nationale Kruisvereniging sinds 1985 bezig om via peilstations met behulp van het Wijkadministratiesysteem registratiegegevens te verzamelen (Nationale Kruisvereniging, 1989). De verzamelde gegevens hebben vooral betrekking op de zogenaamde patiëntgerichte activiteiten van de wijkverpleging, dat wil zeggen de werkzaamheden die worden verricht tijdens de contacten met de patiënten thuis, op het spreekuur en tijdens telefonische contacten. Er worden géén gegevens verzameld omtrent de frequentie van en de tijdsbesteding aan de consultatiebureaus, de georganiseerde GVO, overlegsituaties binnen de basiseenheid, administratie en verslaglegging, bijscholing en dergelijke.

Bovendien zijn er geen gegevens bekend omtrent de betrouwbaarheid en validiteit van de rapportagegegevens die met behulp van het

Wijk- administratiesysteem worden verzameld. Uit de onderzoeken van Deutekom en Eliens (1983) en Ten Thije (1985) komt naar voren dat er overlappingen bestaan tussen de verschillende zorgcategorieën. De omschrijvingen en classificaties van de werksoorten in het rapportagesysteem veroorzaken daardoor vaak verwarring bij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (Van Helmond-Donders, 1985).
Tenslotte is niet bekend in hoeverre de zeven erkende kruisorganisaties die als peilstation fungeren representatief zijn voor heel Nederland (Nationale Kruisvereniging, 1989).

In genoemde voorstudie zijn tevens twee meetinstrumenten ontwikkeld, een vragenlijst en zelf-registratieformulieren waarmee in combinatie de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden op een betrouwbare en valide wijze in een landelijk representatieve steekproef kunnen worden gemeten. Deze meetinstrumenten zijn namelijk uitgetest in een kleinschalig onderzoek, waaraan in totaal 34 wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden hun medewerking hebben verleend. Uit dat onderzoek komt naar voren dat wijkverpleegkundigen een breed takenpakket hebben. Hun werkzaamheden kunnen in de volgende categorieën worden ingedeeld:
I. Patiëntgebonden activiteiten. Bij de patiëntgebonden activiteiten is er sprake van contact (verbaal of niet-verbaal) tussen wijkverpleegkundige en patiënt. Het gaat hier derhalve om de **directe patiëntenzorg**. Bij deze activiteiten wordt verder onderscheid gemaakt naar de **plaats** waar de wijkverpleegkundige zorg wordt verleend:

1. Bij de patiënt thuis (huisbezoek). Hierbij worden twee soorten huisbezoeken onderscheiden:
   a. Huisbezoeken waarin zorgactiviteiten worden verricht die in principe betrekking kunnen hebben op patiënten van elke leeftijd. Deze activiteiten worden verricht in het kader van lichamelijk-hygiënische zorgverlening, verpleegtechnisch handelen, 'ingebouwde' GVO, begeleiden bij psycho-sociale problemen, stimuleren en ondersteunen van mantelzorg, observeren, huishoudelijke bezigheden, en sociale en administratieve activi-

teiten. Ook het intake-gesprek en oriëntatiebezoeken aan CARA- en reumapatiënten en dergelijke vallen hieronder.

b. Huisbezoeken die worden afgelegd ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen patiënten. Deze huisbezoeken hebben een preventieve functie: het betreft huisbezoeken aan aanstaande moeders, ouders met zuigelingen of kleuters en ouderen die niet om hulp hebben gevraagd bij de kruisvereniging, maar welke door de wijkverpleging veelal op eigen initiatief worden ondernomen.

2. Patiëntgebonden activiteiten in het wijkgebouw. Het betreft hier activiteiten van wijkverpleegkundigen tijdens de consultatiebureaus, gehoorscreeningzittingen, het spreekuur en tijdens georganiseerde gezondheidsvoorlichting en -opvoedingsbijeenkomsten.

II. Niet-patiëntgebonden activiteiten. Dat wil zeggen activiteiten die worden verricht zonder dat er sprake is van contact tussen de wijkverpleegkundige en de patiënt. Een aantal van deze activiteiten worden echter wel ten behoeve van de patiënten uitgevoerd. Hiermee worden de volgende werkzaamheden bedoeld: administratie en verslaglegging, overlegsituaties, bijscholings- en studie-activiteiten, begeleiding van stagiaires, en reizen binnen werktijd.

Voor nadere detaillering en omschrijving van deze werkzaamheden verwijzen we naar Kerkstra & de Wit (1987) en naar de handleiding (zie Bijlage II).

Uit het vooronderzoek blijkt verder dat het takenpakket van de wijkziekenverzorgenden smaller is: wijkziekenverzorgenden leggen huisbezoeken af ten behoeve van patiënten van alle leeftijdscategorieën en sommigen van hen leggen preventieve ouderenbezoeken af. Daarnaast verrichten ze ook een aantal niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals administratieve werkzaamheden, het deelnemen aan overlegsituaties, deskundigheidsbevordering en het begeleiden van stagiaires. Tevens kwamen er individuele verschillen naar voren zowel tussen wijkziekenverzorgenden onderling als tussen wijkverpleegkundigen onderling. Dit betekent dat met behulp van de door ons ontwikkelde meetinstrumenten goed gedifferentieerd kan worden

+ AK
WZ

tussen de beide typen zorgverleners en **binnen** de beide groepen zorgverleners.

Het doel van dit onderzoek is een representatief beeld te verkrijgen van het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. In dit hoofdonderzoek wordt gebruik gemaakt van de meetinstrumenten die in het vooronderzoek zijn ontwikkeld. Hierbij gaat het in de eerste plaats om het beschrijven en kwantificeren van de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in termen van een aantal hoofdcategorieën, die weer onderverdeeld zijn in een aantal concrete activiteiten, alsmede om het kwantificeren van de tijdsbesteding aan de diverse werkzaamheden. Daarbij zullen tevens de verschillen in het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kaart worden gebracht.
In de tweede plaats zal worden onderzocht in hoeverre wijkverpleegkundigen onderling en wijkziekenverzorgenden onderling verschillen in hun werkzaamheden en welke factoren daarop van invloed zijn. Bij deze factoren zal een onderscheid worden gemaakt tussen (1) individuele kenmerken van de betrokkenen zoals leeftijd, opleiding en ervaring; en (2) kenmerken van de werksituatie zoals wijkgericht of buurtgericht werkzaam zijn, de mate van samenwerking met andere eerstelijns-hulpverleners en de omvang, urbanisatiegraad en de bevolkingsopbouw van het werkgebied.
Ten derde zal in kaart worden gebracht welke zorg wordt verleend aan welke groepen patiënten en op welke tijdstippen, dat wil zeggen overdag, 's avonds en in het weekend.

Uit het geschetste doel komt naar voren dat dit onderzoek beschrijvende gegevens zal opleveren omtrent de concrete werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden op een voldoende gedetailleerd niveau, die een representatief beeld geven van de Nederlandse situatie. Als zodanig levert het een schat aan basismateriaal op dat:

a. aan beleidmakers inzicht verschaft van wat er in de wijkverpleegkundige praktijk concreet gebeurt, wat van belang is met het oog op de ontwikkelingen van het gezondheidszorgbeleid in relatie tot

verwachte veranderingen (vergrijzing van de bevolking, toename van thuiszorg, meer nadruk op preventie, etc.);

b. voor de beroepsgroep bouwstenen aan kan leveren voor de verdere ontwikkeling van een takenpakket en differentiatie naar deskundigheidsniveau van de beroepsbeoefenaars;

c. voor onderzoekers het eerste noodzakelijke basismateriaal aanlevert dat nodig is voor de ontwikkeling van een relatief nieuw onderzoeksveld (zeker in de Nederlandse traditie), op basis waarvan relevante meer specifieke onderzoeksvragen kunnen worden gegenereerd en diverse toegepaste onderzoeken (bijvoorbeeld evaluatie-onderzoek) kunnen worden ontworpen.

1.2. Vraagstellingen

Uit het doel van het onderzoek kunnen een aantal vraagstellingen worden afgeleid. De eerste vraagstelling luidt:

1. Waaruit bestaan de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland?

In dit onderzoek gaat het in de eerste plaats om inzicht te krijgen in de huidige situatie. Met andere woorden om het beschrijven en kwantificeren van de werkzaamheden en de tijdsbesteding van de beide soorten zorgverleners. Daarom kan deze algemene vraag nader gespecificeerd worden in een aantal subvragen:

1.1. Waaruit bestaat de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, onderverdeeld naar een aantal hoofdcategorieën van het werk?

1.2. Hoe is de verdeling van de concrete activiteiten per hoofdcategorie?

1.3. Op welke wijze verschillen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen van die van de wijkziekenverzorgenden?

1.4. Wat is de verhouding in de tijdsbesteding aan de verschillende werkzaamheden? Bijvoorbeeld de verhouding in tijdsbesteding aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkzaamheden; en de verhouding in tijdsbesteding aan de verschillende taken

zoals deze worden omschreven in profielschetsen voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

In dit onderzoek zullen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gedetailleerd in kaart gebracht worden. Bij de wijkverpleegkundigen zal onderscheid worden gemaakt tussen de activiteiten van wijkverpleegkundigen die door de week overdag werkzaam zijn en wijkverpleegkundigen die 's avonds, of in het weekend werken. Daarnaast blijkt uit vraag 1.4. dat in dit onderzoek zal worden getracht de concrete activiteiten te vertalen naar het takenprofiel van wijkverpleegkundigen en van wijkziekenverzorgenden. Hiermee doelen we op het verpleegkundig beroepsprofiel zoals dat is geformuleerd in het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1984, 1988b) en voor wijkverpleegkundigen nader is uitgewerkt in een discussienota van de Nationale Kruisvereniging (1985) en op de profielschets voor de wijkziekenverzorgende (Nationale Kruisvereniging, 1987b). Op deze wijze kan worden nagegaan welke taken frequent worden uitgevoerd, aan welke taken veel tijd wordt besteed en welke taken in de verdrukking komen. Met het oog op bijvoorbeeld de toenemende vergrijzing in Nederland c.q. een toenemend beroep dat door ouderen gedaan wordt op de wijkverpleging, lijkt het zeer relevant om dit te onderzoeken.

De tweede vraagstelling die we willen beantwoorden is:

2. In welke mate verschillen wijkverpleegkundigen onderling en wijkziekenverzorgenden onderling in hun werkzaamheden en welke factoren zijn daarop van invloed?

Bij de beschrijving van het doel van het onderzoek hebben we reeds vermeld dat bij deze factoren onderscheid zal worden gemaakt tussen individuele kenmerken van de betrokkenen en kenmerken van de werksituatie. Daarom kunnen de volgende subvragen gespecificeerd worden:

2.1. In hoeverre hangt de variatie in de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen onderling en van wijkziekenverzorgenden onderling samen met individuele kenmerken als leeftijd, opleiding, ervaring en percentage dienstverband?

2.2. In hoeverre hangt de variatie in de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen onderling en van wijkziekenverzorgenden onderling samen met kenmerken van de situatie waarin ze werkzaam zijn? Hierbij denken we aan factoren als buurt- of wijkgericht werken, mate van samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners, omvang, bevolkingsopbouw en urbanisatiegraad van het werkgebied.

2.3. Is het mogelijk aan te geven welke van de bovengenoemde factoren de variatie in de werkzaamheden binnen de beide groepen hulpverleners relatief het beste verklaren?

De derde vraagstelling die uit het doel van het onderzoek af te leiden is luidt:

3. Welke zorg wordt verleend door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan welke groepen patiënten?

Hierbij zullen de volgende patiëntenkenmerken worden betrokken: leeftijd, geslacht, alleenstaand of samenwonend, doelgroep (achterliggende ziekte) en land van herkomst. Uit gegevens van het Wijkadministratiesysteem (Nationale Kruisvereniging, 1986) komt naar voren dat met uitzondering van de jeugdgezondheidszorg, het percentage van de bevolking dat in zorg is bij het Kruiswerk toeneemt met de leeftijd. Dat ouderen een zorgintensieve groep betreffen wordt daarnaast bevestigd door resultaten van onderzoek naar de 24-uurs zorgverlening van de wijkverpleging. Onderzoek dat werd uitgevoerd in Friesland (Boom e.a., 1986) en in Zeeland (Besteman en Dresmé, 1985) laat zien dat 75% van de patiënten die gebruik maken van de avond- en nachtzorg 65 jaar of ouder is.

Vanwege de aandacht die in de Nota 2000 (Ministerie van WVC, 1986) en in de recente nota 'Doelgericht Veranderen' (Ministerie van WVC, 1989) aan diverse patiëntencategorieën als CARA-, reuma- en kankerpatiënten en patiënten met hart- en vaatziekten wordt besteed en omdat er weinig gegevens voorhanden zijn in hoeverre deze verschillende patiëntencategorieën bij de wijkverpleging in zorg zijn, lijkt het zinvol de patiënten in doelgroepen onder te brengen.

Wat betreft het land van herkomst is het in de eerste plaats binnen de jeugdgezondheidszorg relevant om na te gaan wat de activiteiten

van wijkverpleegkundigen zijn en de tijdsbesteding aan de zogenoemde ethnische minderheden. Verder is er nauwelijks iets bekend omtrent de vraag in hoeverre ouderen die een ander land van herkomst hebben een beroep doen op de wijkverpleging.
Gegeven het feit dat momenteel in circa 80% van de basiseenheden avond- en/of nachtzorg wordt verleend (Nationale Kruisvereniging, 1986) lijkt het tevens relevant om na te gaan welke patiënten gebruik maken van deze avond- en/of nachtzorg.
Ook vraag 3 wordt daarom in een aantal subvragen gespecificeerd:

3.1. Welke zorg wordt door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verleend aan patiënten van verschillende leeftijden en geslacht?
3.2. Welke zorg wordt door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verleend aan patiënten in verschillende doelgroepen?
3.3. Welke zorg wordt verleend aan patiënten uit een ander land van herkomst en hoe is de leeftijdsverdeling van deze patiënten? Nemen contacten met deze patiënten meer tijd in beslag dan de contacten met Nederlandse patiënten?
3.4. Welke patiënten (uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, alleenstaand of samenwonend en doelgroep) ontvangen tevens zorg tijdens de avonduren, in het weekend en eventueel 's nachts?
Verschilt de inhoud van de zorg die 's avonds en 's nachts wordt geboden van de zorg overdag?

1.3. Overzicht van het rapport

Aan het einde van deze algemene inleiding geven we een overzicht van de verdere opbouw van het rapport.*

---

* De tabellen behorende bij hoofdstuk 3 t/m 11 zijn weergegeven in een tabellenboek: Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. Tabellenboek (Vorst-Thijssen e.a., 1990).

In hoofdstuk 2 worden aan de hand van de taken die in de profielschets voor wijkverpleegkundigen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1984, 1988b; Nationale Kruisvereniging, 1985) en voor wijkziekenverzorgenden (Nationale Kruisvereniging, 1987b) worden genoemd, de te onderzoeken werkzaamheden ingedeeld.
De opzet en uitvoering van het onderzoek wordt in hoofdstuk 3 beschreven. In hoofdstuk 4 tot en met hoofdstuk 10 worden de resultaten weergegeven. De hoofdstukken 4 en 6 tot en met 9 zijn daarbij thematisch opgebouwd. We hebben vanwege het brede takenpakket van de wijkverpleegkundigen voor deze taaksgewijze benadering gekozen, omdat onzes inziens de resultaten op deze wijze het meest overzichtelijk kunnen worden gepresenteerd. Een andere voor de hand liggende benadering is het presenteren van de resultaten per vraagstelling. Een nadeel hiervan is echter dat dan in ieder hoofdstuk alle taken en de daaruit voortvloeiende werkzaamheden aan de orde dienen te komen. Hierdoor is de kans op versnippering en/of herhaling van resultaten groot. Wèl zullen in de samenvatting per vraagstelling de belangrijkste resultaten worden weergegeven.
In hoofdstuk 4 wordt beschreven welke zorg door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wordt verleend tijdens huisbezoeken; hoofdstuk 6 geeft een overzicht van de werkzaamheden binnen de prenatale en jeugdgezondheidszorg; hoofdstuk 7 gaat over preventieve en voorlichtingsactiviteiten; in hoofdstuk 8 wordt besproken wat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan coördinerende taken verrichten; en in hoofdstuk 9 tenslotte komen de administratieve en rapporterende taken aan de orde.
De opbouw van de bovengenoemde hoofdstukken is als volgt: Eerst wordt een overzicht gegeven van de frequentie van de betreffende werkzaamheden (vraagstelling 1.1. en 1.2.). Vervolgens wordt nagegaan op welke wijze de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen verschillen van die van wijkziekenverzorgenden (vraagstelling 1.3.) en daarna wordt nagegaan in welke mate wijkverpleegkundigen onderling en wijkziekenverzorgenden onderling verschillen in de uitvoering van de betreffende werkzaamheden en welke factoren daarop van invloed zijn (vraagstelling 2).

In hoofdstuk 5 staat het beantwoorden van vraagstelling 3 centraal: welke zorg wordt verleend door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan welke groepen patiënten? In dit hoofdstuk wordt onder andere nagegaan in hoeverre ziektebeeld (doelgroep), leeftijd en geslacht van de patiënt samenhangen met de inhoud van de verleende zorg.
In hoofdstuk 10 worden de resultaten met betrekking tot de tijdsbesteding aan de verschillende werkzaamheden weergegeven (vraagstelling 1.4.).
In hoofdstuk 11 worden per vraagstelling de belangrijkste resultaten van ons onderzoek samengevat en wordt weergegeven op welke wijze wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zèlf een aantal van hun werkzaamheden evalueren. Tot slot wordt in de discussie een aantal gesignaleerde knelpunten besproken en een aantal (beleids)aanbevelingen gedaan.

2. TAKEN VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EN WIJKZIEKENVERZORGENDEN

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de taken van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, zoals die worden onderscheiden in de profielschetsen van beide functionarissen. Per taak zal steeds worden aangegeven welke werkzaamheden worden onderzocht.
Voor een goed begrip van het vervolg van dit hoofdstuk lijkt het ons zinvol eerst de betekenis van de termen 'functie', 'taak' en 'werkzaamheden' toe te lichten. Een functie is de vervulling van een ambt, de vervulling van een taak of werkkring. In dit verslag wordt met functie dus bedoeld, de functie wijkverpleegkundige of de functie wijkziekenverzorgende. Met taak wordt bedoeld het werk dat iemand is opgelegd, de arbeid die hij of zij moet verrichten. Het begrip taak wordt in heel algemene termen uitgedrukt. De taak van een wijkverpleegkundige kan bijvoorbeeld zijn het verlenen van terminale zorg bij een patiënt. Het begrip taak houdt geen duidelijke concrete activiteiten in. De concrete activiteiten kunnen worden omschreven met de term werkzaamheden.

2.1. Profielschetsen wijkverpleegkundigen

In de Nota Eerstelijnszorg (Ministerie van WVC, 1983) wordt, ter bevordering van de samenwerking van hulpverleners in de gezondheidszorg, aanbevolen om goede functie- en taakomschrijvingen voor de verschillende beroepsgroepen te ontwikkelen.
Voor de verpleging is dit reeds gedaan. Op verzoek van de toenmalige Staatssecretaris van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1984 een advies uitgebracht voor een profielschets van de verpleegkundige beroepsbeoefenaar (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1984). Op dit advies is gereageerd door de Staatssecretaris zelf,

het toenmalige Beterschap (thans Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde), de Beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden (CFO/BVV), de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verplegende en Verzorgende Beroepen (VOVB) en de Nationale Kruisvereniging. Deze reacties zijn door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988a) gebundeld. Naar aanleiding van deze reacties heeft het Verpleegkundig Beroepsprofiel zijn definitieve vorm gekregen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988b).

De Nationale Kruisvereniging heeft het Advies Verpleegkundig Beroepsprofiel in de discussienota 'Algemeen Profiel van de functie van wijkverpleegkundige' (Nationale Kruisvereniging, 1985) voor de wijkverpleegkundige nader uitgewerkt.

In het verpleegkundig beroepsprofiel worden twee functie-niveaus onderscheiden: de beroepsbeoefenaar van het eerste deskundigheidsniveau (diploma HBO-V en MGZ) en de beroepsbeoefenaar van het tweede deskundigheidsniveau (diploma MDGO-Vp en wijkziekenverzorgende). Daarbij heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de Staatssecretaris aanbevolen om voor de verpleegkundig beroepsbeoefenaar op het tweede deskundigheidsniveau één titel te hanteren, namelijk die van verpleegster/verpleger. Deze titel dient dientengevolge de titel (wijk)ziekenverzorgende te vervangen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988b). Omdat voor deze laatste stap de wettelijke maatregelen nog niet getroffen zijn, hanteren we in dit rapport de tot nu toe gangbare termen 'wijkverpleegkundige' en 'wijkziekenverzorgende'.

In het 'Algemeen Profiel van de functie van wijkverpleegkundige' (Nationale Kruisvereniging, 1985) wordt de maximale breedte van de wijkverpleegkundige taken weergegeven. Het betreft een kwalitatief overzicht en geeft geen uitsluitsel over de kwantitatieve werklast die de diverse taken met zich meebrengen. Het takenpakket van de **wijkverpleegkundige** wordt verdeeld in negen hoofdcategorieën:
(1) curatieve taken; (2) verzorgende taken; (3) huishoudelijke taken voor zover deze onderdeel zijn van een integraal wijkverpleegkundig hulpaanbod; (4) begeleidende taken; (5) preventieve taken; (6) voorlichtende, adviserende en instruerende taken; (7) coördinerende taken; (8) administratieve taken; en (9) rapporterende taken.

In navolging van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988) worden de (5) preventieve taken en de (6) voorlichtende, adviserende en instruerende taken hier samengevoegd. De reden hiervoor is dat het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) veelal een vorm van (primaire) preventie is. Tevens worden de administratieve taken (8) en de rapporterende taken (9) samengevoegd, omdat een gedeelte van de rapporterende taken schriftelijk wordt verricht (bijvoorbeeld schriftelijke overdracht) en als zodanig moeilijk van administratieve werkzaamheden te onderscheiden is.
De genoemde taken zullen hier kort worden toegelicht. Voor een meer gedetailleerde omschrijving verwijzen we naar de discussienota van de Nationale Kruisvereniging (1985). Tevens zal ter concretisering van de taken, per hoofdcategorie worden aangegeven welke werkzaamheden binnen ons onderzoek worden onderscheiden.

1 **Curatieve taken.** Onder curatieve taken wordt verstaan het verlenen van verpleegtechnische handelingen zoals het verlenen van eerste hulp, het verzorgen van wonden en het geven van injecties.
Binnen ons onderzoek wordt geïnventariseerd welke verpleegtechnische handelingen, zoals het catheteriseren, wondverzorging, injecties geven, door wijkverpleegkundigen tijdens huisbezoeken worden verricht.

2 **Verzorgende taken.** Onder verzorgende taken wordt verstaan hulpverlening bij de ADL-functies, zoals de lichaamshygiëne (wassen, haarverzorging en dergelijke), de voedsel- en vochtopname, de uitscheiding, de lichaamshouding en -beweging en het zich verplaatsen.
In ons onderzoek wordt nagegaan in hoeverre wijkverpleegkundigen lichamelijk hygiënische zorg verlenen en gerichte ADL-training geven (reactivering) tijdens de huisbezoeken voor patiënten in alle leeftijdscategorieën.

3 **Huishoudelijke taken.** Deze taken worden alleen verricht voor zover ze onderdeel zijn van een integraal wijkverpleegkundig hulpaanbod. Enkele voorbeelden van onderzochte huishoudelijke taken tijdens huisbezoeken zijn eten of drinken verzorgen en de badkamer opruimen nadat de patiënt gewassen is.

4 **Begeleidende taken.** Deze taken kunnen in twee groepen worden onderverdeeld:

- het geven van psychosociale begeleiding, bijvoorbeeld het tonen van respect, medeleven en troost, en de patiënt/cliënt helpen te komen tot inzicht in en oplossing voor zijn problemen;
- het zorgen voor een veilige, hygiënische en therapeutische omgeving.

In ons onderzoek wordt nagegaan met welke psychosociale problemen van patiënten (bijvoorbeeld eenzaamheid, problemen in de ouder-kind relatie, moeilijk kunnen accepteren van ziekte/handicap) wijkverpleegkundigen tijdens huisbezoeken worden geconfronteerd en op welke wijze wijkverpleegkundigen begeleiding geven bij deze problemen (bijvoorbeeld door te luisteren, begrip/medeleven te tonen, etc.).

5/6 **Preventieve en voorlichtende taken.** Onder preventieve taken wordt verstaan het observeren en vroegtijdig signaleren, alsmede anticiperend handelen daarop bij een individu of groep individuen van:

a. specifieke kenmerken van risicopopulaties (primaire preventie), met als doel dat de gezondheid zo goed mogelijk blijft en ziekten en/of afwijkingen worden voorkomen (zie ook Handleiding Wijkverpleging', Provinciale Kruisvereniging Noord-Brabant, 1987);
b. symptomen van ziekte en handicap op lichamelijk, geestelijk en sociaal terrein (secundaire preventie). Het doel van secundaire preventie is het in een zo vroeg mogelijk stadium signaleren en herkennen van stoornissen, zodat tijdig passende hulp kan worden verleend en de stoornis hersteld, gestopt of vertraagd kan worden (Provinciale Kruisvereniging Noord-Brabant, 1987);
c. reacties op ziekte en handicap op lichamelijk, geestelijk en sociaal terrein (tertiaire preventie). Volgens de Provinciale Kruisvereniging Noord-Brabant (1987) is tertiaire preventie, in geval er een niet herstelbare stoornis is opgetreden, hulp en begeleiding bieden om binnen de grenzen van de overgebleven mogelijkheden of capaciteiten tot een optimaal welzijn van de patient te komen.

In ons onderzoek worden de volgende werkzaamheden van wijkverpleegkundigen binnen primaire preventie onderscheiden:

- georganiseerde voorlichtingsactiviteiten, zoals groepsvoorlichting aan, of gespreksgroepen voor aanstaande ouders en ouders met zuigelingen/kleuters, zwangerschapsgymnastiek of groepsvoorlichting voor ouderen;
- preventieve huisbezoeken aan aanstaande ouders, zuigelingen, kleuters en ouderen;
- de werkzaamheden tijdens het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters, met uitzondering van vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO);
- GVO-activiteiten tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën en tijdens het spreekuur.

Secundaire preventie omvat de volgende werkzaamheden van wijkverpleegkundigen:

- het geven van voorlichting aan groepen in de vorm van advies en instructie, bijvoorbeeld het geven van een cursus ziekenverpleging thuis;
- het afleggen van controle-huisbezoeken, waarbij de wijkverpleegkundige bij een ex-patiënt langs gaat om te kijken of alles goed gaat, of er nieuwe symptomen zijn ontstaan;
- VTO binnen de jeugdgezondheidszorg (screening);
- het geven van instructies aan patiënten tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën;
- het stimuleren en ondersteunen van de mantelzorg tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën;
- het observeren en vroegtijdig signaleren van nieuwe symptomen bij de patiënten tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën.

Tertiaire preventie omvat tot slot:

- het observeren en signaleren van reacties op ziekte of handicap tijdens huisbezoeken;
- het geven van voorlichting, advies en instructie om een zo optimaal mogelijk functioneren te kunnen handhaven gezien het stadium waarin de ziekte of handicap zich bevindt.

7 **Coördinerende taken.** Hiermee worden onder andere de volgende taken bedoeld:

- opstellen van een individueel verpleegplan;
- consulteren van en/of verwijzen naar andere hulpverleners en collega's.

Binnen ons onderzoek wordt nagegaan welke werkzaamheden door wijkverpleegkundigen tijdens intake-gesprekken worden verricht en hoeveel tijd wordt besteed aan incidenteel overleg over patiënten met personen binnen het kruiswerk (bijvoorbeeld het consulteren van een districtsverpleegkundige) en buiten het kruiswerk (bijvoorbeeld de huisarts, gezinsverzorging, RIAGG, etc.). Daarnaast wordt onderzocht of wijkverpleegkundigen indien ze tijdens huisbezoeken nieuwe symptomen bij een patiënt observeren, andere hulpverleners consulteren of de patiënten er naar verwijzen.

8/9 **Administratieve en rapporterende taken.** Onder administratie wordt verstaan het nauwkeurig registreren van feiten en afspraken met betrekking tot de totale zorgbehoefte en zorgverlening in het cliëntendossier, alsmede van de behoefte aan verpleegkundige zorg en de verrichte verpleegactiviteiten.

In ons onderzoek wordt nagegaan hoeveel tijd door wijkverpleegkundigen aan administratie wordt besteed in het kader van het Wijkadministratiesysteem, het consultatiebureau of van een eigen registratiesysteem van de basiseenheid.

Onder de rapporterende taken vallen onder andere:

- het leggen en onderhouden van contacten met hulpverleners op het terrein van de wijkverpleging, de gezondheidszorg (eerste en tweede lijn) en daarbuiten, voor zover van belang;
- rapporteren van observaties en feiten betreffende de gezondheidstoestand van een individu vanuit het verplegend team ten behoeve van de behoefte-analyse en de opstelling en evaluatie van het individuele behandelplan;
- deelnemen aan multidisciplinaire **en** monodisciplinaire patiënten/cliënten besprekingen.

In ons onderzoek wordt onderzocht hoeveel tijd de wijkverpleegkundigen besteden aan de volgende rapporterende taken: schriftelijke overdracht voor avond-, nacht- of weekenddiensten; schrif-

telijke overdracht voor intramurale instellingen; gestructureerd overleg over patiënten met hulpverleners binnen en buiten het kruiswerk (bijvoorbeeld binnen een home-team of gezondheidscentrum).

2.2. Profielschets wijkziekenverzorgenden

Boels = wooitjes
N.K.V. ≠ wore
simmakie

Naar aanleiding van ontwikkelingen in de zorgvraag, ontwikkelingen in het onderwijs voor wijkziekenverzorgenden en het Advies Verpleegkundig Beroepsprofiel heeft de Nationale Kruisvereniging in 1987 een profielschets voor de wijkziekenverzorgenden uitgebracht, met als doel de functie van wijkziekenverzorgende duidelijker af te grenzen van de functie van wijkverpleegkundige. In deze profielschets is het takenpakket van de wijkziekenverzorgende in drie groepen onderverdeeld: primaire taken, overige taken en afgeleide taken.

Primaire taken. De primaire taken van de wijkziekenverzorgende bestaan uit basisverpleging van patiënten in de thuissituatie en uit zorgverlening aan speciale groepen, te weten chronisch zieken, gehandicapten en ouderen.

De basisverpleging van patiënten in de thuissituatie omvat:

- hulp gericht op ondersteuning en aanvulling van de zelfzorg en mantelzorg bij de lichamelijke verzorging (wassen, wondbehandeling, etc.) van de patiënt; alsmede het toedienen van medicatie (conform de injectie-instructie);
- de direct uit de basisverpleegkundige handelingen voortvloeiende begeleiding van de patiënt en diens huisgenoten (bijvoorbeeld in verband met dieet, medicijngebruik, hygiëne, gevaar voor ongevallen);

De tweede primaire taak van de wijkziekenverzorgende, namelijk de zorgverlening aan speciale groepen, te weten chronisch zieken, gehandicapten en ouderen, houdt het volgende in:

- taken zoals genoemd onder basisverpleging van patiënten in de thuissituatie;
- reactiveren door middel van oefeningen voor de ADL, waaronder ook ondersteuning bij huishoudelijke taken in dit kader wordt verstaan;

- signaleren van behoefte aan hulpmiddelen en voorzieningen en eventuele advisering en verwijzing ten aanzien van uitleenartikelen van de Kruisvereniging;
- stimuleren van en ondersteuning bieden bij het gebruik van prothe-sen en hulpmiddelen;
- observeren en signaleren bij het individu van symptomen dan wel reacties op ziekte en handicap op lichamelijk, geestelijk en sociaal terrein (secundaire en tertiaire preventie);
- het geven van individuele gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- het geven van advies en instructie ten aanzien van verpleegactiviteiten; hieronder valt het geven van de cursus 'Ziekenverzorging thuis'.

2 **Overige taken.** Bij de eerdergenoemde categorieën van zorgbehoevenden (chronisch zieken, gehandicapten en ouderen) gaat de behoefte aan verpleging veelal samen met de behoefte aan huishoudelijke zorg rondom het ziekbed. Daar waar de wijkziekenverzorgende vanuit de gezondheidsoptiek haar werk uitoefent, heeft zij/hij de taak, eventueel samen met de patiënt voor een veilige en hygiënische omgeving te zorgen. Dit kan inhouden dat op beperkte schaal een aantal huishoudelijke taken verricht dienen te worden zoals:
- het verzorgen van bed en toebehoren, inclusief het linnengoed;
- het reinigen en onderhouden van hulpmiddelen en apparatuur voor verzorging en verpleging;
- het helpen verzorgen van de voeding.

Daar waar andere hulpverleningsinstanties naast de wijkziekenverzorgende hulp bieden (met name de gezinsverzorging) dient overleg te worden gepleegd.

Een ander taakaspect van de zorgverlening aan speciale groepen betreft het zorgen voor de uitleen van verplegingsartikelen en hulpmiddelen. Uitleen omvat niet alleen registratie maar ook advisering en instructie. De uitvoering van dit taakaspect wordt toebedeeld door de hoofdwijkverpleegkundige en behoort niet vanzelfsprekend tot de dagelijkse functie-uitoefening van de wijkziekenverzorgende (Nationale Kruisvereniging, 1987b).

3 **Afgeleide taken.** Dit zijn taken die ondersteunend zijn en een voorwaarde vormen voor een goede uitvoering van de werkzaamheden:

- meewerken aan een goede coördinatie, taakverdeling en samenwerking met collegae wijkziekenverzorgenden, wijkverpleegkundigen en hoofdwijkverpleegkundigen; hieronder is ook begrepen het deelnemen aan werk- en teambesprekingen;
- het consulteren van inhoudsdeskundigen, met name districtsverpleegkundigen;
- onderhouden van de direct uit de werkzaamheden voortvloeiende contacten met hulpverleners buiten de kruisorganisatie zoals huisarts en fysiotherapeut, gezins- en bejaardenverzorgende;
- het (mede) opstellen van een verpleegplan voor toegewezen patiënten;
- registreren van de uitgevoerde werkzaamheden en het voeren van een patiënt-gerichte rapportage;
- het opstellen van een werkplanning.

Het takenpakket van de wijkziekenverzorgende lijkt, aldus het bovenstaande, qua inhoud op dat van de wijkverpleegkundige. Het takenpakket van de wijkziekenverzorgende is echter smaller en heeft betrekking op minder complexe verpleegsituaties dan bij de wijkverpleegkundige het geval kan zijn (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988b). Een complexe verpleegsituatie heeft één of meer van de volgende kenmerken (Nationale Kruisvereniging, 1987b):

- de situatie is instabiel dat wil zeggen dat bekend is dat op ieder moment de omstandigheden dermate kunnen veranderen dat deskundigheid op het eerste niveau nodig is;
- in de verpleegsituatie dienen taken te worden uitgevoerd die buiten het takenpakket van de wijkziekenverzorgende liggen; het kan hier gedelegeerde medisch-verpleegkundige handelingen betreffen alsook begeleiding van patiënt en familie, preventie en voorlichtingsactiviteiten welke hoge eisen stellen aan onder andere agogische inzichten en vaardigheden, en in ruimte mate kennis nodig is op gebied van met name de sociologie, psychologie en de gezondheidszorg.

Tot slot wordt in de profielschets aangegeven dat de volgende taken **niet** tot de functie van wijkziekenverzorgenden behoren (Nationale Kruisvereniging, 1987b):

- alle activiteiten in het kader van jeugdgezondheidszorg, zoals pré- en postnatale huisbezoeken, kleuterhuisbezoeken, consultatiebureau-activiteiten en screeningsactiviteiten;
- verplegings- en verzorgingstaken welke liggen op het terrein van medisch-verpleegkundige handelingen (met uitzondering van injecteren) zoals epidurale pijnbestrijding, infuuscontrole, catheterisatie, ect.)

De werkzaamheden van wijkziekenverzorgenden worden in ons onderzoek met dezelfde meetinstrumenten gemeten als die van wijkverpleegkundigen. Uit het onderzoek zal moeten blijken wat in de praktijk de verschillen in werkzaamheden tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn.

3. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal beschreven worden hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Hiervoor zullen we eerst de verschillende meetinstrumenten de revue laten passeren. Vervolgens komt aan de orde op welke wijze de steekproeven zijn getrokken en hoe de uiteindelijke samenstelling ervan is. Tot slot zal beschreven worden hoe het onderzoek is uitgevoerd.

3.2. De meetinstrumenten

Het meten van **alle** werkzaamheden welke door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden worden verricht vereist zeer gedetailleerde meetinstrumenten. Er is daarom eerst een vooronderzoek verricht om de inhoud van deze instrumenten te kunnen bepalen. In dit vooronderzoek zijn op drie verschillende manieren metingen verricht naar de werkzaamheden van een aantal wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. De drie naast elkaar gebruikte methoden waren: registratie van de werkzaamheden door een observator, zelfregistratie door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van hun werkzaamheden en meting van de werkzaamheden door middel van een vragenlijst. Vervolgens is de betrouwbaarheid van de gebruikte meetinstrumenten bepaald, door de meetresultaten van de verschillende methoden te vergelijken (zie Kerkstra en De Wit, 1987).

Meth.

Uit het vooronderzoek bleek dat de vragenlijst minder geschikt was om gegevens te verkrijgen over het merendeel van het patiëntgebonden werk dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verrichten. Met name huisbezoeken, intake gesprekken, consultatiebureau's en spreekuren omvatten veel verschillende activiteiten, die met behulp van een vragenlijst op patiëntenniveau niet betrouw-

baar kunnen worden gemeten. Deze werkzaamheden werden wel betrouwbaar gemeten via registratie door de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende zelf. Ook het meest betrouwbaar via registratie te meten bleek de tijdsbesteding aan (incidentele) overlegsituaties met hulpverleners van buiten het kruiswerk, administratieve werkzaamheden en reizen binnen werktijd. De registratie van de observatoren en van de verschillende wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bleken elkaar nauwelijks te ontlopen.
Voor een aantal andere werkzaamheden waren de metingen via een vragenlijst bevredigend te noemen, zodat daarvoor dit meetinstrument gebruikt kan worden. Het gaat dan om werkzaamheden die met een geringe frequentie voorkomen of die een minder gedetailleerde meting vereisen dan de reeds genoemde werkzaamheden. Hierbij valt te denken aan GVO-activiteiten voor groepen, het geven van cursussen, bijscholings- en studieactiviteiten, en dergelijke.
Op grond van de resultaten van het vooronderzoek zijn in het onderhavige onderzoek de volgende meetinstrumenten gebruikt.
In de eerste plaats zeven registratieformulieren, te weten:

- formulier A, het intake gesprek
- formulier B, het huisbezoek voor alle leeftijdscategorieën
- formulier C, huisbezoeken voor specifieke leeftijdsgroepen
- formulier D, het consultatiebureau
- formulier E, het spreekuur
- formulier F, overlegsituaties
- formulier G, dagelijkse administratieve werkzaamheden en tijdmeting.

Deze formulieren dienden door de registrerende wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zelf te worden ingevuld en omvatten alle taken welke frequent verricht worden in de wijk (zie Bijlage I).
In de tweede plaats is er een enquêteformulier opgesteld, waarin navraag wordt gedaan naar werkzaamheden die minder frequent voorkomen en die betrouwbaar via een vragenlijst gemeten kunnen worden.

3.2.1. De registratieformulieren.

De personen die meededen aan het registratie-onderzoek ontvingen zeven verschillende formulieren. Deze formulieren hadden verschillende kleuren en waren genummerd van A t/m G. Ieder formulier betrof een aparte taak van het werk van de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende. Alle handelingen die tijdens de uitvoering van een bepaalde taak verricht werden, dienden zo mogelijk direkt na beëindiging ervan te worden ingevuld. Dit was noodzakelijk omdat vooral van de thuis bij de patient uitgevoerde taken **alle** verrichte handelingen genoteerd dienden te worden, alsmede reistijd en aankomst- en vertrektijd. Hoewel het door de registrerenden als zeer positief werd ervaren dat ze echt alles konden noteren, kostte dit hen vooral de eerste dagen erg veel extra tijd.
De formulieren B en G dienden twee volle werkweken te worden ingevuld. De overige formulieren daarentegen acht weken, omdat anders niet voldoende gegevens verkregen zouden worden voor het uitvoeren van de analyses. Wijkverpleegkundigen die avond/weekenddiensten deden, dienden alle weken dat ze dienst hadden alle formulieren in te vullen, wat meestal neerkwam op een totaal van twee of drie weken gedurende de hele registratieperiode.
Bij de registratieformulieren behoorde een handleiding, waarin alle antwoordcategorieën die op de formulieren voorkomen apart besproken worden, zodat over de operationalisering van de begrippen geen misverstanden konden ontstaan. Daarnaast was aangegeven op welke wijze en gedurende welke periode de verschillende formulieren ingevuld dienden te worden. De handleiding is ter informatie opgenomen in bijlage II.

Formulier A, B en C zijn formulieren waarop de **aan huis uitgevoerde patientgebonden werkzaamheden** genoteerd dienden te worden. Het bovenste deel ervan bevat informatie over persoonlijke gegevens van de patient, onder andere over de thuissituatie van de patient en de reden van het huisbezoek. Met behulp van deze persoonsgegevens werd per patient door de veldwerker een codenum-

mer samengesteld en wel op de volgende manier: de drie eerste letters van de naam van de patiënt, de leeftijd en het geslacht. Om anonimiteit van de patiënt te waarborgen diende de naam genoteerd te worden op een afscheurbaar strookje aan de bovenkant van het formulier. Deze strookjes zijn na het samenstellen van de 'patiëntencode vernietigd. Wanneer in een basiseenheid twee patiënten met dezelfde naam, leeftijd en geslacht voorkwamen, is met behulp van een voorletter onderscheid aangebracht. Op deze wijze ontstonden elkaar uitsluitende patiëntencodes, wat de mogelijkheid biedt tot het koppelen van alle huisbezoeken per patiënt om patiëntgerichte analyses te kunnen verrichten. Genoemde persoonsgegevens bieden verder de mogelijkheid onderzoek te doen naar eventuele relaties tussen de verrichte handelingen tijdens het huisbezoek en deze persoonsgegevens.

Er zijn drie soorten formulieren voor huisbezoeken gebruikt, voor het intake gesprek (formulier A), voor het huisbezoek aan alle leeftijdscategorieën (formulier B) en voor preventieve huisbezoeken (formulier C).

Op het **intake-formulier** diende behalve alle handelingen die verricht werden c.q. alle zaken die besproken werden, ook opgegeven te worden wie de zorg zou gaan verlenen. Dit laatste is echter alleen tijdens de laatste twee registratie-perioden gevraagd (zie 3.4).

Het formulier voor het **huisbezoek voor alle leeftijdscategorieën** diende voor **alle** patiënten ingevuld te worden die individueel bezocht zijn en indien het geen intake-gesprek of preventief huisbezoek betrof. Het is derhalve gebruikt in zeer uiteenlopende situaties, variërend van dagelijkse verzorging of insuline-injectie tot rouwbegeleiding.

Formulier C betreft **preventieve huisbezoeken**. Wij verstaan hieronder in ons onderzoek al die bezoeken die op initiatief van de wijkverpleegkundige aan cliënten worden gebracht uit het oogpunt van preventie of voorlichting. In de praktijk vallen hieronder de prenatale huisbezoeken, bezoeken aan zuigelingen en kleuters en aan ouderen.

Naast de thuis bij de patiënt uitgevoerde taken, zijn er nog twee patiëntgebonden werkzaamheden geregistreerd, die werden uitgevoerd in het wijkgebouw. Dit zijn het consultatiebureau (formulier D) en het spreekuur (formulier E).
Op het **consultatiebureau-formulier** dienden bovenaan enkele gegevens over het consultatiebureau te worden ingevuld en per kind de uitgevoerde handelingen. Hierbij moest per kind tevens aangegeven worden of de handelingen bij een zuigeling of bij een kleuter verricht waren.
Op het **spreekuurformulier** moest alles worden opgegeven wat er tijdens het spreekuur gedaan was. Dus ook wanneer er tijd voor andere zaken was gebruikt dan voor directe patiëntenzorg, zoals voor telefonisch overleg of het bijwerken van de administratie.

De registratie werd gecompleteerd door enkele niet-patiëntgebonden werkzaamheden, die op de volgende formulieren genoteerd dienden te worden. Formulier F voor alle **overlegsituaties** per week en formulier G om aan te geven hoeveel tijd er aan **administratie** werd besteed. Het laatste formulier deed tevens dienst om een totale meting te verkrijgen van alle **gewerkte tijd** per dag. Dit diende nauwkeurig te worden ingevuld, omdat een optelling van de tijden van alle ingevulde formulieren uit deze periode ons de mogelijkheid zou geven uit te rekenen hoeveel tijd er door iedereen aan de verschillende taken was besteed.
Een additioneel formulier -het **24-uurs bereikbaarheidsformulier**- diende door die personen te worden ingevuld die gedurende de acht weken van de registratie één of meerdere dagen een dergelijke dienst gedraaid hadden.

3.2.2. De vragenlijst

Zoals in 3.2. is uiteengezet, diende de enquête om inzicht te verkrijgen in handelingen en activiteiten die niet frequent genoeg of helemaal niet voorkomen tijdens een registratieperiode van acht weken. De vragenlijst was daartoe onderverdeeld in een aantal hoofdcategorieën, waarin achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde kwamen: georganiseerde voorlichtingsactiviteiten,

overlegsituaties buiten het kruiswerk, bijscholing en studie, zorginnovatie-projecten en overige activiteiten. Verder is gevraagd aan de respondenten een oordeel te geven over de mate waarin en de wijze waarop binnen hun basiseenheid vorm werd gegeven aan een aantal specifieke activiteiten. De vragenlijst werd afgesloten met een aantal vragen over de achtergrondkenmerken van de respondent en haar of zijn werksituatie. Deze laatste gegevens zijn ook gevraagd aan de personen die aan het registratie-onderzoek mee deden.
Alle door ons gevraagde gegevens dienden te worden beantwoord over de periode van 1 januari 1988 t/m 30 september 1988. De oorspronkelijke bedoeling was deze gegevens te verzamelen over een periode van een heel jaar. Dit bleek in de praktijk niet haalbaar, omdat er dan gegevens van de laatste drie maanden van 1987 nodig waren, die moeilijk te achterhalen waren, omdat niet iedereen zijn agenda van het vorige jaar bewaart. Omdat bovendien de gegevens van de enquête in het zelfde jaar verzameld dienden te worden als de registratie werd gehouden, is gekozen voor een gegevensverzameling over negen maanden. Om cijfers op jaarbasis te verkrijgen dienen derhalve de door ons gepresenteerde gegevens te worden omgerekend.
In bijlage III is ter nadere informatie de vragenlijst opgenomen.

3.3. De steekproeven

De gegevens voor het onderzoek zijn via twee aparte steekproeven verzameld. Hoewel het inhoudelijk mooier zou zijn alle gegevens van dezelfde personen te verkrijgen, zijn er twee redenen waarom voor aparte steekproeven is gekozen. Allereerst vergt het invullen van de registratie-formulieren zoveel tijd en inzet van de betrokken personen, dat de kans op het niet meer willen meewerken aan een enquête allerminst denkbeeldig is. Een belangrijkere reden is echter, dat we voor de gegevens uit de enquête een grotere steekproef nodig hebben, omdat allerlei specifieke taken niet in iedere basiseenheid worden uitgevoerd.

In deze paragraaf beschrijven we eerst hoe de aparte steekproeven voor de registratie en de enquête getrokken zijn. Daarna volgt een beknopte weergave van de belangrijkste achtergrondkenmerken van de personen die hebben meegewerkt aan het onderzoek.

3.3.1. De steekproeftrekking voor het registratie-onderzoek

De omvang van de te trekken steekproef was vastgesteld op 100 wijkverpleegkundigen, 50 wijkziekenverzorgenden en 50 personen die avond-en/of weekendzorg verlenen. Hiervoor dienden 50 basiseenheden gevraagd te worden om vier personen te laten meewerken, te weten twee wijkverpleegkundigen, één wijkziekenverzorgende en indien mogelijk een persoon die avond of weekendzorg verleende. Deze basiseenheden dienden over het hele land verspreid te zijn en naar evenredigheid van heel Nederland verdeeld te zijn over stad en platteland. Om een dergelijke steekproef te verwezenlijken zijn we als volgt te werk gegaan. Totaal a-select trekken leek ons niet de juiste manier, omdat we er vanuit zijn gegaan dat er tussen de lidinstellingen onderling verschillen in organisatie en werkwijze kunnen bestaan. Daarom hebben we per lidinstelling a-select één op de tien basiseenheden getrokken. Omdat er in totaal 499 basiseenheden zijn in Nederland, leverde dit ons 50 basiseenheden op.

Hoewel het trekken van de basiseenheden dus als eerste heeft plaats gevonden, konden deze basiseenheden niet rechtstreeks benaderd worden zonder medeweten van de lidinstelling en Erkende Kruisorganisatie (EKO), waaronder ze ressorteren. Bovendien is er geen landelijk bestand, waarin alle basiseenheden met naam en adres bekend zijn. De eigenlijke procedure van de steekproeftrekking bestond uit de volgende vier stappen:

1. Het benaderen van alle lidinstellingen met het verzoek om mee te doen, onder vermelding van de basiseenheden die we a-select getrokken hadden.
2. Het benaderen van de EKO's, waar de basiseenheden deel van uitmaken, wanneer de betreffende lidinstelling positief had gereageerd.

3. Had de betreffende EKO ingestemd, dan verzochten we hen om naam en adres van de door ons getrokken basiseenheden en de daaraan verbonden hoofdwijkverpleegkundige.
4. Tot slot werd door ons de hoofdwijkverpleegkundige benaderd met het verzoek vier personen te laten meewerken aan het onderzoek.

De personen zelf zijn niet door ons getrokken, maar door de hoofdwijkverpleegkundigen. Dit bleek in de praktijk het meest praktisch. Wel hebben we eisen gesteld aan het type zorgverlener dat hun medewerking zou gaan verlenen. Er diende per basiseenheid in ieder geval twee wijkverpleegkundigen en één wijkziekenverzorgende mee te doen en zo mogelijk een persoon uit de avond- of weekenddienst. De bereidheid onder de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zelf bleek ondanks de extra belasting die van hen gevraagd werd groot te zijn. Velen van hen vonden het een nuttig onderzoek vanwege de mogelijkheid **alles** te registreren wat gedaan wordt en vanwege de totale tijdsmeting die erin is opgenomen.
De uiteindelijke verdeling van de steekproef over het land is te zien in tabel 3.1.

In deze tabel is te zien dat, hoewel de steekproef ruim was getrokken (52 BE), de uiteindelijke steekproef kleiner is gebleven dan in de bedoeling lag (47 BE). Dit komt gedeeltelijk doordat er drie lidinstellingen niet hebben meegedaan en gedeeltelijk doordat het soms heel moeilijk was tijdig genoeg toezeggingen te verkrijgen van alle door ons benaderde basiseenheden. Rotterdam viel af met het bericht dat het onderzoek niet paste binnen hun prioriteitenstellingen. De Kruisvereniging Twente vond dat er de laatste tijd teveel onderzoek bij hen was gedaan en ons onderzoek bovendien teveel leek op het door Hoeksma aldaar in 1985 uitgevoerde onderzoek 'Tijdnormstelling Kruiswerk Twente'. In Zeeland bleek geen medewerking te verkrijgen omdat daar een omvangrijk onderzoek loopt van het Ministerie van WVC, namelijk het substitutie-project ouderenzorg. Ook basiseenheden die fungeren als peilstation voor de Nationale Kruisvereniging zijn door ons niet in de steekproef opgenomen.

Daarnaast hebben een aantal EKO's en basiseenheden, die door ons werden benaderd niet meegedaan aan het onderzoek. Hiervoor werden onder andere als redenen opgegeven reorganisatie, overbelasting, vacatures of ziekte van een of meerdere personen. Door weigeringen van basiseenheden, EKO's of lidinstellingen hebben we een aantal nieuwe basiseenheden moeten trekken om toch van voldoende deelname verzekerd te zijn. In totaal zijn er 67 basiseenheden benaderd om tot de uiteindelijke steekproef van 47 te komen. De cijfers hiervan zijn te zien in de vierde kolom van tabel 3.1. Alles bij elkaar komt dit neer op een respons van 70%. In totaal hebben 108 wijkverpleeg- kundigen, 49 wijkziekenverzorgenden en 29 (wijk)verpleegkundigen uit de avond- of weekenddienst aan het registratie-onderzoek deelgenomen.

3.3.2. De steekproeftrekking voor het vragenlijst-onderzoek

Zoals reeds ter sprake kwam is voor de vragenlijst een aparte steekproef getrokken van een grotere omvang dan voor de registratie. Het streven was gericht op een respons van 400 personen, conform de landelijke verhoudingen tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden komt dit neer op 300 wijkverpleegkundigen en 100 wijkziekenverzorgenden. Omdat het soort werkzaamheden waarnaar in de enquête gevraagd wordt alleen overdag wordt verricht, had het geen zin wijkverpleegkundigen uit de avond- en weekenddienst mee te laten doen. Om het gewenste aantal respondenten te verkrijgen en tevens een goede landelijke spreiding, was het het meest voor de hand liggend om alle basiseenheden in Nederland te verzoeken één persoon een vragenlijst te laten invullen. Om dit te bereiken hebben we dezelfde procedure gevolgd als bij de steekproef voor de registratie, het eerst aanschrijven van lidinstellingen en EKO's. Dit had tot gevolg dat er geen 499 - het totaal aantal basiseenheden in Nederland - vragenlijsten verstuurd konden worden, maar minder. Dit kwam doordat de basiseenheden die geweigerd hadden mee te werken aan het registratie-onderzoek niet zijn gevraagd voor het vragenlijst-onderzoek, evenals de basiseenheden binnen de lidinstellingen Rotterdam en Twente. De lidinstelling in Zeeland had te kennen gegeven wel te willen meewerken aan het vragenlijst-onderzoek.

Daarnaast konden de basiseenheden binnen 19 EKO's niet benaderd worden, omdat de laatste niet wilden meedoen. Daar tegenover staat dat enkele basiseenheden meerdere vragenlijsten wilden laten invullen. In totaal zijn er uiteindelijk 459 vragenlijsten verzonden. Driekwart van de vragenlijsten werd verzonden aan wijkverpleegkundigen. Hiervoor was steeds de vijfde wijkverpleegkundige op alfabetische volgorde van een basiseenheid getrokken. Een kwart van de vragenlijsten werd verzonden naar de eerste wijkziekenverzorgende binnen de overige basiseenheden.
Op deze manier is een redelijk a-selecte steekproef verkregen, te meer daar de respons zeer hoog is te noemen, namelijk 87%. In totaal hebben 296 wijkverpleegkundigen en 104 wijkziekenverzorgenden de vragenlijst ingevuld. Deze zijn verspreid over 383 verschillende basiseenheden. Van de non-response hebben vier personen gemeld dat dit wegens ziekte was en enkele personen hebben doorgegeven dat ze langer dan vier weken afwezig waren geweest tijdens de door ons onderzochte periode, waardoor invullen voor hen niet zinvol was.

3.3.3. De samenstelling van de steekproeven

In deze paragraaf beschrijven we de belangrijkste achtergrondkenmerken van de personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen:

- individuele kenmerken van de betrokkenen, zoals leeftijd, geslacht, opleiding, aantal jaren ervaring, en percentage dienstverband;
- kenmerken van de werksituatie, zoals wijkgericht of buurtgericht werken, omvang, opbouw en urbanisatiegraad van het verzorgingsgebied, al dan niet werken in een samenwerkingsverband en de organisatie van de 24-uurs bereikbaarheid/beschikbaarheid.

We presenteren hier de gegevens van beide steekproeven gelijktijdig, zodat ze gemakkelijk te vergelijken zijn. Indien beschikbaar, zullen we tevens landelijke cijfers presenteren om na te gaan in hoeverre de steekproeven representatief zijn voor de wijkverpleging in Nederland.

Eerst de **individuele kenmerken.** De leeftijdsverdeling van de respondenten en registrerenden is weergegeven in tabel 3.2.

Tabel 3.2: leeftijdsverdeling van de steekproeven, in procenten

	registratie (N=186)	enquête (N=400)
20-30 jaar	50.0	43.2
31-40 jaar	31.4	34.5
41-50 jaar	14.9	14.5
51-60 jaar	3.7	7.7

Bij de registratie hebben iets meer jongeren en iets minder ouderen meegedaan dan bij de enquête. Dit kan te maken hebben met het feit dat de personen die geregistreerd hebben niet a-select zijn getrokken maar gevraagd door de hoofdwijkverpleegkundige (zie 3.3.1) en de belasting om mee te doen vrij groot was.
De leeftijdsverdeling van met name het vragenlijstonderzoek stemt goed overeen met de leeftijdsverdeling die in een landelijke representatief onderzoek van Nuyens en Van der Speld (1987) naar deeltijdarbeid in de wijkverpleging werd gevonden. In dat onderzoek worden de volgende cijfers vermeld voor de leeftijd van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden 20-30 jaar (43.3%), 31-40 jaar (31.1%), 41-50 jaar (14.1 %) en 51-60 jaar (11.5%).
Bij de registratie deden 10 mannen mee (5.3%) en de enquête is door 24 mannen ingevuld (6%). Volgens het CBS (1989a) was per 31 december 1987 van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland 4.4% van het mannelijk geslacht.

Ook bij het aantal jaren dat men werkzaam is in de wijk hebben bij de registratie meer mensen met minder ervaring meegedaan en minder met veel ervaring (zie tabel 3.3.). Dit hangt uiteraard samen met de leeftijdsverdeling van de beide steekproeven. Over het geheel genomen wijken de steekproeven voor wat betreft leeftijd en werkervaring niet veel van elkaar af.

Tabel 3.3: aantal jaren werkzaam in de wijkverpleging, in procenten

	registratie (N=186)	enquête (N=400)
< 1 jaar	3.8	-
1-2 jaar	24.4	21.6
3-5 jaar	32.2	36.1
6-10 jaar	25.7	24.1
> 10 jaar	9.8	18.3

In beide steekproeven heeft het merendeel van de wijkziekenverzorgenden een wijkapplicatiecursus gevolgd: 88% van de registrerenden en 81.7% van de respondenten van de enquête. Alleen een opleiding tot ziekenverzorgende heeft 12% van de registrerenden en 7.6% van de respondenten. Bij deze laatste steekproef heeft 10.6% opgegeven nog een vervolgopleiding voor wijkziekenverzorgende gevolgd te hebben.

Tabel 3.4: hoogst gevolgde opleiding van de wijkverpleegkundigen in beide steekproeven, in procenten

	registratie		enquête
	wv overdag (N=108)	avond weekend wv (N=29)	WV (N=296)
A of B verpleging	1.9	62.1	1.0
MGZ	61.1	31.0	61.6
HBO-V	37.0	6.9	26.9
Kader	-	-	10.5

Tabel 3.4 laat de hoogste opleiding zien die de wijkverpleegkundigen uit de beide steekproeven gevolgd hebben. De avond/weekenddiensten wijken qua opleiding sterk af van de gemiddelde wijkverpleegkundige die overdag werkt, twee derde van deze beroepsgroep bestaat uit zogenaamde verpleegkundigen in de wijk. Van de wijkverpleegkundigen die overdag werken heeft bijna iedereen minstens een MGZ-opleiding gevolgd, binnen beide steekproeven is dit voor ruim 60% de hoogste opleiding. Kader-opleiding of daarmee gelijk staande vervolgopleidingen komt in de enquête bij 10.5% van de respondenten voor. Dit is het enige punt waarop de wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn van beide steekproeven qua opleiding verschillen.

Tabel 3.5: aantal uren werkzaam, in procenten

	registratie (N=186)	enquête (N=400)
5-10 uur	6.7	-
11-20 uur	10.4	8.7
21-30 uur	8.3	10.5
30.5-36 uur	17.7	23.3
38 uur	56.9	57.5

Tabel 3.5 geeft een overzicht van het aantal uren dat men werkzaam is. De verschillen tussen beide steekproeven lijken op het eerste gezicht niet zo groot, behalve dat ruim 17% van de personen uit de registratie-steekproef 20 uur of korter werkt. Deze 17% bestaat echter op enkele personen na geheel uit wijkverpleegkundigen die alleen avond- en weekenddiensten doen. Hoewel dit door een klein verschil in categorieën niet goed te zien is, hebben alle personen uit het vragenlijstonderzoek die overdag werkzaam zijn minstens een dienstverband van 20 uur.
De verdeling van full-timers (38 uur) en part-timers in beide steekproeven stemmen goed overeen met de landelijke cijfers van het CBS (1989a): op 31 december 1987 werkten van alle wijkverpleeg-

kundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland 52.7% full-time en 47.3% part-time.
Over de **kenmerken van de werksituatie** hebben we de volgende gegevens verzameld.

Tabel 3.6: werkvorm van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, in procenten

	registratie (N=186)	enquête (N=400)
solistisch/wijkgericht	52.1	43.8
buurt/teamgericht	33.6	45.3
in meerdere wijken	2.1	-
andere werkvormen	-	10.1
niet opgegeven	12.2	-

Tabel 3.6 geeft weer binnen welke werkvorm de registrerenden en respondenten van het vragenlijstonderzoek werkzaam zijn. Het belangrijkste verschil tussen beide steekproeven is, dat er bij de enquête minder personen solistisch of wijkgericht werken en meer buurt of teamgericht. De 12.2% uit het registratie-onderzoek die niets heeft opgegeven bij werkvorm wordt voornamelijk gevormd door wijkziekenverzorgenden en avond/weekendverpleegkundigen, die in meerdere wijken werken of zelfs een hele stad tot hun werkgebied kunnen rekenen. De 10% respondenten van de enquête die een andere werkvorm hebben opgegeven noemen hier onder andere: taakgericht, in meerdere dorpen, binnen een home-team of huisartsgebonden.
Van de registrerenden werkt 76.6% niet binnen een samenwerkingsverband, voor de enquête is dit 67.3%. In beide steekproeven werkt ruim 20% binnen een home-team, maar van de geënquêteerden werken er meer in een gezondheidscentrum, namelijk 7.4%, tegen 1.6% van de registrerenden.

In beide steekproeven werkt de meerderheid all-round (85.5% bij de registratie en 83.4% bij de enquête), de overigen werken specifiek of gedifferentieerd.

Aan de personen uit beide steekproeven hebben we gevraagd hoe groot de omvang van hun werkgebied is. Deze vraag bleek echter niet zo gemakkelijk te beantwoorden. Bij de respondenten van het vragenlijst-onderzoek is dit te zien aan de lage respons op deze vraag, slechts 74% van de wijkverpleegkundigen en 55% van de wijkziekenverzorgenden heeft de vraag beantwoord. Van de deelnemers aan het registratie-onderzoek hebben we wel van bijna iedereen een antwoord ontvangen, maar vaak betrof de informatie hier de totale basiseenheid of soms zelfs de hele woonplaats. Met behulp van extra informatie over de personele bezetting van de basiseenheid hebben we alsnog een schatting van de wijkomvang voor deze personen gemaakt.
Tabel 3.7 geeft een overzicht van de door ons verkregen cijfers over de omvang van het werkgebied. Binnen de registratie-steekproef valt op dat wijkziekenverzorgenden grote werkgebieden hebben. Dit komt doordat velen van hen in meerdere wijken werken. Dit geldt ook voor de avond-en weekenddiensten die zelfs vaak een hele stad bestrijken. Wijkverpleegkundigen doen dit minder, maar hebben toch hier en daar redelijk grote wijken. Of de gevonden cijfers van de enquête-steekproef betrouwbaar zijn ingevuld is ons niet duidelijk, omdat we daar niet hebben kunnen controleren of er cijfers zijn opgegeven over de basiseenheid of over de hele woonplaats. Vooral het beeld van de wijkverpleegkundigen wijkt sterk af van de wijkverpleegkundigen uit het registratie-onderzoek die overdag werkzaam zijn. We laten deze cijfers derhalve buiten beschouwing.

Tabel 3.8: bevolkingsopbouw van de werkgebieden van de registrerenden en van heel Nederland, in procenten

	registratie onderzoek	Nederland
0-4 jaar	5.9	6.1
5-59 jaar	76.7	76.8
60-69 jaar	8.6	8.6
70-79 jaar	5.8	5.7
> 80 jaar	3.0	2.8

Tabel 3.8 laat zien dat de bevolkingsopbouw van de steekproef van het registratie-onderzoek ongeveer gelijk is aan de bevolkingsopbouw van Nederland per 1 januari 1989 (CBS, 1990). In de vragenlijst is slechts op een globale manier gevraagd naar de bevolkingsopbouw van het werkgebied van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, om het beantwoordbaar te maken voor de respondenten. Hierdoor is een directe cijfermatige vergelijking niet mogelijk. Gezien de grote mate van landelijke spreiding van deze steekproef kunnen we er echter van uitgaan dat de bevolkingsopbouw hier niet sterk af zal wijken van de in de tabel gepresenteerde cijfers.

Tabel 3.9 geeft een beeld van de verdeling van de steekproeven over de verschillende gemeenten volgens de CBS-normen. Hier zien we dat de A-gemeenten, de plattelandsgemeenten, ruimer zijn vertegenwoordigd in de steekproef van de registratie, terwijl de kleine verstedelijkte plattelandsgemeenten (B1 en B2) juist ruimer vertegenwoordigd zijn in de enquête. De middengemeenten tonen een vergelijkbare vertegenwoordiging, terwijl in de enquête wat meer grote steden zitten. Leggen we een iets grovere maatstaf aan en kijken we naar stedelijk of niet, dan vallen de verschillen tussen beide steekproeven bijna helemaal weg.
Een punt dat nog ter sprake dient te komen is in hoeverre en hoe de 24-uurs bereikbaarheid in de basiseenheden is geregeld en of er

ook sprake is van geplande avond- of nachtzorg. De 24-uurs bereikbaarheid hebben wij gedefinieerd als het 24 uur per dag telefonisch bereikbaar zijn en in acute situaties ook beschikbaar. Het blijkt dat in bijna alle basiseenheden sprake is van een dergelijke dienst, in beide steekproeven bijna 95%. Ook de wijze waarop dit georganiseerd is, is binnen beide steekproeven praktisch gelijk. Bij 45% van de basiseenheden wordt deze dienst verzorgd door een vaste groep werkers, al of niet in deeltijd. Bij 41% van de basiseenheden gebeurt dit door het personeel van de dagdienst bij toerbeurt. Bij 14% tenslotte draait al het personeel mee om deze dienst te verzorgen.

Tabel 3.10: geplande avond- en/of nachtzorg, in procenten

	registratie (N=186)	enquête (N=400)
nee	3.7	4.3
alleen avondzorg	76.5	71.4
avond- en nachtzorg	19.8	24.3

In tabel 3.10 is te zien dat in bijna alle basiseenheden van beide steekproeven tenminste geplande avondzorg plaatsvindt, terwijl ook de geplande nachtzorg terrein wint. In 1986 was dit type zorg nog in veel mindere mate aanwezig (Nuyens en Van der Speld, 1987). Bijna overal (in 95% van de basiseenheden) wordt de geplande avond- en/of nachtzorg door een aparte groep zorgverleners gegeven.

Ter afsluiting kan nog worden vermeld dat in het registratie-onderzoek is gevraagd naar de wijze van vervoer van de betreffende persoon. Het meest wordt de auto gebruikt, door 88.9% van de respondenten, 10.6% van hen verplaatst zich per fiets.

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de beide steekproeven representatief zijn voor de wijkverpleging in Nederland,

en wel om de volgende redenen. De steekproef voor het registratie-onderzoek is per lidinstelling a-select getrokken, waardoor geografisch gezien een redelijke spreiding is ontstaan, en de bevolkingsopbouw van de werkgebieden van deze wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden komt goed overeen met de opbouw van de totale Nederlandse bevolking. Bij vergelijking van de twee steekproeven blijkt dat de verdeling van de achtergrondkenmerken (persoonskenmerken en kenmerken van de werksituatie) niet tot nauwelijks verschilt. Tot slot blijkt dat voor de achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, percentage dienstverband) waarvan landelijke cijfers bekend zijn, de verdeling van beide steekproeven goed overeenkomt met de landelijke verdeling.

3.4. De uitvoering van het onderzoek

Om de begeleiding zo optimaal mogelijk te laten verlopen en om geen vertekeningen te krijgen ten gevolge van seizoensinvloeden, is het registratie-onderzoek in vier perioden uitgevoerd. Er werd in de volgende perioden van 1988 geregistreerd, steeds gedurende acht weken:

van 29 februari t/m 24 april
van 2 mei t/m 26 juni
van 5 september t/m 30 oktober
van 24 oktober t/m 18 december.

Tijdens deze acht weken dienden de personen die meededen al hun werkzaamheden te noteren op de 7 verschillende registratie-formulieren, alleen de formulieren B en G behoefden slechts twee weken ingevuld te worden (zie 3.2.2).
In de weken voor de startdatum zijn alle basiseenheden tweemaal bezocht door de onderzoeker en een veldwerker voor de begeleiding van de registrerenden. Het eerste bezoek diende om de formulieren en de handleiding toe te lichten, alsmede het doel van het onderzoek en de te volgen werkwijze door de registrerenden. Tijdens het tweede bezoek werden gerichte vragen en problemen beantwoord, welke gerezen waren nadat de registrerenden een dag

hadden proefgedraaid met de formulieren. Tijdens de registratieperiode werden alle basiseenheden nog drie maal door de veldwerker bezocht, waarbij de ingevulde formulieren werden opgehaald en gecontroleerd en de betreffende wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zonodig vragen konden stellen. Deze intensieve begeleiding bleek niet alleen noodzakelijk, maar werkte ook duidelijk motiverend op de personen die meededen.
Het veldwerk van het registratieonderzoek is volgens planning verlopen, zodat op 31 december 1988 alle ingevulde formulieren op het NIVEL aanwezig waren.
Ook het vragenlijstonderzoek verliep geheel volgens planning. De enquêteformulieren zijn eind september verzonden, waarop na drie weken een herinneringsbrief is verzonden aan diegenen, die nog niets geretourneerd hadden. Begin december kon de dataverzameling worden afgesloten met het genoemde responspercentage van 87%.

Tot slot dient nog vermeld dat alle personen die aan het registratieonderzoek hebben meegewerkt na afloop een persoonlijke terugrapportage hebben ontvangen welke een overzicht bevatte van de door hen tijdens het onderzoek verrichte werkzaamheden.

4. DE ZORGVERLENING TIJDENS HUISBEZOEKEN

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we wat er door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wordt gedaan wanneer zij een huisbezoek brengen aan een patiënt die bij hen in zorg is. Dit laatste betekent dat het hier niet gaat om intake-huisbezoeken of preventieve huisbezoeken aan zuigelingen, kleuters of ouderen. Deze specifieke huisbezoeken komen in de hoofdstukken 6, 7 en 8 ter sprake.
De gegevens die hier aan de orde komen zijn verzameld via het B-formulier (zie bijlage) en zijn aldaar terug te vinden onder het kopje 'zorgactiviteiten'. Welke zorgactiviteiten tot welke wijkverpleegkundige taken gerekend dienen te worden, volgens de formulering in hoofdstuk 2, is af te lezen uit onderstaand schema.

De zorgactiviteiten tijdens huisbezoeken en de wijkverpleegkundige taken waartoe deze gerekend dienen te worden

Zorgactiviteiten	Wijkverpleegkundige taken
- lichamelijke hygiënische zorg	- verzorgende taken
- huishoudelijke activiteiten	- huishoudelijke taken
- verpleegtechnische handelingen	- curatieve taken
- GVO-activiteiten	- preventieve taken
- psycho-sociale activiteiten	- begeleidende taken
- stimuleren en ondersteunen mantelzorg	- begeleidende taken
- observeren	- preventieve taken
- sociale en administratieve activiteiten	- administratieve taken

De zorgactiviteiten die tijdens de huisbezoeken verricht worden zijn zeer divers en omvatten bijna alle taakgebieden van het wijkverpleegkundige werk. De twee niet in het schema genoemde taken -

coördineren en rapporteren- kunnen soms ook nog voorkomen, bijvoorbeeld bij het stimuleren en ondersteunen van mantelzorg en 'sociale en administratieve activiteiten'.
Genoemde zorgactiviteiten zullen we verder bespreken onder de term handelingen, als zijnde de feitelijke uitvoering van betreffende taken. Vanwege de overzichtelijkheid houden we ons aan de volgorde van het B-formulier bij de behandeling van de aparte zorgactiviteiten.

Tabel 4.1: het aantal en het gemiddelde aantal afgelegde huisbezoeken per type zorgverlener.

	aantal	gemiddeld aantal	aantal personen
wijkverpleegkundigen	6.356	59	108
wijkziekenverzorgenden	3.512	72	49
avond/weekenddiensten	2.979	103	29
totaal	12.847	69	186

In tabel 4.1 is weergegeven hoeveel huisbezoeken er bij de analyse zijn gebruikt en hoeveel er gemiddeld per type zorgverlener zijn afgelegd. De huisbezoeken waar het hier om gaat beslaan niet alle acht weken van de registratieperiode, maar alleen de weken waarin intensief is geregistreerd. Voor de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden was dit een periode van twee weken, voor de wijkverpleegkundigen die alleen 's avonds of in het weekend werken varieerde dit van twee tot drie weken (zie 3.2.1.). De duur van de huisbezoeken varieerde tussen één minuut en twee en een half uur. Gemiddeld duurde een huisbezoek 31 minuten. De heel korte bezoeken kwamen voor wanneer de patiënt niet thuis bleek te zijn, geen hulp wilde of wanneer slechts een kleine routinehandeling verricht diende te worden.
In dit hoofdstuk zullen we een deel van de onderzoeksvragen beantwoorden. Allereerst wordt nagegaan welke zorg wordt verleend door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden tijdens huis-

bezoeken, uitgesplitst in een aantal hoofdcategorieën (vraagstelling 1.1.). Daarna wordt de frequentie en de relatieve frequentie per zorgcategorie gegeven (vraagstelling 1.2.). Vervolgens komt aan de orde òf en welke verschillen er zijn **tussen** de zorg die wordt verleend door wijkverpleegkundigen overdag, wijkziekenverzorgenden en door verpleegkundigen in de avond- of weekenddienst (vraagstelling 1.3.). Om deze vraagstellingen te beantwoorden hebben we de indeling naar type zorgverlener uit bovenstaande tabel aangepast. Hierbij zijn de huisbezoeken de analyse-eenheden en zijn deze ingedeeld naar het tijdstip waarop ze zijn afgelegd, ongeacht de functie van de zorgverlener. Er ontstaat dan een verschuiving binnen de door wijkverpleegkundigen afgelegde huisbezoeken, omdat een deel van hen ook huisbezoeken in het weekend heeft afgelegd. Het aantal door wijkziekenverzorgende afgelegde huisbezoeken verandert niet, omdat zij geen weekenddiensten verzorgen.
De door ons in dit hoofdstuk gehanteerde indeling ziet er nu als volgt uit:

- huisbezoeken afgelegd door wijkverpleegkundigen overdag (maandag t/m vrijdag), N=5689;
- huisbezoeken afgelegd door wijkziekenverzorgenden overdag (maandag t/m vrijdag), N=3512;
- huisbezoeken afgelegd tijdens avond- of weekenddiensten, N=3646.

De huisbezoeken in de laatste categorie kunnen dus zowel door wijkverpleegkundigen uit de dagdienst als door speciale avond- of weekendverpleegkundigen zijn afgelegd.

Tot slot zal vraagstelling 2 beantwoord worden. Hiervoor worden bij het zoeken naar een verklaring voor gevonden verschillen **binnen** de afzonderlijke groepen hulpverleners analyses uitgevoerd met een aantal van de achtergrondkenmerken welke in 3.3.3 beschreven zijn. Helaas kunnen om methodologische redenen niet al de achtergrondkenmerken in de analyse betrokken worden. De volgende individuele kenmerken gaven een dermate scheve verdeling te zien dat nadere analyse niet mogelijk is:

- geslacht (slechts 5.3% was man);

- opleiding van de wijkziekenverzorgenden (slechts 12% had geen wijkapplicatiecursus gevolgd);
- all-round werkzaam of niet(85.5% werkt all-round).

De persoonskenmerken die wel bij analyse gebruikt kunnen worden zijn dan: leeftijd, opleiding van wijkverpleegkundigen, werkervaring en aantal uren werkzaam.
Van de kenmerken van de werksituatie zijn bruikbaar: buurt- of wijkgericht werken; omvang, bevolkingsopbouw en urbanisatiegraad van de wijk; al dan niet werken in een samenwerkingsverband.
Deze analyses zullen steeds voor de verschillende typen hulpverleners apart berekend worden. Patiëntenkenmerken komen in hoofdstuk 5 pas ter sprake.

4.2. Beschrijving van de zorgactiviteiten

In deze paragraaf wordt eerst beschreven hoe vaak en door wie de verschillende handelingen zijn verricht per zorgcategorie. Daarna wordt voor iedere zorgcategorie apart de frequentie en relatieve frequentie van de handelingen beschreven.
Vooraf nog een enkele opmerking over de wijze van invullen door de registrerenden. Het is aan de personen die meededen duidelijk uitgelegd dat het de bedoeling was **alles** te noteren wat er bij de patiënten door hen gedaan werd. Dit had tot gevolg dat er per zorgcategorie meerdere handelingen konden worden aangekruist. Handelingen welke niet voorgedrukt stonden op het formulier dienden er bij te worden geschreven.

Tijdens praktisch alle huisbezoeken is minstens één handeling verricht. Bij 37 van de 12.847 huisbezoeken is dit niet het geval, omdat de patiënt niet thuis was, zodat geen zorg verleend kon worden of een enkele keer omdat de patiënt weigerde zorg te ontvangen. Deze huisbezoeken zijn niet uit het analysebestand verwijderd, omdat de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende wel bij de betreffende patiënt aan huis is geweest.

Tabel 4.2.: percentage huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht binnen een bepaalde zorgcategorie, uitgesplitst naar het type zorgverlener.

	WV overdag	WZV	avond/ weekend dienst	totaal
1. lichamelijk-hygiënische zorg	58.7	67.8	62.7	62.3 7985[1]
2. huishoudelijke activiteiten	24.4	29.5	17.2	23.7 3045
3. verpleegtechnische handelingen	67.9	70.4	86.0	73.7 9439
4a.voorlichting geven	36.9	35.7	11.3	29.3 3747
4b.stimuleren tot en helpen bij therapie	28.1	24.5	5.1	20.6 2635
5. psycho-sociale activiteiten	34.7	25.6	13.0	26.1 3343
6. hulp aan mantelzorg	30.1	28.9	19.5	26.8 3429
7. observeren	20.0	15.3	7.3	15.1 1927
8. sociale en admin. activiteiten	65.9	66.3	60.0	64.3 8239
Totaal percentage	366.7	364.0	282.1	341.9
Totaal aantal huisbezoeken	5689	3512	3646	12.847

[1] Absolute aantallen van de huisbezoeken per zorgcategorie.

Uit tabel 4.2 blijkt dat er per huisbezoek handelingen in meerdere zorgcategorieën zijn verricht (de totaalpercentages zijn hoger dan 100%). Zowel wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden verrichten overdag per huisbezoek gemiddeld handelingen uit 3 tot 4 zorgcategorieën, voor de avond- en weekkenddiensten zijn dit handelingen uit 2-3 zorgcategorieën.

Verder is te zien hoe vaak er handelingen zijn verricht binnen bepaalde zorgcategorieën. Het meest worden verpleegtechnische handelingen verricht. Binnen bijna driekwart (73.7%) van de huisbezoeken worden één of meer verpleegtechnische handelingen verricht. Daarna worden lichamelijk-hygiënische zorg en sociale en administratieve activiteiten het meeste verricht, respectievelijk tijdens 62.3 en 64.3% van de huisbezoeken. Observeren van nieuwe symptomen komt het minste voor, en wel in 15.1% van de gevallen.

4.2.1. Frequentie van handelingen per zorgcategorie

Alvorens met de beschrijving van de afzonderlijke zorgcategorieën te beginnen wijzen we erop dat de tabellen soms minder handelingen bevatten dan binnen de zorgcategorieën op formulier B staan aangegeven. De betreffende handelingen zijn dan met andere samengevoegd of toegevoegd aan de categorie 'anders' of 'overige' vanwege het geringe voorkomen van betreffende handeling.

Bij de eerste zorgcategorie is door de zorgverleners aangegeven of ze **lichamelijk-hygiënische zorg** hebben verleend aan de patiënten tijdens de geregistreerde huisbezoeken. In tabel 4.3 is te zien hoe vaak bepaalde handelingen door de verschillende personen zijn verricht. Overdag wordt het meest gewassen, hoewel wijkverpleegkundigen (49.7%) het minder vaak doen dan wijkziekenverzorgenden (56.9%). Aan- en uitkleden wordt gemiddeld 's avonds en in het weekend net zo vaak gedaan als overdag, maar door de wijkziekenverzorgenden het meest frequent, namelijk bij de helft van alle huisbezoeken. Haar wassen of verzorgen, hand- en voetverzorging en stimuleren van zelfzorg m.b.t. ADL-functies wordt in de avond en in

het weekend duidelijk minder gedaan dan overdag. Ook voor deze drie handelingen geldt dat wijkziekenverzorgenden deze het meest frequent doen. Verplaatsen van een patiënt daarentegen wordt in de avond en tijdens het weekend meer gedaan dan overdag, en wel in een derde van alle huisbezoeken.

Huishoudelijke activiteiten worden door wijkziekenverzorgenden tijdens 30% van de huisbezoeken verricht, door de wijkverpleegkundigen overdag tijdens 24% en 's avonds en in het weekend tijdens 17.1% van de huisbezoeken. De hogere percentages overdag worden vooral veroorzaakt door de categorie douche/badkamer opruimen, dat overdag vaak en 's avonds en in het weekend weinig wordt gedaan.

Hoe de frequenties van de **verpleegtechnische handelingen** zijn verdeeld, is af te lezen uit tabel 4.4. De meest voorkomende verpleegtechnische handelingen zijn bij alle drie de typen zorgverleners poederen/zalf aanbrengen (gemiddeld 28.9%) en het voorkomen en verzorgen van decubitus (gemiddeld 25.4%). Deze laatste handelingen komen in de avonden en weekends veel voor (39.6%), ongeveer dubbel zo vaak als overdag. Dit is vermoedelijk een gevolg van het feit dat de gemiddelde patiënt die avond- of weekendzorg nodig heeft ernstiger ziek is dan de gemiddelde patiënt die alleen overdag zorg behoeft. Het verzorgen van catheters, UP's en AP's, medicijnen toedienen en bed opmaken komt om dezelfde reden ook vaker voor in de avond en het weekend. Wondverzorging wordt iets minder vaak gedaan door wijkziekenverzorgenden.

Hoe vaak door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden **GVO-activiteiten** worden verricht is te zien in tabel 4.5. Een eerste blik op deze tabel maakt duidelijk dat GVO vooral overdag wordt gegeven, de avond/weekenddiensten doen er weinig aan. Verschillen tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn te verwaarlozen klein. We zien dat de meeste voorlichting wordt gegeven over 'aard van ziekte of klachten' (21%). Voorlichting geven over de mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg komt ook regelmatig ter

sprake (11-13%), evenals medicijngebruik (10-11%). Het stimuleren en helpen bij het realiseren van voeding en dieet en van een voorgeschreven leefwijze komt bij ruim 15% van de huisbezoeken overdag voor van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. ADL-training en helpen bij het gebruik van hulpmiddelen wordt door deze personen tijdens 12 tot 13% van de huisbezoeken gedaan.

De zorgcategorie **psychosociale activiteiten** is opgesplitst in twee onderdelen (zie tabel 4.6 en tabel 4.7.). In feite geeft alleen de tweede tabel handelingen weer en zijn de gegevens uit de eerste tabel ingevuld door de registrerenden om inzicht te verschaffen in het soort problemen, waar wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden mee geconfronteerd worden. Hen was uitdrukkelijk uitgelegd dat alleen wanneer het probleem tijdens het betreffende huisbezoek ter sprake was gekomen, dit door ons als een handeling werd aangemerkt. Alleen dan diende te worden ingevuld wat de aard van de problemen was. Bovendien was er zowel wanneer de patiënt als wanneer de verpleegkundige het probleem had aangekaart volgens onze definitie sprake van een handeling. Vaak zullen problemen langdurig bestaan, maar wordt er niet bij ieder huisbezoek over gesproken. In dat geval diende er bij psycho-sociale problemen niets te worden ingevuld.
Voor het bespreken van de resultaten kijken we daarom eerst naar tabel 4.7. Hier valt direct op dat wijkverpleegkundigen overdag veel meer psycho-sociale activiteiten verrichten dan de avond- en weekenddiensten en dat de frequentie van de wijkziekenverzorgenden hier tussenin zit. Vooral de categorieën luisteren en begrip/medeleven tonen laten de grootste verschillen zien tussen de wijkverpleegkundigen en de andere twee groepen. Doen de wijkverpleegkundigen deze activiteiten tijdens 27.8% en 24.2% van de huisbezoeken, wijkziekenverzorgenden doen dit tijdens 17.6% en 15.6% en avond/weekenddiensten maar tijdens 11.4% en 9% van de huisbezoeken. De overige drie psycho-sociale activiteiten worden door iedereen minder vaak gedaan, 's avonds en in het weekend echter heel weinig, maximaal in 2.7% van de huisbezoeken.

Naar aanleiding van deze verschillen rijst de vraag hoe deze hoge score voor wijkverpleegkundigen te verklaren valt. We kijken dan eerst naar tabel 4.6 om te zien of er bij de wijkverpleegkundigen ook vaker problemen worden gemeld dan bij de andere zorgverleners. Dat blijkt inderdaad het geval te zijn, al zijn de verschillen hier kleiner dan in tabel 4.7. Dit laatste is echter te verklaren uit het feit dat bij de psycho-sociale activiteiten vaker meerdere antwoorden zijn aangekruist dan bij de aard van de psycho-sociale problemen.
Feit blijft dat bij de wijkverpleegkundigen overdag psycho-sociale problemen vaker ter sprake komen en dat het hierbij in de meeste gevallen gaat om problemen met betrekking tot acceptatie door de patiënt van zijn ziekte of handicap of zijn te verwachten overlijden (18.7%). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat patiënten een wijkverpleegkundige sneller in vertrouwen nemen dan een wijkziekenverzorgende vanwege haar grotere deskundigheid. Een andere reden zou kunnen zijn dat de wijkverpleegkundige er vaker uit zichzelf over begint dan de wijkziekenverzorgende. Deze reden zou ook voor de avond- en weekenddienst de oorzaak kunnen zijn van het lage aantal psycho-sociale activiteiten. We kunnen dit echter niet controleren omdat niet is gevraagd in te vullen wie het initiatief heeft genomen tot de uitgevoerde handeling. Een laatste reden kan zijn dat patiënten met psycho-sociale problemen eerder aan wijkverpleegkundigen dan aan wijkziekenverzorgenden worden toegewezen.

De zorgcategorie **stimuleren en ondersteunen van mantelzorg** is de enige categorie waarbij de handelingen niet op de patiënt zelf gericht zijn, maar waar de aanwezige mantelzorgers de ontvangers van de zorg zijn. Bij een aantal patiënten zal de mantelzorger altijd aanwezig zijn, bij anderen niet. Wat we hier gemeten hebben is niet of er een mantelzorger aanwezig was, maar of aan een aanwezige mantelzorger hulp, bijstand of voorlichting is gegeven. De meest voorkomende handelingen (zie tabel 4.8) zijn het bespreken van de toestand van de patiënt (16.4%) en het verlenen van emotionele steun of bespreken of de mantelzorger het aan kan (15.9%). Verder worden in 9.8% van de huisbezoeken de mogelijkheden van de mantelzorg besproken en in 7.6% instructie gegeven. Hoewel alle

activiteiten met mantelzorgers 's avonds en in het weekend minder vaak worden verricht dan overdag, worden de twee laatstgenoemde activiteiten door hen maar half zo vaak gedaan als overdag. Het belangrijkste verschil tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is, dat wijkverpleegkundigen vaker emotionele steun verlenen of bespreken of de mantelzorg het aan kan. Ze doen dit in ruim 20% van de huisbezoeken en de wijkziekenverzorgenden in 13.6%.

De zorgcategorie **observeren** neemt op het registratieformulier een aparte plaats in. Behalve dat er niet altijd sprake is van handelingen wanneer na afloop van een huisbezoek binnen deze categorie iets is aangekruist (vergelijk psycho-sociale activiteiten), wordt de term observeren in een beperktere betekenis gebruikt dan normaal het geval is. We hebben de registrerenden namelijk gevraagd alleen die observaties te noteren die betrekking hebben op een **verandering** in de situatie of de toestand van de patiënt en vervolgens wat ze naar aanleiding van deze verandering hebben gedaan. Het doel hiervan is te meten of er op grond van dergelijke observaties aan secundaire of tertiaire preventie wordt gedaan tijdens de huisbezoeken. Het alleen vragen of er geobserveerd wordt zou waarschijnlijk voor alle huisbezoeken het antwoord 'ja' opleveren, hetgeen een weinig gedifferentieerd beeld zou opleveren. Het blijkt dat bij 11.8% van de huisbezoeken melding is gemaakt van het observeren van nieuwe symptomen op het lichamelijk vlak, bij 5.7% op het psychische vlak en bij 2.9% van de huisbezoeken op het sociale vlak. Bij 2.3% van de huisbezoeken is aangegeven dat de nieuwe symptomen van ziekte of handicap zowel aanwezig waren op het lichamelijke, het psychische als het sociale vlak. In het totaal is bij 20.4% van alle huisbezoeken melding gemaakt van een of andere vorm van observatie. Hiervan komt 12.8% voor rekening van de wijkverpleegkundige overdag, 5.1% van de wijkziekenverzorgende en 2.5% van de avond- en weekendverpleegkundigen.
Zijn er veranderingen gesignaleerd, dan is bij 8.1% van de huisbezoeken als strategie aangegeven het nog even aan te zien, bij 2.5% de zorg bij te stellen en in 4% van de gevallen dat er iemand

wordt geconsulteerd of dat de patiënt wordt doorverwezen (zie tabel 4.9).
De personen die geconsulteerd worden zijn respectievelijk de huisarts (N=201), een collega (N=49), gezinszorg of maatschappelijk werk (N=22) en soms een specialist of iemand anders uit de tweede lijn (N=12). Doorverwijzen gebeurt ook het meest naar de huisarts (N=149), naar de tweede lijn (N=33), naar een andere eerstelijns hulpverlener (N=19) en soms naar een collega (N=9). Deze laatste zaken gebeuren dan meestal niet tijdens het huisbezoek zelf.
De verschillen tussen de zorgverleners liggen hier hetzelfde als bij de eerste vraag of er geobserveerd wordt (tabel 4.9), wat inhoudt dat al deze handelingen het meest door wijkverpleegkundigen worden gedaan en het minst door de avond- of weekenddiensten.

Binnen de zorgcategorie **sociale en administratieve activiteiten** komt 'praatje maken' verreweg het meest voor: tijdens bijna de helft van alle huisbezoeken (zie tabel 4.10). Toch was dit praatje maken niet bedoeld voor het praten met de patiënt **tijdens** de zorgverlening, maar voor de **extra** conversatie, welke dusdanig van omvang is, dat het huisbezoek erdoor verlengd wordt. Helaas is dit door de registrerenden niet altijd goed begrepen, waardoor deze handeling vaker is opgegeven dan de bedoeling was. Dit bleek bij navraag aan personen die bij ieder huisbezoek het 'praatje maken' hadden ingevuld.
Informeren naar de toestand van de patiënt of naar wat er gedaan dient te worden, wordt in 38.8% van de bezoeken gedaan. Een afspraak maken wordt in 14.2% van de bezoeken gedaan, veel vaker door wijkverpleegkundigen en bijna niet door avond- of weekenddiensten. Administratieve werkzaamheden worden door de verschillende zorgverleners ongeveer even vaak gedaan, gemiddeld in 11.3% van de huisbezoeken. Het betreft allerlei administratieve werkzaamheden, die uiteenlopen van het bijhouden van een vochtlijst of overdracht van werkzaamheden tot het helpen invullen van formulieren voor een andere woning.

4.2.2. Relatieve frequentie van handelingen per zorgcategorie

Nadat we alle handelingen vrij gedetailleerd de revue hebben laten passeren, doen we dit nogmaals, maar dan in vogelvlucht. We doen dit om de relatieve frequenties van de handelingen te bestuderen op het niveau van de zorgcategorieën. Bij deze relatieve frequenties zijn de onderzoekseenheden **niet alle** huisbezoeken, maar alleen die huisbezoeken, waar binnen de betreffende zorgcategorie één of meerdere handelingen zijn verricht. De tabellen die dit laten zien zijn te vinden onder de nummers 4.11 t/m 4.18. Aan het totaal aantal huisbezoeken dat vermeld staat in deze tabellen is te zien dat het inderdaad om minder huisbezoeken gaat dan in de tabellen uit de vorige paragraaf het geval was.
Uit deze tabellen kan bijvoorbeeld worden afgelezen hoe vaak de patiënt, **indien** tijdens een huisbezoek lichamelijk-hygiënische zorg is verleend, is gewassen, aan- of uitgekleed, enzovoort.
Bij bestudering van de tabellen wordt duidelijk dat binnen een aantal zorgcategorieën de frequentieverschillen tussen de verschillende hulpverleners kleiner zijn dan in de tabellen over het totaal aantal huisbezoeken. Dit is vooral het geval voor de zorgcategorieën GVO-activiteiten, psycho-sociale activiteiten en mantelzorg, waar de verschillen tussen dag - en avondzorg voor een groot deel verdwijnen. Bij de ADL-handelingen valt op dat, indien er lichamelijk-hygiënische zorg is verleend door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, bij beide groepen even vaak sprake is van wassen van de patiënt. Bij huisbezoeken waarin lichamelijk-hygiënische zorg is verleend is dit ruim 84% voor beide groepen, terwijl er in de totaaltelling een verschil van 7% te zien was. In feite betekent dit, dat wijkziekenverzorgenden wel vaker de taak lichamelijk-hygiënische zorg verrichten dan wijkverpleegkundigen, maar wordt deze taak uitgevoerd, dan blijkt dat binnen de zorgcategorie lichamelijk-hygiënische zorg het percentage patiënten dat gewassen wordt altijd even groot is, ongeacht het feit of de zorgverlener verpleegkundige of ziekenverzorgende is. Een zelfde redenering geldt voor het bovengenoemde verdwijnen van verschillen tussen de zorg die overdag en in de avond of het weekend wordt verleend binnen een aantal zorg-

categorieën. Het is zelfs zo dat, hoewel verpleegkundigen in de avond of het weekend aan bepaalde taken slecht toe komen, zij, indien ze er wel tijd voor kunnen maken, bepaalde activiteiten vaker doen dan de zorgverleners overdag die er wel aan toe komen of er tijd voor uittrekken. Dit geldt voor de volgende handelingen: 'luisteren' bij psycho-sociale activiteiten (10-23% vaker),'toestand van de patiënt bespreken' bij mantelzorg (9-14% vaker), 'het nog even aanzien' bij handelen naar aanleiding van observatie (8-12% vaker) en 'een praatje maken' bij sociale en administratieve activiteiten (9-10% vaker dan overdag).

4.3. Verschillen in geleverde zorg tussen wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en avond/weekenddiensten

Hoewel in de vorige paragrafen met betrekking tot specifieke handelingen reeds een aantal verschillen tussen de typen hulpverleners ter sprake zijn gekomen, willen we er hier wat dieper op ingaan. We willen bekijken in hoeverre de verschillen tussen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die door ons zijn gevonden op toeval berusten of structureel van aard zijn. We doen dit door middel van een chi-kwadraattoets voor twee onafhankelijke steekproeven. Voor de overzichtelijkheid voeren we deze toets uit voor de totale zorgcategorieën of taken en niet voor alle afzonderlijke handelingen welke tijdens de huisbezoeken verricht worden.
We analyseren eerst de verschillen tussen wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn en de wijkziekenverzorgenden en vinden dan voor alle zorgcategorieën tesamen een chi-kwadraat van 138.4. Deze is significant voor een $p \leq .001$. De hoogte en significantie van deze chi-kwadraat wordt voornamelijk bepaald door de volgende zorgcategorieën: lichamelijk-hygiënische zorg, huishoudelijke activiteiten, psycho-sociale activiteiten en observeren van nieuwe symptomen van ziekte of handicap. Dit betekent dat de eerste twee taken vaker dan op grond van toeval te verwachten is door wijkziekenverzorgenden verricht worden en de laatste twee juist vaker door wijkverpleegkundigen overdag. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn

dat wijkverpleegkundigen vaker zorg verlenen aan patiënten die in een minder stabiele of meer complexe verpleegsituatie verkeren en dat wijkziekenverzorgenden vaker patiënten onder hun hoede hebben wier situatie stabiel is en die voornamelijk lichamelijk-hygiënische zorg behoeven.

Analyse van de verschillen tussen wijkverpleegkundigen overdag en wijkverpleegkundigen 's avonds en in het weekend geeft een nog grotere chi-kwadraat te zien: 1687.9 voor een $p \leq .001$. Hoewel de grootte van de chi-kwadraat mede beinvloed wordt door het grote aantal waarnemingen (ruim 9000) is toch duidelijk dat door wijkverpleegkundigen overdag en wijkverpleegkundigen 's avonds of in het weekend een ander soort zorg wordt verleend. Behalve voor lichamelijke-hygiënische zorg, huishoudelijke activiteiten en sociale- en administratieve activiteiten geldt dit voor alle taken welke tijdens de huisbezoeken worden uitgevoerd. Verpleegtechnische handelingen worden meer dan op grond van toeval te verwachten is in de avond en het weekend verricht.

Overdag daarentegen worden door de wijkverpleegkundigen vaker GVO-activiteiten verricht, psycho-sociale steun verleend, hulp gegeven aan de mantelzorg en nieuwe symptomen van ziekte of handicap geobserveerd. Deze structurele verschillen in zorgverlening zullen gedeeltelijk samenhangen met het feit dat er overdag meer tijd en aandacht kan worden besteed aan GVO en psycho-sociale problemen. Anderzijds zullen patiënten die avond- of weekendzorg ontvangen vaker ernstig ziek zijn dan patiënten die alleen overdag zorg ontvangen, waardoor verklaarbaar is dat er veel verpleegtechnische handelingen verricht worden.

Een analyse van de verschillen tussen wijkziekenverzorgenden en avond- en nachtdiensten leverde een zelfde beeld op als we vonden bij de vergelijking van wijkverpleegkundigen overdag en in de avond en het weekend, de verschillen zijn alleen wat minder groot.

Het lijkt erop dat de verschillen in het uitvoeren van taken op de eerste plaats samenhangen met de toedeling van de patiënten aan de verschillende zorgverleners.

4.4. Verschillen in geleverde zorg tussen wijkverpleegkundigen onderling, wijkziekenverzorgenden onderling en avond/ weekendzorg onderling

Tot nu toe hebben we in dit hoofdstuk gesproken over een aantal punten waarop de drie soorten zorgverleners, die huisbezoeken afleggen onderling verschillen in de door hen geleverde zorg. Hoe homogeen zijn echter deze groepen zelf of, anders gezegd, hoe groot zijn de onderlinge verschillen binnen elk van deze groepen wat betreft de geleverde zorg? Om hier zicht op te krijgen dienen we in tegenstelling tot het voorgaande in dit hoofdstuk, niet de afgelegde huisbezoeken, maar de personen uit de onderscheiden groepen als analyse-eenheden te gebruiken. We krijgen dan de volgende groepen: 108 wijkverpleegkundigen en 49 wijkziekenverzorgenden die overdag werken en 68 verpleegkundigen die avond en weekenddienst doen. De laatste groep bestaat gedeeltelijk uit personen die alleen avond en weekenddiensten verrichten (29) en gedeeltelijk uit wijkverpleegkundigen, die buiten hun normale werk overdag meedraaien in de weekenddiensten (39).
Voor elk type zorgverlener apart bekijken we eerst hoe groot de onderlinge verschillen zijn bij de uitvoering van de aparte taken of zorgcategorieën.

In tabel 4.19 zijn in de eerste plaats het gemiddeld percentage huisbezoeken waarin de verschillende hulpverleners bepaalde zorg heeft verleend weergegeven. De weergegeven cijfers lijken sterk op de cijfers uit tabel 4.2. In beide tabellen wordt namelijk aangegeven hoe vaak handelingen zijn uitgevoerd binnen de verschillende zorgcategorieën tijdens huisbezoeken . Tabel 4.2. geeft deze cijfers over het totaal aantal huisbezoeken, terwijl tabel 4.19 dit doet per type zorgverlener.
Zoals te verwachten valt zitten er niet zoveel verschillen in de gepresenteerde cijfers. Belangrijk is echter dat in tabel 4.19 de standaarddeviaties per type zorgverlener staan aangegeven. Hoe hoger de standaarddeviatie is, des te groter zijn de onderlinge verschillen binnen de betreffende groep zorgverleners over de uitgevoerde han-

delingen binnen een bepaalde zorgcategorie. Er is geen enkele standaarddeviatie kleiner dan 10%, en maar 5 van de 29 zijn kleiner dan 15%. Dit betekent dat er voor de meeste zorgcategorieën sprake is van een redelijke variatie in uitgevoerde handelingen binnen elk groep van zorgverleners. De geringste verschillen zien we bij het observeren van nieuwe symptomen door wijkziekenverzorgenden en avond/weekenddiensten, bij 'stimuleren en helpen bij therapie' in de avond/weekendploeg en bij lichamelijk hygiënische zorg bij de wijkziekenverzorgenden. Het hoogst is de standaarddeviatie voor alle groepen bij de sociale en administratieve activiteiten, respectievelijk 26.6 voor wijkverpleegkundigen, 31.7 voor wijkziekenverzorgenden en 36.4 voor de avond/weekenddiensten. Voorts valt op dat bij de avond/weekendzorg bij vijf van de negen zorgcategorieën een duidelijk grotere standaarddeviatie te zien is dan bij de andere groepen. Bij de wijkziekenverzorgenden zijn de standaarddeviaties in bijna alle gevallen het laagst.

Hoewel er allerlei mogelijke oorzaken kunnen zijn voor genoemde verschillen, denken wij dat de patiëntengegevens hierbij het meest voor de hand liggen als discriminerende variabelen. Een analyse hiernaar komt aan de orde in het volgende hoofdstuk. Op deze plaats willen we echter onderzoeken in hoeverre ook een aantal persoonskenmerken van de hulpverleners en kenmerken van hun werksituatie debet zijn aan deze verschillen. Als onafhankelijke variabelen hebben we gebruikt de persoonskenmerken en de kenmerken van de werksituatie die we in 4.1 genoemd hebben als bruikbaar voor analyse.

Voordat we deze analyse hebben uitgevoerd zijn we eerst per type zorgverlener nagegaan in hoeverre deze onafhankelijke variabelen onderling samenhangen. Met name bij de wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn zien we een aantal significante verbanden tussen de onafhankelijke variabelen (zie tabel 4.20). Wijkverpleegkundigen die ouder zijn hebben vaker een MGZ-opleiding (in plaats van HBO-V) gevolgd en hebben meer ervaring dan hun jongere collega's, hetgeen een vanzelfsprekende samenhang is. Daarnaast blijkt dat oudere wijkverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen met meer ervaring vaker in wijken werken met een relatief jonge bevol-

kingsopbouw en in minder verstedelijkte gebieden. Tot slot werken wijkverpleegkundigen in grotere steden vaker buurtgericht dan hun collega's in minder verstedelijkte gebieden.
Bij wijkziekenverzorgenden zien we ook een samenhang tussen leeftijd en ervaring (r=.42, p=.001). Daarnaast blijkt dat wijkziekenverzorgenden die ouder zijn en meer ervaring hebben vaker in een samenwerkingsverband (home-team of gezondheidscentrum) werkzaam zijn (r=.31, respectievelijk r=.39).
Tot slot hebben wijkziekenverzorgenden in de grotere steden een grotere wijk qua aantal inwoners (r=.28, p=.03) dan hun collega's in minder verstedelijkte gebieden. Ditzelfde geldt voor de wijkverpleegkundigen die alleen 's avonds of in het weekend werken (r=.40, p=.01) Deze wijkverpleegkundigen hebben tevens een groter werkgebied naarmate ze meer uren werkzaam zijn (r=.48, p=.004).
Vervolgens is nagegaan in hoeverre de persoonskenmerken van de hulpverleners en de kenmerken van de werksituatie samenhangen met het aantal afgelegde huisbezoeken en het percentage huisbezoeken waarin handelingen zijn verricht binnen de afzonderlijke zorgcategorieën. Voor drie van de onafhankelijke variabelen vonden we geen enkel verband: werkvorm, wijkomvang en urbanisatiegraad. Verbanden bij de overige variabelen waren zwak tot matig.
Iets van deze samenhangen willen we toch beschrijven. Voor leeftijd geldt dat jongere wijkverpleegkundigen, die alleen in avond- of weekenddienst werken, vaker handelingen verrichten in het kader van voorlichting (r=.35), psycho-sociale activiteiten (r=.42), steun aan mantelzorg (r=.44) en sociale en administratieve activiteiten (r=.37) dan hun oudere collega's in de avond- of weekenddienst. Deze zelfde groep verricht minder huishoudelijke activiteiten dan de oudere collega's (r=-.48). Wijkziekenverzorgenden besteden meer aandacht aan GVO (r=.35) en aan steun verlenen aan de mantelzorg (r=.36) indien ze langer in de wijk werken. Bovendien besteden ze meer tijd aan de mantelzorg (r=.20), aan lichamelijk-hygiënische zorg (.23), huishoudelijke activiteiten (r=.27) en verpleegtechnisch handelen (r=.27) wanneer ze meer uur per week werkzaam zijn. Verder blijken zowel wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden vaker huishoudelijk werk te verrichten wanneer in hun werkge-

bied minder oudere mensen wonen, terwijl zij in wijken waar meer ouderen wonen juist minder huishoudelijk werk verrichten. Tot slot blijkt dat wijkverpleegkundigen overdag en wijkziekenverzorgenden meer huisbezoeken af leggen, naarmate ze langer werken per week ($r=.30$) en dat wijkverpleegkundigen die overdag werken in wijken met meer ouderen meer huisbezoeken af leggen dan in wijken met minder ouderen.

Samenvattend lijkt het erop dat de variatie in handelingen tussen zorgverleners van hetzelfde type slechts voor een klein deel te verklaren is met behulp van de hier door ons voor analyse gebruikte onafhankelijke variabelen. Nadere analyse van de patiëntengegevens zal mogelijk meer licht in deze zaak kunnen brengen.

5. WELKE ZORG WORDT DOOR WELKE PATIENTEN ONTVANGEN TIJDENS HUISBEZOEKEN

5.1. Inleiding

Nadat in het vorige hoofdstuk de inhoud van de zorgverlening tijdens huisbezoeken is besproken, is nu de vraag aan de orde wie de personen zijn die deze zorg ontvangen. Hiermee zal antwoord gegeven worden op de derde onderzoeksvraag, welke luidt: 'Welke zorg wordt door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verleend aan welke groep patiënten?'
Dit betekent dat de gegevens over de zorgverlening tijdens huisbezoeken nu niet geanalyseerd zijn op het niveau van het huisbezoek of van de hulpverlener, maar op patiëntniveau. Hierbij zijn de gegevens uit de verschillende huisbezoeken per patiënt aan elkaar gekoppeld, via de patiëntencode, om iets te kunnen zeggen over de totale zorg die door bepaalde groepen patiënten is ontvangen. Het beeld hiervan is echter niet altijd volledig, aangezien één en dezelfde patiënt vaak door meerdere hulpverleners verzorgd zal zijn, terwijl deze misschien niet allen bij het onderzoek betrokken zijn geweest. Daartegenover staat dat er ook gegevens van patiënten zijn geregistreerd die alleen in de avond en/of in het weekend bezocht zijn door registrerenden uit ons onderzoek. Ondanks deze beperkingen is het wel mogelijk, mede op grond van het grote aantal patiënten, relatieve cijfers te presenteren over de omvang van de ontvangen zorg per patiëntencategorie, door de hulpverlening aan verschillende patiëntengroepen met elkaar te vergelijken.

We beginnen dit hoofdstuk met het beschrijven van de patiëntenpopulatie. Vervolgens wordt nagegaan welke zorg aan welke onderscheiden patiëntengroepen is verleend, op welke tijdstippen (overdag, 's avonds of in het weekend) en welke verschillen in ontvangen zorg er tussen deze patiëntengroepen bestaan. Tot slot onderzoeken

we welke factoren de verschillen in zorg die door patiënten wordt ontvangen kunnen verklaren.

5.2. Kenmerken van de patiëntenpopulatie

Op grond van de in het vorige hoofdstuk gevonden verschillen tussen zorg die overdag, 's avonds of in het weekend is verleend, maken we ook hier onderscheid naar de periode waarin de zorg werd ontvangen. Er is daarom naast de zorg die door de totale groep patiënten ontvangen werd, de volgende onderverdeling gemaakt naar het tijdstip van de ontvangen zorg:
- zorg ontvangen door de week 's avonds (N=316);
- zorg ontvangen in het weekend overdag (N=646);
- zorg ontvangen in het weekend 's avonds (N=192).

Deze drie subgroepen zijn steeds een deelpopulatie van de totale groep patiënten (N=3315), omdat iedereen minstens zorg overdag heeft ontvangen. Apart onderscheid naar nachtzorg wordt niet gemaakt, omdat slechts heel weinig mensen dit soort zorg ontvangen hebben (N=5).
De patiënten ontvingen gemiddeld 4 huisbezoeken gedurende de registratieperiode, minimaal 1 en maximaal 58. Zoals in 3.2.1 is beschreven, besloeg deze periode voor de hulpverleners die overdag werken twee weken, en voor de hulpverleners in de avond of het weekend twee of drie weken. Dit betekent dat de patiënt die 58 huisbezoeken ontving, ongeveer vier maal per etmaal huisbezoek heeft ontvangen, bijvoorbeeld twee maal overdag , eenmaal 's avonds en eenmaal 's nachts. Gemiddeld duurde een huisbezoek 32 minuten, variërend van enkele minuten tot maximaal 150 minuten.

De patiëntenpopulatie bestond voor 64.7% uit vrouwen en voor 35.3% uit mannen. De leeftijdsverdeling van deze personen is weergegeven in tabel 5.1., waaruit naar voren komt dat weinig jonge mensen zorg ontvangen van de wijkverpleging, maar dat met het stijgen der jaren het aantal personen dat zorg ontvangt steeds toe-

neemt. Van alle patiënten die zorg ontvangen is 72% ouder dan 70 jaar.

Voor het **samenlevingsverband** (tabel 5.2) geldt dat ruim 40% van de patiënten samenwoont met een partner en dat deze patiënten iets vaker 's avonds huisbezoek ontvangen dan alleenstaanden of mensen die met anderen samenwonen. Dit komt overeen met het gegeven dat een aantal mensen die samenwonen met een partner geen mantelzorg van deze persoon ontvangen. Bij de bespreking van tabel 5.4 komen we hierop nog terug.
Met behulp van een t-test zijn we nagegaan of er verband bestond tussen leeftijd en samenlevingsverband. Hieruit kwam naar voren dat hoe ouder de patiënt is, hoe vaker deze alleen woont ($t=12$; $p=.000$). Dit lijkt een verklaring voor het grote aantal alleenstaanden in de patiëntenpopulatie: behalve leeftijd zal immers ook het alleen wonen verhogend werken op de behoefte aan zorg.

De meeste patiënten zijn van nederlandse **herkomst**, 59 buitenlandse mensen (1.8%) ontvingen huisbezoeken. Dit zijn bovendien bijna allemaal mensen uit de rest van Europa of uit Indonesië. Slechts 7 patiënten in zorg zijn afkomstig uit Marokko, Turkije of China, terwijl meer dan de helft van alle migranten in Nederland (CBS, januari 1989) uit deze drie landen afkomstig is. Dat er zo weinig van hen in zorg zijn komt doordat onder Marokkaanse en Turkse migranten het percentage ouderen (60^+) veel geringer is dan onder de nederlandse bevolking (CBS 1990). Anderzijds kunnen hier echter taalproblemen en andere culturele opvattingen over gezondheid en ziekte debet aan zijn (Herbschleb, 1989).

Hoeveel patiënten zorg ontvangen overdag, 's avonds of in het weekend, is weergegeven in tabel 5.3 als het **type zorg** dat is **ontvangen**. Opvallend is dat slechts 86% van de mensen die huisbezoek kregen dagzorg ontvingen. Dit is een gevolg van de door ons tijdens het onderzoek gebruikte definitie van dit type zorg: van dagzorg, ofwel 'in zorg zijn', is sprake wanneer een cliënt minstens eens in de veertien dagen door een wijkverpleegkundige of wijkzieken-

verzorgende wordt bezocht. Met andere woorden 86% van de mensen die een huisbezoek ontving was 'in zorg'. Ligt de bezoekfrequentie lager dan genoemde veertien dagen, dan gaat het meestal om bezoeken in het kader van voorlichting of controle, welke bezoeken eenmalig zijn of maar eens in de paar maanden plaats vinden. Dit betreft de overige 14% van de patiëntenpopulatie. Van alle patiënten ontving 25% op meerdere tijdstippen zorg, dat wil zeggen naast overdag door de week ook 's avonds en/of in het weekend. 15% Van alle patiënten ontving avondzorg, ofwel door de week of in het weekend.
Ondanks dat bijna 20% van de registrerenden aangaf dat binnen hun kruisorganisatie ook geplande nachtzorg wordt verleend, waren er maar 5 patiënten die behalve dagzorg, avondzorg en weekendzorg ook nachtzorg (dus totale 24-uurs zorg) ontvingen. Voor de volledigheid dient nog vermeld te worden, dat 11 cliënten incidenteel eenmaal huisbezoek hebben ontvangen in het kader van een 24-uurs bereikbaarheidsdienst. Dit gebeurde in alle gevallen 's avonds of in het weekend.

Hoeveel patiënten **mantelzorg** ontvangen en door wie dit wordt gegeven is te zien in tabel 5.4.
21% Van alle patiënten ontvangt geen mantelzorg. Mensen die wel mantelzorg ontvangen, krijgen dit in de meeste gevallen van uitwonende familieleden of van hun partner. Mantelzorg door georganiseerd vrijwilligerswerk scoort laag, dit soort zorg wordt duidelijk maar op een gering aantal plaatsen in Nederland georganiseerd. Combineren we de gegevens over samenlevingsverband (tabel 5.2) en mantelzorg, dan vinden we dat mensen die samenwonen met een partner, maar in 77% van de gevallen ook mantelzorg ontvangen van deze partner. Een reden dat 23% geen mantelzorg van de partner ontvangt, zou kunnen zijn dat de partner zelf niet gezond genoeg is om dit te doen. Een andere reden kan echter zijn dat, hoewel meer partners waarop een beroep als mantelzorger gedaan kan worden, man zijn, er toch minder mannen dan vrouwen zijn die deze mantelzorg daadwerkelijk aan hun partner verlenen. Nader

onderzoek leerde dat dit laatste in zekere mate inderdaad het geval is (r= -.13; p=.000).
Tot slot valt op dat vooral patiënten die 's avonds in het weekend zorg ontvangen van de wijkverpleging ook meer hulp van mantelzorgers ontvangen dan gemiddeld het geval is.

In tabel 5.5 is te zien dat bij twee derde van de patiënten een achterliggende ziekte is opgegeven als **reden voor huisbezoek**, bovendien zijn er vaak meerdere redenen opgegeven waarom een patiënt huisbezoek ontving. Dit is niet onlogisch omdat de categorieën elkaar niet uitsluiten, waardoor bijvoorbeeld nazorg of terminale zorg vaak voorkomt in combinatie met achterliggende ziekte.
Binnen de categorie '(alleen) zorgactiviteiten' was in ongeveer de helft van de gevallen sprake van echt alleen zorg, terwijl bij de andere helft van deze patiënten ook nog een andere reden voor het huisbezoek was opgegeven. Door een aantal wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden was bij 'anders' vaak 'ouderdom' opgegeven. Vanwege de omvang van deze groep (12.5%) hebben we hierover een aparte categorie in de tabel toegevoegd. De patiënten die zodoende nog overbleven binnen de categorie 'anders', ontvingen voornamelijk huisbezoeken in verband met rouwbegeleiding of andere psycho-sociale steun.
Nadere bestudering van tabel 5.5 toont aan dat zowel patiënten die terminale zorg ontvangen als diegenen bij wie achterliggende ziekte als reden voor huisbezoek was opgegeven, relatief vaker 's avonds en in het weekend huisbezoek hebben ontvangen dan de mensen bij wie een andere reden werd opgegeven. Dit betekent dat deze beide groepen patiënten tesamen 's avonds en in het weekend een groter deel van de zorgpopulatie vormen dan door de week overdag het geval is.

Het laatste patiëntenkenmerk dat besproken wordt is het gegeven of en welke patiënten een **ziektebeeld** hebben, dat (mede) ten grondslag ligt aan de door hen ontvangen zorg. Dit kenmerk is opgenomen om te onderzoeken of er verschillen bestaan tussen de hoe-

veelheid en het soort zorg dat door de onderscheiden patiëntencategorieën wordt ontvangen.

Tabel 5.6 geeft een overzicht van de opgegeven achterliggende ziekte(n). Hoe de genoemde ziekten zijn gedefinieerd is te lezen in de handleiding (Bijlage II).
De totaal-percentages laten zien dat bij veel patiënten meerdere achterliggende ziekten zijn opgegeven: bij 22% van de patiënten zijn twee achterliggende ziektebeelden genoteerd en bij 6.5% van hen drie of meer. Daarnaast is bij 13.5% van de patiënten geen ziektebeeld opgegeven, wat ongeveer overeenkomt met de 12.5% voor wie als reden van huisbezoek ouderdom is opgegeven. Zij ontvangen in verhouding ook weinig zorg in de avond of in het weekend.
Omdat de categorie 'overige' vrij groot was, hebben we de ziektebeelden die daar het meest frequent genoemd zijn apart in de tabel vermeld.
Het ziektebeeld dat het meeste voorkomt, is aandoeningen van het bewegingsapparaat, andere hart- en vaatziekten dan hersenbloeding komen ook veel voor. Er was één Aids-patiënt, die niet in de tabel is opgenomen. Verder zien we dat 's avonds, zowel door de week als in het weekend, het aantal patiënten met kanker en neurologische aandoeningen sterker is vertegenwoordigd dan overdag: deze mensen hebben vaker hulp nodig dan de gemiddelde patiënt en doen zodoende een relatief groter beroep op de tijd van de wijkverpleegkundige. Het tegenovergestelde geldt voor genoemde patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zij ontvangen 's avonds en in het weekend relatief gezien juist minder zorg. Overdag in het weekend zijn patiënten met diabetes mellitus duidelijk oververtegenwoordigd, wat te maken heeft met het toedienen van insuline-injecties.

5.3. Ontvangen zorg

Welke patiënt welke zorg ontvangt kan het beste besproken worden aan de hand van de persoonskenmerken, daar de patiënten op grond van deze kenmerken in verschillende groepen zijn in te delen. Omdat bij de meeste mensen die in zorg zijn sprake is van één of meer ziektebeelden, zal eerst een overzicht gegeven worden van de ontvangen zorg en de verschillen hierin per 'achterliggende ziekte'. Daarna wordt bekeken in hoeverre andere persoonskenmerken van invloed zijn op de verleende zorg.

5.3.1. Ontvangen zorg per ziektebeeld

Bij het berekenen van de ontvangen zorg in deze en de volgende paragrafen, zijn we, net als in hoofdstuk 4, uitgegaan van de totale zorgcategorieën en niet van alle aparte handelingen die verricht zijn tijdens huisbezoeken.

De cijfers zijn apart per ziektebeeld berekend, zodat de verschillen in ontvangen zorg tussen de ziektebeelden horizontaal afgelezen dienen te worden (zie tabel 5.7). In de totaal-percentages onderaan de tabel is te zien binnen hoeveel zorgcategorieën er gemiddeld zorg is verleend aan patiënten met een bepaald ziektebeeld. Voor CARA-patiënten betekent dit bijvoorbeeld, dat gemiddeld binnen 4.3 zorgcategorieën handelingen zijn verricht, dat dit bij 67.3% van de patiënten ADL-handelingen betrof, bij 29.7% huishoudelijke activiteiten en bij 57.9% van de patiënten verpleegtechnische handelingen. Bestudering van de tabel per zorgcategorie laat zien dat hulp bij ADL het meest wordt gegeven aan patiënten met een hersenbloeding of -infarct en huishoudelijke activiteiten het meest verricht worden bij demente patiënten, evenals hulp aan de mantelzorg. Afgezien van de diabeten (injecties), ontvangen kankerpatiënten het meest verpleegtechnische hulp, alsook de meeste psycho-sociale steun. Bij CARA-patiënten wordt naar verhouding het meeste voorlichting gegeven, hulp verleend bij therapie, handelingen verricht naar aanleiding van een geobserveerde verandering en sociale en/of administratieve activiteiten verricht. Aan patiënten voor wie geen achterliggende

ziekte is opgegeven tenslotte, wordt binnen alle zorgcategorieën minder vaak zorg verleend, behalve binnen de categorie psychosociale steun, waarvoor zij net zo vaak hulp ontvangen als kankerpatiënten.

De tabellen 5.8 t/m 5.11 geven een beeld van de verdeling van de ontvangen zorg door de verschillende patiëntencategorieën steeds op een ander tijdstip van de week. Het zou te ver voeren om hier alle verschillen gedetailleerd te beschrijven, zodat we ons beperken tot enkele globale resultaten. Zowel door de week als in het weekend ontvingen de patiënten 's avonds gemiddeld binnen een geringer aantal categorieën zorg, ongeacht hun achterliggende ziektebeeld. Dit geldt tot op zekere hoogte ook voor de ontvangen zorg overdag in het weekend.
Verpleegtechnische handelingen maken 's avonds en in het weekend een veel groter deel uit van de verleende zorg dan door de week overdag: aan minimaal 70% en maximaal 100% van de patiënten wordt dan verpleegtechnische zorg verleend. 's Avonds en in het weekend wordt ook meer lichamelijk-hygiënische zorg gegeven aan patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat, neurologische aandoeningen, CARA en kanker en patiënten met een hersenbloeding of -infarct. Sociale en administratieve werkzaamheden daarentegen worden in de avond en gedurende het weekend óf evenveel óf minder vaak verleend dan door de week overdag.

Na de vergelijking van de verschillende patiëntengroepen op basis van de inhoud van de aan hen verleende zorg, is het zinvol te bezien of de zorg aan deze groepen onderling nog verschilt op het aantal van de door hen ontvangen huisbezoeken en de duur ervan. In deze berekening zijn alle huisbezoeken opgenomen over een periode van ruim twee weken. De hierover gevonden cijfers, weergegeven in tabel 5.12, leveren ons nauwelijks extra informatie op. Het gemiddelde aantal huisbezoeken per patiëntencategorie verschilt niet meer dan één van het totale gemiddelde (3.9), terwijl het hoogste gemiddelde 5.0 (demente patiënten) bedraagt en het laagste 3.6 (CARA). Bovendien zijn de patiëntencategorieën die gemiddeld min-

der huisbezoeken ontvangen juist de groepen die minder vaak 's avonds of in het weekend zorg ontvangen.
De duur van de huisbezoeken laat een kortere gemiddelde tijd zien voor diabetes-patiënten: gemiddeld 20 minuten, tegen gemiddeld 31 minuten voor alle bezochten patiënten.

5.3.2. Relatie achtergrondkenmerken en ontvangen zorg

Behalve de gevonden verschillen in inhoud van zorg op grond van de achterliggende ziekte van de patiënt, zijn we ook voor andere kenmerken van de patiënt nagegaan of er een relatie bestaat met de ontvangen zorg. Deze kenmerken zijn: leeftijd, geslacht, het al of niet ontvangen van mantelzorg, het wel of niet 'in zorg' zijn, en het ontvangen van zorg op grond van ouderdom. Daarnaast hebben we voor al deze kenmerken onderzocht in hoeverre ze van invloed zijn op de frequentie en de duur van de huisbezoeken.

In tabel 5.13 is de ontvangen zorg per **leeftijdscategorie** weergegeven. Daaruit blijkt dat met name de groep patiënten van 80 jaar en ouder zich onderscheidt van de andere leeftijdsgroepen: zij ontvangen vaker lichamelijk hygiënische zorg en hulp bij huishoudelijke activiteiten en minder vaak psycho-sociale begeleiding dan de andere patiënten. Daarnaast komt naar voren dat vrouwelijke en mannelijke patiënten vrijwel dezelfde zorg ontvangen (tabel 5.14). Het enige verschil is dat bij mannelijke patiënten vaker hulp wordt verleend aan de mantelzorg.

Wat **de mantelzorg** betreft vinden we dat mensen die geen mantelzorg ontvangen gemiddeld ook minder zorg ontvangen binnen alle zorgcategorieën, met uitzondering van de categorie psycho-sociale steun. Deze laatste vorm van zorg ontvangen ze gemiddeld juist vaker dan diegenen die wel mantelzorg krijgen: +12.7%.
's Avonds wordt aan de patiënten zonder mantelzorg bovendien meer dan gemiddeld voorlichting gegeven: door de week 's avonds aan gemiddeld 2.5% meer en in het weekend 's avonds aan 11.2% meer van de patiënten. Hieruit blijkt dat mantelzorgers niet alleen belangrijk zijn voor het geven van directe hulp, in welke vorm dan

ook, maar dat ze tevens in veel gevallen een psycho-sociale steun zijn voor de patiënten.

Bij patiënten die **niet 'in zorg'** zijn, dat wil zeggen die minder vaak dan eens in de veertien dagen huisbezoek ontvangen, worden weinig ADL-handelingen, verpleeg-technische en huishoudelijke handelingen verricht, terwijl er bij hen relatief meer wordt gedaan aan voorlichting, stimuleren tot en helpen bij therapie en psycho-sociale activiteiten, dan bij de groep patiënten die wel 'in zorg' is. De verschillen zijn respectievelijk +22%, +20% en +43%. De overige zorgactiviteiten zijn bij deze groep personen ongeveer even vaak verricht als bij de patiënten die wel 'in zorg' zijn.
Mensen voor wie **ouderdom** was opgegeven als reden van huisbezoek wijken op de volgende punten af van alle andere patiënten. Ze ontvangen veel meer hulp bij ADL (+34%), meer huishoudelijke ondersteuning (+19%) en iets meer hulp aan mantelzorg, sociale en administratieve activiteiten en handelingen bij geobserveerde veranderingen (+5%). Psycho-sociale steun daarentegen wordt hen minder verleend (-10%), terwijl de door hen ontvangen verpleeg-technische hulp en voorlichting niet verschilt van het gemiddelde van de rest van de patiëntenpopulatie.

In tabel 5.15 is de gemiddelde **frequentie** en **duur** van de huisbezoeken weergegeven apart voor alle patiëntenkenmerken. Daarnaast is voor beide variabelen volstaan met het weergeven van de maximum waarden, omdat de minimum waarden voor alle kenmerken hetzelfde zijn: één huisbezoek en enkele minuten.
Uit deze tabel blijkt dat de patiëntenkenmerken, evenals eerder het geval was bij achterliggende ziekte, weinig verschillen te zien geven wat betreft de frequentie en de duur van de huisbezoeken.

Bij het **aantal huisbezoeken** zien we de grootste verschillen tussen de onderscheiden redenen welke voor een huisbezoek zijn opgegeven. Huisbezoeken met als doel controle of voorlichting hebben per patiënt de laagste frequentie. Uit het feit dat dit getal niet gelijk is aan één, kan worden geconcludeerd dat het hier niet alleen patiënt-

en betreft die niet 'in zorg' zijn. Deze categorieën zijn namelijk ook aangekruist, wanneer er sprake was van zogenaamde begeleidingshuisbezoeken, bijvoorbeeld in verband met het verlenen van psychosociale steun of een gehandicapt kind. Terminale patiënten ontvangen gemiddeld de meeste huisbezoeken (5.5), hoewel het maximum voor hen niet zo groot is: 27 in twee weken. Patiënten voor wie (alleen) zorgactiviteiten of achterliggende ziekte was opgegeven ontvingen gemiddeld ruim 4 huisbezoeken in twee weken tijd met een maximum van 58.
Binnen het kenmerk 'ontvangt zorg van' zijn enkele duidelijke, doch logische verschillen te zien. Wie avondzorg ontvangt, ontvangt doorgaans ook zorg overdag, waardoor de frequentie voor avondzorgpatiënten het hoogste is. Wie zorg in het weekend ontvangt, ontvangt dit meestal overdag en ontvangt verder geen avondzorg, daardoor ligt het gemiddelde aantal huisbezoeken hier weer iets lager. Het aantal patiënten dat nachtzorg ontvangt is te klein om er iets over te kunnen zeggen (N=5). Bij de mantelzorg is ook een logische trend te zien: hoe minder nauw de persoonlijke relatie met de mantelzorger(s) is, des te vaker zal er hulp door de wijkverpleging worden verleend.

De gemiddelde **duur van de huisbezoeken** varieert tussen 28 en 41 minuten en laat de volgende uitschieters naar boven zien. Patiënten die samenwonen met hun ouders ontvangen langere huisbezoeken, waarschijnlijk gaat het hier om ernstig zieke kinderen of jonge volwassenen. Dit zelfde lijkt ons van toepassing op de langere tijdsduur bij terminale patiënten. Bij controle en voorlichtingshuisbezoeken zal de lengte van het huisbezoek niet zozeer samenhangen met de ernst, alswel met het tijdrovende karakter dat inherent is aan het geven van voorlichting en begeleiding. Dit laatste is waarschijnlijk ook de reden waarom de patiënten uit de categorie 'anders' hier zo hoog scoren. Naast ouderdom, waarvan de gemiddelde duur van de huisbezoeken 31 minuten bedraagt, vallen binnen deze categorie immers voornamelijk huisbezoeken in verband met psycho-sociale steun of rouwbegeleiding.

5.4. Verklarende factoren voor verschillen in de ontvangen zorg

Tot nu toe hebben we gezien dat er een aantal kenmerken van patiënten zijn, die in meerdere of mindere mate van invloed zijn op het soort zorg dat ze ontvangen. Deze kenmerken beinvloeden tevens de frequentie en de duur van de huisbezoeken c.q. de verleende zorg. In deze paragraaf willen we onderzoeken hoe groot de invloed van deze kenmerken is, met andere woorden welke factoren het meest bepalend zijn voor de ontvangen zorg, en in hoeverre deze factoren tesamen iets kunnen zeggen over de zorgbehoefte van bepaalde patiëntencategorieën.
Om dit te analyseren zijn we bij de definiëring van de te gebruiken variabelen te werk gegaan naar analogie van het door Andersen en Newman (1975) ontworpen model voor het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg. We hebben dit gedaan, omdat er voldoende variabelen binnen ons onderzoek zijn die binnen dit model passen en de door ons verzamelde gegevens zodoende beter vergelijkbaar zijn met ander onderzoek dat met behulp van dit model verricht is.
Het model van Andersen en Newman is breed van opzet en tracht met behulp van zoveel mogelijk determinanten het gebruik van bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen te voorspellen. Deze zijn door hen onderverdeeld in maatschappelijke en individuele determinanten. In ons onderzoek hebben we echter geen maatschappelijke determinanten gemeten. Maatschappelijke determinanten omvatten namelijk ontwikkelingen op het gebied van de technologie en sociaal-culturele aspecten. Verder vormen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden de onderzoekseenheden in ons onderzoek, en niet de patiënten. Zodoende zijn door ons alleen individuele kenmerken van patiënten gemeten voorzover deze nodig waren als verklarende variabelen voor door de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verrichte handelingen en de tijdsmeting ervan. Dit betekent dat we ons bij de toetsing van genoemde model dienen te beperken tot de individuele determinanten en alleen onderzoeken in hoeverre

de ontvangen zorg tijdens huisbezoeken hiermee verklaard kan worden.
Binnen de individuele determinanten maken Andersen en Newman onderscheid naar: 'enabling factors', 'illness factors' en 'predisposing factors'. De eerste factor, de 'enabling factor', blijft hier buiten beschouwing, omdat deze betrekking heeft op het al dan niet hebben van de mogelijkheid om van bepaalde zorgvoorzieningen gebruik te maken. Dit is voor ons onderzoek minder relevant, omdat de wijkverpleging in Nederland sinds 1980 gefinancierd wordt uit de AWBZ, en er derhalve buiten het lidmaatschap van de kruisvereniging geen eigen bijdrage van de patiënten wordt gevraagd.
Binnen de 'illness factors' van het model gebruiken we de volgende kenmerken als indicatoren om de illness level van de patiënt aan te geven: het aantal achterliggende ziekten van de patiënt, de mate van stabiliteit van de verpleegsituatie en het al dan niet aanwezig zijn van een psycho-sociale reden voor huisbezoek.
Binnen de 'predisposing factors' zijn de volgende kenmerken opgenomen als indicatoren: leeftijd, geslacht, samenlevingsverband en het al dan niet ontvangen van mantelzorg door de patiënt. De 'illness level' en de 'predisposing factors' vormen tesamen de onafhankelijke variabelen binnen het model.
Als afhankelijke variabelen zijn gebruikt de frequentie en duur van de huisbezoeken en de zorgcategorieën, waarin de ontvangen wijkverpleegkundige hulp is onderverdeeld.

Alvorens bedoelde analyses uit te voeren, hebben we eerst onderzocht of er binnen de afhankelijke variabelen van de ontvangen zorg, zorgcategorieën waren die onderling samenhang vertonen. We hebben daartoe een factor-analyse uitgevoerd gevolgd door varimax rotatie. Het resultaat van deze factor-analyse is dat we drie factoren kunnen onderscheiden, die samen 55.7% van de variantie verklaren (zie tabel 5.16). Een zorgcategorie wordt hierbij beschouwd als hoog scorend op een factor, wanneer deze een lading heeft welke hoger is dan .50 op die factor en lager dan .30 op beide andere factoren. De eerste factor noemen we 'voorlichting en begeleiding', de tweede 'hulp bij ADL en huishouding' en de derde 'verpleegtechnische en

sociale activiteiten'. Bij de navolgende berekeningen zijn deze drie factoren gebruikt als indicatoren om de door de patiënten ontvangen zorg mee aan te geven, in plaats van de tot nu toe gebruikte aparte zorgcategorieën.

Met behulp van de pearson correlatiecoëfficiënt hebben we vervolgens berekend of er verband bestaat tussen het aantal en de duur van de ontvangen huisbezoeken en de drie factoren welke de verleende zorg bevatten.

In tabel 5.17 is te zien, dat de factor 'voorlichting en begeleiding' een positieve samenhang vertoont met de lengte van de huisbezoeken, terwijl voor deze factor een licht negatief verband aanwezig is met het aantal ontvangen huisbezoeken. Daarnaast is er sprake van een positief verband tussen 'verpleegtechnische en sociale activiteiten' en het aantal huisbezoeken, maar niet met de lengte van de huisbezoeken. We zien slechts een zwak positief verband tussen 'hulp bij ADL en huishouden' en het aantal en de duur van de huisbezoeken.
Dit betekent dat de huisbezoeken waarin voorlichting of begeleiding is gegeven, relatief langer duren en per patiënt minder frequent zijn afgelegd. Daarnaast ontvingen patiënten bij wie verpleegtechnische handelingen en sociale activiteiten werden verricht relatief vaker huisbezoeken, die echter korter van duur waren. ADL en huishoudelijke activiteiten zijn enigszins van invloed zowel op het aantal als op de duur van de huisbezoeken.

Daarna hebben we onderzocht in hoeverre de onafhankelijke variabelen onderling samenhangen. Dit bleek niet tot nauwelijks het geval te zijn. Er bleek alleen een positieve samenhang tussen alleenstaand en leeftijd ($r=.21$, $p=.000$), tussen alleenstaand en sexe (meer vrouwelijke patiënten zijn alleenstaand, $r=.21$, $p=.000$) en tussen het lijden aan meerdere ziekten en het ontvangen van mantelzorg ($r=.19$, $p=.000$).

De volgende stap in de analyse was het toepassen van het model van Andersen en Newman. Dit hebben we gedaan met behulp van een hierarchische regressie-analyse. Dit betekent, dat de onafhankelijke variabelen met behulp van de eerder beschreven tweedeling in 'illness level' en 'predisposing factors', niet gelijktijdig, maar na elkaar in de analyse betrokken zijn. Hierdoor is eerst het effect van het 'illness level' geanalyseerd en daarna het effect van de 'predisposing factors'. De resultaten van de regressie-analyse zijn vermeld in tabel 5.18. Het percentage verklaarde variantie op grond van de 'illness level' is voor voorlichting en ondersteuning 18%, voor hulp bij ADL 11% en voor verpleegtechnische en sociale activiteiten 9%. Het opvoeren in de analyse van de 'predisposing factors' voegt hier niet veel aan toe, zodat de totale verklaarde variantie per factor respectievelijk 20, 17 en 9% bedraagt.
Voor ons onderzoek betekent dit dat de 'illness level' van de patiënt duidelijk meer bijdraagt aan de verklaring van het soort zorg dat de patiënten hebben ontvangen, dan de 'predisposing factors'. Op grond van de hier gevonden verbanden willen we een typologie geven van de patiënten, uitgaande van het soort zorg dat ze ontvangen. Kijken we eerst naar de factor 'hulp bij ADL en huishouding', dan is voor de volgende groep patiënten de kans dat ze deze vorm van hulp van de wijkverpleging hebben ontvangen het grootst: mensen die ouder zijn en mantelzorg ontvangen en bij wie geen sprake is van een psycho-sociale reden voor huisbezoek. De kans op 'voorlichting en begeleiding ', is het grootst voor patiënten die meerdere ziektebeelden hebben, wier toestand instabiel is en waarbij tevens een psycho-sociale reden voor het huisbezoek aanwezig is. Het ontvangen van zorg in de vorm van 'verpleegtechnische en sociale activiteiten' wordt het meest bepaald door het aantal ziektebeelden en de mate van instabiliteit van de verpleegsituatie, terwijl er geen sprake behoeft te zijn van een psycho-sociale reden voor het huisbezoek.

6. JEUGDGEZONDHEIDSZORG

6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal beschreven worden wat er binnen het kruiswerk aan jeugdgezondheidszorg (JGZ) gedaan wordt. Hoewel het een onderdeel vormt van de voorlichtende en preventieve taken van de wijkverpleegkundige, wijden we er een apart hoofdstuk aan, omdat de JGZ een belangrijke plaats inneemt binnen het werk van de wijkverpleegkundige en omdat het overzichtelijker is de verschillende facetten van deze specifieke zorg als apart geheel te presenteren. Alle overige preventieve en voorlichtingsactiviteiten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

De werkzaamheden die door wijkverpleegkundigen in het kader van de JGZ verricht kunnen worden betreffen zowel de pre-natale periode, de peri-natale periode als de zuigelingen- en kleuterperiode. Uit al deze perioden zijn door ons werkzaamheden gemeten tijdens de acht weken durende registratie-periode. Zoals al in eerder onderzoek naar voren is gekomen (Vorst-Thijssen, 1987), is de invulling van de JGZ binnen de kruisverenigingen in het land verre van eenduidig te noemen. Werkzaamheden zoals het houden van consultatiebureau's worden overal verricht, terwijl prenatale huisbezoeken op steeds minder plaatsen door wijkverpleegkundigen afgelegd worden.
Formeel gesproken worden werkzaamheden in het kader van de JGZ alleen door wijkverpleegkundigen uitgevoerd, omdat wijkziekenverzorgenden hiertoe niet bevoegd zijn en er niet voor zijn opgeleid (Nationale Kruisvereniging, 1987b). Onduidelijk is echter of dit in de praktijk het geval is.
Bij de bespreking van de verschillende werkzaamheden met betrekking tot de JGZ beginnen we met de consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters, omdat dit de centrale activiteit is op dit terrein. De preventieve huisbezoeken voor zuigelingen en kleuters hangen

hier direct mee samen. Daarna komt het prenatale huisbezoek aan bod. Ter afsluiting beschrijven we in hoeverre er door wijkverpleegkundigen georganiseerde groepsvoorlichting wordt gegeven aan (aanstaande) ouders en in hoeverre ze meewerken aan screenings- en inentingszittingen. De gegevens die in paragraaf 6.2 t/m 6.5 beschreven worden, zijn verkregen via het registratie-onderzoek, de gegevens uit paragraaf 6.6 en 6.7 komen uit de enquête.

6.2. Het consultatiebureau

Alvorens de gevonden cijfers te presenteren, is het zinvol aan te geven in welke verschillende vormen CB wordt gehouden, omdat hierin een vrij grote mate van diversiteit bestaat (Vorst-Thijssen, 1987; Chatab, 1989). Wat leeftijd van het kind betreft kan er onderscheid gemaakt worden tussen zuigelingenbureau's, voor kinderen van 0-15 maanden, en kleuterbureau's voor kinderen van 15 maanden tot 4 1/2 jaar. Hoewel ook hiervan plaatselijk wordt afgeweken, is dit de meest gehanteerde leeftijdverdeling. Wat de organisatie van het CB betreft is er onderscheid te maken naar bureau's 'oude stijl' en bureau's 'nieuwe stijl'. De laatste worden ook bureau's in samenwerkingsverband genoemd.
Kenmerkend voor het CB nieuwe stijl is dat er een taakverdeling bestaat tussen de arts en wijkverpleegkundige in een systeem van alternerend en afzonderlijk doen van consulten c.q. bepaalde onderdelen van consulten (Nationale Kruisvereniging, 1987, 22). Op het bureau oude stijl zijn arts en wijkverpleegkundige altijd samen aanwezig, meestal ook in de zelfde ruimte, zodat de wijkverpleegkundige het hele consult van elk kind bijwoont, waarbij ze in principe deelneemt aan het gesprek met de ouders (zie voor een uitgebreide beschrijving van bureaus oude en nieuwe stijl, Chatab, 1989). Voor de overzichtelijkheid maken we bij de presentatie van onze gegevens zo min mogelijk onderscheid naar stijl van het bureau. In een aantal tabellen is hiervan wel een uitsplitsing te vinden en spreken we van oude stijl bureau's, nieuwe stijl met verpleegkundige consulten en partiële nieuwe stijl bureau's. De handelingen die wijkver-

pleegkundigen tijdens deze partiële nieuwe stijl bureaus verrichten bestaan meestal uit voedings- en opvoedingsadviezen.

Tijdens de acht weken van het onderzoek zijn gegevens verzameld van 866 CB-zittingen, waarop in totaal 10.950 kinderen (8236 zuigelingen en 2714 kleuters) een consult hebben ontvangen. Het doel van het onderzoek, het inventariseren van de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, maakte het niet noodzakelijk om per kind, dat het CB bezoekt, uitgebreide gegevens te verzamelen. We hebben daarom gekozen voor een opzet waaruit vooral af te leiden is welke handelingen en hoe vaak per CB-zitting verricht worden. Het formulier D dat voor de registratie gebruikt is, is te vinden in bijlage I.

Tabel 6.1: totaal aantal consultatiebureauzittingen, uitgesplitst naar soort CB en type zorgverlener, gedurende acht weken

	zuigelingen CB	kleuter CB	gemengd CB	totaal
WV				
N = 96	475	214	73	762
WZV				
N = 21	85	4	15	104
Totaal aantal zittingen	560	218	88	866

Tabel 6.1 laat zien dat genoemde 866 CB-zittingen gehouden zijn door 96 wijkverpleegkundigen en 21 wijkziekenverzorgenden. Derhalve zijn 89% van de wijkverpleegkundigen en 43% van de wijkziekenverzorgenden werkzaam op de CB's voor 0-4 jarigen. Voor de wijkverpleegkundigen komt dit neer op 1 CB zitting per week, voor de wijkziekenverzorgenden op 0.6. Naast zuigelingen- en kleuterbureau's is er ook sprake van gemengde bureau's (10%). Deze laatste

vorm van bureau houden komt voor op plaatsen waar niet voldoende kinderen zijn om aparte zuigelingen- en kleuterbureau's te houden.
De tijd die een CB-zitting meestal in beslag neemt, hebben we onderverdeeld in effectieve bureau-tijd (de feitelijke consulttijd), tijd besteed aan voorbereiding, aan (na)bespreking en aan opruimen. Bij voorbereiding en opruimen diende alleen die tijd te worden opgegeven, die direct aansluitend aan het CB zelf hieraan werd besteed, dus niet het versturen van oproepkaarten of het bijwerken van dossiers. Een aantal personen had dit niet goed begrepen of niet nagelezen in de handleiding en gaf voorbereidings- of opruimtijden op van één tot enkele uren. Als grens hebben we bij de analyse een half uur aangehouden en de resterende tijd verwerkt in de tijdmeting op formulier G van deze personen door het aldaar op te nemen onder de categorie 'tijd besteed aan niet geregistreerde werkzaamheden'. Dit is noodzakelijk om geen werktijd verloren te laten gaan bij de totale tijdmeting, welke in hoofdstuk 10 ter sprake komt.

De gemiddelde tijdsduur per onderdeel van het consultatiebureau is weergegeven in tabel 6.2. Voor de eigenlijke CB-zitting lopen de tijden sterk uiteen wat te zien is aan de standaarddeviatie van bijna een uur en het grote verschil tussen minimum- en maximumtijd: 10 en 285 minuten, terwijl één persoon zelfs 360 minuten heeft opgegeven. Deze grote verschillen worden vooral veroorzaakt door het feit dat het aantal kinderen dat per CB wordt opgeroepen per lokatie enorm verschilt. Hoewel het **gemiddeld** aantal kinderen dat de verschillende soorten CB's bezoekt niet zo ver uiteen loopt (13.1 op zuigelingenbureaus, 10.7 op kleuterbureau's en 12.8 op gemengde bureau's), zijn vooral op de zuigelingenbureaus de onderlinge verschillen erg groot. Het aantal varieert daar van één kind tot 37 kinderen, met een standaarddeviatie van 6.4.

Tabel 6.3 laat de verdeling zien over de verschillende bureau-vormen binnen ons onderzoek. Het meest valt op, dat er nog maar weinig zuigelingen bureau's volgens oude stijl gegeven worden, terwijl dit bij kleuter- en gemengde bureau's nog in een derde of meer het

geval is. De categorie 'onbekend' is opgenomen omdat niet van iedereen bekend is welke vorm van nieuwe stijl bij hen gevolgd wordt. Dit onderscheid was namelijk niet op het formulier gemaakt, maar diende apart nagevraagd te worden. Vooral bij de gemengde bureau's leverde dit moeilijkheden op, waardoor daar zelfs 11% van de informatie op dit punt ontbreekt. Zoals gezegd komen op gemengde bureau's zowel zuigelingen als kleuters, wat niet wil zeggen dat op zuigelingenbureau's nooit kleuters komen en omgekeerd. Op 52 (9.3%) van de zuigelingenbureau's in onze steekproef kwamen gemiddeld twee kleuters en op 38 (17.4%) van de kleuterbureau's gemiddeld bijna drie zuigelingen.

Met welke soort arts wordt samengewerkt op het CB, is te zien in tabel 6.4. Het meest opvallende hier is dat de gemengde bureaus in twee derde van de gevallen door huisartsen worden geleid, terwijl zowel de zuigelingen- als de kleuterbureau's in meer dan de helft van de gevallen door CB-artsen worden gehouden.
Slechts drie procent van de kinderen op de verschillende bureau's was van buitenlandse ouders. Het door ons gebruikte criterium was, dat indien één van de ouders niet van nederlandse afkomst was er sprake was van buitenlandse afkomst. Mensen uit Suriname en de Nederlandse Antillen zijn door ons **niet** als buitenlanders gedefinieerd.

Wat de handelingen betreft die tijdens het CB worden uitgevoerd, kunnen we geen gegevens presenteren op kind-niveau. Wel is het mogelijk aan te geven bij hoeveel procent van de consulten bepaalde handelingen zijn uitgevoerd. We hebben hiervoor berekeningen gemaakt apart voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, uitgesplitst naar de soort stijl waarin het CB gehouden is. De resultaten ervan zijn te zien in tabel 6.5 t/m 6.7. Voor de gemengde bureau's hebben we geen aparte berekening gemaakt, omdat we ervan uitgaan dat de handelingen die daar verricht worden bij zuigelingen en kleuters niet significant afwijken van de handelingen die verricht worden op de gescheiden bureaus. De handelingen die het meest frequent door wijkverpleegkundigen gedaan worden op het

zuigelingen-CB in volgorde van voorkomen, zijn: informeren naar de toestand van het kind, bij 71% van de kinderen, bespreken van de groei van het kind (63%), afspraak maken voor het volgende CB (63%), voedingsadviezen geven (59%), wegen en meten (50%), observeren van het gedrag van het kind en van de ouder-kind relatie (beide 37%). Op het kleuterbureau zijn het dezelfde handelingen als op het zuigelingenbureau die het meest frequent voorkomen, alleen is de frequentie ervan in alle gevallen hoger. Voedingsadviezen geven, inentingen klaarmaken en een afspraak maken voor het volgende CB daarentegen komt op het kleuterbureau duidelijk minder vaak voor.
Zoals in het begin van deze paragraaf reeds vermeld is, zijn door 21 wijkziekenverzorgenden 104 CB-zittingen bijgewoond, hiervan waren 85 zuigelingenbureaus. Wat door hen tijdens deze zuigelingenbureaus gedaan is, kunt u zien in tabel 6.7.
Wat door wijkziekenverzorgenden bijna altijd gedaan wordt, is wegen en meten en een afspraak maken voor het volgende CB. Daarnaast wordt het klaarmaken van inentingen het meest gedaan. Op de oude stijl bureau's zijn dit tevens de enige handelingen die wijkziekenverzorgenden doen. Op de partiële nieuwe stijl bureau's doen ze in verhouding de meeste verschillende handelingen. Bijna alle handelingen die door wijkziekenverzorgenden verricht worden zijn niet typisch voor de jeugdgezondheidszorg en vallen binnen het takenpakket van de wijkziekenverzorgende. Een uitzondering hierop vormen bespreken van de groei van het kind, het observeren van het gedrag van het kind en het observeren van de ouder-kind relatie.
Op de kleuterbureau's oude stijl en partiële nieuwe stijl voor kleuters werd door de wijkziekenverzorgenden alleen gewogen en gemeten en de ouder-kind relatie geobserveerd, bij alle aanwezige kinderen. Verpleegkundige kleuterbureau's zijn door geen enkele wijkziekenverzorgende bijgewoond.

Ter afsluiting van deze rapportage over het CB hebben we onderzocht of op grond van enkele relevante persoonskenmerken van de wijkverpleegkundige en kenmerken van de werksituatie verschillen te vinden zijn in hun manier van werken. We hebben daarvoor Pear-

sons product-moment correlatie gebruikt. Als afhankelijke variabelen hebben we alle handelingen genomen welke tijdens CB-zittingen verricht kunnen worden en het aantal zittingen dat door de betreffende persoon is gehouden. De volgende onafhankelijke variabelen correleerden significant met een aantal CB-handelingen: de leeftijd van de wijkverpleegkundige, de opleiding, de werkvorm, de urbanisatiegraad van de plaats waar de basiseenheid gevestigd is en de bevolkingsopbouw van de wijk.
De gevonden correlaties zijn in tabel 6.8 weergegeven, apart voor zuigelingen- en kleuter-CB's. Voor de overzichtelijkheid zijn de gemengde bureau's hier buiten beschouwing gebleven. De verbanden die we vinden zijn zwak tot matig te noemen. Enkelen ervan willen we hier noemen. Naarmate de wijkverpleegkundige ouder is zal ze op het zuigelingen- en kleuterbureau vaker een afspraak maken voor een extra huisbezoek. Op de zuigelingen-CB's en kleuter-CB's in de steden worden vaker ouder-kind problemen gesignaleerd. Het aantal CB-zittingen dat wijkverpleegkundigen houden is zowel voor zuigelingen-CB's ($r=-.35$; $p=.05$) als voor kleuter-CB's ($r=-.21$; $p=.05$) groter op het platteland en in de kleine stedelijke gebieden dan in de grote steden.
Omdat de handelingen van de wijkziekenverzorgenden veel minder gedifferentieerd zijn, hebben we hierover geen verdere analyse meer uitgevoerd.

6.3. Preventieve huisbezoeken aan zuigelingen

In deze en de volgende paragraaf beschrijven we de preventieve huisbezoeken aan zuigelingen en kleuters. Hieronder verstaan we die huisbezoeken die bij 0-4 jarigen worden afgelegd in het kader van de jeugdgezondheidszorg, zonder dat hierom door de ouders is gevraagd. Meestal gebeurt dit in aansluiting op of voorafgaand aan een CB-bezoek van het betreffende kind.
Zowel de preventieve huisbezoeken aan zuigelingen, als die aan kleuters worden binnen ons onderzoek alleen afgelegd door wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn. Bijna al deze verpleeg-

kundigen leggen zuigelingenhuisbezoeken af (89%), de één alleen vaker dan de ander. In de totale registratieperiode van 8 weken werden per wijkverpleegkundige gemiddeld bijna 16 van dergelijke huisbezoeken afgelegd (zie tabel 6.9.), wat neerkomt op een aantal van bijna 2 per werkweek en 95 per jaar. Het laagste aantal afgelegde huisbezoeken was 1, terwijl één wijkverpleegkundige maar liefst 106 zuigelingenhuisbezoeken aflegde. De gemiddelde duur van een zuigelingenhuisbezoek is 36 minuten, met een minimum van één minuut, een maximum van 108 minuten en een standaarddeviatie van 18 minuten. Ter verduidelijking, een huisbezoek van 1 minuut betekent dat er niemand thuis was. Er was geen verschil in tijdsduur tussen bezoeken aan kinderen jonger dan twee weken en oudere zuigelingen.
Het totaal aantal zuigelingenhuisbezoeken dat door de 98 wijkverpleegkundigen is afgelegd bedraagt 1537. Het merendeel hiervan (80.1%) betreft kinderen van 1-4 weken oud. Na de leeftijd van twee maanden worden er nog maar weinig huisbezoeken gebracht aan zuigelingen (zie tabel 6.10). Hoe vaak de zuigelingen aan huis zijn bezocht gedurende de registratieperiode van 8 weken is te zien in tabel 6.11. Meer dan de helft van de kinderen (56.1%) blijkt eenmaal te worden bezocht in deze periode, 21.5% tweemaal, een enkeling echter (N=2) vaker dan 10 keer. In totaal zijn aan 781 kinderen zuigelingenhuisbezoeken gebracht met een gemiddelde frekwentie van twee bezoeken per kind.

Op formulier C in bijlage I is te zien welke handelingen en activiteiten konden worden aangekruist na afloop van een zuigelingenhuisbezoek. In tabel 6.12. is weergegeven bij hoeveel van de huisbezoeken deze handelingen ook daadwerkelijk verricht zijn.

In deze tabel zijn twee activiteiten genoemd, die niet op het formulier vermeld staan. Omdat ze echter zo vaak onder de categorie 'andere' voorkwamen hebben we ze hier apart weergegeven. Het betreft 'het bespreken van problemen van vader of moeder' en 'wegen'. Dit laatste komt vooral voor in basiseenheden op het platteland, waar pasgeborenen gedurende een aantal weken bezocht

worden voordat ze voor de eerste keer naar het CB komen en het dus nodig is de baby's te wegen. De handeling die het meest wordt verricht is voorlichting geven/praten over borstvoeding of voeding (88%), daarna volgen afspraak maken (79%), dagindeling/regelmaat baby bespreken (70%) en huilen (57%).
Omdat we veronderstellen dat bij kinderen van één maand of jonger andere handelingen worden verricht dan bij oudere zuigelingen, hebben we hiervoor aparte percentages opgenomen in de tabel. Voor de meeste handelingen blijkt er inderdaad nogal wat verschil in voorkomen te zijn. Bij oudere zuigelingen wordt er vaker gesproken over de lichamelijke ontwikkeling, de ontwikkeling van zintuigen en over opvoedingsaspecten. Meer dan de helft van de andere handelingen wordt juist vaker bij de kinderen van een maand of minder gedaan. De grootste verschillen zien we hier bij praten over de lichamelijke verzorging van de baby, over de bevalling en over de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige. Het moge duidelijk zijn dat de door ons gevonden verschillen logischerwijs te verklaren zijn uit het stadium waarin moeder en baby zich bevinden. Ook het gemiddelde aantal handelingen dat bij jongere en oudere zuigelingen wordt verricht verschilt. Bij de kinderen van één maand en jonger is dit gemiddeld 9 en bij de ouderen gemiddeld 7. De mate van samenhang tussen de leeftijd van de zuigeling en het soort verrichte handelingen konden we niet berekenen vanwege de zeer scheve verdeling van het totaal aantal huisbezoeken binnen de variabele leeftijd (zie tabel 6.10).

Ook voor de zuigelingenhuisbezoeken onderzochten we of er kenmerken zijn van de wijkverpleegkundige of van haar werksituatie, welke van invloed zijn op de frequentie van de uitgevoerde handelingen. We hebben dit gedaan met behulp van Pearson's product-moment correlatiecoëfficient. De resultaten van deze analyse zijn te vinden in tabel 6.13, waarin we alleen de significante correlaties hebben aangegeven van .20 of meer. Erg sterk zijn de verbanden niet, slechts voor 7 van de 31 handelingen liggen ze boven de .30 en de hoogste bedraagt -.38. Het blijkt dat de variabelen leeftijd en aantal jaren werkzaam het meeste invloed uitoefenen op het aantal

verrichte handelingen. Voor beide onafhankelijke variabelen geldt dat hoe ouder de wijkverpleegkundige en hoe langer in dienst des te geringer is de kans dat bepaalde handelingen worden uitgevoerd. Voor de volgende handelingen was dit het geval: praten over lichamelijke verzorging van de baby, de relatie van andere kinderen met de baby, de bevalling, oudercursussen en gespreksgroepen, kruiswerk en CB en het maken van een praatje. Dit betekent dat deze zaken gemiddeld vaker worden besproken wanneer de wijkverpleegkundige jonger is en korter werkzaam in de wijk. Toch duren de zuigelingenhuisbezoeken bij deze personen niet langer dan bij de andere of meer ervaren wijkverpleegkundigen. Het lijkt er derhalve op dat jonge wijkverpleegkundigen met weinig ervaring meer 'volgens het boekje werken' dan meer ervaren wijkverpleegkundigen. Verder valt nog op, dat de bevalling vaker (r=.32) besproken wordt naarmate de gemeente waarin de basiseenheid gesitueerd is groter is en dat naarmate de gemeente kleiner is er vaker aan huis gewogen wordt (r=-.34).

6.4. Preventieve huisbezoeken aan kleuters

Er zijn minder wijkverpleegkundigen die kleuterhuisbezoeken afleggen dan bij zuigelingen het geval was: 62 personen doen dit, wat neerkomt op 58%. Dit zijn allen personen die ook zuigelingenhuisbezoeken afleggen. Ook per wijkverpleegkundige worden er minder kleuterhuisbezoeken afgelegd (zie tabel 6.14). Het laagste aantal is ook hier 1, het hoogste 27 en het gemiddelde 6.2. Per jaar komt dit neer op gemiddeld 37 kleuterhuisbezoeken per verpleegkundige. De gemiddelde duur van een kleuterhuisbezoek is 42.5 minuten met een minimum van 3 en een maximum van 96 minuten. De standaarddeviatie is 19 minuten.
Het totaal aantal kleuterhuisbezoeken dat de 62 wijkverpleegkundigen hebben afgelegd bedraagt 385. De meeste van deze bezoeken worden gebracht aan kinderen van 1 jaar: 44.2% (zie tabel 6.15), terwijl steeds ongeveer een kwart van de bezoeken kinderen van 2 of 3 jaar betreft. Zoals te verwachten was krijgen de meeste

kleuters in de 8 weken dat de registratie duurde maar éénmaal bezoek van de wijkverpleegkundige (94%), toch krijgen 16 kinderen tweemaal bezoek en één kind zelfs 7 maal. In totaal is aan 363 kleuters een huisbezoek gebracht.
Ook voor de kleuterhuisbezoeken is op formulier C in bijlage I te zien welke activiteiten er konden worden aangekruist. Tabel 6.16 geeft een overzicht van de uitgevoerde handelingen. Ook hier zijn twee extra variabelen toegevoegd, welke door de wijkverpleegkundigen vaak apart genoemd waren, te weten: medisch advies geven en praten over problemen binnen het gezin.

Net als bij de zuigelingenhuisbezoeken worden er vrij veel handelingen per huisbezoek verricht, gemiddeld 8.4., en zijn de meeste categorieën redelijk gevuld. Het meest frequent wordt er voorlichting gegeven of gepraat over opvoedingsaspecten (75%) en voeding en eetgedrag van de kinderen (73%). Slaapgedrag en spraakontwikkeling komen ook in tweederde van de bezoeken aan de orde.
Een analyse naar verschillen in verrichte handelingen tussen de verschillende leeftijdsgroepen leverde hier heel weinig op. Dit betekent dat op een enkele handeling na aan kleuters veelal ongeveer dezelfde zorg wordt verleend tijdens huisbezoeken. Alleen voorlichting geven of praten over peuterspeelzaal/kleuterschool komt vaker voor naarmate de kinderen ouder zijn (tau=.36, p=.000) en praten over voeding en eetgedrag komt iets vaker voor bij jongere kleuters (tau=-.12, p≤.005). Net als bij de zuigelingenhuisbezoeken zijn dit logische verschillen.

Naast de geringe verschillen in handelingen op grond van de leeftijd van het kind, blijken ook de persoons- en wijkkenmerken van de wijkverpleegkundige minder van invloed te zijn op datgene wat bij een kleuterhuisbezoek gedaan wordt dan bij de zuigelingenhuisbezoeken het geval was. Het meeste invloed heeft de variabele leeftijd, waarbij wederom geldt, dat naarmate de wijkverpleegkundige jonger is zij vaker over bepaalde zaken zal praten. Vooral het ter sprake komen van opvoedingsaspecten en peuter- en kleuterschool wordt door leeftijd beinvloed met waarden voor r van respec-

tievelijk -.39 en -.33. Verder geldt, dat hoe langer de wijkverpleegkundige werkzaam is in de wijk, des te minder vaak zal zij/hij tijd besteden aan voorlichting over de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige (r=-.34), over het voorkomen van ongelukken (r=-.31) of over opvoedingsaspecten (r=-.42). Evenals bij het preventieve zuigelingenhuisbezoek zien we ook hier dat de jongere minder ervaren wijkverpleegkundigen meer 'volgens het boekje' werken.
Tot slot is er nog een verband (r=.35) tussen de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige en de urbanisatiegraad, wat betekent dat deze bereikbaarheid vaker ter sprake komt naarmate de basiseenheid in een meer verstedelijkt gebied ligt. De verbanden met een lagere waarde voor r dan .30 zijn verder te zien in tabel 6.17.

6.5. Het prenatale huisbezoek

Op een aantal plaatsen in Nederland leggen wijkverpleegkundigen prenatale huisbezoeken af. Op de meeste plaatsen worden dergelijke bezoeken afgelegd door kraamzorgverpleegkundigen, zodat er in ons onderzoek maar een beperkt aantal van deze huisbezoeken is gemeten. Binnen 14 van de 47 basiseenheden zijn prenatale huisbezoeken afgelegd door 21 wijkverpleegkundigen. Geen enkele wijkziekenverzorgende heeft dit gedaan. Omdat 21 personen maar 20% van het totaal aantal wijkverpleegkundigen is uit ons onderzoek hebben we gekeken wat de persoonskenmerken van deze groep zijn. We zien dan dat de meesten jonger zijn dan 30 jaar (N=16), 12 van hen nog maar 1 of 2 jaar werkzaam zijn in de wijk, de meesten een volledige baan hebben en solistisch of wijkgericht werken (N=16), en dat zij op 1 na allen all-round werken. Tot slot heeft de helft van hen een HBOV-opleiding gevolgd en de andere helft een MGZ-opleiding.
In totaal werden door deze wijkverpleegkundigen 48 prenatale huisbezoeken afgelegd, wat neerkomt op gemiddeld 2.3 bezoeken per persoon gedurende de acht weken van de registratie. De meeste bezoeken betroffen moeders die voor het eerst in verwachting waren, namelijk 37, wat neerkomt op 77%. Drie van de bezoeken wer-

den gebracht aan moeders van buitenlandse afkomst. De gemiddelde tijd van een prenataal huisbezoek bedraagt drie kwartier, met een spreiding van 15 minuten tot anderhalf uur.

Tabel 6.18 laat zien welke handelingen er zoal verricht worden tijdens deze prenatale huisbezoeken. Zeven van de 18 handelingen worden bij driekwart of meer van de bezoeken verricht, 5 handelingen bij meer dan de helft. Bij één derde van de huisbezoeken kwamen nog andere zaken ter sprake, zoals gezinsproblemen, de opvoeding van andere kinderen en het werk van de moeder. Samengevat betekent dit dat veelal ongeveer dezelfde zaken besproken worden, welke inhoudelijk nogal voor de hand liggen. Omdat het totaal aantal afgelegde bezoeken (48) klein is kunnen hier weinig verdere conclusies uit getrokken worden. Nadere analyse op achtergrondkenmerken van de wijkverpleegkundigen is door ons om dezelfde reden achterwege gelaten.

6.6. Cursussen voor ouders en aanstaande ouders

Hebben we tot nu toe alle onderdelen van de JGZ belicht welke individuele voorlichting betrof, in de laatste twee paragrafen van dit hoofdstuk gaat het over groepsvoorlichting en groepspreventie op het terrein van de JGZ. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is vermeld, zijn de gegevens hierover verkregen uit de enquête. In deze paragraaf beperken we ons tot de cursussen voor ouders en aanstaande ouders, in 6.7 vermelden we gegevens over screeningen en inentingen in groepsverband.
Onder het onderwerp cursussen voor ouders en aanstaande ouders is door ons gevraagd naar alle mogelijke cursussen die hieronder zouden kunnen vallen, omdat ook hier van te voren niet duidelijk was met welke cursussen het kruiswerk zich nu wel of niet bezighoudt door het hele land heen. Naar welke cursussen er precies gevraagd is, is te zien in tabel 6.19.

Van de 400 personen die een ingevulde vragenlijst hebben teruggestuurd hebben 156 personen aangegeven dat zij aan dit type cursussen hebben meegewerkt, wat neerkomt op 38.2% van de totale respons van de vragenlijst. Omdat de vraag over cursussen voor ouders en aanstaande ouders in de vragenlijst een onderdeel vormde van de totale omvang van georganiseerde voorlichting, kan nog vermeld worden dat georganiseerde JGZ voorlichting door 62% van alle personen gegeven wordt die aan georganiseerde voorlichting hebben meegewerkt en hierdoor het merendeel van deze vorm van voorlichting voor haar rekening neemt. De 38% van de georganiseerde voorlichting op ander terrein komt in het volgende hoofdstuk ter sprake.
Op drie na zijn alle personen die hebben meegewerkt aan cursussen voor ouders en aanstaande ouders wijkverpleegkundige. Twee wijkziekenverzorgenden hebben samen met anderen meegewerkt aan een infomarkt over kraamzorg, waar zij onder andere administratieve werkzaamheden hebben verricht en aan de evaluatie ervan hebben deelgenomen. Eén wijkziekenverzorgende heeft samen met een collega een GVO-avond verzorgd voor ouders van kinderen van 0-4 jaar. Wat ze daar gedaan heeft is niet opgegeven.
Tabel 6.19 geeft aan hoe vaak gemiddeld door de 153 wijkverpleegkundigen (52% van het totaal aantal wijkverpleegkundigen uit het vragenlijstonderzoek) aan de cursussen is meegewerkt, hoeveel zittingen deze cursussen omvatten en de gemiddelde tijdsduur van de zittingen. De gepresenteerde cijfers zijn geen jaarcijfers, maar beslaan een periode van 9 maanden, zoals in 3.4.2 is uiteengezet. Het meest frequent worden zwangerschapsgymnastiek en cursussen aan aanstaande ouders gegeven. Het maximum hier is zeven, wat betekent dat de betreffende wijkverpleegkundige bijna iedere maand zo'n aanstaande oudercursus verzorgd heeft. De gespreksgroepen voor ouders met zuigelingen, peuters en kleuters omvatten de meeste zittingen. De duur van de zittingen is heel verschillend, maar ze zijn nooit korter dan 60 minuten. Onder de categorie 'anders' valt bijvoorbeeld te denken aan groeps-CB, GVO op scholen en speciale voorlichtingsavonden over borstvoeding. Een aantal wijkverpleegkundigen heeft aan meerdere JGZ-cursussen meegewerkt.

In tabel 6.20 is te zien waaruit de medewerking van de wijkverpleegkundigen aan de cursussen heeft bestaan. De voorbereidingen worden met uitzondering van de zwangerschapsgymnastiek bijna altijd door hen gedaan, leiding geven ,samen met anderen of alleen, in 85% van de cursussen. Hoewel met anderen vaker voorkomt dan alleen, wordt 35% van al deze cursussen helemaal alleen door de wijkverpleegkundige gegeven. In bijna 60% van de cursussen nemen ze deel aan de evaluatie en administratieve werkzaamheden verrichten ze gemiddeld bij 20%. De wijkverpleegkundigen is ook gevraagd, wanneer ze een cursus met anderen gaven, wie die anderen dan waren. Behalve dat deze vraag niet altijd is beantwoord, variëren de antwoorden ook sterk per type cursus. Bij cursussen voor aanstaande ouders is bijvoorbeeld een verloskundige genoemd of de kraamzorg, bij zwangerschapsgymnastiek een gymnastiekdocente. Bij gespreksgroepen voor ouders met zuigelingen komt een aantal maal een opvoedingsvoorlichter of pedagoog voor en bij groepen voor ouders met kleuters kwam dit regelmatig voor. Bij deze laatste gespreksgroepen zijn verder onder meer genoemd: een districtsverpleegkundige, stafverpleegkundige, GVO-consulente en de hoofdwijkverpleegkundige. De categorie 'andere werkzaamheden' betrof onder andere programma maken, sheets uitwerken, werving - al of niet via folders - plaats en ruimte organiseren en meer huishoudelijke activiteiten, zoals zaal klaar maken en opruimen, koffie zetten en video bedienen.

Zoals we aan het begin van deze paragraaf vermeld hebben wordt lang niet overal georganiseerde voorlichting gegeven op JGZ-terrein. Daarom hebben we met behulp van een t-test een analyse gedaan naar verschillen in achtergrondkenmerken tussen de personen die wel aan dit soort groepsvoorlichting hadden meegewerkt en de personen voor wie dit niet het geval was. Voor de meeste achtergrondkenmerken werden er geen substantiële verschillen gevonden. Alleen voor de urbanisatiegraad, omvang van de buurt en voor het aantal huisartsen waarmee wordt samengewerkt vonden we significante verschillen. Het komt er op neer dat, naarmate de gemeente waarbinnen men werkzaam is kleiner is, of de buurt waar men werkt kleiner is dan 10.000 inwoners, de kans op JGZ-groepsvoorlichting groter is

(t= 2.48, p≤.01 respectievelijk 2.32, p≤.05). Daarnaast wordt de kans op het voorkomen van JGZ-groepsvoorlichting geringer naarmate men met meer huisartsen te maken heeft binnen zijn of haar werkgebied (t=-2.10, p=.05).

6.7. Screeningen en inentingen

Als laatste onderdeel van de JGZ binnen het kruiswerk noemen we groepszittingen, die worden georganiseerd voor gehoorscreening of voor inentingen. Zittingen voor gehoorscreening worden in 85% van alle basiseenheden in het land gehouden en 142 van alle respondenten verleende hieraan haar medewerking, 138 wijkverpleegkundigen (47%) en 4 wijkziekenverzorgenden (4%). Een enkeling hield deze zitting alleen, meestal gebeurde dit echter samen met een collega (58.3%) of samen met een arts (32.4%) en in 9.7% van de gevallen samen met een arts én een collega. Geen enkele wijkziekenverzorgende deed alleen een screeningszitting. De gemiddelde duur van een gehoorscreening bedroeg 166 minuten, varierend van 15 tot 300 minuten, met een standaardeviatie van 63 minuten.
Speciale entzittingen worden op minder plaatsen in het land georganiseerd, bij 60.2% van de basiseenheden, terwijl 187 respondenten hieraan meewerkten, 143 wijkverpleegkundigen (48%) en 44 wijkziekenverzorgenden (42%). De meeste van de entzittingen werden gehouden samen met een arts én een collega (71.1%), 17.1% alleen samen met een arts en 10.7% alleen samen met een collega. Eén wijkverpleegkundige hield alleen een entzitting. De gemiddelde duur van een entzitting bedroeg 200 minuten, variërend van 10 tot 480 minuten, met een standaarddeviatie van 90 minuten.
Gehoorscreeningen worden vaker gehouden, gemiddeld acht maal per jaar, terwijl entzittingen gemiddeld 2.1 maal per jaar gehouden worden. Op de plaatsen waar geen sprake is van groepszittingen voor gehoorscreening of inentingen, worden deze handelingen tijdens de individuele consulten op het CB verricht.

7. PREVENTIEVE EN VOORLICHTINGSACTIVITEITEN

7.1. Inleiding

Voorlichting valt volgens de door ons gehanteerde omschrijving onder preventie (zie 2.1) en kan gegeven worden aan individuele patiënten en aan groepen patiënten/cliënten. In dit hoofdstuk komt die voorlichting aan patiënten aan de orde die buiten de JGZ valt, omdat dit laatste reeds in het vorige hoofdstuk besproken is. Aan de orde komen voorlichting en preventie aan individuele patiënten/cliënten tijdens preventieve huisbezoeken aan ouderen, tijdens huisbezoeken aan CARA-patiënten en tijdens het spreekuur; en voorlichting aan groepen. Al deze vormen van voorlichting betreffen primaire en secundaire preventie. Tertiaire preventie wordt voornamelijk gegeven bij de zorgverlening tijdens huisbezoeken en is aldaar besproken.
De gegevens over de preventieve huisbezoeken aan ouderen en over het spreekuur zijn verzameld binnen het registratie-onderzoek gedurende acht weken, terwijl de gegevens over het CARA-huisbezoek en groepsvoorlichting via de enquête verkregen zijn.

De gegevens verzameld over groepsvoorlichting behoeven een toelichting. Een inleidende vraag hierover bracht aan het licht dat binnen vrijwel alle basiseenheden (96%) maar niet door alle respondenten aan groepsvoorlichting wordt meegewerkt. Slechts 252 personen, ofwel 63%, van alle respondenten heeft wel meegewerkt aan voorlichtingsactiviteiten in groepsverband in de eerste 9 maanden van 1988. Hiervan waren 197 wijkverpleegkundigen, dit is 67% van alle wijkverpleegkundigen die een vragenlijst hebben ingevuld, en 55 wijkziekenverzorgenden, wat 53% is van alle wijkziekenverzorgenden. Indien de respondent niet aan groepsgewijze voorlichtingsactiviteiten had meegewerkt (N=148) is gevraagd naar de reden hiervan. In tabel 7.1 zijn deze redenen weergegeven.

Tabel 7.1: redenen om niet mee te werken aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten, uitgesplitst naar type zorgverlener, in procenten

	WV (N=99)	WZV (N=49)
in de basiseenheid wordt dit		
niet gedaan	3.2	6.7
is niet mijn taak, maar van anderen		
in de basiseenheid	15.6	33.0
is specifiek taak van een collega	4.3	4.4
is wel mijn taak, maar ik heb er geen		
tijd voor	18.1	24.4
andere reden	46.8	64.4

Uit de tabel blijkt dat vrij veel wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aangaven dat georganiseerde groepsvoorlichting wel tot hun taak behoort, maar dat ze er geen tijd voor hebben (respectievelijk 18.1 en 24.4%). Tevens zegt 33% van de wijkziekenverzorgenden dat deze vorm van voorlichting de taak van anderen in de basiseenheid is, tegenover 15.6% van de wijkverpleegkundigen. Dit verschil kan waarschijnlijk verklaard worden uit het feit dat wijkverpleegkundigen vaker meewerken aan groepsgewijze voorlichting dan wijkziekenverzorgenden.
Ook werd vaak een andere reden opgegeven dan de in de tabel genoemde redenen. Het meest frequent werd genoemd "nu niet, later wel" (8.6%) en "onvoldoende opleiding" (7.9%). Daarnaast werden nog genoemd: werkomstandigheden, bijvoorbeeld in deeltijd werken, reorganisatie, wisseling van personeel en onvoldoende deelname van cliënten.

7.2. Preventieve huisbezoeken aan ouderen

Onder een preventief huisbezoek aan ouderen wordt verstaan een (eerste) huisbezoek dat op initiatief van de wijkverpleegkundige wordt afgelegd bij een oudere die zij/hij nog niet kent en van wie

niet bekend is of er wel of niet zorg nodig is (definitie van de Werkgroep Preventieve Zorg voor Bejaarden van de Provinciale Utrechtse Kruisvereniging, MGZ, 1981). Deze definitie komt redelijk overeen met de door ons gehanteerde definitie van preventieve huisbezoeken: al die bezoeken die op initiatief van de wijkverpleegkundige aan cliënten worden gebracht uit het oogpunt van preventie of voorlichting. Genoemde werkgroep gaat uit van drie categorieën ouderen: gezonde, risico-lopende en hulpbehoevende ouderen. Gezonde ouderen zouden voor een algemene zorgverlening in aanmerking komen, waaronder wordt verstaan groepsvoorlichting (zie 7.4.) en preventieve huisbezoeken.
Aangezien er beduidend meer hulpbehoevendheid optreedt naarmate de leeftijd hoger wordt, zou een leeftijdsgrens gehanteerd moeten worden van bijvoorbeeld 75 jaar, omdat het te veel tijd zou kosten alle gezonde ouderen boven de 65 jaar te bezoeken.

In ons onderzoek werden gedurende de acht weken van de registratieperiode in totaal 224 preventieve huisbezoeken aan ouderen afgelegd door 28 van de 108 wijkverpleegkundigen en 21 van de 50 wijkziekenverzorgenden. Hoewel Buijssen (1989) van mening is dat deze preventieve huisbezoeken uitsluitend een taak voor wijkverpleegkundigen zouden moeten zijn, blijkt uit ons onderzoek dat deze vaak door wijkziekenverzorgenden worden afgelegd, relatief gezien zelfs vaker dan door wijkverpleegkundigen: 42% van de wijkziekenverzorgenden doen dit soort huisbezoeken, tegen 26% van de wijkverpleegkundigen. Dit wordt bevestigd door eerdergenoemde werkgroep, die hierbij echter aantekent dat extra bijscholing voor wijkziekenverzorgenden met betrekking tot deze taak noodzakelijk geacht wordt (Nationale Kruisvereniging, 1981).
Het gemiddelde aantal huisbezoeken over de periode van acht weken bedroeg per wijkverpleegkundige 3.5 en per wijkziekenverzorgende 6 met een maximum van respectievelijk 13 en 17. De gemiddelde duur van de huisbezoeken bedroeg 48 minuten, bij wijkverpleegkundigen 45 en bij wijkziekenverzorgenden 51 minuten. Hierbij dient aangetekend te worden dat er een grote spreiding te zien is:

de standaarddeviatie is 22 minuten, met een minimum van 13 en een maximum van 125.
Hoewel er in principe slechts één huisbezoek per cliënt als preventief geregistreerd zou worden, hetgeen ook volgt uit de definitie van het preventieve huisbezoek, zijn van 14 cliënten twee huisbezoeken en van één zelfs drie huisbezoeken geregistreerd.
Het aantal ouderen dat een preventief huisbezoek ontving bedroeg 208 waarvan 144 vrouw waren en 64 man. Hun gemiddelde leeftijd was 77.7 jaar (van vrouwen 77.3 en van mannen 78.6 jaar). De leeftijden liepen uiteen van 61 tot 95 jaar en de helft van hen was ouder dan 78 jaar. Kennelijk wordt de (hoge) leeftijd van een bejaarde inderdaad als criterium gebruikt om een dergelijk huisbezoek af te leggen.

Tevens konden de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aangeven over welke onderwerpen ze voorlichting gaven of waarover ze praatten tijdens het huisbezoek. Ook konden ze andere activiteiten aangeven, bijvoorbeeld het signaleren van problemen of het stimuleren tot activiteiten. De wijkverpleegkundigen verrichtten gemiddeld 7 handelingen tijdens een huisbezoek, de wijkziekenverzorgenden 5.4; de percentages van het voorkomen van de verschillende handelingen zijn vermeld in tabel 7.2.
Het blijkt dat voorlichting over lichamelijke verzorging door beide soorten hulpverleners het meeste werd gegeven, gevolgd door voorlichting over voeding en dieet en over medicijnen. Over de laatste twee onderwerpen gaven wijkverpleegkundigen vaker voorlichting dan wijkziekenverzorgenden, hetgeen ook geldt voor het praten c.q. voorlichting geven over een serviceflat/bejaardenhuis en voor het signaleren en bespreken van problemen op het somatische, psychische en sociale vlak. Deze verschillen tussen de beide soorten hulpverleners zijn misschien terug te voeren tot de hierop meer gerichte opleiding van de wijkverpleegkundigen.
Uit de verzamelde gegevens blijkt voorts dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan **oudere** bejaarden vaker voorlichting geven over voeding en dieet, lichamelijke verzorging, serviceflat/bejaardenhuis en over het Kruiswerk. Dit is een logische

samenhang, omdat bejaarden hiermee vaker te maken krijgen of meer problemen hebben naarmate ze ouder worden.
Wat betreft het **samenlevingsverband**, blijkt dat iets meer dan de helft van de bezochte ouderen (52.7%) alleenstaand is en bijna eenderde met een partner samenwoont. De overigen wonen bij kinderen (11.2%), bij andere familieleden (1.3%) of tijdelijk in een verpleeghuis. Er bleek verband te bestaan tussen het samenlevingsverband en een aantal handelingen die tijdens het preventieve huisbezoek verricht zijn. Een zwakke samenhang is gevonden met het geven van voorlichting (of praten over) hulpdiensten/activiteiten ($r=.15$, $p=.01$), serviceflat/bejaardenhuis ($r=.17$, $p=.007$), met dien verstande dat over deze onderwerpen vaker voorlichting werd gegeven aan alleenstaanden. Ook over voeding en dieet ($r=.12$, $p=.03$) werd vaker met deze personen gesproken en de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden signaleerden en bespraken vaker met alleenstaanden problemen op het sociale vlak. De genoemde verbanden lijken vanzelfsprekend, omdat juist deze onderwerpen van belang kunnen zijn voor alleenstaande bejaarden, zeker naarmate ze ouder zijn.

Kijken we naar de verschillen binnen de beroepsgroep van de wijkverpleegkundigen dan valt op dat de opleiding van de wijkverpleegkundigen een matig negatieve correlatie vertoont met het geven van voorlichting over voeding en dieet ($r=-.34$, $p=.03$), verwarming ($r=-.37$, $p=.02$), hulpdiensten ($r=-.40$, $p=.01$) en serviceflat/bejaardenhuis ($r=-.35$, $p=.03$). Dit betekent dat wijkverpleegkundigen met een HBO-V-opleiding vaker deze onderwerpen besproken hebben dan wijkverpleegkundigen met een MGZ-opleiding.
Wat betreft samenhang van kenmerken van de werksituatie van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden met de handelingen tijdens het huisbezoek aan bejaarden is nog vermeldenswaard de correlatie van de urbanisatiegraad met voorlichting over lichamelijke verzorging, hulpdiensten, Kruiswerk (alle $r=.33$, $p=.01$) en rechten van ouderen ($r=.29$, $p=.02$). Dit betekent dat in grotere plaatsen en steden over deze onderwerpen vaker voorlichting is gegeven dan in plattelandsgemeenten.

Het aantal jaren dat een wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende werkzaam was en hun leeftijd bleken nauwelijks van invloed op het geven van voorlichting, evenals het aantal inwoners in hun wijk.
De bevolkingsopbouw ten slotte van de wijk of buurt waar wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werken bleek vrijwel niet van invloed op het aantal huisbezoeken dat zij aflegden. Er is alleen een negatief verband gevonden tussen het aantal bezoeken dat de wijkziekenverzorgenden aflegden en het percentage hoogbejaarden in hun werkgebied ($r=-.42$, $p=.02$). Hoe meer bejaarden die ouder dan 80 jaar zijn in hun wijk wonen, hoe minder vaak wijkziekenverzorgenden preventieve huisbezoeken afleggen. Waarschijnlijk zijn veel hoogbejaarden reeds in zorg en ontvangen daarom minder vaak een preventief huisbezoek. Immers, een dergelijk huisbezoek wordt afgelegd bij bejaarden die geen curatieve zorg ontvangen.

7.3. Huisbezoeken aan CARA-patiënten

CARA-huisbezoeken is een van de specifieke soorten huisbezoeken die door wijkverpleegkundigen aan cliënten gebracht worden. Hoewel dergelijke huisbezoeken aan meerdere typen patiënten gebracht worden, hebben we via de vragenlijst alleen extra informatie gevraagd over deze CARA-huisbezoeken, rouwbegeleidingsbezoeken en algemene controle-huisbezoeken. De overweging hierbij was, dat het niet doenlijk was om alle specifieke huisbezoeken uitgebreid in de vragenlijst aan de orde te stellen en er dus een keuze gemaakt diende te worden. We hebben ons beperkt tot genoemde typen, omdat het hier in alle gevallen gaat om personen die niet echt in zorg zijn, waardoor over dergelijke huisbezoeken niet of niet voldoende informatie tijdens de registratie-periode van twee weken verkregen zou kunnen worden. Bij patiënten met diabetes en reuma bijvoorbeeld zal meestal naast voorlichting ook zorg verleend worden, zodat hierover gegevens verzameld zijn met behulp van de formulieren voor huisbezoeken aan alle leeftijdscategorieën. Dit laatste is ook het geval met rouwbegeleidingshuisbezoeken en meer

algemene controle-huisbezoeken; deze zijn reeds in hoofdstuk 4 en 5 ter sprake gekomen, zodat hier volstaan kan worden met een beschrijving van de CARA-huisbezoeken.

Onder een CARA-huisbezoek wordt verstaan een huisbezoek afgelegd op verzoek van de behandelende arts of de patiënt, waarin aandacht wordt geschonken aan: het samen met de patiënt identificeren van factoren die een negatieve invloed hebben op het beloop van de aandoening, met name de uitlokkende prikkels; het omgaan met de aandoening; het omgaan met de medicatie; het geven van algemene informatie en algemene adviezen met betrekking tot CARA en de daarmee samenhangende problematiek; en het, op verzoek van de behandelend arts, geven van specifieke (op deze desbetreffende patiënt afgestemde) informatie en adviezen (Landelijke Werkgroep Bevordering Extramurale CARA-zorg, 1987).
De gegevens over de CARA-huisbezoeken zijn verzameld via de enquête (N=400). Hierin is gevraagd óf en zo ja hoeveel CARA-huisbezoeken de respondenten in de eerste negen maanden van 1988 hadden afgelegd.
Iets meer dan de helft van de wijkverpleegkundigen (53.2%) gaf aan CARA-huisbezoeken te hebben afgelegd, met een gemiddelde van 3.6 bezoeken in de eerste negen maanden van 1988. Het hoogste aantal CARA-huisbezoeken dat door een wijkverpleegkundige was afgelegd, bedroeg 16. Van de wijkziekenverzorgenden legden 10.7% (N=11) een CARA-huisbezoek af, met een gemiddelde van 5.3 keer.
Het feit dat de CARA-huisbezoeken vrijwel uitsluitend door wijkverpleegkundigen werden afgelegd, namelijk in 93.4% van de gevallen, wijst erop dat het afleggen van deze bezoeken vooral als een taak van de wijkverpleegkundigen wordt gezien.

Ongeveer de helft van zowel de betreffende wijkverpleegkundigen als de wijkziekenverzorgenden legde een CARA-huisbezoek alleen af, in de overige gevallen deden ze dit samen met een collega-wijkverpleegkundige of -wijkziekenverzorgende, met een districtsverpleegkundige of met iemand van de Sociaal Medische Dienst.
Naar de inhoud van de bezoeken is in de enquête niet gevraagd.

7.4. Georganiseerde groepsvoorlichting

In de enquête zijn ook vragen gesteld over georganiseerde groepsvoorlichting. Deze voorlichting is òf gericht op een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld verzorgers van zieken thuis en ouderen òf betreft een bepaald onderwerp, zoals voeding en dieet of het Kruiswerk. Ook werden er gespreksgroepen georganiseerd over onder andere incontinentie en gezond zijn/gezond blijven. Meestal werden deze voorlichtingsbijeenkomsten gehouden in het wijkgebouw van een kruisvereniging, soms elders, bijvoorbeeld in een bejaardenhuis. We zullen de verschillende soorten groepsvoorlichting achtereenvolgens bespreken. De groepsvoorlichting over 'ouder en kind' is reeds besproken in het vorige hoofdstuk.

7.4.1. Voorlichting betreffende 'zieken thuis'

In de maanden januari tot en met september 1988 werkten 44 wijkverpleegkundigen en 35 wijkziekenverzorgenden mee aan een cursus 'ziekenverpleging/verzorging thuis'. Dit is respectievelijk 14.9% en 33.7% van de respondenten.
Respondenten dienden aan te geven hoe vaak ze aan deze cursus meewerkten, wat hun aandeel erin was, hoeveel zittingen een cursus in beslag nam, de gemiddelde tijdsduur van een zitting en ook of ze alleen of met een ander, bijvoorbeeld een collega, samenwerkten.
De twee typen zorgverleners verschillen met name wat betreft de voorbereiding van de cursus en het leiding geven aan de cursus. De wijkziekenverzorgenden waren vaker betrokken bij de voorbereiding, terwijl van de wijkverpleegkundigen 12 personen alleen de leiding hadden (27.3%) en 3 de cursus alleen gaven. Geen enkele wijkziekenverzorgende verzorgde een cursus helemaal alleen en slechts 14.3% had alleen de leiding (N=5).

Voorlichtingsbijeenkomsten of gespreksgroepen betreffende zieken thuis of over specifieke ziekten werden minder vaak gehouden dan de cursus 'ziekenverpleging/verzorging thuis': 6 tot 9 wijkverpleeg-

kundigen/wijkziekenverzorgenden werkten hieraan mee. Hart- en vaatziekten, kanker en reuma waren alle één keer onderwerp van een eenmalige voorlichtingsbijeenkomst of gespreksgroep. Vaker waren de onderwerpen CARA, incontinentie, diabetes en dementie aan de orde.
De voorlichting hier werd voor het merendeel verzorgd door wijkverpleegkundigen, bijna altijd in samenwerking met collega's. Een enkele keer was er een ander bij betrokken, namelijk een districtsverpleegkundige, hoofdwijkverpleegkundige, arts, maatschappelijk werker, een RIAGG-medewerker of een GVO-consulent. Het gemiddelde aantal zittingen per cyclus bedroeg 1.5 tot 2.5. De tijdsduur van deze voorlichtingsbijeenkomsten liep uiteen van 1 tot 5 uur. Langdurige voorlichting betrof meestal een informatiemiddag in een bejaardenhuis.

7.4.2. Voorlichting aan ouderen

Groepsgerichte voorlichting in het kader van preventieve ouderenzorg was de meest voorkomende vorm van voorlichting aan ouderen. Sommigen geven aan deze groepsvoorlichting de voorkeur boven de individuele benadering via preventieve huisbezoeken omdat op deze wijze mensen die anders niet bereikt zouden worden door wijkverpleegkundigen, dan bijeenkomen en gezamelijk een oplossing kunnen zoeken voor hun vaak gelijke problemen (Werkgroep Preventieve Zorg voor Bejaarden, MGZ, 1981). Aan de andere kant is het echter denkbaar dat ouderen die niet naar een dergelijke bijeenkomst kunnen of willen komen, hiermee niet bereikt worden.
In ons onderzoek gaven 19 wijkverpleegkundigen (6.4%) en 13 wijkziekenverzorgenden (12.5%) aan meegewerkt te hebben aan groepsvoorlichting voor ouderen. Meestal deden ze dit samen met een collega, een enkele keer met bijvoorbeeld een diëtiste, een GVO-consulent, een maatschappelijk werker of met personen uit meerdere disciplines. Gemiddeld werden er 3 zittingen per cyclus gehouden met een tijdsduur van 2 tot 2.5 uur per zitting.

Een tweede vorm van ouderenvoorlichting is het consultatiebureau voor ouderen. Hoewel sommigen hiervan een voorstander zijn, heb-

ben deze consultatiebureaus ook negatieve aspecten in zich. Dit soort bezoeken zou beter gewoon in de huisartspraktijk kunnen worden gedaan, omdat de huisarts zijn eigen mensen kent, zo zegt de eerder genoemde werkgroep. In ons onderzoek werd slechts één keer, door een wijkziekenverzorgende, aangegeven dat er een consultatiebureauzitting voor ouderen was gehouden. Deze vorm van voorlichting is duidelijk niet meer actueel.

Tenslotte werd nog een enkele keer een andere vorm van voorlichting genoemd, namelijk een ouderenspreekuur, een info- of welzijnsmarkt en een thema-ochtend of -middag. Ook werden er voorlichtingsbijeenkomsten gehouden over een specifiek onderwerp, namelijk langer wonen in eigen huis, aanpassingen in huis en veiligheid in en om huis.

7.4.3. Voedingsvoorlichting en dieetadvisering

Aan groepsgerichte voedingsvoorlichting aan specifieke risicogroepen, zoals zwangeren en diabetici, werd slechts door 3 wijkverpleegkundigen meegewerkt, wijkziekenverzorgenden waren hierbij niet betrokken. Het betrof steeds een eenmalige bijeenkomst, die de wijkverpleegkundige of alleen leidde of samen met een diëtiste.
Eveneens 3 wijkverpleegkundigen werkten mee aan een voorlichtingsbijeenkomst die tot onderwerp had 'gezonde voeding' en één wijkverpleegkundige aan 'meer zicht op overgewicht'.

7.4.4. Algemene voorlichting

In deze paragraaf worden enkele voorlichtingsactiviteiten behandeld die een algemeen karakter hebben en daarom moeilijk ondergebracht kunnen worden in een van de voorgaande paragrafen. De inhoud van deze voorlichtingscursussen en gespreksgroepen is dan ook nogal divers.

Een **algemene informatiebijeenkomst over het Kruiswerk** werd door 34 wijkverpleegkundigen en 11 wijkziekenverzorgenden gehouden, dit is 11% van alle respondenten. Meestal was een dergelijke

voorlichting éénmalig en duurde gemiddeld 2.5 uur. De meesten deden dit met een collega, sommigen deden het alleen.

Aan een **'informatiemarkt gezondheidszorg'** werd door 14 wijkverpleegkundigen (5%) en 7 wijkziekenverzorgenden (6%) meegewerkt en deze nam een hele ochtend of middag in beslag. Op één uitzondering na werd de infomarkt met een collega of met bijvoorbeeld een diëtiste of GVO-consulent gehouden.

Een **'slaapcursus'** werd door 5 wijkverpleegkundigen gegeven en omvatte gemiddeld 8 zittingen, die 1 tot 3 uur duurden. De cursus werd 3 keer gegeven met een collega, de andere keren werkte de wijkverpleegkundigen met een districtsverpleegkundige of een GVO-consulent samen.

Gespreksgroepen die tot onderwerp hadden 'sterven-dood-rouw' en 'gezond zijn - gezond blijven' werden slechts respectievelijk één en twee keer gehouden door een wijkverpleegkundige en een wijkziekenverzorgende.

7.5. Het spreekuur

Het spreekuur is bedoeld als individuele contactmogelijkheid voor cliënten met het kruiswerk. Er komen daar dan ook vragen binnen over zeer uiteenlopende zaken op het terrein van voorlichting en preventie, maar ook vragen van mensen die in zorg zijn of van hun familieleden. Ook directe hulpvragen van mensen die nog niet in zorg zijn, maar dit wel nodig hebben komen hier terecht. Tevens wordt het spreekuur gebruikt om zorgactiviteiten te verrichten, zoals wegen, een verband verwisselen of een injectie geven. Bij een deel van de basiseenheden is ook de uitleen van verpleegartikelen gekoppeld aan het spreekuur.
Op het formulier E dat gebruikt is voor de registratie van het spreekuur (zie bijlage I) waren geen handelingen voorgedrukt. Er is daarom naderhand een ordening aangebracht in alles wat door wijk-

verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden was genoteerd tijdens het spreekuur. Op het formulier was wel onderscheid gemaakt tussen telefonische en persoonlijke contacten met de cliënt of zijn familieleden.
Bij de inventarisatie bleek dat het spreekuur behalve voor patiëntgebonden activiteiten, ook voor niet-patiëntgebonden activiteiten gebruikt wordt, bijvoorbeeld voor overleg en om administratieve werkzaamheden te verrichten.
Tijdens de acht weken van de registratie zijn 1840 spreekuren gehouden, door 106 wijkverpleegkundigen en 36 wijkziekenverzorgenden. Dit betekent dat bijna alle wijkverpleegkundigen spreekuren houden en 73% van de wijkziekenverzorgenden, terwijl ook een enkele avond/weekendverpleegkundige spreekuur heeft gehouden. De gemiddelde tijdsduur van een spreekuur bedraagt 53 minuten, met een minimum van 5 minuten en een maximum van 130 minuten. De meest voorkomende tijd is 60 minuten (51%) en 22% van de spreekuren duurde 30 minuten.
Van alle spreekuren werd 44% gegeven in combinatie met uitleen, en dit gebeurde dubbel zo vaak door een wijkverpleegkundige als door een wijkziekenverzorgende.
Wat voor handelingen er op het spreekuur zoal gedaan worden, is te vinden in de tabellen 7.3 en 7.4. Van de 7399 verrichte handelingen is ongeveer twee derde patiëntgebonden (N=4520) en een derde niet- patiëntgebonden (N=2879).
Van de **patiëntgebonden contacten** (tabel 7.3) is 62% telefonisch, terwijl in 38% van de gevallen de cliënt of zijn familie het spreekuur persoonlijk bezoekt. De patiëntgebonden contacten bestaan voor 24% uit het maken of verzetten van afspraken en voor 22% uit hulpvragen. Hier betreft het zowel een directe vraag om een huisbezoek, als om meer indirecte hulpvragen. Als indirecte hulpvragen zijn door ons onder andere gedefineerd: vragen over ontslag uit het ziekenhuis, over of van mantelzorgers, medische adviezen en veranderingen in het zorgpatroon. Handelingen in verband met uitleen vormen 20% van de directe patiëntencontacten. Verder geven de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden voedingsadviezen, zowel voor zuigelingen en kleuters als aan anderen, beantwoorden ze vra-

gen over GVO en verrichten ze kleine handelingen (11%). Dit laatste omvat het geven van injecties, wegen, het verwisselen van verband en dergelijke.
De **niet-patiëntgebonden** handelingen (tabel 7.4) bestaan voor ruim de helft uit overleg plegen en voor 12% uit administratieve handelingen. Omdat deze taken uitgebreid in hoofdstuk 9 aan de orde komen, gaan we daar nu niet verder op in. De overige 35% betreft allerlei handelingen van organisatorische aard.
Verder wordt door een aantal personen opgegeven dat ze binnen de spreekuurtijd het magazijn dienden op te ruimen en/of de uitgeleende artikelen dienden schoon te maken. Daarnaast waren er ook registrerenden die op een rustig spreekuur tijd hebben gehad om literatuur door te nemen.
Bij de niet-patiëntgebonden handelingen is aan de registrerenden gevraagd te noteren hoeveel tijd deze hen kostten, omdat het handelingen zijn waarvoor het spreekuur eigenlijk niet bedoeld is. Voor overleg en administratie verwijzen we hiervoor weer naar hoofdstuk 9. Het opruimen van het magazijn kostte gemiddeld 16 minuten per spreekuur en aan het doornemen van literatuur is gemiddeld 25 minuten per spreekuur besteed, indien deze activiteiten voorkwamen.
Hoewel er tenslotte gemiddeld 4 handelingen per spreekuur verricht zijn, zijn er grote onderlinge verschillen te zien tussen het aantal verrichte handelingen per spreekuur: dit variëert van één enkele handeling tot 15 of 20 per spreekuur.

8. COÖRDINERENDE TAKEN

8.1. Inleiding

De coördinerende taken van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die in dit hoofdstuk worden behandeld omvatten het opstellen van een verpleegplan, het incidentele overleg over patiënten met personen binnen en buiten het kruiswerk, het consultatie geven aan personen of instanties buiten het kruiswerk, het meewerken aan zorginnovatie-projecten en het begeleiden van stagiaires. Deze taken zullen achtereenvolgens worden besproken. Andere coördinerende taken, zoals het consulteren van of verwijzen naar andere hulpverleners naar aanleiding van geobserveerde nieuwe symptomen bij een patiënt tijdens een huisbezoek zijn reeds behandeld in hoofdstuk 4.
Tijdens het intake-gesprek, dat met elke nieuwe patiënt wordt gehouden, wordt de hulpbehoefte van de patiënt vastgesteld en met behulp van deze informatie worden vervolgens de verpleegactiviteiten gecoördineerd door middel van het opstellen van een individueel verpleegplan. De gegevens over het intakegesprek zijn tijdens de registratieperiode verzameld via formulier A (bijlage I).
Overleg over patiënten kan met veel verschillende personen en instanties plaatsvinden, zowel binnen als buiten het kruiswerk. Gestructureerde overlegsituaties, die regelmatig en op vaste tijden plaatsvinden, komen in hoofdstuk 9 aan de orde, omdat deze worden gerekend tot de rapporterende taken (zie hoofdstuk 2). Het incidentele overleg over patiënten, dat niet op vaste tijden plaatsvindt, behoort tot de coördinerende taken. Binnen en buiten het kruiswerk omvat het incidentele overleg ook het consulteren van en/of verwijzen naar andere hulpverleners en collega's, bijvoorbeeld een districtsverpleegkundige of de huisarts van een patiënt. De gegevens over incidenteel overleg zijn verzameld via formulier F (bijlage I) en via de enquête.

Een speciale vorm van overleg is de consultatie die gegeven wordt door de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende. Hierbij wordt op basis van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende advies gevraagd over een bepaalde patiënt of patiëntencategorie zonder dat de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende de behandeling overneemt. Consultatie kan bijvoorbeeld gegeven worden aan de verpleging van een bejaardenhuis of verpleeghuis of aan de leidster van een peuterspeelzaal. De gegevens hierover komen uit de enquête.
Eveneens in de enquête hebben we gevraagd naar de medewerking aan zorginnovatie-projecten. Hiermee bedoelen wij bepaalde projecten die van tijdelijke aard zijn en tot doel hebben de zorgverlening te verbeteren. Hiertoe vinden gerichte activiteiten plaats, zoals samenwerking tussen bijvoorbeeld ziekenhuis en kruiswerk. Tenslotte komt in dit hoofdstuk de begeleiding van stagiaires aan de orde. Zowel de betrokkenheid van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bij de bovengenoemde coördinerende taken zullen we onderzoeken als ook de frequentie van en de tijdsbesteding aan deze taken.

8.2. Intake-gesprek

Een intake-gesprek wordt gehouden naar aanleiding van een hulpvraag die een patiënt of bijvoorbeeld een familielid of de huisarts heeft ingediend bij de kruisvereniging. Het gesprek vindt plaats bij de patiënt thuis en dient om de hulpvraag vast te stellen door middel van het afnemen van de verpleegkundige anamnese van de patiënt, waarbij bijvoorbeeld wordt gevraagd naar de medische voorgeschiedenis en diagnose, medicijngebruik en de mogelijkheid van zelfzorg en mantelzorg. Op grond hiervan wordt in overleg met de patiënt een verpleegplan opgesteld, hetgeen inhoudt dat er een hulpbehoefte wordt geformuleerd en bepaald wordt wat het doel van de wijkverpleegkundige zorg is, welke hulp zal worden gegeven en wat eventueel het aandeel van mantelzorg en zelfzorg zal (kunnen) zijn. Tevens wordt beslist of de wijkverpleegkundige of wijkziekenver-

zorgende zelf de zorg zal gaan verlenen dan wel een collega en kan er een evaluatiedatum vastgesteld worden, waarbij wordt gekeken naar het al dan niet volgens het verpleegplan verlopen van de zorg. Voorts wordt er soms nog voorlichting gegeven over medicijnen, voeding, verzorging of het kruiswerk en wordt afgesproken wanneer het volgende huisbezoek zal plaatsvinden.
In principe vindt het intake-gesprek plaats vóór de wijkverpleegkundige-hulp begint, maar in acute situaties kan het voorkomen dat de hulp al is gestart voordat dit gesprek is gehouden.
Tijdens de registratieperiode vulden de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gedurende acht weken voor elke nieuwe patiënt een formulier (A) in, ook als twee personen uit één gezin gelijktijdig waren aangemeld. Relatief veel wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bleken moeite te hebben met het beantwoorden van de categorieën behorende bij 'opstellen verpleegplan'. Het was de bedoeling dat alle informatie, die diende om het verpleegplan op te stellen en die werd ingewonnen tijdens het intake-gesprek, hier werd genoteerd. Het probleem van de registrerenden school hierin dat het verpleegplan zelf meestal later werd opgesteld, in het wijkgebouw, en dat ze dit daarom niet als een onderdeel van het intake-gesprek beschouwden.
De vraag wie de wijkverpleegkundige zorg zal gaan verlenen riep een gelijksoortig probleem op, omdat dit meestal pas na het intake-gesprek wordt vastgesteld. De gegevens hierover zijn alleen in de derde en vierde registratieperiode ingevuld, omdat deze vraag pas in dat stadium aan de andere vragen van formulier A is toegevoegd.

Het afleggen van een huisbezoek waarin een intake-gesprek wordt gehouden, blijkt in 88.3% van de gevallen te zijn gedaan door wijkverpleegkundigen. Hoewel dit eigenlijk een taak is voor wijkverpleegkundigen, blijken in ons onderzoek toch ook 20 wijkziekenverzorgenden (40% van de wijkziekenverzorgenden) dergelijke huisbezoeken te hebben afgelegd. Dat het houden van een intake-gesprek een vaste taak is voor wijkverpleegkundigen blijkt uit het feit dat bijna alle wijkverpleegkundigen, namelijk 92%, één of meer van deze gesprekken hielden. Wijkverpleegkundigen deden dit gemiddeld vaker

dan wijkziekenverzorgenden (gemiddeld 3.8 versus 2.6 keer in 8 weken), maar de gesprekken duurden bij de beide groepen ongeveer even lang, namelijk 50 tot 60 minuten. In totaal zijn er 437 intake-gesprekken gehouden (386 door wijkverpleegkundigen en 51 door wijkziekenverzorgenden), met 250 vrouwelijke en 187 mannelijke patiënten. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 70,5 jaar, de meeste patiënten waren ouder dan 70 jaar (67,3%) en een kwart was ouder dan 80 jaar. Voor een uitgebreide weergave van de patiëntgegevens verwijzen we naar tabel 8.1 tot en met 8.5. De opgetelde percentages in deze tabellen zijn vaak hoger dan 100%. Dit komt doordat patiënten met meerdere personen kunnen samenwonen (bijvoorbeeld met partner én kinderen), van verschillende personen mantelzorg kunnen ontvangen, meerdere redenen kunnen hebben voor wijkverpleegkundige hulp en aan meerdere aandoeningen of ziekten kunnen lijden.
Vergelijking van deze cijfers met de gegevens van patiënten die reeds in zorg zijn (zie hoofdstuk 5) laten weinig verschillen zien. Het percentage patiënten boven de 70 jaar is ongeveer gelijk, maar bij de intake-gesprekken vielen relatief meer mensen in de leeftijdsgroep van 70-80 jaar en waren minder mensen van 80 jaar en ouder dan bij de patiënten die al zorg ontvangen.
Vermeldenswaard zijn voorts de bevindingen dat partners en uitwonende familieleden vaker mantelzorg verleenden aan de toekomstige patiënten (bij wie een intake-gesprek plaatsvond) en dat ze in totaal ook meer mantelzorg kregen (zie tabel 8.3). Te verwachten is dat deze patiënten minder niet-professionele hulp zullen krijgen als de wijkverpleging éénmaal is ingeschakeld; dit blijkt inderdaad te kloppen met de gegevens van patiënten die al zorg ontvangen.
Daarnaast blijkt dat nazorg bij ongeveer éénderde van de patiënten de reden was om wijkverpleegkundige hulp te vragen (zie tabel 8.4) terwijl dit bij 6% van de patiënten die al in zorg waren als reden werd opgegeven. Dit is te verklaren uit het feit dat nazorg is gedefinieerd als de zorg die gegeven wordt gedurende vier weken na ontslag uit het ziekenhuis, waardoor deze reden bij patiënten die langer in zorg zijn niet meer van toepassing is.

Wat betreft de achterliggende ziekte(n) van de patiënt (tabel 8.5) blijkt dat er met twee keer zoveel kanker-patiënten een intakegesprek werd gehouden dan er van dergelijke patiënten in zorg waren (24% versus 12.6%). Waarschijnlijk ontvangen deze patiënten voornamelijk zorg in het terminale stadium en is deze zorg kortdurend. Daarnaast had 7.1% van de nieuwe patiënten een operatie ondergaan en is bij deze patiënten derhalve 'nazorg' grotendeels de reden dat ze zorg van de wijkverpleging nodig hebben (operatie werd genoemd bij de categorie 'overige').
Bijna de helft van de patiënten meldde zichzelf aan of werd door een familielid aangemeld en bij een derde gebeurde dit door een ziekenhuis of verpleeghuis (zie tabel 8.6). Van aanmelding door de huisarts was in 17% van de gevallen sprake.

Welke zaken aan de orde kwamen tijdens de intake-gesprekken is terug te vinden in de tabellen 8.7 tot en met 8.9. De cijfers zijn weergegeven voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gezamelijk, omdat er geen grote verschillen tussen de twee groepen zijn geconstateerd. Waarschijnlijk wordt er bij het intake-gesprek een soort standaard-procedure gevolgd. Bij het afnemen van de anamnese kwamen gemiddeld 9 van de 13 onderwerpen ter sprake, bij 80% of meer van de patiënten vroeg de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende naar de lichamelijke gesteldheid, de medische voorgeschiedenis, het medicijngebruik, de (mogelijkheid van) zelfzorg en mantelzorg en de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de wijkverpleegkundige-zorg (tabel 8.7). Als andere zaken werden onder andere genoemd het bespreken van familieproblemen en het vragen naar hobby's van de patiënt.

De onderwerpen die in verband met het opstellen van een verpleegplan (tabel 8.8) het meest aan bod kwamen, waren het stellen van een verpleegkundige diagnose en het doel en de planning van de wijkverpleegkundige-zorg. Ook de mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg kwamen in veel gevallen ter sprake (67% en 64%). Vermeldenswaard is voorts dat bij de categorie 'andere activiteiten' 13 keer werd geregistreerd dat de patiënt geen zorg wenste te ontvan-

gen. Van deze patiënten werden de meesten aangemeld door een familielid (N=7) of door een ziekenhuis of verpleeghuis (N=4).

De overige activiteiten die tijdens het intake-gesprek door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werden verricht, bestonden bij 82.4% van de gesprekken uit het maken van een afspraak voor een volgend huisbezoek, terwijl aan ruim de helft van de patiënten voorlichting werd gegeven over het kruiswerk en over verzorging (zie tabel 8.9). Bij de categorie 'andere activiteiten' werd nog genoemd: het geven van voorlichting over hulpmiddelen (14.0%) en het verrichten van zorgactiviteiten (10.3%).

De vraag wie de wijkverpleegkundige-zorg zal gaan verlenen is slechts tijdens de derde en vierde registratie periode en wel voor 246 patiënten beantwoord (zie 8.1). Hieruit bleek dat 79.3% (N=195) van deze patiënten hulp zou krijgen van een wijkverpleegkundige en 20.7% (N=51) van een wijkziekenverzorgende. Bovendien werd vermeld dat 18 patiënten (7.3%) naast de hulp van een wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende nog aanvullende hulp van anderen zou krijgen, bijvoorbeeld van de weekendzorg (N=6), avondzorg (N=2), of van een particulier bureau (N=1). Om te onderzoeken of de toewijzing van patiënten gebeurt op basis van de patiëntgegevens hebben we gekeken of er een samenhang bestond tussen deze variabelen. Er bleek geen significante samenhang te bestaan tussen de toegewezen zorgverlener (wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende) en de achtergrondvariabelen van de patiënt, ook niet wat betreft het totaal aantal achterliggende ziekten. De criteria die gehanteerd worden bij de toewijzing van een patiënt aan een wijkverpleegkundige of een wijkziekenverzorgende zullen waarschijnlijk gezocht moeten worden in de mate van complexiteit van de verpleegsituatie (zie 2.2).

Tenslotte zijn we nagegaan of de frequentie en de duur van de intake-gesprekken wordt beïnvloed door de persoonskenmerken van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden of door hun werksituatie.

Het aantal intake-gesprekken dat werd gevoerd door wijkverpleegkundigen bleek een significante samenhang te vertonen met het aantal uren dat een wijkverpleegkundige werkzaam is (r=.23, p=.01), de leeftijd en de opleiding van de wijkverpleegkundige (beide r=.24, p=.01). Dit betekent dat wijkverpleegkundigen meer intake-gesprekken doen naarmate ze meer uren werkzaam zijn, ouder zijn en een MGZ-opleiding hebben genoten. Wat betreft de kenmerken van de werksituatie werd slechts gevonden dat een wijkverpleegkundige vaker een intake-gesprek voert in een wijk waar relatief veel ouderen van 70 tot 80 jaar wonen (r=.27, p=.006).
De persoonskenmerken van wijkziekenverzorgenden bleken geen invloed te hebben op de frequentie en de duur van de intake-gesprekken. Evenmin was dit het geval met de kenmerken van de werksituatie.

8.3. Incidentele overlegsituaties

De gegevens over incidenteel overleg over patiënten hebben de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geregistreerd op formulier F. Dergelijk overleg kan zowel op eigen initiatief hebben plaatsgevonden als op initiatief van de andere persoon of instantie. Hierbij hebben de registrerenden een onderscheid gemaakt tussen telefonisch en persoonlijk overleg. Aan de op formulier F vermelde categorieën zijn later bij de verwerking van de gegevens nog toegevoegd de categorieën 'collega's', en 'mantelzorg' (alleen bij overleg buiten het kruiswerk), omdat deze relatief vaak genoemd werden bij de rest-categorie 'met anderen'. Op het formulier is tevens een onderscheid gemaakt tussen incidenteel overleg over patiënten dat binnen het kruiswerk plaatsvindt en daarbuiten en dit is eveneens in de enquête gebeurd. Analoog hieraan zullen wij bij de bespreking van bovengenoemde overlegsituaties eerst het overleg binnen het kruiswerk bespreken en vervolgens het overleg met personen of instanties buiten het kruiswerk.

8.3.1. Incidenteel overleg binnen het kruiswerk

Uit de gegevens verkregen via formulier F blijkt dat overleg dat niet op vaste tijden plaatsvindt in de meeste gevallen gevoerd wordt met collega's, de hoofdwijkverpleegkundige, de avond-/nachtdienst en de weekendienst (zie tabel 8.10, 8.11 en 8.12).

Contacten met collega's en de hoofdwijkverpleegkundige waren bij wijkverpleegkundigen die overdag werkten en wijkziekenverzorgenden vaker persoonlijk dan telefonisch, met de avond-/nachtdienst en de weekenddienst was dit net andersom, hetgeen ook logisch is gezien de verschillende werktijden.

Verder blijkt dat de contacten van de avond- en weekenddienst zich beperkten tot de bovengenoemde hulpverleners, waarbij - uiteraard - de meesten contact hadden met collega's van de avond-en weekenddienst.

Overleg met een districtsverpleegkundige, ongeacht op welk specifiek gebied deze werkzaam was, kwam bij meer wijkverpleegkundigen dan wijkziekenverzorgenden voor (96.2% respectievelijk 60.0%), op het gebied van de jeugdgezondheidszorg uitsluitend bij wijkverpleegkundigen. Dit laatste lag in de lijn der verwachting, omdat wijkziekenverzorgenden (meestal) niet op dit deelterrein werkzaam zijn. Andere specifieke terreinen waarvoor contacten met districtsverpleegkundigen tot stand kwamen betroffen reuma, CARA en oncologie.

Verder blijkt onder andere dat ongeveer een kwart van de wijkverpleegkundigen overleg heeft gevoerd met een diëtiste en dat ongeveer een vijfde deel contact had met aanvullende thuiszorg. Hiermee wordt bedoeld de vaak intensieve, gespecialiseerde, continue zorg die wordt verleend als aanvulling op de reguliere hulpverlening door het kruiswerk. Van de wijkziekenverzorgenden voerde een kleiner aantal deze soorten overleg. De categorie 'anderen' was nogal divers en bestond bijvoorbeeld uit overleg met personeel over huishoudelijke zaken, met het bestuur van de kruisvereniging en met een stagiaire.

De gemiddelde frequentie lag - volgens verwachting- verreweg het hoogst bij contacten met collega's en dit geldt voor alle drie typen

zorgverleners. Persoonlijke contacten kwamen vaker voor dan telefonische contacten, hetgeen voortvloeit uit de werksituatie.
Wijkverpleegkundigen voerden gemiddeld vaker overleg met de hoofdwijkverpleegkundige (drie tot vier keer) dan wijkziekenverzorgenden en de avond-/weekenddienst (respectievelijk twee tot drie keer en één tot twee keer). Vergelijking tussen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden via een t-test toonde een significant verschil wat betreft de frequentie van persoonlijk contact met de hoofdwijkverpleegkundige ($t=1.96$, $p=.05$).
De overige soorten overleg hadden een gemiddelde frequentie van één tot twee maal in acht weken. De categorie 'districtsverpleegkundige' vertegenwoordigt hier alle specifieke deelterreinen.

Ook wat betreft de gemiddelde duur van het overleg staat het overleg met collega's bovenaan bij de drie groepen zorgverleners, waarbij opvalt (zie tabel 8.13) dat de telefonische contacten duidelijk langer duurden dan de persoonlijke contacten. Bij contacten met anderen binnen het kruiswerk was dit vrijwel altijd omgekeerd. Vooral de gemiddelde duur van het overleg dat met een districtsverpleegkundige of een GVO-consulente werd gevoerd ligt hoog, namelijk bijna een uur. Niet onvermeld mag echter blijven dat de spreiding van de tijdsduur bij alle soorten overleg over het algemeen groot is. De gemiddelde duur van het persoonlijke overleg dat de wijkverpleegkundigen voerden met de hoofdwijkverpleegkundige is significant verschillend van de wijkziekenverzorgenden ($t=2.19$, $p=.03$).
Tevens is nagegaan hoeveel tijd het incidentele overleg binnen het kruiswerk percentueel in beslag nam ten opzichte van de totale werktijd (zie tabel 8.14). Bij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden was dit ongeveer gelijk, namelijk 5.6% en 5.4%, bij de avond- en weekenddiensten lag dit percentage iets lager (3.7%).

Tenslotte is onderzocht welke invloed de persoonskenmerken en de kenmerken van de werksituatie hebben op het incidentele overleg. De belangrijkste verbanden zullen we noemen; de meeste significante verbanden zijn echter zwak. Bij de wijkverpleegkundigen

bleek dat naarmate het aantal uren dat men werkzaam was groter was, meer tijd werd besteed aan persoonlijk overleg met de hoofdwijkverpleegkundige en met de districtsverpleegkundige voor jeugdgezondheidszorg (r=.23, p=.01 respectievelijk r=.22, p=.02). Jongere wijkverpleegkundigen hadden vaker en langduriger persoonlijk overleg met collega's (r=-.22, p=.02 respectievelijk r=-.24 en p=.01), terwijl oudere wijkverpleegkundigen vaker telefonisch met het kraamcentrum overlegden (r=.22, p=.02) evenals begrijpelijkerwijs wijkverpleegkundigen die meer ervaring hadden (r=.20, p=.04). Ervaring had eveneens een positieve invloed op het aantal contacten met een diëtiste (r=.29,p=.004).
De urbanisatiegraad - een kenmerk van de werksituatie - vertoonde samenhang met het collegiale overleg: in steden werd aan dit overleg meer tijd besteed dan in minder verstedelijkte plaatsen (r=.25, p=.01).
Wijkziekenverzorgenden hadden vaker persoonlijk contact met collega's naarmate ze meer uren werkten (r=.32, p=.02), hetgeen een vanzelfsprekend verband mag worden genoemd. Voorts bleek de wijkomvang van invloed te zijn: wijkziekenverzorgenden met een relatief grote wijk voerden langduriger overleg met de weekendzorg (r=.33, p=.02), waarschijnlijk omdat ze meer patiënten moesten overdragen. Voorts bevorderde een kleine wijk de frequentie van overleg met collega's, zowel persoonlijk overleg (r=-.32, p=.02) als telefonisch (r=-.31, p=.02) en ook duurde dit laatste overleg langer (r=-.29, p=.04).
Bij de avond- en weekenddiensten waren de aantallen verpleegkundigen die overleg voerden te klein om een correlatie te berekenen.

Na de bespreking van de resultaten die gevonden zijn binnen het registratie-onderzoek willen we nog kort ingaan op de gegevens die afkomstig zijn uit de enquête. In tabel 8.15 wordt het aantal en percentage zorgverleners vermeld dat gedurende negen maanden incidenteel overleg over patiënten heeft gehad met personen binnen het kruiswerk en de frequentie ervan gedurende negen maanden. Vergelijking met de registrerenden is niet geheel mogelijk, omdat de

telefonische en persoonlijke contacten apart door hen genoteerd zijn en het totaal aantal contacten mogelijk lager uitvalt dan de som van de aparte percentages. Niettemin wordt wel duidelijk dat (veel) meer wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden uit het vragenlijstonderzoek hebben aangegeven dat ze overleg hebben gevoerd met een specifieke districtsverpleegkundige, een GVO-consulente, een diëtiste en (wijkverpleegkundigen) met een kraamcentrum. Op het eerste gezicht lijkt dit logisch, omdat de enquête een tijdsperiode van negen maanden besloeg. Als we echter de frequentie van de contacten vergelijken met die uit de registratie (indien beide berekend worden over acht weken) dan blijken de geënquêteerden een veel lagere frequentie te hebben opgegeven dan de registrerenden. Ervan uitgaande dat de registratie vrij betrouwbaar is geschied en dat in de enquête slechts een zo goed mogelijke schatting is gegeven over een voorbije periode dan dringt zich als mogelijke conclusie op dat deze overlegsituaties inderdaad vaker voorkomen dan de geënquêteerde wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden meenden.
Samenvattend kan worden gezegd dat binnen het kruiswerk overleg met collega's en met de hoofdwijkverpleegkundige door vele wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wordt gevoerd en dat contacten met een districtsverpleegkundige - ongeacht diens werkterrein - en de avond- en weekenddiensten ook regelmatig plaatsvinden.

8.3.2. Incidenteel overleg buiten het kruiswerk

Wijkverpleegkundigen die overdag werken en wijkziekenverzorgenden voeren met veel verschillende personen en instanties buiten het kruiswerk overleg. Een overzicht hiervan wordt gegeven in tabel 8.16 en 8.17. Verpleegkundigen uit de avond- en weekenddienst hebben weinig van dergelijke contacten gehad, uitgezonderd met de huisarts en de mantelzorg van een patiënt .
Bijna alle wijkverpleegkundigen hadden telefonisch contact met een huisarts (94.3%) en ook hadden vele van hen persoonlijk contact, bij de wijkziekenverzorgenden lagen deze percentages iets lager. Ook voerde meer dan de helft van de wijkverpleegkundigen en wijkzie-

kenverzorgenden overleg met de gezinszorg, terwijl incidenteel overleg met de mantelzorg, met de verpleging van een ziekenhuis of van een verpleeghuis en met een apotheker door ongeveer een kwart tot éénderde van hen werd gevoerd en ook het RIAGG werd regelmatig genoemd.
Overlegsituaties met de mantelzorg en met de huisarts kwamen het meest frequent voor, zowel telefonisch als persoonlijk: wijkverpleegkundigen gemiddeld zes respectievelijk vijf keer en wijkziekenverzorgenden vijf respectievelijk drie keer gedurende acht weken. Beide groepen hadden gemiddeld twee tot drie keer contact met de gezinszorg en voorts voerden wijkverpleegkundigen vijf tot zes keer overleg met collega's buiten het kruiswerk. Een t-test gaf een significant verschil te zien tussen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wat betreft de frequentie van het persoonlijke contact met de huisarts: $t=2.50$, $p=.01$ De avond-/weekenddiensten (niet in de tabel opgenomen) hebben gemiddeld één tot twee keer overlegd met de huisarts en twee keer met verleners van mantelzorg.

In tabel 8.18 is de gemiddelde duur en de standaarddeviatie van de verschillende overlegsituaties buiten het kruiswerk weergegeven. Net als bij het incidentele overleg binnen het kruiswerk laat de tabel zien dat de spreiding vaak groot is. De telefonische contacten namen gemiddeld ongeveer 10 tot 15 minuten in beslag, de persoonlijke contacten duurden meestal gemiddeld twee tot drie keer zo lang, bij zowel de wijkverpleegkundigen als de wijkziekenverzorgenden. De avond- en weekenddiensten (niet in de tabel opgenomen) voerden gemiddeld 14 minuten overleg met de huisarts en acht minuten met de mantelzorg van een patiënt.
De wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn en de wijkziekenverzorgenden besteedden respectievelijk 3.5% en 3.0% van hun totale werktijd aan incidenteel overleg met personen buiten het kruiswerk, de avond- en weekenddiensten slechts 1.1% (zie tabel 8.14).
De persoonskenmerken van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden vertoonden geen significante samenhang met het voeren van de verschillende overlegsituaties, in tegenstelling tot enige ken-

merken van de werksituatie. In steden voerden wijkverpleegkundigen vaker en langdurig telefonisch overleg met de gezinszorg (r=.39, p=.000 respectievelijk r=.41, p=.000), hetgeen ook het geval was bij wijkziekenverzorgenden (r=.37, p=.01 respectievelijk r=.44, p=.002). Ook wordt door wijkverpleegkundigen in de stad vaker telefonisch overleg gevoerd met de verpleging van een verpleeghuis (r=.20, p=.03) en van een ziekenhuis (r=.21, p=.03). Voorts blijken wijkverpleegkundigen met een relatief kleine wijk langer met de gezinszorg te telefoneren (r=-.21, p=.03), terwijl wijkziekenverzorgenden dit juist langer doen als ze in een grotere wijk werkzaam zijn. Een verklaring voor deze tegenstelling is moeilijk te geven. Ook in deze paragraaf zijn de avond- en weekenddiensten niet betrokken bij de berekening van correlaties (vergelijk 8.3.1).

De cijfers verkregen via de enquête over incidenteel overleg buiten het kruiswerk worden gepresenteerd in tabel 8.19. Voor dit overleg geldt hetzelfde als voor het overleg binnen het kruiswerk: meer geënquêteerden gaven aan deze soorten overleg te hebben gevoerd, terwijl de frequentie ervan gemiddeld meestal lager was dan bij de registrerenden (vergelijk 8.3.1). Uitzonderingen waren de frequenties van het overleg met de huisarts, de gezinszorg en de verleners van mantelzorg: bij hen werd een ongeveer gelijk of zelfs hoger aantal contacten opgegeven door de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden uit het vragenlijst-onderzoek.
Gezien het hoge percentage wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden dat overlegde met de huisarts kan gesteld worden dat dit tot de vaste taken van de wijkverpleging behoort, terwijl ook overleg met de gezinszorg, de verleners van mantelzorg en de verpleging van ziekenhuizen veelvuldig voorkomt.

8.4. Consultatie

Het geven van consultatie is te beschouwen als een vorm van overleg waarbij de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende door andere hulpverleners of instanties, meestal buiten het kruiswerk,

gevraagd wordt te adviseren over een bepaalde patiënt of patiëntencategorie. In de enquête hebben de wijkverpleegundigen en wijkziekenverzorgenden aangegeven of ze consultatie hadden gegeven in de voorafgaande negen maanden en hoe vaak dat was voorgekomen. De resultaten hiervan zijn per type zorgverlener weergegeven in tabel 8.20.
Bijna de helft van de wijkverpleegkundigen (48%) en ongeveer éénderde van de wijkziekenverzorgenden (34%) blijkt gedurende die periode één of meer keer consultatie gegeven te hebben.
Bij wijkverpleegkundigen was consultatie aan de verpleging van een algemeen ziekenhuis (16.6%) het meest gangbaar en gebeurde het meest frequent, namelijk gemiddeld ruim drie keer. Daarnaast werd ook door een gelijk aantal wijkverpleegkundigen advies gegeven aan de leidster van een peuterspeelzaal en in iets mindere mate aan de verpleging van een verpleeghuis. Deze laatste groep werden door het grootste aantal wijkziekenverzorgenden geconsulteerd (19.2%), gevolgd door de verpleging van een algemeen ziekenhuis (13.5%) bij wie dit tevens het meest voorkwam (gemiddeld ruim drie keer).
Bij de categorie 'anderen' werd door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden het meest genoemd: maatschappelijk werk/-RIAGG en de huisarts/kinderarts/vertrouwensarts; hiernaast kwamen diverse andere personen en instanties voor. Tevens hebben de respondenten aangegeven of ze incidenteel consultatie gaven of op grond van vaste afspraken. Hieruit kwam naar voren dat vrijwel alle consultaties bij zowel wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden incidenteel plaatsvonden. Slechts twee wijkverpleegkundigen zeiden dat ze een vaste afspraak hadden met de leiding van een peuterspeelzaal.

8.5. Zorginnovatie-projecten

In deze paragraaf zullen we aan de hand van gegevens uit het vragenlijst-onderzoek nagaan in hoeverre wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden meewerken aan zorginnovatie-projecten, waaronder we tijdelijke projecten verstaan ter verbetering van de zorgverlening. Tevens hebben we gevraagd naar de reden dat geen medewerking werd verleend en naar onder andere de aard van en betrokkenheid bij de genoemde projecten.
Het meewerken aan zorginnovatie-projecten is blijkens de antwoorden van de respondenten geen veel voorkomende activiteit: slechts 24.4% van de wijkverpleegkundigen (N=72) en 18.3% van de wijkziekenverzorgenden (N=19) gaf aan hierbij betrokken te zijn geweest. De meest voorkomende redenen waarom ze niet meegewerkt hadden bleken te zijn dat in hun basiseenheid dergelijke projecten niet voorkwamen of dat het niet de taak van de respondent was, maar van anderen in de basiseenheid (zie tabel 8.21). Bij 'andere reden' werd onder andere genoemd dat ze in de toekomst wel hieraan zouden meewerken, te weinig deelname en geen stimulans.
Voorts is allereerst gevraagd naar de aard van zorginnovatieprojecten: deze bleek zeer divers te zijn (zie tabel 8.22). Projecten ter verbetering van de nazorg en de ouderenzorg werden het meest genoemd door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, naast de categorie 'anders' waarin integratie van kruiswerk en gezinszorg en uitbreiding van de zorg het meest frequent werden genoemd door wijkverpleegkundigen (N=11 respectievelijk N=8), drie wijkziekenverzorgenden noteerden een werkgroep incontinentie-zelfzorg.
In tabel 8.22 is te zien hoeveel wijkverpleegkundigen op een of andere manier betrokken waren bij de verschillende innovatie-projecten. Bij de nazorgprojecten werkten de meeste wijkverpleegkundigen (vier van de zeven) mee aan de uitvoering van het project en bij de projecten voor ouderenzorg waren 10 van de 12 wijkverpleegkundigen bij de voorbereiding betrokken en zeven bij de uitvoering. De wijkziekenverzorgenden waren vooral betrokken bij projecten voor ouderenzorg en besteedden hieraan, evenals de wijkverpleegkundigen, ongeveer 15 uur.

Ook hebben de respondenten genoteerd wanneer de projecten waren gestart en (indien van toepassing) wanneer ze geëindigd waren. De nazorgprojecten waarvan de tijdsduur bekend was duurden vier tot 12 maanden (N=5), de projecten ouderenzorg waren op één uitzondering na (tijdsduur tien maanden) gestart in de loop van 1988 en nog niet beëindigd in oktober 1988.

Tevens is gevraagd of de respondenten kort in hun eigen woorden wilden aangeven wat de inhoud was van het project waaraan ze meegewerkt hadden of nog meewerkten.
Het doel van de projecten 'nazorg' bleek vooral te zijn het verbeteren van de overdrachtsformulieren en de signalering van problemen dienaangaande, naast het verbeteren van de samenwerking tussen ziekenhuis en kruiswerk. Aan de projecten ouderenzorg worden diverse inhouden toegekend, onder andere het geven van voorlichting over allerlei zaken die met ouder worden te maken hebben (verzorging, veiligheid, communicatie), het voorbereiden en uitvoeren van preventieve huisbezoeken voor ouderen, het opzetten van een goed 'functionerend bejaardenbeleid' en het komen tot een betere opvang en begeleiding van psycho-geriatrische patiënten. Zo breed als het terrein van 'de ouderenzorg' is, zo verschillend zijn de doelstellingen van de diverse projecten ten aanzien van de ouderenzorg.

8.6. Stagiaires

De begeleiding van stagiaires wordt, zoals in de inleiding reeds is vermeld, eveneens gerekend tot de coördinerende taken van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. In de enquête is gevraagd naar verschillende aspecten van deze begeleiding.
Op de vraag of er in de basiseenheid van de respondent de afgelopen negen maanden stagiaires waren geweest, antwoordde 95% van de wijkverpleegkundigen (N=281) en 87% van de wijkziekenverzorgenden (N=90) bevestigend. Vervolgens hebben de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aangegeven of ze zelf in die periode één of meer stagiaires hebben begeleid. Het bleek dat dit

bij de helft van de wijkverpleegkundigen (N=142) en bij ruim éénderde van de wijkziekenverzorgenden (N=34) het geval was geweest.
Indien ze geen stagiaire(s) begeleid hadden is gevraagd naar de reden hiervan. De meest voorkomende reden bij wijkverpleegkundigen was dat deze begeleiding door de wijkverpleegkundigen van de basiseenheid om de beurt word verzorgd (34%) en bij wijkziekenverzorgenden dat het niet tot hun taak behoort (46.4%). Andere redenen waren bijvoorbeeld het werken in deeltijd, ziekte, onvoldoende opleiding of het nog te korte dienstverband.
Wijkverpleegkundigen hebben gemiddeld één tot twee stagiaires begeleid, waarbij het ongeveer twee keer zo vaak een beroepsvoorbereidende stage betrof (voor de MGZ, HBO-V of MDGO-VP opleiding) als een oriëntatie stage.
Tenslotte hebben de respondenten een schatting gemaakt hoeveel tijd ze (buiten de meelooptijd) per stagiaire hadden besteed aan stage begeleiding. Aan de beroepsvoorbereidende stage hadden wijkverpleegkundigen gemiddeld 22 uur per stagiaire besteed, de wijkziekenverzorgenden negen uur, de oriëntatie stages kostten beide groepen ongeveer vijf uur per stagiaire.
Stagiaire-begeleiding blijkt dus vooral een taak van wijkverpleegkundigen te zijn en zij besteden er relatief gezien ook meer tijd aan dan wijkziekenverzorgenden.

9. ADMINISTRATIEVE EN RAPPORTERENDE TAKEN

9.1. Inleiding

In dit hoofdstuk komen twee nauw met elkaar samenhangende, maar onderscheiden taken van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan de orde, namelijk administratieve taken en rapporterende taken, die in respectievelijk paragraaf 9.2 en 9.3 besproken zullen worden. Voor beide taken zal worden nagegaan door wie ze worden uitgevoerd, hoe vaak dit gebeurt, en hoeveel tijd er aan besteed wordt.
Administratie is gedefinieerd als het nauwkeurig registreren van feiten en afspraken met betrekking tot de totale zorgbehoefte en zorgverlening in het cliëntendossier, alsmede van de behoefte aan verpleegkundige zorg en de verrichte verpleegactiviteiten (zie 2.1.).
Concreet omvatten de administratieve taken de administratie in het kader van het WAS-systeem, ten behoeve van het consultatiebureau (inclusief versturen van oproepkaarten) en het eigen registratiesysteem van de basiseenheid en het opzoeken of opruimen van gezins- of patiëntenkaarten.
Deze gegevens zijn verzameld via formulier G (zie bijlage I). De administratieve handelingen die tijdens het spreekuur plaatsvinden, komen ook in dit hoofdstuk aan de orde.
Administratie die bij de zorgverlening tijdens huisbezoeken en tijdens preventieve huisbezoeken aan ouderen en aan zuigelingen en kleuters (in het kader van de jeugdgezondheidszorg) plaatsvindt, alsmede de administratie tijdens de intake-gesprekken en het consultatiebureau is reeds bij de desbetreffende hoofdstukken besproken.
De schriftelijke overdracht voor avond- of weekenddiensten en voor intramurale instellingen zullen we ook bij de administratieve taken behandelen. Volgens de taakomschrijving van verpleegkundigen vallen deze verslagleggingen onder rapporterende taken (zie 2.1.), maar gezien de aard van de handelingen (schriftelijk) en van het meetinstrument - de verslagleggingen zijn tesamen met de admini-

stratieve handelingen gemeten via formulier G - lijkt het ons beter bovengenoemde handelingen tesamen in één paragraaf weer te geven (vergelijk Kerkstra en de Wit, 1987).

Onder rapporterende taken wordt gerekend gestructureerd overleg over patiënten dat op vaste tijden plaatsvindt, zowel binnen als buiten het kruiswerk. Rapporterende taken zijn omschreven als het deelnemen aan mono- en multidisciplinaire patiënten/cliënten-bespreking binnen de basiseenheid en het voeren van overleg met hulpverleners uit het kruiswerk en de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (zie 2.1).
Vaste overlegsituaties binnen het kruiswerk omvatten overleg met het basiseenheid-team en het subteam, werkbespreking met de hoofdwijkverpleegkundigen en overleg met anderen, bijvoorbeeld een districtsverpleegkundige of een diëtiste. Buiten het kruiswerk betreffen gestructureerde overlegsituaties bijvoorbeeld overleg binnen een gezondheidscentrum of een home-team of met de gezinszorg.
Overleg dat niet regelmatig en niet op vaste tijden plaatsvindt is reeds in het vorige hoofdstuk aan de orde geweest.
Het overleg dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden voeren tijdens het spreekuur, zal eveneens worden bekeken. De gegevens over de bovengenoemde overlegsituaties zijn verzameld via de zelfregistratie. Daarnaast hebben we via de enquête die onder wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is gehouden op uitgebreidere schaal gegevens verzameld over vast overleg buiten het kruiswerk. De resultaten hiervan zullen eveneens in dit hoofdstuk worden gepresenteerd.
De tijd die de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden besteden aan hun administratieve en rapporterende taken zal bij de desbetreffende paragrafen over administratie en verslaglegging en over overlegsituaties worden weergegeven.

9.2. Administratie en verslaglegging

In deze paragraaf worden de administratieve en rapporterende taken beschreven die op formulier G vermeld zijn. De gegevens hierover zijn gedurende twee weken door de wijkverpleegkundigen die overdag werken en wijkziekenverzorgenden geregistreerd. Voor de avond/weekenddiensten gold echter een andere registratieperiode, namelijk acht weken, waarbij zij elke dag of avond dat ze werkten de gegevens over administratie en verslaglegging noteerden. De gegevensverzameling bij deze laatstgenoemde groep zou gedurende twee weken te weinig informatie opgeleverd hebben (zie 3.2.1.).
De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die overdag door de week werkten dienden iedere dag dat ze iets aan administratie of verslaglegging deden, ongeacht de tijdsduur hiervan, dit aan te geven op het formulier, gespecificeerd volgens de vermelde onderdelen. Ook moesten ze per dag de tijd die ze aan deze taak besteedden vermelden (in minuten), echter niet apart per onderdeel, maar in zijn totaliteit.
Indien vanwege arbeidstijdverkorting, ziekte of vakantie niet een volledige week gewerkt was, is hiervoor gecorrigeerd aan de hand van het aantal wel gewerkte dagen. Dit is eveneens gebeurd bij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die in deeltijd werkten. Bij de avond-/weekenddiensten zijn deze cijfers omgerekend naar twee weken (tien werkdagen) zodat de drie groepen zorgverleners met elkaar vergeleken kunnen worden.
We zijn eerst nagegaan hoeveel wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan de verschillende onderdelen van administratie en verslaglegging hebben gewerkt. De weerslag hiervan is te vinden in tabel 9.1. Administratie in het kader van het WAS-systeem blijkt door vrijwel alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden te zijn gedaan, ook door de wijkverpleegkundigen die avond-/weekenddiensten doen. Daarnaast blijkt dat het opzoeken of opruimen van gezins- of patiëntenkaarten en administratie ten behoeve van het eigen registratiesysteem van de BE voor de meeste wijkverpleegkundigen die overdag werken en voor de wijkziekenverzorgenden een onderdeel van hun werkzaamheden is. Het grootste verschil tussen wijk-

verpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden betreft de CB-administratie. Dit verschil is te verklaren uit het feit dat het CB-werk voornamelijk een taak is van de wijkverpleegkundigen (zie hoofdstuk zes).
De helft van de avond-/weekenddiensten heeft naast de WAS-administratie nog een schriftelijke overdracht voor de avond- of nachtdienst verzorgd, maar bij de overige onderdelen scoorde deze groep laag. Dit was ook te verwachten, omdat hun voornaamste taak de zorgverlening tijdens huisbezoeken is.
Bij de categorie 'diversen' werd onder andere ingevuld: administratie ten behoeve van het magazijn of een stagiaire en het verwerken van de post.
Voorts hebben we onderzocht op hoeveel dagen gedurende twee weken door de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden iets aan administratie en verslaglegging werd gedaan. De resultaten zijn weergegeven in tabel 9.2. Hieruit blijkt dat er weinig verschillen zijn te constateren tussen de wijkverpleegkundigen die overdag werken en wijkziekenverzorgenden. Het bijwerken van het WAS-systeem was de meest frequent voorkomende administratieve handeling voor de beide groepen: ze deden dit op gemiddeld zes van de tien werkdagen. Het opzoeken en opruimen van gezins- of patiëntenkaarten deden de wijkverpleegkundigen blijkens de tabel op meer dagen dan de wijkziekenverzorgenden ($t=3.15$, $p=.002$) evenals administratie ten behoeve van het consultatiebureau ($t=11.96$, $p=.000$). Het laatste verschil is ook reeds gevonden in tabel 9.1.
De avond-/weekenddiensten wijken duidelijk af van de twee andere groepen: uitgezonderd de administratie in het kader van het WAS-systeem deden zij weinig aan administratie en verslaglegging.
Deze bevindingen komen ook tot uiting in de totale tijd die de drie groepen besteedden aan administratie en verslaglegging: de wijkverpleegkundigen die overdag werken en de wijkziekenverzorgenden besteedden gemiddeld respectievelijk 8.8% en 7.0% van hun totale werktijd aan deze taken, terwijl dit voor de wijkverpleegkundigen van de avond- en weekenddiensten slechts 4.7% was (zie ook hoofdstuk tien).

Evenals in eerdere hoofdstukken is de invloed van de persoonskenmerken en van de werksituatie op de uitvoering van de taken onderzocht. Deze invloed bleek gering te zijn. Er is bij de wijkverpleegkundigen een zwak verband gevonden tussen de urbanisatiegraad en WAS-administratie ($r=.24$, $p=.015$), hetgeen betekent dat op het platteland iets minder vaak WAS-administratie werd gedaan dan in de steden. Daarnaast kwam naar voren dat de bevolkingsopbouw van de wijk van de wijkverpleegkundigen van invloed was op de administratie ten behoeve van het CB ($r=-.27$, $p=.005$). Hoe meer ouderen in een wijk woonden, des te minder CB-administratie werd er gedaan, hetgeen een vanzelfsprekend verband is.
Bij de wijkziekenverzorgenden was er geen sprake van verbanden tussen persoons- en werksituatiekenmerken en administratie of verslaglegging en bij de avond-/weekenddiensten was slechts het aantal uren dat een wijkverpleegkundige werkzaam is van invloed op de schriftelijke weekendoverdracht: hoe meer uren ze werkten hoe vaker ze dit deden, hetgeen ook verwacht kon worden.

Zoals in de inleiding reeds is vermeld verrichten de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ook tijdens het spreekuur administratieve handelingen. Het blijkt dat zelfs 16.5% van alle niet-patiëntgebonden handelingen tijdens het spreekuur administratieve werkzaamheden betroffen (zie tabel 7.4.). De handelingen omvatten zowel het bijwerken van de eigen administratie, als andere administratieve werkzaamheden.
Naar aanleiding van persoonlijk contact werd gemiddeld 20 minuten per spreekuur besteed aan administratie, en naar aanleiding van telefonisch contact negen minuten, waarbij in de helft van de gevallen het contact vijf minuten of korter duurde. Opgemerkt dient te worden dat de spreiding vrij groot was, respectievelijk 12 en tien minuten. De verschillen in handelingen tussen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden waren gering, uitgezonderd de tijd besteed aan administratie bij telefonisch contact: deze bedroeg respectievelijk 8 en 14 minuten.

9.3. Overlegsituaties

Het gestructureerde (vaste) overleg, dat regelmatig op grond van een bestaande samenwerking plaatsvindt met personen of instanties binnen en buiten het kruiswerk, komt in deze paragraaf ter sprake. De gegevens hierover zijn verzameld via formulier F (zie bijlage I), dat door de registrerenden gedurende acht weken is ingevuld. Iedere overlegsituatie diende direkt na afloop op dit formulier genoteerd te worden en voor iedere week diende een nieuw formulier gebruikt te worden. Indien een overlegsituatie vaker dan éénmaal per week voorkwam is dit zodoende ook geregistreerd.

9.3.1. Vaste overlegsituaties binnen het kruiswerk

Tijdens het overleg met het BE-team en het subteam worden de nieuwe patiënten verdeeld onder de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden en wordt de overname van patiënten bij ziekte of vakantie geregeld. Ook kan gesproken worden over de behoefteanalyse van een patiënt en de opstelling en evaluatie van een individueel behandelplan. Naast dit patiëntgericht overleg komen ook regelmatig organisatorische zaken ter sprake, bijvoorbeeld beslissingen van het bestuur of de directie van de plaatselijke of regionale kruisvereniging.

Omdat het voor de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden niet doenlijk was de tijdsduur van het organisatorische en patiëntgerichte overleg apart op te nemen, is de totale tijdsduur van het overleg genoteerd.

In tabel 9.3 is het aantal en het percentage van de wijkverpleegkundigen overdag, wijkziekenverzorgenden en avond- en weekenddiensten weergegeven dat deelgenomen heeft aan vaste overleg situaties tijdens de acht weken durende registratie.

Vast overleg met districtsverpleegkundigen die op een specifiek terrein van de gezondheidszorg werkzaam zijn, is in één categorie weergegeven, omdat dit overleg slechts weinig voorkwam, uitgezonderd bij de wijkverpleegkundigen op het gebied van de jeugdgezondheidszorg (N = 16). Daarnaast is er één categorie toegevoegd, namelijk overleg met collega's dat niet plaatsvindt tijdens het

BE-teamoverleg of het subteamoverleg. Bij overleg met anderen tenslotte werd bijvoorbeeld genoemd: het bestuur van de kruisvereniging en de opleiding (in verband met stagiaires).

Het blijkt dat bijna alle wijkverpleegkundigen die overdag werken en wijkziekenverzorgenden hebben deelgenomen aan het subteam- en BE-teamoverleg. Overleg met de hoofdwijkverpleegkundige en in het kader van de overdracht aan de weekenddienst werd door ongeveer de helft van hen gevoerd, terwijl een kwart vast overleg heeft met de avond- en nachtdienst.
Wat betreft bovengenoemde overlegsituaties waren er geen significante verschillen aan te tonen tussen wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn en wijkziekenverzorgenden. Uitgezonderd het overleg met de hoofdwijkverpleegkundige wijken de verpleegkundigen uit de avond-/weekenddiensten duidelijk af van de twee andere groepen. Ze waren weinig betrokken bij overleg met het BE-team en het subteam, maar - begrijpelijkerwijs - veel bij overleg ten behoeve van avond-, nacht- en weekenddiensten.
Vast overleg met hulpverleners binnen het kruiswerk werd alleen gevoerd door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die overdag werken. Bij overleg met een districtsverpleegkundige waren meer wijkverpleegkundigen dan wijkziekenverzorgenden betrokken; dit verschil is met name te wijten aan het feit dat wijkziekenverzorgenden vrijwel nooit werkzaam zijn op het gebied van de jeugdgezondheidszorg (zie hoofdstuk 6) en - in het verlengde hiervan - vrijwel nooit hierover overleg voeren.
Voorts blijkt dat vast overleg met collega's - buiten de vaste overlegsituaties met het (sub) team - bij 36% van de wijkverpleegkundigen en 41% van de wijkziekenverzorgenden voorkwam, bij de avond- weekenddiensten iets minder, namelijk 28%. Overleg met een diëtiste en een GVO-consulent werd door slechts weinig wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden als gestructureerd overleg geregistreerd.
Verder hebben we de frequentie van de meest voorkomende vaste overleg situaties onderzocht. In tabel 9.4 is het gemiddeld aantal keren dat de wijkverpleegkundigen overdag, de wijkziekenverzorgen-

den en de avond-/weekenddiensten overleg voerden tijdens de acht weken durende registratie af te lezen. Het gemiddelde is berekend over de zorgverleners die één of meer keren deelnamen aan een bepaald overleg, hetgeen ook te zien is aan de verschillende waarden van N.

Overleg met het subteam blijkt het meest frequent voorgekomen te zijn bij zowel de wijkverpleegkundigen als de wijkziekenverzorgenden, namelijk zes keer ofwel bijna wekelijks. Overleg met het BE-team werd vier tot vijf keer gevoerd door deze twee groepen.

Het blijkt dus dat deze soorten overleg niet alleen door bijna alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werden gevoerd (zie tabel 9.3), maar tevens kwamen ze het meest frequent voor, waarschijnlijk omdat de dagelijkse werkzaamheden bij deze overleg situaties worden besproken. De andere soorten overleg kwamen gemiddeld één tot drie keer voor.

Bij de avond-/weekenddiensten werd overleg ten behoeve van de avond-nachtdienst het meest gevoerd, namelijk vier keer in acht weken en met de weekenddienst gebeurde dit gemiddeld twee tot drie keer. Het belang hiervan kwam ook al tot uiting in het aantal wijkverpleegkundigen uit de avond-/weekenddiensten dat bij dit overleg betrokken was.

De invloed van de persoonskenmerken en van de werksituatie op het voeren van overleg blijkt gering te zijn. Bij de wijkverpleegkundigen is een zwakke correlatie gevonden tussen de wijkomvang en het aantal jaren ervaring met de frequentie van het BE-teamoverleg, respectievelijk $r=.12$, $p=.03$ en $r=.26$, $p=.008$. Dit betekent dat hoe meer mensen in de wijk van de wijkverpleegkundigen woonden en hoe meer ervaring ze hadden, des te vaker ze aan dit overleg deelnamen. De wijkziekenverzorgenden voerden het BE-team overleg vaker als ze in de stad werkzaam waren dan wanneer ze in een minder verstedelijkt gebied werkten ($r=.39$, $p=.005$). Wijkverpleegkundigen hadden voorts vaker een werkbespreking met de hoofdwijkverpleegkundige als ze langer ervaring hadden ($r=.23$, $p=.02$) en de besprekingen duurden ook langer ($r=.25$, $p=.009$).

Bij de verpleegkundigen uit de avond-/weekendiensten zijn geen verbanden gevonden.

Tenslotte is nagegaan hoeveel tijd de (meest voorkomende) vaste overlegsituaties in beslag namen. In tabel 9.5 is de gemiddelde duur en de standaarddeviatie van de verschillende soorten overleg weergegeven voor wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en avond-/weekenddiensten. Opgemerkt moet worden dat de spreiding groot is. Overleg met het BE-team duurde gemiddeld het langst, bij wijkziekenverzorgenden langer dan bij wijkverpleegkundigenoverleg: respectievelijk 124 en 104 minuten. De avond-/weekenddiensten gaven gemiddeld 90 minuten op als duur van deze vorm van overleg. Overleg met het subteam, de hoofdwijkverpleegkundige en collega's duurde één tot anderhalf uur bij alle drie de groepen, terwijl overleg in het kader van de overdracht aan avond- nacht- en weekenddiensten het kortst duurde, namelijk gemiddeld een half uur. Wat betreft de tijdsduur van de vaste overlegsituaties binnen het kruiswerk blijken er dus weinig verschillen te zijn tussen de drie groepen; hoewel ze aan de verschillende soorten overleg niet altijd even vaak deelnamen, duurden de overlegsituaties wel ongeveer even lang.
Ten opzichte van de totale werktijd bedraagt het percentage tijd dat aan deze overlegsituaties besteed is voor de wijkverpleegkundigen 7.7%, de wijkziekenverzorgenden 9.4% en de avond-/weekenddienst 7.0%. Vergeleken met de andere overlegsituaties kostte bovengenoemd overleg de meeste tijd (zie tabel 8.14).

9.3.2. Vaste overlegsituaties buiten het kruiswerk

Vaste overlegsituaties buiten het kruiswerk betreffen, zoals gezegd, vooral overleg binnen gezondheidscentra en met andere eerstelijnshulpverleners (bijvoorbeeld home-teams) en de gezinsverzorging. Daarnaast vindt er minder frequent, maar wel regelmatig en op vaste tijden, overleg plaats met andere personen en instanties buiten het kruiswerk, bijvoorbeeld met de bejaardenzorg en met tweedelijnsinstanties zoals ziekenhuizen en RIAGG's.
De gegevens over deze overlegsituaties zijn verzameld via formulier F en via de enquête die is gehouden onder wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. De reden dat hierover ook in de enquête een vraag is opgenomen is, dat hiermee gegevens over een tijdvak

van negen maanden zijn verzameld, zodat ook over de minder frequent voorkomende vaste overlegsituaties een beeld gevormd kon worden. Eerst zullen de resultaten van de gegevensverzameling via de registratie weergegeven worden en daarna de resultaten van de enquête. Bij de registratie dienden de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, indien dit mogelijk was, een onderscheid te maken tussen organisatorisch- en patiënt- gericht overleg en situaties waarin beide facetten aan bod kwamen. Omdat aan overleg binnen een gezondheidscentrum door weinig wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is deelgenomen (N=15 resp. N=8) zijn deze categorieën samengevoegd (zie tabel 9.6). Verpleegkundigen uit de avond-/weekenddienst hebben in het geheel niet deelgenomen aan overleg buiten het kruiswerk. Van de wijkverpleegkundigen overdag en de wijkziekenverzorgenden was ongeveer een gelijk percentage betrokken bij overleg binnen een gezondheidscentrum. Dit in tegenstelling tot ander eerstelijnsoverleg, bijvoorbeeld binnen een home-team, waaraan door veel meer personen is deelgenomen. Van de wijkverpleegkundigen voerde een groter percentage dit soort overleg dan van de wijkziekenverzorgenden, respectievelijk 52.8% en 34.7%. Voor beide groepen geldt dat overleg dat zowel organisatorisch- als patiëntgericht was twee tot drie maal zovaak voorkwam als wanneer één van beide facetten onderwerp van overleg was.
Overleg met de gezinsverzorging werd relatief door ongeveer evenveel wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden gevoerd (32% en 37%).
Bij de categorie 'anderen' werd bijvoorbeeld genoemd: overleg met het RIAGG, met intramurale instellingen en met een speciale werkgroep, zoals overleg in het kader van een project om de onderlinge samenwerking van verpleegkundigen in het ziekenhuis en het kruiswerk te verbeteren.

Indien de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden deelnamen aan overlegsituaties buiten het kruiswerk is dit gemiddeld één tot twee keer in de acht weken gebeurd met de gezinsverzorging (zie tabel 9.4). Bij eerstelijnsoverleg dat organisatorisch en/of patiëntgericht was, bedroeg de frequentie twee tot drie bij de wijkver-

pleegkundigen en één tot twee bij de wijkziekenverzorgenden (gedurende acht weken).
Kenmerken van de werksituatie en persoonskenmerken bleken niet van invloed op het deelnemen aan gestructureerd overleg buiten het kruiswerk.

De gemiddelde tijdsduur van het vaste overleg buiten het kruiswerk bedroeg één tot anderhalf uur, waarbij ook hier - evenals bij het vaste overleg binnen het kruiswerk - aangetekend moet worden dat er een grote spreiding in de tijdsduur te zien is. De verschillen tussen de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden wat betreft de tijdsduur van bovengenoemde overlegsituaties waren gering (zie tabel 9.5). Dit komt ook tot uiting in de totale tijd die ze hieraan besteedden: deze besloeg respectievelijk 1.2% en 1.0% van hun totale werktijd, waarmee het gestructureerde overleg buiten het kruiswerk de minste tijd in beslag nam vergeleken met andere overlegsituaties (zie tabel 8.14).
Uit de analyse van de registratiegegevens blijkt dus dat een groter percentage van de wijkverpleegkundigen dan van de wijkziekenverzorgenden deelgenomen heeft aan vaste overlegsituaties buiten het kruiswerk en dit ook vaker deed, maar dat de tijd die ze eraan besteedden relatief gelijk was.
In de enquête hebben de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aangegeven hoe vaak ze per maand of, als het minder dan éénmaal per maand voorkwam, hoe vaak ze in negen maanden (januari tot en met september 1988) hadden deelgenomen aan vast overleg buiten het kruiswerk. Daarnaast hebben ze genoteerd of het een overleg betrof op grond van een bestaande samenwerking of een overleg in het kader van een project.
In tabel 9.7 wordt vermeld hoeveel wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan de verschillenden overlegsituaties hebben deelgenomen. Bij de categorie 'anders" werd bijvoorbeeld genoemd: schoolarts, peuterspeelzaal, stichting Thuis Sterven en Districts Geneeskundige Dienst (DGD). Uit deze tabel blijkt dat vast overleg binnen samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg en overleg met de gezinsverzorging door (ruim) de helft van de

wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werd gevoerd. Deze soorten overleg waren ook bij de registratie de meest voorkomende overlegsituaties. Daarnaast werd er regelmatig overleg gevoerd met RIAGG-medewerkers en met de bejaardenzorg, meer door wijkziekenverzorgenden dan door wijkverpleegkundigen en met verpleegkundigen uit de tweedelijnsgezondheidszorg.

De frequentie van de verschillende contacten (tijdens negen maanden) staan vermeld in tabel 9.8. Overleg in een gezondheidscentrum werd het meest frequent gevoerd door zowel wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden. Voorts waren overleg in een home-team en ander eerstelijnsoverleg veel voorkomende overlegsituaties, waarbij de frequentie voor wijkziekenverzorgenden hoger was dan voor wijkverpleegkundigen. Dit laatste geldt eveneens voor het aantal contacten met de bejaardenzorg, terwijl daarentegen wijkverpleegkundigen vaker overleggen met de verpleging van algemene ziekenhuizen. Wat betreft de overige overlegsituaties buiten het kruiswerk zijn er weinig verschillen te constateren tussen de twee groepen.
De meeste overlegsituaties bleken te berusten op een vast samenwerkingsverband (70% - 95%), slechts overleg met de stichting aanvullende thuiszorg vond vaker plaats in het kader van een project.

9.3.3. Overleg tijdens het spreekuur

Het blijkt dat de niet-patiëntgebonden handelingen die tijdens het spreekuur door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werden verricht voor ruim de helft bestonden uit het plegen van overleg, via telefonisch dan wel persoonlijk contact (zie tabel 7.4).
Voor de helft gebeurde dit zowel bij beide groepen met collega's uit de eigen basiseenheid en voorts met andere collega's, bijvoorbeeld uit een ziekenhuis, EKO of provincie, met de hoofdwijkverpleegkundige of met andere personen of instanties. Hierbij werden onder andere genoemd een kraamcentrum, indicatiecommissie, schoolarts en de stichting Thuiszorg.
Bij niet-patiëntgebonden handelingen is aan de registrerenden gevraagd om te noteren hoeveel tijd deze kostten, omdat het handelingen betreffen, waarvoor het spreekuur eigenlijk niet bedoeld is.

Hoewel dit niet altijd gedaan is, hebben we toch een beeld gekregen van de tijd die ze eraan besteed hebben.
Overleg via persoonlijk contact duurde gemiddeld twee keer zo lang als wanneer dit telefonische gebeurde (respectievelijk 16 en acht minuten), terwijl overleg met collega's uit de eigen basiseenheid en met personen buiten het kruiswerk meestal langer duurde dan een bespreking met de hoofdwijkverpleegkundige of met ander collega's.
Vergelijking tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gaf nauwelijks verschillen te zien. Noemenswaard is slechts dat wijkziekenverzorgenden bij persoonlijk contact gemiddeld langer overlegden met collega's buiten de basiseenheid dan wijkverpleegkundigen (respectievelijk 20 en negen minuten) en dat laatstgenoemden langduriger overleg voerden met collega's binnen de basiseenheid (17 en 13 minuten).

10. TIJDSBESTEDING AAN DE VERSCHILLENDE WERKZAAMHEDEN

10.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staan twee vragen centraal, die beide betrekking hebben op de tijdsbesteding aan alle werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zoals die tot nu toe uitgebreid aan de orde zijn geweest.
De eerste vraag, die luidt: 'Waaruit bestaat de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, onderverdeeld naar een aantal hoofdcategorieën van het werk?'(vraag 1.1), zal beantwoord worden in paragraaf 10.3. De tweede vraag, die luidt: 'Wat is de verhouding in de tijdsbesteding aan de verschillende werkzaamheden?' (vraag 1.4.), komt aan de orde in paragrafen 10.3.1 en 10.3.2. Hierbij worden de werkzaamheden beschreven aan de hand van de profielschetsen van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, apart voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken. Bij de beantwoording van deze vragen zal steeds aandacht worden besteed aan eventuele verschillen in werkzaamheden en tijdsbesteding tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.
We beginnen het hoofdstuk met een uiteenzetting over de gemaakte berekeningen van de gewerkte uren (10.2) en sluiten het af met een weergave van de gegevens die verzameld zijn met betrekking tot de 24-uurs bereikbaarheid.

Op alle registratieformulieren die gebruikt zijn bij de dataverzameling diende ingevuld te worden hoeveel tijd aan de betreffende taak of onderdelen ervan was besteed. Dit is over het algemeen ook gedaan en het percentage formulieren of handelingen waarbij dit niet is gebeurd, is dermate klein dat dit niet tot vertekeningen heeft geleid. De in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens beogen een totaalbeeld te geven van de tijdsbesteding van alle drie de typen zorgverleners aan

de door hen uitgevoerde taken. De hiervoor gedane berekeningen zijn voor de wijkverpleegkundigen overdag en de wijkziekenverzorgenden gebaseerd op de twee intensieve registratie-weken, waarin **alle** werkzaamheden door hen geregistreerd dienden te worden. Bij de avond- en weekenddiensten konden alle gewerkte dagen en uren gebruikt worden, omdat zij gedurende de hele periode al hun werkzaamheden moesten registreren.

10.2. Wijze van berekenen van de gewerkte tijden

Omdat we verwachtten dat het goed bijhouden van de tijd voor de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geen eenvoudige taak zou zijn, temeer daar er door hen acht verschillende formulieren gebruikt dienden te worden, is er door ons een extra tijdmeting gedaan. Behalve op alle afzonderlijke formulieren, diende er op formulier G (Administratie en tijdmeting) per dag aangegeven te worden hoelang er in totaal gewerkt was. Deze totale werktijd biedt ons tevens de mogelijkheid om twee zaken te controleren: komt de optelsom van de tijdsbesteding aan alle geregistreerde werkzaamheden overeen met de opgegeven totaaltijd per week, en komt deze opgegeven totaaltijd op haar beurt overeen met de tijd welke er volgens het arbeidscontract gewerkt diende te worden.
Dit laatste hebben we eerst onderzocht met behulp van een t-test voor gepaarde waarnemingen. Dit bracht aan het licht dat de personen die in periode twee geregistreerd hebben, allen één of twee dagen niet gewerkt hebben tijdens de twee weken waarin de totale tijdmeting is verricht. Deze periode liep namelijk van 2 tot en met 15 mei en bevatte twee officiele vrije dagen: 5 mei en Hemelvaartsdag. Dit heeft ons doen besluiten de tijdsberekeningen per taak te relateren aan het feitelijke aantal gewerkte uren in plaats van aan het aantal contract-uren per persoon. De tijdsberekening is daardoor als volgt uitgevoerd.

$$\frac{\text{tijd besteed aan taak X}}{\text{totale aantal gewerkte uren}} \times 100\%$$

De uitkomst van deze berekening levert het percentage van de totaal gewerkte tijd op die besteed is aan taak X gedurende een werkweek. Op deze manier is voor alle taken of onderdelen ervan een relatieve tijdsbesteding berekend. De resultaten van deze berekeningen worden in de volgende paragraaf gepresenteerd, waarbij steeds aparte cijfers worden gegeven voor wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en avond- en weekenddiensten.

10.3. Tijd besteed aan de verschillende werkzaamheden

In tabel 10.1 is aangegeven welk deel van hun tijd per week door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden besteed is aan de verschillende werkzaamheden. Zoals vermeld, zijn de cijfers uit deze tabel gerelateerd aan het aantal uren dat in feite gewerkt is gedurende de twee weken door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden en gedurende acht weken voor de avond/weekendverpleegkundigen. Dit betekent dat de som van alle gemiddelde percentages van de gewerkte tijd besteed aan iedere taak afzonderlijk, zodoende uitkomt op precies 100%. Wij hebben hierop gecontroleerd, waarbij bleek dat de door de registrerenden opgegeven totaaltijd vrijwel exact gelijk is aan de optelsom van alle aparte geregistreerde tijden. Natuurlijk zullen er hier en daar vergissingen zijn gemaakt, maar van structurele meetfouten lijkt in ieder geval geen sprake te zijn. In dit verband dient het volgende nog vermeld te worden. De registrerenden was verzocht hun werkzaamheden niet in te korten vanwege de extra tijd die het meedoen aan het onderzoek hen kostte. Zij dienden juist deze extra tijd, die verspreid was over de gehele dag, in te schatten en apart weer te geven op formulier G. Deze geschatte extra tijd is vervolgens door ons van hun totale werktijd afgetrokken, **voordat** de berekeningen over de tijdsbesteding zijn uitgevoerd.

De extra tijd besteed aan ons onderzoek bedroeg voor de wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn en de wijkziekenverzorgenden gemiddeld 2,5 uur per week in de eerste twee weken, wat neerkomt op een half uur per dag. In de overige zes weken van het onderzoek was dit echter gemiddeld 43 minuten per week, of wel 8,5 minuten per dag. Dit grote verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat in de eerste twee weken alle huisbezoeken geregistreerd dienden te worden en daarna niet meer. Omdat avond- en weekendverpleegkundigen zowel per dag als per week zeer verschilden in hun werktijd kunnen we over deze groep alleen zeggen dat ze over de hele periode van acht weken gemiddeld 6,5 uur besteed hebben aan registratie voor het onderzoek, met een minimum van twee uur en drie kwartier en een maximum van 13 uur over de hele periode.

Het eerste dat uit tabel 10.1 is af te lezen, zijn de verschillen in uitgevoerde werkzaamheden door de drie typen zorgverleners. We wijzen erop dat dit cijfers zijn die voor de onderscheiden groepen als geheel gelden. Uitzonderingen voor bepaalde werkzaamheden of bepaalde personen zijn terug te vinden in de eerdere hoofdstukken. Wat we zien is, dat wijkverpleegkundigen overdag veelal alle werkzaamheden uitvoeren die door ons gemeten zijn, en dat wijkziekenverzorgenden geen huisbezoeken doen op het terrein van de JGZ, maar verder in meerdere of mindere mate wel alle overige werkzaamheden die ook door de wijkverpleegkundigen overdag worden gedaan. Het werk van de avond- en weekendverpleegkundigen beperkt zich in feite tot de zorgverlening tijdens huisbezoeken en het daaraan verbonden overleg, alsmede administratieve bezigheden.
Van de 'totale reistijd' die door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gebruikt is om binnen werktijd te reizen is in tabel 10.2 een specificatie gegeven. Bij de laatste categorie uit deze tabel 'niet-patiëntgebonden reistijd' diende alle reistijd ingevuld te worden, die geen betrekking had op individuele huisbezoeken aan patiënten. Hierbij valt te denken aan het gaan naar wijkgebouw of basiseenheid in verband met consultatiebureau, spreekuur, het geven van cursussen of overleg met collega's. Een probleem hierbij was dat dit vaak

meerdere tijden waren over de hele dag verspreid, die aan het einde van de dag bij elkaar opgeteld dienden te worden. Daarom is dit cijfer waarschijnlijk minder nauwkeurig dan de andere reistijden, die eenmalig direct per formulier genoteerd konden worden. Het merendeel van de totale reistijd betreft uiteraard de patiëntgebonden reistijd. Voor alle zorgverleners is dit gemiddeld vier/vijfde van hun totale reistijd: 81% voor wijkverpleegkundigen, 83% voor wijkziekenverzorgenden en 80% voor avond en weekenddiensten. Deze laatste groep was een veel groter deel van hun totale werktijd kwijt aan reistijd dan de anderen. Dit komt doordat ze grotere afstanden dienen af te leggen, zowel tussen de patiënten onderling, als naar het wijkgebouw toe.

10.3.1. Tijd besteed aan patiëntgebonden taken

Bij de beschrijving van de afzonderlijke taken gaan we uit van de profielschets van de wijkverpleegkundigen. Immers hierin komen alle taken voor die binnen de wijkverpleging verricht worden, terwijl een aantal van deze taken ook door wijkziekenverzorgenden worden uitgevoerd.

Vier van de vijf taken die worden uitgevoerd in contacten met patiënten worden voornamelijk verricht bij de patiënt thuis tijdens de huisbezoeken aan alle leeftijdscategorieën. Het betreft de **curatieve**, **verzorgende**, **huishoudelijke** en **begeleidende taken**. Omdat dit tevens de belangrijkste taken zijn die tijdens deze huisbezoeken worden verricht, nemen we de totale tijd besteed aan de huisbezoeken als de tijd die besteed is aan deze vier taken tesamen. Dit komt zodoende neer op gemiddeld 33.6% van de werktijd van wijkverpleegkundigen, 49.6% van wijkziekenverzorgenden en 59.4% van de verpleegkundigen in de avond of weekenddienst. Een gespecifeerde tijdsopgave per taak is niet te geven, omdat het voor de registrerenden een onmogelijke opgave was deze taken in afzonderlijke tijdsbestedingen uit drukken.
De vijfde patiëntgebonden taak uit de profielschets is **preventie** en **voorlichting**. Hoewel deze taak ook regelmatig verricht wordt bij de zorgverlening tijdens huisbezoeken, laten we dat hier buiten be-

schouwing en beperken we ons tot die werkzaamheden, die als geheel tot deze taken gerekend kunnen worden. Dit zijn alle werkzaamheden binnen de JGZ, preventieve huisbezoeken aan ouderen, het spreekuur en groepsvoorlichting.
Aan de werkzaamheden in het kader van de JGZ, bestaande uit het consultatiebureau, huisbezoeken aan zuigelingen, kleuters en zwangere vrouwen, wordt door de wijkverpleegkundigen gemiddeld 16.3% van hun werktijd besteed. Het consultatiebureau neemt hiervan het grootste deel voor zijn rekening, 10.6%. Aan dit laatste wordt door wijkziekenverzorgenden 2.5% van hun werktijd besteed, andere taken binnen de JGZ worden door hen niet verricht en vallen officieel buiten hun takenpakket.
Preventieve bejaardenbezoeken kosten wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gemiddeld respectievelijk 0.3% en 1.1% van hun werktijd, en het houden van spreekuur 5.4% en 4.5%.
In totaal wordt aan preventieve taken door wijkverpleegkundigen 22% en door wijkziekenverzorgenden maar 8.1% van hun tijd besteed, afgezien van de voorlichting die tijdens de zorgverlening tijdens huisbezoeken wordt gegeven.
Eén patiëntgebonden werkzaamheid is nog niet genoemd, namelijk het intake gesprek, omdat dit qua inhoud tot de coördinerende taken gerekend dient te worden, die bij de niet-patiëntgebonden taken besproken zullen worden. Het totale deel van de werktijd die aan patiëntgebonden werkzaamheden wordt besteed, vormt zodoende gemiddeld 57% voor wijkverpleegkundigen, 58% voor wijkziekenverzorgenden en 59.4% voor de avond- en weekendverpleegkundigen. Voor diegenen die overdag werken, kan dit percentage iets hoger liggen, omdat het geven van cursussen, voor zover dit voorkwam gedurende twee weken, is opgenomen in de categorie 'niet geregistreerde werkzaamheden'.

Als de term patiëntgebonden handelingen wat ruimer wordt genomen, kunnen ook alle niet directe patiëntencontacten er onder worden gerekend. Hierbij valt te denken aan reistijd in verband met huisbezoeken en overleg, omdat deze werkzaamheden voortvloeien uit de directe patiëntenzorg. De totaaltijden besteed aan patiëntge-

bonden taken wordt dan voor wijkverpleegkundigen 82.6%, voor wijkziekenverzorgenden 85,3% en voor avond- en weekendverpleegkundigen 88.4%. Een overzicht van een dergelijke indeling is weergegeven in tabel 10.3.

Gemiddeld besteden wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden evenveel tijd aan patiëntgebonden taken, er is echter een verschil tussen het soort taken waaraan ze dit doen. Wijkverpleegkundigen besteden gemiddeld meer tijd aan intake-gesprekken, en gemiddeld veel meer tijd aan preventieve taken doordat ze veel tijd aan JGZ besteden. De JGZ kost hen gemiddeld 16.3% van hun werktijd, hoewel hier, gezien de zeer hoge standaarddeviatie, sprake is van grote individuele verschillen (zie ook 6.3). Ze besteden daarentegen minder tijd aan huisbezoeken dan wijkziekenverzorgenden, die hieraan het merendeel van hun patiëntgebonden werktijd besteden. Avond- en weekenddiensten besteden uiteraard het merendeel van hun patiëntgebonden werktijd aan huisbezoeken.

Omdat het afleggen van huisbezoeken de taak is welke voor iedereen het grootste deel van hun werktijd beslaat, zijn we nagegaan of personen die in deeltijd werken in verhouding een kleiner of groter deel van hun werktijd aan huisbezoeken hebben besteed. We hebben dit gedaan met behulp van een one-way variantie-analyse, wat het volgende resultaat opleverde. Over het geheel genomen besteedden wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn en wijkziekenverzorgenden allen ongeveer een even groot percentage van hun werktijd aan huisbezoeken, ongeacht de lengte van hun dienstverband. Alleen voor de personen met een dienstverband van 28-32 uur per week was het beeld afwijkend. Wijkverpleegkundigen met een dergelijk dienstverband besteedden gemiddeld 3.5% minder van hun werktijd aan huisbezoeken dan alle anderen en wijkziekenverzorgenden juist 7.5% meer.

10.3.2. Tijd besteed aan niet-patiëntgebonden taken

Aan tijd besteed aan niet patiëntgebonden taken blijven na aftrek van de directe patiëntencontacten en de hieraan gekoppelde reistijd, per beroepsgroep de volgende relatieve percentages over: voor wijkverpleegkundigen gemiddeld 35.4%, voor wijkziekenverzorgenden gemiddeld 33.5% en voor avond/weekenddiensten gemiddeld 23.3%.

Deze niet-patiëntgebonden taken bestaan uit **coördinerende** en **administratieve** en **rapporterende** taken. De coördinerende taken omvatten naast het reeds genoemde intake gesprek voornamelijk incidenteel overleg (zie hoofdstuk 9), dat de wijkverpleegkundigen gemiddeld 9.1% van hun werktijd kostte en de wijkziekenverzorgenden 8.4%. Samen met het intake gesprek was dit voor beide coördinerende taken in totaal respectievelijk 10.5% en 9%. Verpleegkundigen in de avond en weekenddienst besteden gemiddeld 4.8% van hun werktijd aan incidenteel overleg.

Administratieve werkzaamheden beslaan voor wijkverpleegkundigen gemiddeld 8.8% van hun werktijd, voor wijkziekenverzorgenden is dit 7% en voor verpleegkundigen in avond en weekenddienst 4.7%. Onder de rapporterende taken valt voornamelijk het gestructureerd overleg, dat vooral plaats vindt binnen de eigen basiseenheid of met andere personen uit het kruiswerk (zie hoofdstuk 9). Het omvat voor wijkverpleegkundigen gemiddeld 8.9% van hun werktijd, voor wijkziekenverzorgenden 10.4% en voor de verpleegkundigen in avond of nachtdienst 7.0% van hun werktijd. Het totaal van de administratieve en rapporterende taken wordt zodoende: 18% voor wijkverpleegkundigen, 17% voor wijkziekenverzorgenden en 12% voor verpleegkundigen in avond en weekenddienst.
Met betrekking tot deze taken zijn er weinig verschillen tussen wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn en wijkziekenverzorgenden, niet alleen in omvang maar ook in de taken waaraan deze tijd is besteed; 's avonds en in het weekend wordt duidelijk minder tijd besteed aan niet-patiëntgebonden taken dan overdag.

Door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden worden overdag nog werkzaamheden verricht welke niet op een van de registratieformulieren vermeld konden worden: 'niet geregistreerde werkzaamheden'. Dit waren meestal taken die via de enquête nader onderzocht zijn, zoals het geven van cursussen, ent-zittingen en het lezen van literatuur. Maar ook het doen van allerlei huishoudelijke en andere klusjes in het wijkgebouw zijn hier bijvoorbeeld opgegeven.

Voor avond/weekenddiensten geldt ten slotte nog dat ze meer dan dubbel zoveel tijd kwijt zijn aan reizen. Dit komt omdat voor de meesten van hen hun werkgebied veel ruimer is dan bij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden het geval is, namelijk wijk- of buurt-overschrijdend (zie 3.3.3).

10.4. 24-Uurs bereikbaarheid

Een laatste onderwerp dat met tijdsbesteding te maken heeft is de 24-uurs bereikbaarheidsdienst. De tijd hieraan besteed is optioneel, zolang er geen oproepen zijn. Indien er wel sprake is van een oproep tot hulp in wat voor vorm dan ook is er wel werktijd aan besteed. De registratie hierover is echter niet erg bevredigend uitgevoerd, zodat er wat betreft tijdsbesteding slechts sprake kan zijn van een indicatie. Om die reden is de wel opgegeven tijd niet opgenomen in de totale tijdsberekening.

Om hoeveel diensten het ging en hoe vaak er tot actie is overgegaan zullen we hieronder beknopt weergeven.
Er zijn 209 diensten gedraaid in het kader van de 24-uurs bereikbaarheid, 166 door wijkverpleegkundigen, 3 door wijkziekenverzorgenden en 40 door avond of weekendverpleegkundigen. Hiervan besloegen 98 diensten ook echt een periode van 24 uur, 29 alleen de nacht, 37 alleen de avond en 53 alleen de uren overdag.
Tabel 10.4 geeft een overzicht van de hulpvragen en de activiteiten die daar eventueel aan gekoppeld waren. Tijdens 10 diensten behoefde geen enkele actie te worden ondernomen. De meeste hulp-

vragen hielden een verzoek om te komen in en in 82% van de gevallen is de opgeroepen persoon er zelf naar toe gegaan. Voorzover ons bekend kostte dit de persoon in kwestie gemiddeld 50 minuten, wat inclusief reistijd is. Hiervan waren er maar negen in de avond, de nacht of het weekend. De overige verzoeken golden waarschijnlijk vaak een vraag om assistentie van een collega en vonden overdag plaats. Er kwamen 65 vragen over verpleegartikelen binnen en in 5 gevallen is hiervoor de dienstdoende verpleegkundige zelf het gewenste artikel gaan brengen. Dit was steeds buiten de normale werkuren overdag en kostte gemiddeld drie kwartier tijd. Naast overleg kwamen er ook nogal wat inhoudelijke vragen binnen (50), die voor het merendeel met een advies gehonoreerd zijn.
Bij de activiteiten valt nog op (rechter kolom tabel 10.4) dat deze in ruim éénderde van de gevallen bestond uit het doorgeven van de hulpvraag aan anderen. Wie deze anderen waren is niet precies bijgehouden, maar bij navraag bleek dit zeer divers te zijn, variërend van collega of huisarts tot buren of zelfs brandweer toe.

11. EVALUATIE EN NABESCHOUWING

11.1. Inleiding

Het doel van het onderzoek was een representatief beeld te verkrijgen van het werk dat door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland wordt verricht.
De wijze waarop de gegevens verzameld zijn is van dien aard, dat de onderzoeksresultaten representatief genoemd kunnen worden voor de Nederlandse situatie, en wel om de volgende redenen. De steekproef voor de enquête strekte zich uit over bijna **alle** basiseenheden van Nederland en had een respons van 87% (N=400). De steekproef voor het registratie-onderzoek is per lidinstelling a-select getrokken, waardoor geografische gezien een redelijke spreiding is ontstaan, die ook qua bevolkingsopbouw goed overeenkomt met de totale Nederlandse situatie. Daarnaast stonden de omvang van deze steekproef, 186 personen binnen 47 basiseenheden registreerden gedurende acht weken, en een spreiding van de metingen over vier verschillende perioden in het jaar, borg voor het uitsluiten van vertekeningen naar plaats of tijd. Bij de vergelijking van de twee steekproeven bleek dat de verdeling van de achtergrondkenmerken (persoonskenmerken en kenmerken van de werksituatie) van de respondenten niet tot nauwelijks verschilde. Tot slot bleek dat voor de achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, percentage dienstverband) waarvan landelijke cijfers bekend zijn, de verdeling van beide steekproeven goed overeenkomt met de landelijke verdeling.
Voor de bevindingen geldt derhalve dat ze representatief zijn voor de werkzaamheden zoals die door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland verricht worden.

Na een samenvatting van de belangrijkste resultaten per vraagstelling zullen we een globale vergelijking maken met gegevens uit enkele andere onderzoeken naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. In de nabeschouwing besteden we eerst

aandacht aan het oordeel van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, zoals dit door hen in de enquête is uitgesproken over een aantal aspecten van hun werk. Daarna stellen we enkele knelpunten binnen het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan de orde die we in ons onderzoek zijn tegengekomen en die naar ons idee extra aandacht verdienen.

11.2. Samenvatting van de belangrijkste resultaten per vraagstelling

Uit het doel van het onderzoek zijn drie hoofdvragen afgeleid, die hier achtereenvolgens aan de orde zullen komen. We beperken ons in deze samenvatting tot de formulering van de hoofdvragen, de formuleringen van de subvragen kunnen in paragraaf 1.2 nageslagen worden.

De **eerste** vraagstelling luidde: 'Waaruit bestaan de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland'. We beginnen met aan te geven uit welke hoofdcategorieën het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bestaat (subvraag1.1), uitgedrukt in het percentage van hun totale werktijd dat ze er per week aan hebben besteed. Wijkverpleegkundigen besteden 34% van hun werktijd aan curatieve huisbezoeken en wijkziekenverzorgenden 50%. Aan de jeugdgezondheidszorg (JGZ) besteden wijkverpleegkundigen 17% en wijkziekenverzorgenden 2,5% van hun tijd. Dit verschil ontstaat vooral doordat wijkziekenverzorgenden geen zuigelingen- of kleuterhuisbezoeken afleggen en ook op het consultatiebureau maar beperkt worden ingezet. Aan spreekuur zijn wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden respectievelijk 6% en 5% van hun tijd kwijt en aan administratieve werkzaamheden 9% en 7%. Overleg kost beide groepen 18-19% van hun werktijd en reizen binnen werktijd bijna 10%. Avond- en weekendverpleegkundigen besteden uiteraard meer tijd aan zorgverlening tijdens huisbezoeken, bijna 60%, zijn 12% van hun tijd kwijt aan overleg, 5% aan administratieve werkzaamheden en 22% aan reistijd.

Nemen we alle handelingen die in contact met patiënten (directe patiëntenzorg) verricht worden tesamen, dan besteden wijkverpleegkundigen hieraan 57% van hun tijd, wijkziekenverzorgenden 58% en avond- en weekendverpleegkundigen 60%. Breiden we dit uit met de niet in direct contact verrichtte patiëntgebonden handelingen, in de vorm van overleg met andere hulpverleners over de patiënten en reistijd in verband met huisbezoeken, dan wordt het totale percentage werktijd besteed aan patiëntgebonden handelingen voor wijkverpleegkundigen 83%, voor wijkziekenverzorgenden 85% en voor avond- en weekendverpleegkundigen 88%.

Welke taken er binnen deze hoofdcategorieën zoal door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verricht worden vatten we samen aan de hand van de taakindeling in de profielschets voor wijkverpleegkundigen, zoals die beschreven is in hoofdstuk 2. Omdat het takenpakket van wijkziekenverzorgenden qua inhoud smaller is dan dat van wijkverpleegkundigen, gebruiken we voor de overzichtelijkheid dat van de wijkverpleegkundigen als referentie voor beide typen zorgverleners.
Curatieve, verzorgende en **huishoudelijke taken** worden bijna uitsluitend tijdens curatieve huisbezoeken verricht. Hoeveel tijd aan elk van deze taken afzonderlijk is besteed, is niet gemeten, wel weten we tijdens hoeveel van alle huisbezoeken handelingen zijn verricht in het kader van de verschillende taken. Curatieve handelingen (door ons verpleegtechnische handelingen genoemd) zijn door wijkverpleegkundigen gemiddeld tijdens 68% van de huisbezoeken verricht, door wijkziekenverzorgenden tijdens 70% en door avond/weekendverpleegkundigen tijdens 86% van de huisbezoeken. Verzorgende taken (lichamelijk-hygiënische zorg) zijn door wijkziekenverzorgenden gemiddeld vaker uitgevoerd: tijdens 68% van de huisbezoeken, door wijkverpleegkundigen gemiddeld tijdens 59% en 's avonds en in het weekend gemiddeld tijdens 63% van de huisbezoeken. Huishoudelijke taken zijn 's avonds of in het weekend het minst vaak verricht, gemiddeld tijdens 17% van de huisbezoeken, door wijkziekenverzorgenden het vaakst, tijdens 29%, en door wijkverpleegkundigen tijdens 24% van de huisbezoeken.

Ook **begeleidende taken** vormen nogal eens onderdeel van de huisbezoeken, zowel in de vorm van psycho-sociale steun aan de patiënt als in de vorm van begeleiding en ondersteuning van de mantelzorg. Wijkverpleegkundigen voeren deze taken gemiddeld het vaakst uit, wijkziekenverzorgenden minder vaak en avond/weekend-verpleegkundigen het minst. De percentages van voorkomen tijdens de huisbezoeken zijn respectievelijk voor psycho-sociale steun aan de patiënt 35%, 26% en 13% en voor steun aan de mantelzorg 30%, 29% en 20%.

Preventieve en voorlichtende taken maken enerzijds deel uit van de zorgverlening tijdens huisbezoeken, zowel in de vorm van GVO-activiteiten als in de vorm van het observeren van nieuwe syptomen bij patiënten op het lichamelijke, geestelijke of sociale vlak. Wijkverpleegkundigen geven gemiddeld tijdens 37% van de huisbezoeken voorlichting en tijdens 28% van de huisbezoeken stimuleren ze patiënten om zich aan leefregels of een bepaalde therapie te houden. Voor wijkziekenverzorgenden zijn deze cijfers gemiddeld 36% en 25%, en voor de avond- en weekendverpleegkundigen 11% en 5%. Daarnaast observeren wijkverpleegkundigen het vaakst nieuwe symptomen bij hun patiënten (gemiddeld tijdens 20% van de huisbezoeken). Wijkziekenverzorgenden doen dit tijdens 15% van de huisbezoeken en de avond- en weekendverpleegkundigen gemiddeld tijdens 7% van de huisbezoeken.
Anderzijds zijn er een aantal werkzaamheden die specifiek op preventie en voorlichting gericht zijn. We noemen dan eerst alle JGZ werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen, omdat zij degenen zijn die deze taken in hoofdzaak uitvoeren. Het merendeel van de door hen aan JGZ bestede tijd wordt in beslag door het consultatiebureau, gemiddeld 11% van hun werktijd. Daarnaast besteden ze gemiddeld 6% van hun tijd aan preventieve huisbezoeken in het kader van de JGZ, welke voor 4% bestaan uit zuigelingenhuisbezoeken, voor 1% uit kleuterhuisbezoeken en voor 0.5% uit prenatale huisbezoeken. De tijd die besteed wordt aan screenings- en entzittingen en aan groepsvoorlichting is, voorzover dit voorkwam

tijdens de registratie-periode, opgenomen in de categorie 'tijd besteed aan niet geregistreerde werkzaamheden'.
Een andere preventieve werkzaamheid is het houden van spreekuur, waar zowel telefonische als persoonlijke contacten plaats vinden met patiënten of cliënten, en vaak ook verpleegartikelen worden uitgeleend. Wijkverpleegkundigen besteden hier iets meer tijd aan, gemiddeld 5.4% van hun werktijd, wijkziekenverzorgenden 4.5%. Deze laatsten besteden daarnaast nog een gering percentage van hun werktijd, ruim 1%, aan preventieve huisbezoeken aan ouderen, terwijl wijkverpleegkundigen dit bijna niet doen. We komen hier in paragraaf 11.4.2. nog op terug.
In het totaal wordt door wijkverpleegkundigen aan aparte preventieve en voorlichtende taken gemiddeld 22% van hun werktijd besteed, door wijkziekenverzorgenden 8%. Avond- en weekendverpleegkundigen verrichten door de tijdstippen waarop ze werken geen specifieke preventieve of voorlichtende taken.

Onder **coördinerende werkzaamheden** vallen vooral het intake-gesprek en het incidentele overleg over patiënten. Daarnaast wordt tijdens het reeds genoemde spreekuur nogal eens coördinerend opgetreden. Tijdens intake-gesprekken bij patiënten voor wie een zorgvraag is ingediend, wordt een anamnese afgenomen en een verpleegplan opgesteld, alsmede concrete afspraken gemaakt over de te verlenen zorg. Deze gesprekken worden vaker door wijkverpleegkundigen gehouden en kosten hen gemiddeld 1.4% van hun werktijd. Wijkziekenverzorgenden besteden hieraan gemiddeld 0.6% van hun tijd, terwijl avond- en weekendverpleegkundigen slechts bij hoge uitzondering een intake-gesprek voeren.
Incidenteel overleg over patiënten wordt zowel met personen van binnen als van buiten het kruiswerk wordt gehouden. Dit overleg vindt het vaakst plaats met collega's uit de eigen basiseenheid en kost zowel de wijkverpleegkundigen als de wijkziekenverzorgenden gemiddeld 9% van hun werktijd, avond- en weekendverpleegkundigen 5%.

De rest van de overlegtijd van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wordt besteed aan gestructureerd of vast overleg en wordt gerekend tot de **rapporterende taken** (zie hoofdstuk 9). Ook dit overleg vindt zowel plaats met hulpverleners van binnen als van buiten het kruiswerk en kost wijkverpleegkundigen gemiddeld 9% van hun werktijd, wijkziekenverzorgenden 10% en avond- en weekendverpleegkundigen 7%.
Tot slot de tijd besteed aan **administratie**. Hierin wordt het WAS-systeem bijgewerkt, patiëntenkaarten opgezocht en bijgewerkt en door ongeveer de helft van de registrerenden schriftelijke overdrachten gemaakt. Wijkverpleegkundigen hebben extra administratie-tijd nodig voor de JGZ. Totaal kosten administratieve bezigheden wijkverpleegkundigen gemiddeld 9% van hun werktijd, wijkziekenverzorgenden 7% en avond- en weekendverpleegkundigen 5%.

Het laatste waar wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden tijd aan besteden is **reistijd**. Overdag kost dit wijkverpleegkundigen én wijkziekenverzorgenden gemiddeld bijna 10% van hun werktijd, 's avonds en in het weekend kost dit echter 22%. Dit komt omdat minder patiënten zorg nodig hebben in de avond of het weekend, waardoor de te reizen afstanden tussen de verschillende patiënten op deze tijden meestal veel groter zijn.

De belangrijkste **verschillen** tussen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen die overdag werkzaam zijn en wijkziekenverzorgenden kunnen als volgt worden samengevat.
Het houden van intake-gesprekken wordt meestal door wijkverpleegkundigen gedaan. Bij 88% van de aangemelde hulpvragen wordt deze coördinerende taak door een wijkverpleegkundige verricht.
Tijdens curatieve huisbezoeken verlenen wijkziekenverzorgenden vaker lichamelijk-hygiënische zorg aan patiënten en verrichten ze vaker huishoudelijke activiteiten. Wijkverpleegkundigen daarentegen geven tijdens huisbezoeken vaker psycho-sociale begeleiding en observeren vaker nieuwe symptomen bij de patiënten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat wijkverpleegkundigen vaker zorg verlenen aan patiënten die in een minder stabiele of meer complexe

verpleegsituatie verkeren en dat wijkziekenverzorgenden meer patiënten onder hun hoede hebben wier situatie stabiel is en die voornamelijk lichamelijk-hygiënische zorg behoeven. Met betrekking tot de andere zorgactiviteiten tijdens huisbezoeken werden geen verschillen gevonden tussen de beide soorten zorgverleners.
Werkzaamheden binnen de jeugdgezondheidszorg worden vrijwel uitsluitend door wijkverpleegkundigen verricht. 89% Van hen houdt samen met een arts consultatiebureau voor 0-4 jarigen en legt preventie zuigelingenhuisbezoeken af. 43% van de wijkziekenverzorgenden assisteert op het consultatiebureau. Hun taak bestaat voornamelijk uit het wegen en meten van kinderen. Minder wijkverpleegkundigen (58%) leggen tevens preventieve kleuterhuisbezoeken af en slechts 20% prenatale huisbezoeken. Deze laatste bezoeken worden in een aantal plaatsen door kraamzorgverpleegkundigen afgelegd. In tegenstelling tot wijkziekenverzorgenden zijn wijkverpleegkundigen (52%) ook actief bij het organiseren van groepsgewijze voorlichtingsactiviteiten op het terrein van de jeugdgezondheidszorg zoals zwangerschapsgymnastiek en cursussen voor aanstaande ouders.
Specifieke preventieve activiteiten gericht op ouderen worden daarentegen vaker door wijkziekenverzorgenden verricht. Zij leggen vaker preventieve ouderenbezoeken af dan wijkverpleegkundigen en werken vaker mee aan een cursus 'ziekenverpleging/verzorging thuis' en aan groepsvoorlichting aan ouderen.
Tot slot begeleiden wijkverpleegkundigen vaker stagiaires dan wijkziekenverzorgenden.

De **tweede** onderzoeksvraag luidde: "In welke mate verschillen wijkverpleegkundigen onderling en wijkziekenverzorgenden onderling in hun werkzaamheden en welke factoren zijn daarop van invloed?'. Ging het bij de eerste vraag om verschillen tussen de verschillende soorten zorgverleners, hier gaat het om variaties in werkzaamheden **binnen** de groepen zorgverleners op grond van persoonlijke kenmerken of kenmerken van de werksituatie. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is nagegaan of er verbanden te vinden waren tussen persoonlijke en wijkkenmerken, als onafhankelijke variabelen, en de frequentie en tijdsduur van verrichte handelingen, als afhanke-

lijke variabelen. We vonden dat er voor een aantal handelingen wel significante verschillen waren tussen de personen binnen de aparte groepen, maar de sterkte van de verbanden was in de meeste gevallen slechts zwak tot matig. Dit betekent dat op grond hiervan geen harde uitspraken gedaan kunnen worden, maar dat de gevonden verbanden slechts een indicatie zijn ter verklaring van verschillen in frequentie en tijdsduur tussen uitgevoerde handelingen door individuele personen.

De kenmerken waarvoor op grond van onze gegevens enige verbanden zijn gevonden met de frequentie van de verrichte werkzaamheden of de tijdsduur ervan, zijn de persoonskenmerken: leeftijd, opleiding, ervaring in de wijk en percentage dienstverband; en de kenmerken van de werksituatie: urbanisatiegraad, wijkomvang en bevolkingsopbouw. De overige door ons gemeten persoonskenmerken en kenmerken van de werksituatie gaven helemaal geen verbanden te zien.
Omdat de persoonskenmerken **leeftijd** en **ervaring** zowel bij wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden onderling hoog correleren worden deze kenmerken hier samengevoegd. Oudere wijkverpleegkundigen houden vaker intake-gesprekken dan hun jongere collega's. Verder hebben oudere en meer ervaren wijkverpleegkundigen vaker een werkbespreking met de hoofdwijkverpleegkundige, terwijl jongere wijkverpleegkundigen vaker overleg hebben met hun collega's. Tevens hebben oudere en meer ervaren wijkverpleegkundigen vaker contacten met de diëtiste en het kraamcentrum.
Op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters wordt door de oudere wijkverpleegkundigen vaker een afspraak gemaakt voor een extra preventief huisbezoek. Indien ze echter een dergelijk huisbezoek afleggen bespreken ze minder verschillende onderwerpen dan hun jongere collega's. Het lijkt erop dat jongere wijkverpleegkundigen meer 'volgens het boekje werken', in de zin dat ze systematisch een aantal onderwerpen de revue laten passeren tijdens een preventief huisbezoek aan zuigelingen of kleuters, terwijl meer ervaren wijkverpleegkundigen meer inschatten waar de ouders behoefte aan hebben.

Naarmate wijkziekenverzorgenden langer werkzaam zijn in de wijk geven ze meer gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en vaker steun aan de mantelzorg tijdens huisbezoeken.

Wat **opleiding** betreft vonden we alleen dat wijkverpleegkundigen met een MGZ-opleiding meer intake-gesprekken voeren dan wijkverpleegkundigen met een HBO-V-opleiding, maar dat MGZ-opgeleiden gemiddeld juist minder aandacht aan GVO besteden tijdens preventieve huisbezoeken aan bejaarden.

Een groter percentage **dienstverband** betekent over het algemeen, zowel voor wijkverpleegkundigen als voor wijkziekenverzorgenden, een toename van het aantal afgelegde curatieve huisbezoeken. Voor wijkziekenverzorgenden betekent dit tevens dat ze naar mate hun dienstverband groter is, vaker handelingen verrichten binnen de zorgcategorieën ADL, verpleegtechnische handelingen en huishoudelijke activiteiten tijdens de door hen afgelegde huisbezoeken. Wijkverpleegkundigen doen meer intake-gesprekken naarmate ze een langer dienstverband hebben, en besteden meer tijd aan overleg met de hoofdwijkverpleegkundige, evenals wanneer ze langer werkzaam zijn in de wijk; daarnaast voeren ze meer overleg met districtsverpleegkundigen JGZ.

Over de **urbanisatiegraad** dient allereerst vermeld, dat we **geen** significante verschillen hebben gevonden voor de reistijd. Dit betekent dat gemiddeld binnen alle basiseenheden per type zorgverlener evenveel tijd aan reizen binnen werktijd wordt besteed.De meeste verschillen op grond van de urbanisatiegraad liggen bij de uitvoering van de taken binnen de JGZ. Naarmate de gemeente waarbinnen de basiseenheid ligt minder verstedelijkt is worden er vaker CB-zittingen gehouden, maar worden er minder vaak dan in de steden ouderkind problemen gesignaleerd. Hoe groter de woonplaats echter, des te vaker wordt er tijdens zuigelingenhuisbezoeken over de bevalling gesproken, terwijl er minder vaak gewogen wordt tijdens deze huisbezoeken dan op het platteland. Verder wordt er op het platteland

vaker door wijkverpleegkundigen groepsgewijze voorlichting op het terrein van de JGZ gegeven dan in de grotere steden.
In grotere plaatsen wordt er tijdens preventieve huisbezoeken aan ouderen vaker voorlichting gegeven over lichamelijke verzorging, hulpdiensten, rechten van ouderen en over het kruiswerk en vraagt de WAS-administratie iets meer tijd dan in kleinere gemeenten.
Van belang is ten slotte nog dat er in grotere steden langer overlegd wordt met collega's, duidelijk vaker met de gezinszorg en ook iets vaker met de verpleging uit verpleeghuizen en ziekenhuizen.

Voor **wijkomvang** vonden we de volgende verschillen. Naarmate de wijk groter is wordt er vaker basiseenheid-overleg gepleegd en door wijkziekenverzorgenden meer overlegd met weekenddiensten. In kleinere wijken daarentegen wordt in verhouding vaker en langer met collega's overlegd dan in grotere wijken. Tevens wordt door wijkverpleegkundigen met kleinere wijken vaker groepsgewijze voorlichting op het terrein van de JGZ gegeven.

Voor wat betreft de **bevolkingsopbouw** vonden we de volgende verbanden. In relatief oudere wijken vinden meer intake-gesprekken plaats, maar minder preventieve huisbezoeken. Daarnaast zien we dat naarmate een wijk meer oudere bewoners heeft, wijkverpleegkundigen meer curatieve huisbezoeken afleggen.

De **derde** onderzoeksvraag luidde: 'Welke zorg wordt door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verleend aan welke groepen patiënten?' Allereerst een verdeling naar leeftijd en geslacht (subvraag 3.1). Behalve voor de zorg in het kader van de JGZ, geldt dat er relatief weinig jonge mensen zorg ontvangen van de wijkverpleging: 71% van de mensen die in zorg zijn is 70 jaar of ouder. Van hen is eenderde man en tweederde vrouw. Wat de ontvangen zorg per leeftijdscategorie betreft blijkt dat de groep patiënten van 80 jaar en ouder vaker lichamelijk-hygiënische zorg ontvangen en hulp bij huishoudelijke activiteiten en minder vaak psycho-sociale begeleiding dan de andere patiënten. Vrouwelijke en mannelijke patiënten ontvangen vrijwel dezelfde zorg. Het enige verschil is dat

bij mannelijke patiënten vaker hulp wordt verleend aan de mantelzorg, hetgeen waarschijnlijk samenhangt met het feit dat meer vrouwelijke patiënten alleenstaand zijn.
Het patiëntenbestand kan vervolgens in doelgroepen (subvraag 3.2) verdeeld worden op grond van twee kenmerken: de reden die is opgegeven voor het ontvangen van de zorg en de achterliggende ziekte van de patiënt. Het merendeel van de patiënten (68%) ontvangt huisbezoek vanwege één of meer achterliggende ziekten, 6% vanwege nazorg en 3% in verband met terminale zorg. Aan 13% van de patiënten worden zorgactiviteiten verleend vanwege hun hoge leeftijd.
Bij 58% van hen is één en bij 29% zijn meerdere achterliggende ziekten opgegeven, 13% was in zorg wegens ouderdom en had geen achterliggende ziekte. Het meest voorkomende ziektebeeld is aandoeningen van het bewegingsapparaat, bij 20% van de patiënten, met als tweede andere hart- en vaatziekten dan hersenbloeding of herseninfarct bij 17% van de patiënten.
Bij de nieuw aangemelde patiënten is nazorg na het ontslag uit een ziekenhuis in éénderde van de gevallen de reden om wijkverpleegkundige hulp te vragen. Verder blijkt dat er met twee keer zoveel kanker-patiënten een intake-gesprek werd gehouden dan er van dergelijke patiënten in zorg waren (24% versus 13%). Waarschijnlijk ontvangen deze patiënten voornamelijk zorg in het terminale stadium en is deze zorg intensief en kortdurend.
De zorg die tijdens avonden en weekenden verleend wordt verschilt zowel wat betreft het soort patiënten als naar de inhoud van de zorg die wordt verleend (subvraag 3.4). 's Avonds en in het weekend bestaat een groter deel van het patiëntenbestand dan overdag uit mensen met neurologische aandoeningen of kanker en een kleiner deel uit patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat.
Ook de inhoud van de verleende zorg is verschillend. 's Avonds en in het weekend worden vaker verpleegtechnische handelingen verricht (tijdens 86% van de huisbezoeken tegen 68% door de week overdag). Lichamelijk-hygiënische zorg wordt tijdens de avond- en weekenddiensten even vaak verleend als overdag (tijdens 62% van de huisbezoeken).

Sociale en administratieve activiteiten worden ongeveer evenveel verricht als overdag door de week. Veel minder vaak wordt er echter psycho-sociale steun verleend (-18%) en voorlichting gegeven (-25%) en zelden worden er in de avond en het weekend handelingen verricht in het kader van stimuleren en helpen realiseren van therapie (slechts in 5% van de huisbezoeken).
Over de zorg aan migranten kunnen we kort zijn (subvraag 3.3.).
59 Buitenlandse patiënten (1.8%) ontvingen huisbezoeken. Dit zijn bovendien bijna allemaal mensen uit de rest van Europa of uit Indonesië. Slechts 7 patiënten in zorg zijn afkomstig uit Marokko, Turkije of China, terwijl meer dan de helft van alle migranten (CBS, januari 1989) uit deze drie landen afkomstig is. Dat er zo weinig van hen in zorg zijn komt doordat onder Marokkaanse en Turkse migranten het percentage ouderen (60^+) veel geringer is dan onder de Nederlandse bevolking (CBS, 1990). Anderzijds kunnen hier echter taalproblemen en andere culturele opvattingen over gezondheid en ziekte debet aan zijn (Herbschleb, 1989).

11.3. Vergelijking met gegevens uit ander onderzoek

Bij de vergelijking van de resultaten uit ons onderzoek met bevindingen uit elders verricht onderzoek, beperken we ons tot die studies waar eveneens gebruik is gemaakt van de zelf-registratie-methode om de werkzaamheden en de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kaart te brengen. Binnen Nederland gaat hierbij om onderzoek uitgevoerd binnen het peilstationproject van de Nationale Kruisvereniging (1989), in Twente (Hoeksma e.a., 1985), in Friesland (Windig, 1988) en onderzoek naar de avond- en nachtzorg in Friesland (Leemeyer e.a., 1986). Behalve het peilstationproject betreft het onderzoek dat verricht is binnen een bepaalde regio in Nederland. Daarna zullen enige vergelijkingen worden gemaakt met de resultaten van een landelijke representatief

onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen in Engeland (Dunnell & Dobbs, 1982).

Binnen het peilstationproject (Nationale Kruisvereniging, 1989) hebben in oktober 1987 de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van 7 Erkende Kruisorganisaties hun contacten met patiënten geregistreerd. In het rapport staat niet vermeld hoeveel functionarissen aan het onderzoek hebben meegewerkt. Vergelijkingen met ons onderzoek kunnen vrijwel alleen worden gemaakt met betrekking tot de patiëntengegevens. Vergelijking met betrekking tot de inhoud van de verleende zorg is niet goed mogelijk omdat in het rapport van de Nationale Kruisvereniging geen onderscheid is gemaakt tussen contacten met patiënten tijdens huizbezoeken, tijdens het spreekuur en telefonisch contacten. Daarnaast is alleen het doel van de contacten aangegeven en niet de daadwerkelijk verleende zorg.
De leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten uit ons onderzoek stemt overeen met die van de patiënten uit de peilstations. Binnen ons onderzoek is 65% van de patiënten van het vrouwelijk geslacht, binnen de patiëntenpopulatie van de peilstations 63%. In ons onderzoek is 71% van de patiënten 70 jaar of ouder, binnen de peilstations is dat 66% (indien daar gecontroleerd wordt voor preventieve huisbezoeken aan en screening bij 0-4 jarigen). In ons onderzoek heeft 58% van de patiënten één medische diagnose, 22% twee diagnoses en 6.5% drie of meer diagnoses; bij de peilstations zijn deze cijfers respectievelijk 58%, 27% en 9%. Evenals in ons onderzoek komen diagnoses die betrekking hebben op het bewegingsapparaat en het bloedvaatstelsel het meest frequent voor. Ook het aantal patiënten dat in terminale zorg is, is in beide onderzoeken ongeveer gelijk (3.2% in ons onderzoek versus 4.5% binnen de peilstations).
Wat betreft de wijze waarop de patiënten zijn aangemeld bij de wijkverpleging zijn de resultaten in ons onderzoek verschillend van die binnen het peilstationproject. Binnen ons onderzoek wordt 47% van de aanvragen voor wijkverpleegkundige zorg ingediend door de patiënt zelf of door zijn familie (binnen de peilstations is dit 36%),

34% door het ziekenhuis of verpleeghuis (peilstations 24%) en 17% door de huisarts (peilstations 11%). De hier weergegeven cijfers van de peilstations zijn gecorrigeerd voor de aanvragen die via het kraamcentrum komen, omdat die in ons onderzoek ook buiten beschouwing zijn gelaten.
Op grond van het bovenstaande kunnen we concluderen dat de kenmerken van de patiëntenpopulatie binnen ons onderzoek en binnen het peilstationproject vrij goed overeenstemmen.

Wat betreft de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan de verschillende werkzaamheden vergelijken we onze resultaten met de bevindingen van de onderzoeken van Windig (1988) en Hoeksma (1985). In Friesland (Windig, 1988) registreerden 104 wijkverpleegkundigen en 40 wijkziekenverzorgenden gedurende één week de tijdsbesteding aan de verschillende werkzaamheden en in Twente (Hoeksma, 1985) werden WAS-gegevens gebruikt van drie basiseenheden (34 full-time equivalenten wijkverpleegkundigen en 8 full-time equivalenten wijkziekenverzorgenden).
In tabel 11.9 is te zien dat de tijdsbesteding van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Friesland de grootste overeenstemming vertonen met onze landelijke gegevens. De wijkverpleegkundigen uit Twente besteden 12% van hun werktijd méér aan de directe patiëntenzorg en besteden 7% minder aan overleg. De directe patiëntenzorg in deze tabel omvat alle curatieve en preventieve huisbezoeken, het intake-gesprek, het consultatiebureau voor 0-4 jarigen en het spreekuur.
Aan de jeugdgezondheidszorg besteden de wijkverpleegkundigen in ons onderzoek 17% van hun werktijd, in Friesland 18% en in Twente 20%. Door de Nationale Kruisvereniging (1989) wordt geschat dat wijkverpleegkundigen gemiddeld 15 tot 25% van hun tijd aan de jeugdgezondheidszorg besteden. De hierbovengenoemde percentages wijzen erop dat dit eerder tussen de 15 en 20% is.

Uit het onderzoek van Leemeyer e.a. (1986) naar de avond- en nachtzorg in Friesland komt naar voren dat 75% van de patiënten die deze zorg ontvangt ouder dan 65 jaar is en dat 24% van deze

patiënten alleenstaand is. In ons onderzoek is 73% van de patiënten die avondzorg ontvangt ouder dan 70 jaar en is 39% alleenstaand. Van de avond- en nachtzorgpatiënten in Friesland heeft 21% kanker en lijdt 12% aan een ziekte van het circulatiesysteem; in ons onderzoek zijn deze cijfers 23% en 25%.
Wat de werkzaamheden betreft besteden de verpleegkundigen in de avonddiensten binnen ons onderzoek meer tijd aan de directe patiëntenzorg (bijna 60% versus 52% in Friesland). Daarnaast wordt door avond- en nachtverpleegkundigen in Friesland veel meer tijd aan overleg (37% versus 12%) en veel minder tijd (7% versus 22%) aan reizen besteed. Qua inhoud van de verleende zorg is het meest opvallende verschil dat de avond- en nachtdiensten in Friesland veel vaker psycho-sociale begeleiding geven dan uit onze landelijke gegevens naar voren komt.

In Engeland en Wales is in 1980 een landelijk representatief onderzoek uitgevoerd naar de werkzaamheden en de tijdsbesteding van verpleegkundigen die in de extramurale gezondheidszorg werken (Dunnell & Dobbs, 1982). De verschillende verpleegkundigen (o.a. district nurses, health visitors en verloskundigen) hielden gedurende één week een dagboek bij over hun verrichte werkzaamheden. In Engeland en Wales wordt een onderscheid gemaakt tussen district nurses en health vistitors. District nurses houden zich voornamelijk bezig met de thuisverpleging, terwijl health visitors preventieve activiteiten verrichten (met name jeugdgezondheidszorg). In Nederland worden deze beide functies door wijkverpleegkundigen verricht. Omdat in Nederland de wijkverpleegkundigen een groter percentage van hun werktijd aan de curatieve huisbezoeken besteden zullen we ze hier vergelijken met de district nurses (dit zijn geregistreerde verpleegkundigen die na hun opleiding tot verpleegkundige nog een jaar een opleiding tot 'wijkverpleegkundige' hebben gevolgd). De werkzaamheden van wijkziekenverzorgenden worden vergeleken met die van de zogenoemde 'state enrolled nurses' (dit zijn verpleegkundigen van het tweede deskundigheidsniveau die een tweejarige opleiding in de verpleging hebben gevolgd).

Bij een vergelijkling tussen de twee onderzoeken blijkt dat zowel wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden in Nederland gemiddeld ongeveer 10% meer van hun werktijd aan de directe patiëntenzorg besteden dan hun collega's in Engeland en Wales, 10% minder aan administratie en 15% minder aan reistijd. Aan overleg wordt echter in Nederland gemiddeld 9% meer tijd besteed dan in Engeland en Wales.

11.4. Nabeschouwing

In deze nabeschouwing bespreken we de meningen die de geënquêteerden hebben gegeven over de uitvoering van hun werkzaamheden binnen hun basiseenheid en enkele wensen dienaangaande. Daarna worden in de discussie een aantal bevindingen nader bekeken in het kader van actuele ontwikkelingen binnen de extramurale verpleging en de thuiszorg.

11.4.1. De meningen van de geënquêteerden over hun werkzaamheden

In de enquête hebben we de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden voor een aantal onderdelen van hun werk gevraagd of ze vonden dat voldoende aan wordt gedaan bij hen in de basiseenheid en of ze er zelf voldoende tijd of ruimte voor beschikbaar hebben. Daarna is hen gevraagd aan te geven of er werkzaamheden waren die volgens hen uitgebreid dienden te worden of juist ingekrompen. Wat betreft georganiseerde voorlichtingsactiviteiten vindt de meerderheid van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden dat er voldoende aandacht aan besteed wordt bij hen in de basiseenheid. 39% Van de wijkverpleegkundigen en 23% van de wijkziekenverzorgenden vindt dit echter niet en de meesten van deze laatsten vinden ook dat ze er zelf onvoldoende mogelijkheden toe hebben. Als belangrijkste reden dat dit zo is wordt tijdgebrek genoemd (zie tabel 11.1).

Dat er voldoende tijd voor overleg is met personen binnen het kruiswerk vindt 83% van de wijkverpleegkundigen en 90% van de wijkziekenverzorgenden en met personen buiten het kruiswerk respectievelijk 70% en 79%. Wijkverpleegkundigen zijn hierover dus iets minder tevreden dan wijkziekenverzorgenden. Gebrek aan tijd en slechte bereikbaarheid van anderen wordt hier het meest frequent als reden opgegeven, maar voor overlegsituaties binnen het kruiswerk wordt ook genoemd dat de overlegtijd niet efficiënt gebruikt wordt (tabel 11.2). Als oplossingen binnen het kruiswerk worden door wijkverpleegkundigen vooral aangegeven 'efficiënter overleggen' en ' verschuiving van taken, zodat er meer tijd beschikbaar komt voor overleg', terwijl voor verbetering van het overleg met personen buiten het kruiswerk meer wordt gezien in 'betere beschikbaarheid' en 'vaste overlegtijden' (zie tabel 11.3).

In tabel 11.4 is te zien dat de meeste wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden vinden dat ze voldoende informatie ontvangen over de mogelijkheden van bijscholing en dat er ook voldoende aanbod is bij hen in de regio. Ze zijn echter iets minder tevreden over hun eigen mogelijkheden wat na- en bijscholing betreft. De beperking van hun mogelijkheden ligt vooral in persoonlijke omstandigheden, zoals, het te druk hebben , part-time werken of juist fulltime werken of extra drukte in de basiseenheid door ziekte van anderen. Verder wordt nog genoemd 'geen studiegeld beschikbaar', 'studie per toerbeurt' en het slecht geregeld zijn van na- en bijscholing door de kruisvereniging.

Meer wijkverpleegkundigen dan wijkziekenverzorgenden vinden zowel dat er binnen de basiseenheid niet voldoende aandacht aan innovatieprojecten wordt besteed als dat ze er zelf onvoldoende mogelijkheden voor krijgen (respectievelijk 40 en 34%). Bij de wijkziekenverzorgenden zijn dit 27 en 25% (tabel 11.5). Als reden hiervoor noemen de meeste personen weer dat ze het te druk hebben, anderen dat ze er niet toe gestimuleerd worden of dat er niet voldoende op dat terrein wordt georganiseerd.

De vraag naar welke activiteiten ingekrompen of uitgebreid dienen te worden binnen hun basiseenheid is nogal divers beantwoord (tabel 11.6 en 11.7). Uitbreiding wordt vooral gewenst op het terrein van GVO en preventie (door 20% van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden), op het terrein van de JGZ (door 20% van de wijkverpleegkundigen), alsmede kwaliteitsbevordering en scholing (18% van de wijkverpleegkundigen). Andere wijkverpleegkundigen, ongeveer half zoveel als degenen die willen uitbreiden, willen juist een inkrimpen van hun werkzaamheden binnen de JGZ, evenals 8% van de wijkziekenverzorgenden.

Gevraagd naar de werkvorm van hun voorkeur, noemt 46% van de wijkverpleegkundigen en 58% van de wijkziekenverzorgenden all-round werken, 44% en 33% gedifferentieerd en, 10% en 9% gespecialiseerd werken. Momenteel werkt 86% van de wijkverpleegkundigen en 68% van de wijkziekenverzorgenden all-round (zie tabel 11.8).

Van de wijkverpleegkundigen zegt 56% en van de wijkziekenverzorgenden 60% dat er binnen hun werk voldoende aandacht aan theoretische uitgangspunten wordt besteed. Respectievelijk 33% en 12% vindt echter dat dit niet zo is en 11% van de wijkverpleegkundigen heeft hierover geen mening, tegen 28% van de wijkziekenverzorgenden. Als reden voor onvoldoende aandacht voor theorie wordt het meest genoemd geen tijd of geen interesse of 'komt niet aan bod'. Verder is nog genoemd dat de directe zorg voor gaat en dat er te weinig kennis voor aanwezig is of dat het niet gestimuleerd wordt of initiatieven worden 'weggewimpeld'.

11.4.2. Discussie

Het voorliggende rapport geeft een kwantitatief overzicht van het werk dat binnen de extramurale verpleging van het Kruiswerk in Nederland wordt verricht. Nadrukkelijk dient vermeld te worden dat het hier gaat om een beschrijving van de werkzaamheden zoals die

daadwerkelijk worden uitgevoerd, en niet om een beoordeling van de wenselijkheid of de kwaliteit ervan.
In deze discussie willen we een aantal bevindingen nader beschouwen in het kader van actuele ontwikkelingen binnen de extramurale verpleging en de thuiszorg. Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen aan bod komen: (1) het onderscheid tussen twee deskundigheidsniveaus binnen het verpleegkundig beroepsprofiel; (2) de coördinerende taak van de wijkverpleegkundige; (3) preventie; (4) de aandacht voor de mantelzorg; (5) avond- en weekendzorg; en (5) gedifferentieerd werken.

Momenteel werken er in de extramurale verpleging personen met de volgende opleidingen: Verpleegkundigen met een HBO-V of met een MGZ-opleiding, verpleegkundigen met een A of B opleiding, wijkziekenverzorgenden en MDGO-VP opgeleiden. Volgens het verpleegkundig beroepsprofiel (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988) behoren binnen de extramurale verpleging, de verpleegkundigen met een HBO-V of met een MGZ-opleiding tot het eerste deskundigheidsniveau en alle andere verplegenden of verzorgenden tot het tweede deskundigheidsniveau.
Bij het onderscheid in twee deskundigheidsniveaus gaat het niet om het toewijzen van taken, maar om de toewijzing van patiënten aan een verpleegkundig beroepsbeoefenaar. Als uitgangspunt voor de toewijzing van patiënten geldt de mate van complexiteit van de verpleegsituatie. In het verpleegkundig beroepsprofiel wordt het begrip complexiteit van de verpleegsituatie niet nader gedefinieerd. Wel worden een aantal aspecten genoemd die van belang zijn bij het vaststellen van de mate van complexiteit. Bijvoorbeeld, de mate van bedreiging van de gezondheidstoestand van de patiënt, de snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand van de patiënt en het al dan niet aanwezig zijn van andere disciplines bij de patiënt.
Voor het proces van patiëntentoewijzing binnen de verpleging is de verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau verantwoordelijk. Tot slot blijkt uit het verpleegkundig beroepsprofiel dat de verplegenden van het eerste en het tweede deskundigheidsniveau wel dezelfde taken toebedeeld krijgen, maar dat de taken van het

eerste deskundigheidsniveau veelal breder zijn. Dit geldt met name voor de preventieve en voorlichtende taken, de coördinerende taken en een aantal complexe verpleegtechnische handelingen.
In ons onderzoek zagen we dat werkzaamheden binnen de jeugdgezondheidszorg (preventieve en voorlichtende taak) vrijwel uitsluitend door wijkverpleegkundigen worden gedaan. Hetzelfde geldt, in iets mindere mate, voor het houden van intake-gesprekken (coördinerende taak). Specifieke preventieve activiteiten gericht op ouderen worden daarentegen vaker door wijkziekenverzorgenden verricht.
Wat de zorgverlening tijdens huisbezoeken betreft, zijn de verschillen tussen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden minder duidelijk. Wél hebben we gevonden dat wijkziekenverzorgenden vaker hulp bij ADL verlenen en dat wijkverpleegkundigen vaker psycho-sociale begeleiding geven en vaker nieuwe symptomen observeren bij hun patiënten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat wijkverpleegkundigen vaker zorg verlenen aan patiënten die in een minder stabiele of meer complexe verpleegsituatie verkeren. Een definitieve conclusie omtrent deze kwestie kunnen we op grond van onze bevindingen niet trekken, omdat de complexiteit van de verpleegsituatie in onze studie niet als zodanig is onderzocht. Om gefundeerde uitspraken te doen over het feit of wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden patiënten toegewezen krijgen, die worden gekenmerkt door een meer, respectievelijk minder complexe verpleegsituatie moet in de eerste plaats nauwkeurig worden vastgesteld wat onder het begrip 'complexe verpleegsituatie' wordt verstaan. Ten tweede moet er een relatie worden gelegd met het concrete verpleegkundig handelen.

Naar onze mening bestaat, met name in het kader van het beheersen van de kosten van de thuisverpleging, vrij gemakkelijk de neiging om te concluderen dat wijkverpleegkundigen vaak zorg verlenen die evengoed door een (goedkopere) wijkziekenverzorgende kan worden verleend. Dit gebeurt dan op grond van cijfers die weinig zeggen over de complexiteit van de zorgverlening (zie bijvoorbeeld Van Enckevort e.a., 1987). Het is echter de vraag of het zonder meer vervangen van wijkverpleegkundigen door wijkzieken-

verzorgenden daadwerkelijk tot de beoogde winst leidt (zie bijvoorbeeld Buyssen, 1990).

Vanuit het oogpunt van doelmatigheid is het wèl van groot belang dat er goede criteria worden ontwikkeld voor patiënten-toewijzing, met als doel een zo optimaal mogelijke inzet van deskundigheid te realiseren. Tevens dient het (algemene) verpleegkundig beroepsprofiel voor de extramurale verpleging nader geconcretiseerd te worden. Indien deze instrumenten voorhanden zijn, zal beter ingeschat kunnen worden hoeveel menskracht op welk deskundigheidsniveau nodig is, zonder dat de kwaliteit van de zorgverlening wordt aangetast.

Een consequent doorvoeren van patiententoedeling op grond van twee deskundigheidsniveau's zal tot gevolg hebben dat de wijkziekenverzorgenden steeds meer de zorg krijgen voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. De wijkverpleegkundigen krijgen te maken met steeds meer complexe patiënten die zorg behoeven in de vorm van nazorg (medisch-technisch handelen), terminale zorg en aanvullende of 24-uurs thuiszorg. Hierdoor wordt niet alleen de curatieve taak van hen zwaarder, maar wordt ook een groter beroep gedaan op hun **coördinerende taken** (Herbschleb, 1988; MGZ-Aktueel, 1988). Omdat zij verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en de continuïteit van de geleverde zorg aan de door hen toebedeelde patiënten, zijn zij in veel gevallen de aangewezen persoon om deze zorg te coördineren. Indien de integratie van Kruiswerk en gezinsverzorging op landelijk niveau, ook op regionaal niveau leidt tot een geïntegreerd thuiszorgaanbod lijkt de wijkverpleegkundige, gezien haar opleiding, de aangewezen persoon die de intake-gesprekken voert, de verpleegkundige diagnose stelt en verantwoordelijk is voor de organisatie en evaluatie van de zorgverlening. Binnen de opleiding van de wijkverpleegkundige dient dan ook de nodige aandacht besteed te worden aan de coördinerende taak binnen de thuiszorg.

Uit de gegevens verkregen via het registratie-onderzoek blijkt dat wijkverpleegkundigen gemiddeld 22.5% en wijkziekenverzorgenden

8% van hun werktijd aan specifieke op **preventie** en **voorlichting** gerichte taken besteden. Uit de beroepsprofielen voor beide functionarissen blijkt dat dit een essentieel onderdeel van hun werkzaamheden dient te zijn. Immers naast zorgverlening tot genezing of verlichting van lijden, dient de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende waar mogelijk de gezondheid van de bevolking in stand te houden en ziekte of handicap te voorkomen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988).
In het geval van de wijkverpleegkundigen lijkt hieraan gemiddeld redelijk veel aandacht te worden besteed, bijna een kwart van hun werktijd, hoewel dit hoofdzakelijk preventie en voorlichting betreft in het kader van de JGZ. Daarbij moet vermeld worden dat een derde van de wijkverpleegkundigen geen huisbezoeken aflegt aan kinderen in de kleuterleeftijd.
In een recent onderzoek naar het huisbezoek aan kleuters in Midden-Brabant (Bastiaenen e.a., 1989) wordt aanbevolen om zorgvuldig af te wegen of structurele kleuterhuisbezoeken in alle gevallen noodzakelijk zijn. We weten echter niet of de betreffende wijkverpleegkundigen uit ons onderzoek géén preventieve huisbezoeken aan kleuters afleggen omdat ze het niet noodzakelijk vinden òf omdat de curatieve werkdruk te groot is. Vanwege het feit dat er door hen geen enkel huisbezoek is afgelegd, lijkt het laatste het meest waarschijnlijk.

Voor de wijkziekenverzorgenden ligt de situatie anders. Van de 8% werktijd die zij besteden aan specifieke preventieve en voorlichtende taken, wordt ruim de helft besteed aan spreekuur en 2.5% aan assisteren op consultatiebureau's, waar door hen weinig meer wordt gedaan dan wegen en meten. Zodoende blijft er gemiddeld maar 1% van hun werktijd over die aan preventieve huisbezoeken aan ouderen wordt besteed. Hierbij dient bovendien te worden aangetekend dat dit soort bezoeken maar door 43% van de wijkziekenverzorgenden wordt afgelegd. Hoewel ook hier sprake is van groepsvoorlichting, lijkt ons het preventieve huisbezoek toch te kort te schieten, zeker in het licht van de steeds groter wordende groep bejaarden. Bovendien wordt in het beroepsprofiel van de wijkzieken-

verzorgenden GVO aan bejaarden expliciet genoemd als onderdeel van een van de primaire taken van de wijkziekenverzorgenden (Nationale Kruisvereniging, 1987).
Het geringe aantal preventieve huisbezoeken dat in ons onderzoek is geregistreerd en het feit dat wijkverpleegkundigen deze bezoeken bijna helemaal niet meer afleggen, doet vermoeden dat er een grote groep bejaarden zal zijn waarmee de wijkverpleging geen contact heeft. Toch worden er regelmatig pleidooien gehouden voor preventieve huisbezoeken aan bejaarden (Buyssen, 1989), terwijl uit buitenlands onderzoek blijkt dat dergelijke huisbezoeken wel degelijk vruchten afwerpen (Hendriksen e.a., 1984, Vetter, 1984).
Ook door de overheid wordt het belang van de preventieve zorg voor ouderen benadrukt. In het kerndocument 'Doelgericht Veranderen' (Ministerie van WVC, 1989a) wordt als doel geformuleerd, tussen 1990 en 1995 een samenhangend beleid met betrekking tot preventie voor ouderen tot stand te brengen. In de discussienota 'Veroudering en preventie' (Ministerie van WVC, 1989b) wordt gesteld dat preventie bij kan dragen aan de kwaliteit van het leven van de ouder wordende mens, door ouderen in staat te stellen de gevolgen en gegevenheden van het ouderdomsproces beter het hoofd te bieden.
Uit de enquête blijkt dat 20% van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden meer tijd wil besteden aan voorlichting en preventie, en wijkziekenverzorgenden daarnaast speciaal meer tijd zouden willen hebben voor zorg aan ouderen (19%).
We willen er voor pleiten dat er weer meer aandacht voor preventie, en met name met betrekking tot ouderen, komt. Door de curatieve werkdruk dreigt deze taak geruisloos te verdwijnen, hetgeen tot gevolg heeft dat de mogelijkheden, om via de wijkverpleging gezondheids- en sociale problemen te signaleren of te voorkomen, onvoldoende wordt benut.

Tussen de verleners van **mantelzorg** en de professionele hulpverleners lijkt een soort wisselwerking te bestaan, waarbij een goede samenwerking tussen beide typen zorgverleners essentieel is voor

kwalitatief goede zorg. De mantelzorg kan in veel gevallen niet zonder de steun van de wijkverpleging, zeker wanneer de zorgsituatie langer duurt of ernstiger is (Leemeijer, e.a.,1986; Windig, 1988). Dit komt ook naar voren uit de cijfers van ons onderzoek. Tijdens 42% van de huisbezoeken bleek de mantelzorg steun of voorlichting te behoeven, waarbij gemiddeld drie handelingen per huisbezoek genoteerd werden in de vorm van hulp aan mantelzorg, in 30% van de gevallen waren dit zelfs vier of meer handelingen.
Daarnaast is het in veel gevallen alleen dankzij de extra inspanningen van de mantelzorg mogelijk om patiënten in de thuiszorg goed te kunnen en te kunnen blijven verzorgen. Bovendien wordt ontslag uit verpleeghuis of ziekenhuis bij nog zorgbehoevende patiënten ten gunste van intensieve thuisverpleging alleen (Knapen e.a., 1988) toegestaan indien er voldoende hulp van mantelzorg aanwezig is. Beleidsmakers dienen derhalve te beseffen dat professionele zorg in de eerste lijn slechts tot op zekere hoogte vervangbaar is door mantelzorg en dat zorg voor de mantelzorg extra hulp en aandacht van de thuisverpleging vereist.

's Avonds en **in het weekend** wordt tijdens 86% van de huisbezoeken verpleegtechnische handelingen verricht, waarbij het gezien de ernst van de patiënten en het soort handelingen dat verricht wordt, zeker niet alleen om de simpelere handelingen gaat. Uit onze gegevens blijkt dat in het weekend overdag deze zorg op veel plaatsen mede verleend wordt door wijkverpleegkundigen uit de dagdienst, maar dat dit 's avonds bijna uitsluitend door speciale avond/-weekendploegen geschiedt. Deze laatste ploegen blijken echter voor een groot deel te bestaan uit personen die alleen in het bezit zijn van een A of B diploma verpleegkunde en dus zogenaamde verpleegkundigen in de wijk zijn. In onze steekproef gold dit voor 18 van de 29 speciale avond- of weekendverpleegkundigen. Gezien het tekort aan wijkverpleegkundigen is dit een praktische oplossing, waarover in het veld een grote mate van tevredenheid bestaat, niet in de laatste plaats omdat deze verpleegkundigen in de wijk wel grote ervaring hebben met curatieve zorgverlening (Verschuren en van Leeuwen, 1989). Deze verpleegkundigen in de wijk zijn echter

volgens het verpleegkundig beroepsprofiel functionarissen van het tweede deskundigheidsniveau.
Als alternatieve oplossing wordt wel genoemd het instellen van roulerende diensten (De verlengde dag, NK, 1987). Bezwaar hiertegen is het feit dat juist veel verpleegkundigen in de wijk zijn gaan werken om van roulerende diensten verlost te zijn. Een ander, zwaarwegender bezwaar, is dat dit systeem gedifferentieerd werken in de wijk veel minder uitvoerbaar maakt, iets dat momenteel om andere redenen weer in de picture is.

Gedifferentieerd werken wordt namelijk door velen gezien als oplossing voor een aantal problemen die door de huidige verschuivingen binnen het veld van de extramurale verpleging ontstaan. De kwaliteit van zorg loopt namelijk gevaar door de toenemende druk op de thuiszorg doordat méér mensen, langduriger en intensiever (24 uur per dag) verpleegd dienen te worden, zonder dat hier substantiële personeelsuitbreidingen tegenover staan. Een goede oplossing hiervoor lijkt juist in gedifferentieerd werken te kunnen liggen, mits op de goede manier toegepast (Buyssen en Burgers, 1988; Ropping, 1989). Dat wil zeggen wel specialiseren, maar niet in iedere basiseenheid op elk specifiek terrein, maar per regio slechts één of enkele personen, afhankelijk van de behoefte. Deze gespecialiseerde personen kunnen het beste gedifferentieerd werken, zodat ze toch hun voeling met het all-round gebeuren in de wijk behouden, terwijl de anderen zonodig een beroep kunnen doen op hun speciale kennis. Uit de enquête van ons onderzoek kwam naar voren dat 45% van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden liever gedifferentieerd dan all- round zou willen werken, maar in Breda is gebleken (Buyssen en Burgers, 1988) dat all-round werken daar de voorkeur geniet, hoewel tijdelijk gedifferentieerd werken wel aantrekkelijk wordt gevonden.

Aan het slot van deze discussie nog enkele aanbevelingen voor nader onderzoek. Nadat nu een overzicht voorhanden is van de werkzaamheden die door de wijkverpleging worden verricht en van de tijdsbesteding aan de verschillende taken zou, gezien de actuele

discussie, vervolgonderzoek gericht moeten zijn op de ontwikkeling en evaluatie van criteria voor patiëntentoewijzing aan de twee deskundigheidsniveaus binnen de extramurale verpleging. Dit betekent dat het begrip complexiteit van de verpleegsituatie nader uitgewerkt en onderzocht dient te worden. Vanuit het oogpunt van doelmatigheid is het van groot belang dat deze criteria zorgvuldig worden ontwikkeld, met als doel een zo optimaal mogelijke inzet van deskundigheid te realiseren zonder dat de kwaliteit van zorg wordt aangetast.

Dit brengt ons bij de tweede aanbeveling voor nader onderzoek: Onderzoek naar de kwaliteit van extramurale verpleegkundige zorg. De verwachting is dat de AWBZ-erkenningsnormen in de toekomst soepeler zullen worden gehanteerd of zelfs geheel worden vervangen door een stelsel van kwaliteitscertificaties (Lapré e.a., 1990).

Door Appelman e.a. (1989) zijn recentelijk kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging ontwikkeld. Nader onderzoek dient gericht te zijn op het daadwerkelijk toetsen van de kwaliteit van de extramurale verpleegkundige zorg.

LITERATUUR

ANDERSEN, R., J.F. NEWMAN. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly; 51, 1973, p.95-124.

APPELMAN, A., H. LIGTENBERG, B. VAN BERGEN. L. HOLLANDS. Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging. Lochem: De Tijdstroom, 1989.

BASTIAENEN, J., J. DRESMÉ. Het structurele kleuterhuisbezoek: luxe of noodzaak? Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989.

BESTEMAN, A., H. DRESMé. Eindverslag van het experiment 24-uurs zorgverlening. Goes, Nijmegen: Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis, 1985.

BOERMA, W.G.W. Preventieve zorg in de gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NIVEL, 1985.

BOOM, K.C., M. LEEMEIJER, W.J.A. VAN DEN HEUVEL. Thuiszorg door 24-uurs kruiszorg. Groningen: R.U.G. vakgroep medische sociologie, 1986.

BUIJSSEN, H. Kiezen tussen eerste en tweede deskundigheidsniveau: Waar ligt de winst en wat is het verlies? MGZ, 18, 1990, no.2, p.12-15.

BUIJSSEN, H., N. BURGERS. Gedifferentieerd werken biedt voordelen, maar all-round werken blijft ideaal. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16, 1988, no.2, p.12-14.

BUYSSEN, H. Preventief huisbezoek is beslist de moeite waard! MGZ 1989, 7/8, p.16-19.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Personeelsgegevens van Kruisorganisaties, 1987. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1989, 8, no. 4, p. 2-22.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch zakboek 1990. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1990.

CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Rapport inzake kwantitatieve verschuivingen in de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg (1974-1977). Rijswijk: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1979.

CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Een verkennend statistisch onderzoek naar de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg in 1974. Rijswijk: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1978.

CHATAB, J. Consultatiebureau-teams in beeld: een onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1989.

DEUTEKOM, E.J., A.M. ELIENS. Het preventieve huisbezoek aan bejaarden: op welke wijze hanteren wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden het preventieve huisbezoek aan bejaarden in hun dagelijkse werk? Maastricht: z.n., 1983. Scriptie in het kader van de opleiding Sociale Gezondheidkunde, R.L.

DUNNELL, K., J. DOBBS. Nurses working in the community. London: Her Majesty's Stationery Office, 1982.

ENCKEVORT VAN , P., F. LAPRÉ. Naar een meer efficiënte zorgverlening. MGZ, 15, 1987, no.4, p.34-35.

HELMOND-DONDERS, T. VAN. De zorg met cijfers te lijf: mogelijkheden tot verbetering van het wijkadministratiesysteem (WAS) aan de hand van ervaringen uit de wijkverpleegkundige praktijk. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no.1, p.10-13.

HENDRIKSEN, C., LUND, E., E. STROMGARD. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. British Medical Journal, 289, 1984, p. 1522-1524.

HERBSCHLEB, G. Wijkverpleging in staat tot coördinatie gehandicaptenzorg. MGZ, 16, 1988, no. 7/8, p.28-29.

HERBSCHLEB, G. Migranten weten nog onvoldoende wat thuiszorg te bieden heeft. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 17, 1989, no.5, p.18-21.

HOEKSMA, B.H. Onderzoek tijdsnormstelling Kruiswerk Twente. Hengelo: Hoeksma, Homans en Menting, 1985.

KERKSTRA, A., A.M.G.J. DE WIT. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden: instrumentontwikkeling, Utrecht: NIVEL, 1987.

KNAPEN, M., J. MENSINK, C. RAMAKERS. Experimenten thuisverpleging: eindrapportage over de proefperiode van september 1987 tot mei 1988. Nijmegen: ITS, 1988.

KNAPEN, M.H.J.M., W.C.M. SCHEFFER, J.M. HUTJES. Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg. Nijmegen: ITS, 1975.

LANDELIJKE WERKGROEP BEVORDERING EXTRAMURALE CARAZORG. Voortgangsrapport 1987. Leusden/Bunnik: Nederlands Astma Fonds, Nationale Kruisvereniging, 1987.

LAPRÉ, F., J. VAN WESTERING. Haalt de wijkverpleging het jaar 2000? MGZ, 18, 1990, no.2, p.6-9.

LEEMEIJER, M., Th.P.M. SUURMEIJER, W.J.A. VAN DEN HEUVEL. Thuiszorg door 24-uurs kruiszorg. Verslag van een evaluatie-onderzoek naar 7x24 uurszorgverlening bij de wijkverpleging in Friesland. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Medische Sociologie, 1986.

MGZ-AKTUEEL. Proeffase experimenten thuisverpleging biedt veel inzicht in behoeften en knelpunten. MGZ, 16, 1988, no. 7/8, p. 40-44.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerstelijnszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Kerndocument doelgericht veranderen. 's-Gravenhage, 1989.

MUSKENS, G.J. Wijkverpleging en GVO. Tilburg: Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek 1984.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1981.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Algemeen profiel van de functie van wijkverpleegkundige; discussie nota. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in Beeld. Verantwoording 1981-1985, meerjarenraming 1987-1990. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Adressenbestand (voorlopig) Erkende Kruisorganisaties. Bunnik: 1987a.

NATIONALE KRUISVERENIGING. De wijkziekenverzorgende. Profiel van een zorgverleningsfunctie in het kruiswerk. Bunnik: Nationale Kruisverening, 1987b.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage: Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, Kruiswerk 1984. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987c.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Preventieve ouderenzorg door het kruiswerk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987d.

NATIONALE KRUISVERENIGING. De verlengde dag. Basismodel voor de organisatorische vormgeving van de 24-uurs zorgverlening. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987e.

NATIONALE KRUISVERENIGING. De Kruisorganisatie. Bunnik, 1989.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Peilstations Kruiswerk 1987. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage jeugdgezondheidszorg 0-schoolgaand, Kruiswerk 1987. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1989.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies verpleegkundig beroepsprofiel. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1984.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Reacties op het advies verpleegkundig beroepsprofiel. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988a.

BIJLAGEN

BIJLAGE I

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Verpleegkundig Beroepsprofiel. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988b.

NUYENS, W., VAN DER SPELD, G.D.J. Deeltijdarbeid in de wijkverpleging. Tilburg/Utrecht: IVA/NIVEL, 1987.

PROVINCIALE KRUISVERENIGING NOORD BRABANT. Handleiding wijkverpleging, samengesteld in het kader van het project Vaststelling taakinhoud wijkverpleging. Tilburg, 1987.

ROPPING, R. Haags kruiswerk: speciale taken voor wijkverpleging, maar iedereen wel in de patiëntenzorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg: 17, 1989, no. 11, p.12-14.

THIJE, A.J. TEN. De zorgverlening van de wijkverpleging volgens het wijkadministratiesysteem. Maastricht: z.n., 1985. Doctoraalscriptie in het kader van de studie Gezondheidswetenschappen, R.L.

VERSCHUREN, M., G. VAN LEEUWEN. Verpleegkundigen-in-de-wijk voor avondzorg: een successtory. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 17, 1989, no.4, p.26-29.

VETTER N.J., JONES, D.A., C.R. VICTOR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomised controlled trial. British Medical Journal, 288, 1984, p. 369-372.

VORST-THIJSSEN, T.M.L. De zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1987.

WINDIG, A.J. Wijkverpleging onder spanning. Leeuwarden: Provinciale Friese Kruisvereniging, 1988.

Naam patiënt: enquetefarm code overcap invulla [illegible]

INTAKE GESPREK

Formulier A

Code WV/WZV:
Datum:

Reistijd: min.
Aanvang huisbezoek:

Patiëntencode:

PATIËNTGEGEVENS

leeftijd: jaar
0 man 0 vrouw

Samenlevingsverband
0 alleenstaand
samenwonend met:
0 partner
0 ouders
0 kind(eren)
0 andere familieleden
0 anders, nl.:

Land van herkomst
0 Nederland
0 Ned. Antillen en Suriname
0 Turkije
0 Marokko
0 anders, nl.:

Aangemeld door:
0 patiënt zelf of familielid
0 huisarts
0 gezinszorg
0 ziekenhuis/verpleeghuis
0 anders, nl.:

Verleners van mantelzorg
0 partner
0 kinderen/familie (inwonend)
0 uitwonende familieleden
0 vrienden/kennissen
0 buren
0 georganiseerd vrijwilligerswerk

Reden gewenste WV-hulp
0 nazorg
0 terminale zorg
0 achterliggende ziekte
0 (alleen) zorgactiviteiten, bijvoorbeeld bij ouderen
0 anders, nl.:

Achterliggende ziekte
0 aandoeningen van het bewegingsapparaat
0 neurologische aandoeningen
0 diabetes
0 CARA
0 kanker
0 hersenbloeding, herseninfarct, (CVA)
0 andere hart- en vaatziekten
0 dementie (incl. Alzheimer)
0 Aids
0 lichamelijke handicap
0 overige, nl.:

AFNEMEN ANAMNESE

0 medische voorgeschiedenis en diagnose
0 lichamelijke gesteldheid
0 lichamelijke afwijkingen
0 psychische gesteldheid
0 medicijngebruik
0 diëet
0 (mogelijkheid) van zelfzorg
0 (mogelijkheid) van mantelzorg
0 woonsituatie
0 kennis t.a.v. ziekte
0 verwachtingen van de wijkverpleegkundige zorg
0 hulp van andere hulpverleners
0 andere zaken, nl.:

OPSTELLEN VERPLEEGPLAN

0 verpleegkundige diagnose
0 zelfzorg
0 mantelzorg
0 doel WV-zorg
0 (planning) WV-zorg
0 evaluatiedatum
0 andere activiteiten, nl.:

Wie zal de wijkverpleegkundige zorg gaan verlenen:
0 ikzelf
0 een collega-wijkverpleegkundige
0 een collega-wijkziekenverzorgende
0 anderen, nl.:

OVERIGE ACTIVITEITEN

Voorlichting geven over:
0 medicijnen
0 voeding
0 verzorging
0 kruiswerk
0 afspraak maken
0 administratie
0 andere activiteiten, nl.:

VERTREKTIJD

Tijdstip beëindiging huisbezoek:

Aantal nieuwe patiënten:

0 één 0 twee

Naam patiënt:

HUISBEZOEK VOOR ALLE LEEFTIJDSCATEGORIEËN

Formulier B

Code WV/WZV
Datum:

Reistijd: min.
Aanvang huisbezoek: uur.

Patiëntencode:

PATIËNTGEGEVENS

leeftijd: jaar
0 man 0 vrouw

Samenlevingsverband
0 alleenstaand
samenwonend met:
0 partner
0 ouders
0 kind(eren)
0 andere familieleden
0 anders, nl.:

LAND VAN HERKOMST
0 Nederland
0 Suriname en Ned. Antillen
0 Turkije
0 Marokko
0 anders, nl.:

Ontvangt zorg van
0 dagzorg
0 avondzorg
0 nachtzorg
0 mantelzorg
0 zorg in het weekend

Verleners van mantelzorg
0 partner
0 kinderen/familie (inwonend)
0 uitwonende familieleden
0 vrienden/kennissen
0 buren
0 georganiseerd vrijwilligerswerk

Reden huisbezoek
0 nazorg
0 terminale zorg
0 controle
0 voorlichting
0 achterliggende ziekte
0 (alleen) zorgactiviteiten
0 anders, nl.:

Achterliggende ziekte
0 aandoeningen van het bewegingsapparaat
0 neurologische aandoeningen
0 diabetes
0 CARA
0 kanker
0 hersenbloeding, herseninfarct, (CVA)
0 andere hart- en vaatziekten
0 dementie (incl. Alzheimer)
0 Aids
0 lichamelijke handicap
0 overige, nl.:

ZORGACTIVITEITEN

1. LICHAMELIJK-HYGIENISCHE ZORG (ADL-FUNCTIES)

hulpverlening bij:
0 wassen
0 haar verzorgen
0 haar wassen
0 hand- en voetverzorging huid, nagel.
0 aan- en uitkleden
0 aandoen van prothese/steunkousen, e.d.
0 verplaatsen patiënt / Bevrijden
0 op postoel/naar toilet helpen
0 stimuleren zelfzorg m.b.t. ADL-functies
0 anders, nl.:

2. HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN

0 eten of drinken verzorgen
0 douche/badkamer opruimen
0 andere huishoudelijke activiteiten, nl.:

3. VERPLEEGTECHNISCH HANDELEN

0 catheteriseren
0 catheter verzorgen/uritip aanbrengen
0 clysma geven
0 UP/AP verzorgen
0 wond verzorgen
0 decubitus voorkomen
0 decubitus verzorgen
0 poederen
0 zalf aanbrengen
0 injectie(s) geven
0 medicijnen toedienen
0 druk- of steunverband aanbrengen
0 bed opmaken/verschonen
0 temperatuur opnemen
0 pols/ademhaling controleren RR
0 wegen
0 oefenen van ledematen
0 andere handelingen, nl.:

4. GVO-AKTIVITEITEN

Voorlichting geven/praten over
0 aard ziekte, klachten, etc.
0 medicijngebruik (voorlichting)
0 behandelwijze WV/WZV
Mogelijkheden van:
0 zelfzorg
0 mantelzorg
0 lotgenotencontact
0 hulpmiddelen
0 andere professionele hulp
0 aanpassingen woning
0 kruiswerk
0 andere zaken, nl.:

Stimuleren en helpen bij het realiseren van:
0 voeding en dieet
0 gerichte ADL-training (revalidatie)
0 gebruik hulpmiddelen
0 voorgeschreven leefwijze
0 bezoek andere hulpverleners
0 anders, nl.:

5. PSYCHOSOCIALE ACTIVITEITEN

a. Aard van de problemen
0 opname/ontslag ziekenhuis, verpleeghuis
0 opname bejaardenhuis
0 eenzaamheid
0 acceptatie ziekte/handicap
0 acceptatie van sterven door patiënt
0 acceptatie door familie van sterven v.d. patiënt
0 ouder-kind relatie
0 huwelijksproblemen
0 partner niet in staat tot mantelzorg
0 anders, nl.:

b. Omgaan met de problemen
0 niets doen (negeren)
0 luisteren
0 begrip/medeleven tonen
0 oplossing zoeken
0 voorlichting/advies geven
0 patiënt stimuleren tot bepaald gedrag (zelfhulp)
0 doorverwijzen
0 bemiddelen bij doorverwijzing
0 anders, nl.:

6. MANTELZORG

Stimuleren en ondersteunen verleners van mantelzorg:
0 mogelijkheden bespreken
0 toestand patiënt bespreken
0 instructie geven
0 emotionele steun verlenen
0 bespreken of mantelzorg het aankan
0 anders, nl.:

7. OBSERVEREN

Observeren en vroegtijdig signaleren
Van nieuwe symptomen van ziekte of handicap op het
0 lichamelijke vlak
0 psychische vlak
0 sociale vlak

Naar aanleiding van genoemde observatie besluit u:
0 het nog even aan te zien
0 de zorg aan de patiënt bij te stellen
0 iemand te consulteren, nl.:

0 de patiënt door te verwijzen naar:

8. SOCIALE EN ADMINISTRATIEVE ACTIVITEITEN

0 praatje maken
0 informeren naar toestand patiënt
0 informeren naar wat gedaan moet worden
0 afspraak maken
0 administratieve werkzaamheden
0 overige activiteiten, nl.:

VERTREKTIJD

Huisbezoek beëindigd om: uur

Aantal behandelde patiënten:

0 één 0 twee

0 eerste zorgbezoek
0 vervolg zorgbezoek
0 laatste zorgbezoek

Naam patiënt:

HUISBEZOEKEN TEN BEHOEVE VAN SPECIFIEKE LEEFTIJDSGROEPEN

Formulier C

Code WV/WZV:
Datum:

Reistijd: min.
Aanvang huisbezoek:

Patiëntencode:

PATIËNTGEGEVENS

leeftijd: jaar
maanden
weken

0 man
0 vrouw

Samenlevingsverband
0 alleenstaand
samenwonend met:
0 partner
0 kind(eren)
0 ouders
0 andere familieleden
0 anders, nl.:

Land van herkomst
0 Nederland
0 Suriname en Ned. Antillen
0 Turkije
0 Marokko
0 anders, nl.:

0 PRENATAAL HUISBEZOEK

Voorlichting geven/praten over:
0 voeding moeder
0 (borst)voeding baby
0 lichaamsverzorging
0 beweging/rust
0 baby-uitzet
0 benodigdheden partus
0 bevalling
0 kraamhulp
0 kruiswerk/zuigelingen CB
0 beleving zwangerschap
0 beleving a.s. ouderschap
0 andere zaken, nl.:

Overige activiteiten
0 bespreken problemen zwangerschap
0 gewoon praatje maken
0 doorverwijzen
0 afspraak volgend bezoek
0 administratieve werkzaamheden
0 andere activiteiten, nl.:

0 ZUIGELINGENHUISBEZOEK

Voorlichting geven/praten over:
0 dagindeling/regelmaat baby
0 lichamelijke verzorging baby
0 (borst)voeding
0 huilen
0 omgevingstemperatuur baby
0 lichamelijke ontwikkeling
0 ontwikkeling zintuigen
0 inentingen
0 opvoedingsaspecten
0 relatie moeder/baby
0 relatie andere kinderen/baby
0 de bevalling
0 het ouderschap
0 oudercursus/gespreksgroep
0 kruiswerk en CB
0 bereikbaarheid WV
0 andere zaken, nl.:

Overige activiteiten
0 PKU/CHT onderzoek
0 controleren navel
0 gewoon praatje maken
0 doorverwijzen
0 administratieve werkzaamheden
0 afspraak maken
0 andere activiteiten, nl.:

0 KLEUTERHUISBEZOEK

Voorlichting geven/praten over:
0 voeding/eetgedrag
0 lichamelijke verzorging
0 slaapgedrag
0 zindelijkheid
0 spraakontwikkeling
0 lichamelijke ontwikkeling
0 ontwikkeling zintuigen
0 opvoedingsaspecten
0 voorkómen van ongelukken
0 inentingen
0 peuterspeelzaal/kleuterschool
0 spel
0 oudercursus/gespreksgroep
0 kruiswerk en CB
0 bereikbaarheid WV
0 andere zaken, nl.:

Overige activiteiten
0 gewoon praatje maken
0 doorverwijzen
0 administratieve werkzaamheden
0 afspraak maken
0 andere activiteiten, nl.:

0 PREVENTIEF OUDERENBEZOEK

Voorlichting geven/praten over:
0 voeding/diëet
0 medicijnen
0 lichamelijke verzorging
0 verwarming
0 veiligheid in/om huis
0 hulpdiensten/activiteiten
0 taak andere professies in de gezondheidszorg
0 serviceflat/bejaardenhuis
0 rechten van ouderen
0 kruiswerk
0 andere zaken, nl.:

Overige activiteiten
Signaleren en bespreken van problemen op het:
0 somatische vlak
0 psychische vlak
0 sociale vlak
0 materiële vlak
0 stimuleren tot activiteiten
0 verwijzen
0 administratieve werkzaamheden
0 gewoon praatje maken
0 andere activiteiten, nl.:

VERTREKTIJD

Tijdstip beëindiging huisbezoek:

CONSULTATIEBUREAU

Formulier D

Code WV/WZV:

Datum:

ALGEMENE GEGEVENS

0 zuigelingenbureau
0 kleuterbureau
0 gemengd bureau
0 bureau oude stijl
0 bureau nieuwe stijl
0 de CB-arts is huisarts
0 de CB-arts is een speciale consultatiebureau-arts

aantal zuigelingen:
van Nederlandse ouders:
van buitenlandse ouders:
aantal kleuters:
van Nederlandse ouders:
van buitenlandse ouders:

tijdsduur voorbereiding : min
tijdsduur CB-zitting : min
tijdsduur bespreking bureau: min
tijdsduur opruimen : min

ZORGACTIVITEITEN

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k	z	k
0 informeren naar (gezondheids)toestand kind	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 wegen/meten	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 voedingsadviezen geven	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 voorlichting borstvoeding	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 opvoedingsvoorlichting	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 bespreken groei kind	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 testen gezichtsvermogen	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 observeren gedrag kind (psycho-motorische ontwikkeling)	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 observeren ouder-kind relatie	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 signaleren ouder-kind problemen	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 bespreken ouder-kind problemen	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 inenting klaarmaken	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 inenten	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 afspraak gehoorscreening	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 afspraak extra huisbezoek	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 verwijzen	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 afspraak volgende CB maken	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
0 andere activiteiten, nl.:	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	

Opmerkingen:

SPREEKUUR			Formulier E
Code WV/WZV:	Datum: Tijdsduur spreekuur:	Spreekuur in combinatie met uitleen:	0 ja 0 nee

HULPVRAGEN	
1. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
2. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
3. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
4. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
5. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
6. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
7. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
8. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
9. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:
10. 0 persoonlijk 0 telefonisch	Inhoud vraag:

OVERLEGSITUATIES

Formulier F

Code WV/WZV: Week:

OVERLEG BINNEN HET KRUISWERK

Gestructureerd/vast overleg

Duur van ~~het overleg~~ ~~in minuten~~

- 0 BE-teamoverleg
- 0 subteamoverleg
- 0 werkbespreking met de HWV
- 0 overdracht avond-/nachtdienst
- 0 overdracht weekenddienst
  - met districtsverpleegkundige:
    - 0 jeugdgezondheidszorg
    - 0 oncologie
    - 0 diabetes
    - 0 reuma
    - 0 CARA
    - 0 ouderenzorg
    - 0 niet specifiek
- 0 met GVO-consulente
- 0 met diëtiste
- 0 met anderen, nl.:

Overleg niet op vaste tijden (incidenteel)

Duur ~~van het overleg~~ in minuten

	telefonisch	persoonlijk
0 met hoofdwijkverpleegkundige		
0 met avond-/nachtdienst		
0 met weekenddienst		
met districtsverpleegkundige:		
0 jeugdgezondheidszorg		
0 oncologie		
0 diabetes		
0 reuma		
0 CARA		
0 ouderenzorg		
0 niet specifiek		
0 met GVO-consulente		
0 met diëtiste		
0 met kraamcentrum		
0 met aanvullende thuiszorg		
0 met anderen, nl.:		

OVERLEG BUITEN HET KRUISWERK

Gestructureerd/vast overleg

Duur ~~van het~~ overleg in minuten

binnen het Gezondheidscentrum:
- 0 organisatorisch
- 0 patiëntgericht
- 0 zowel organisatorisch als patiënt gericht

ander eerstelijnsoverleg (bijv. binnen een home-team):
- 0 organisatorisch
- 0 patiëntgericht
- 0 zowel organisatorisch als patiënt gericht

- 0 met gezinszorg
- 0 met anderen, nl.:

Overleg niet op vaste tijden (incidenteel)

Zie ook 12 samenwerkingen

Duur ~~van het~~ overleg in minuten

	telefonisch	persoonlijk
0 met huisarts		
0 met fysiotherapeut		
0 met maatschappelijk werk		
0 met gezinszorg		
0 met specialist		
0 met RIAGG		
0 met arts verpleeghuis		
0 met verpleging verpleeghuis		
0 met verpleging ziekenhuis		
0 met bejaardentehuis		
0 met bejaardenzorg/dienstencentrum		
0 met gem. soc. dienst		
0 met indicatiecommissie tehuizen		
0 met apotheker		
0 met verpleegkundige van particulier bureau		
0 met georganiseerd vrijwilligerswerk		
0 met peuterspeelzaal		
0 met anderen, nl.:		

DAGELIJKSE ADMINISTRATIEVE WERKZAAMHEDEN EN TIJDMETING

Formulier G

Code WV/WZV:

Week:

ADMINISTRATIE

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
- administratie in het kader van het WAS-systeem	0	0	0	0	0	0	0
- schriftelijke overdracht voor avond- of nachtdienst	0	0	0	0	0	0	0
- schriftelijke weekend-overdracht	0	0	0	0	0	0	0
- schriftelijke overdracht voor intramurale instellingen	0	0	0	0	0	0	0
- gezins- of patiëntenkaarten opzoeken of opruimen	0	0	0	0	0	0	0
- administratie ten behoeve van CB (incl. versturen oproepkaarten)	0	0	0	0	0	0	0
- admnistratie ten behoeve van het eigen registratiesysteem van de BE.	0	0	0	0	0	0	0
- diversen, nl.	0	0	0	0	0	0	0
Totale tijd besteed aan administratie en verslaglegging	... min.	... min.	... min.	... min.	... min.	... min.	... min.
Totale tijd besteed aan registratie voor dit onderzoek	... min.	... min.	... min.	... min.	... min.	... min.	... min.

TIJDMETING

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
- niet patiëntgebonden reistijd	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur
- tijd besteed aan niet geregistreerde werkzaamheden, nl.:	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur
- tijd besteed aan het volgen van cursussen (binnen werktijd)	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur
- aantal gewerkte uren	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur
- aantal **niet** gewerkte uren vanwege: - ATV	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur
- ziekte	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur
- vakantie	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur
- compensatie	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur	... uur

- aantal avonden/nachten dienst gehad in het kader van de 24-uurs bereikbaarheid ... avonden ... nachten ... dagen

BIJLAGE II

WIJK/209/TV/NP

HANDLEIDING BIJ DE REGISTRATIEFORMULIEREN VOOR WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EN WIJKZIEKENVERZORGENDEN

INHOUD

INLEIDING

Het registratieproject omvat een aantal formulieren welke in deze handleiding worden besproken. Met deze formulieren kunnen zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden activiteiten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geregistreerd worden.

Bij patiëntgebonden activiteiten is er sprake van contact (verbaal of niet-verbaal) tussen wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende en patiënt. Hiervoor zijn de volgende registratieformulieren aanwezig:

A. Het intake gesprek
B. Huisbezoek voor alle leeftijdscategorieën
C. Huisbezoeken ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen
D. Consultatiebureau
E. Spreekuur.

Bij de niet patiëntgebonden activiteiten is er géén contact tussen de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende en patiënt. Hiervoor zijn de volgende formulieren:

F. Overlegsituaties
G. Dagelijkse administratieve werkzaamheden en tijdmeting

CONTROLEER OF AL DEZE FORMULIEREN AANWEZIG ZIJN.

De registratieperiode duurt in totaal twee maanden zowel voor diegenen die overdag werken als voor hen die in avond- of nachtdienst werken. Voor de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende die overdag werkzaam zijn, zijn de eerste twee weken het meest intensief, omdat dan alle voorkomende activiteiten geregistreerd dienen te worden. Daarna behoeven formulier B (huisbezoek voor alle leeftijdscategorieën) en formulier G (dagelijkse administratieve werkzaamheden en tijdmeting) door hen niet meer ingevuld te worden, alle overige formulieren wel.

De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in avond- of nachtdienst dienen zowel formulier B als G gedurende de hele registratieperiode te blijven invullen, omdat ze vaak per etmaal minder zorgpatiënten bezoeken of in deeltijd werken. Zij registreren dus gedurende twee maanden al hun werkzaamheden.

ALGEMENE INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN

- Vul de formulieren welke betrekking hebben op contacten met patiënten thuis, op het CB of het spreekuur (A t/m E) en op overlegsituaties (F) direct na afloop van dit contact in, desnoods bij de patiënt thuis. Dit om vergeten of verwarren te voorkomen.
- Het formulier over administratie en tijdmeting (G) kunt U éénmaal per dag invullen.
- Vul alle formulieren zo volledig mogelijk in, dit is van het grootste belang voor het welslagen van het onderzoek. Slecht ingevulde formulieren hebben geen waarde, zodat al Uw moeite dan voor niets is geweest.
- Bekijk vóórdat U aan de registratieperiode begint alle formulieren goed zodat U weet wat U dient in te vullen. Raadpleeg hiervoor bijgaande toelichting per formulier.
- Het is van belang dat U precies aangeeft welke activiteiten door U worden verricht, en hoeveel tijd deze kosten, ook als U denkt dat Uw situatie of die in Uw wijk of basiseenheid afwijkt van de gemiddelde situatie.

Hierna volgt een uitgebreide toelichting op elk formulier. Als er onduidelijkheden zijn moet U niet schromen om vragen te stellen want het is van het grootste belang dat de formulieren juist worden ingevuld. Voor vragen kunt U terecht bij Trees Vorst, de onderzoeker, of Jos Hoogstraten, onderzoeksassistent. Telefonisch zijn zij bereikbaar via het NIVEL in Utrecht: 030-319946.

FORMULIER A: INTAKEGESPREK

Dit zijn gesprekken die bij de patiënt aan huis worden gehouden, nadat deze bij de kruisvereniging een hulpvraag heeft ingediend en voordat de wijkverpleegkundige hulp begint. In acute situaties kan het echter gebeuren dat de hulp al gestart is alvorens het intakegesprek heeft plaatsgevonden. Het doel van dit gesprek is vooral het vaststellen van de hulpbehoefte en het opstellen van een verpleegplan.

Voor ieder intakegesprek dient een apart formulier gebruikt te worden. Ook als twee personen uit één gezin gelijktijdig zijn aangemeld, dient voor ieder van hen een eigen formulier te worden ingevuld.

Boven aan het formulier zit een strookje waarop de naam van de patiënt dient te worden ingevuld. Hierover meer op de volgende pagina bij de patiëntgegevens.

Daarna treft U onder de code WV/WZV een nummer aan dat ingevuld is door ons en dat voor U altijd hetzelfde zal zijn. Op deze wijze zijn de formulieren die U invult gelijk losgekoppeld van uw naam en kunnen zodoende anoniem in het onderzoek gebruikt worden.

Altijd ingevuld dienen te worden: datum, reistijd en aanvang intakegesprek en wel als volgt.
Bij de datum kunt U volstaan met het aangeven van de dag en maand waarop het contact plaatsvindt. Bijv. 6 aug. of 6-8.

Met reistijd wordt bedoeld het reizen binnen werktijd. Dus niet het reizen van huis naar werk en andersom. De reistijd heeft betrekking op het reizen van het wijkgebouw naar een patiënt waar een huisbezoek of intakegesprek wordt afgelegd of de tijd die nodig is om van de ene patiënt naar de andere te gaan. In het geval dat U 's ochtends vanuit Uw huis direct naar de eerste patiënt gaat, kunt U deze tijd als eerste reistijd noteren. De tijd wordt gerekend vanaf het moment dat U de deur achter U dichttrekt bij de ene patiënt tot het moment dat U het huis van de volgende patiënt binnengaat. De tijd moet in minuten worden aangegeven.

De aanvang van het intakegesprek noteert U op de minuut nauwkeurig (bijvoorbeeld 10.35 uur). Door aan het einde van het formulier op dezelfde wijze de vertrektijd weer te geven kan de duur van het gesprek worden berekend. Het intakege-

sprek begint zodra U de woning van de patiënt binnengaat en eindigt op het moment dat U de woning weer verlaat.

De patiëntencode wordt door de onderzoeksmedewerker ingevuld.

PATIËNTGEGEVENS

De patiëntgegevens zijn een belangrijk onderdeel van dit registratieformulier omdat deze veel verklaren over het soort zorg dat U gaat verlenen. Zo volledig mogelijk invullen is hier dus geboden.

Naam patiënt De achternaam van de patiënt vermeldt U op het bovenste strookje van het formulier. Alleen indien U meerdere patiënten bezoekt met dezelfde achternaam dient U er ook één voorletter aan toe te voegen. Het is belangrijk dat U dit duidelijk doet omdat de veldwerker enkele letters van de naam gebruikt voor het samenstellen van de patiëntcode. Nadat hij dit gedaan heeft zal hij het strookje verwijderen en vernietigen. Door het afscheuren van het strookje zijn de gegevens van de patiënt op het formulier verder niet meer herkenbaar en kunnen zodoende anoniem verwerkt worden.

Geboortedatum, geslacht, samenlevingsverband en land van herkomst vult U zo volledig mogelijk in.

Aangemeld door; hier geeft U aan door wie de hulpvraag voor de patiënt is ingediend. Komt de betreffende persoon of instantie niet voor in het rijtje, dan dient U deze onder de categorie 'anders' te vermelden.

Verleners van mantelzorg; indien de patiënt mantelzorg ontvangt of zal gaan ontvangen geeft U hier aan welke persoon dat is; U kunt hier zonodig meerdere personen aankruisen.
Reden gewenste wijkverpleegkundige hulp; er kunnen verschillende redenen zijn waarom de wijkverpleegkundige hulp is aangevraagd. We willen met name weten of het om nazorg, terminale zorg of om zorg in verband met de achterliggende ziekte gaat.
Van nazorg is sprake wanneer patiënten na ontslag uit een ziekenhuis of andere verpleeginrichting tijdelijk nog extra verpleegkundige hulp behoeven. Dit kan zijn voor enkele dagen tot maximaal 4 weken. Indien het langer dan 4 weken geleden is dat de patiënt uit het ziekenhuis werd ontslagen, dan dient de reden nazorg niet te worden aangekruist, maar een andere reden die van toepassing is.

Terminale zorg is de zorg die verleend wordt aan patiënten waarvan verwacht wordt dat ze op korte termijn zullen overlijden. De duur van deze zorg beslaat in principe enige weken, maximaal uitlopend tot 3 maanden.
Het kan ook zijn dat geen van deze redenen van toepassing is maar dat de persoon in kwestie alleen zorg behoeft om zelfstandig te kunnen functioneren. Dit zal bijvoorbeeld bij oudere mensen nogal eens het geval zijn. U kruist dan de categorie 'alleen zorgactiviteiten' aan.
Zijn er nog andere redenen dan kunt U deze onder de categorie 'anders' aangeven.

Achterliggende ziekte; hier vult U in of de patiënt aan een bepaalde ziekte lijdt, ook als deze ziekte niet de directe aanleiding is voor de verpleegkundige hulpvraag (zie: Reden gewenste wijkverpleegkundige hulp). Het kan voorkomen dat een patiënt meerdere ziekten of aandoeningen heeft welke U dan alle dient aan te kruisen. Hieronder staat aangegeven welke patiënten volgens de indeling op het formulier onder een bepaald ziektebeeld vallen. Als de ziekte waaraan de patiënt lijdt niet in dit rijtje voorkomt, dient U deze met name te noemen onder de categorie 'overige'.

- Aandoeningen van het bewegingsapparaat, waarvan reuma het meest voorkomt. In de meeste gevallen zijn de symptomen pijn en moeilijkheden bij het bewegen, soms vergezeld van zwelling en pijn van de gewrichten
- Neurologische aandoeningen, hieronder vallen multiple sclerose, de ziekte van Parkinson, epilepsie, e.d.
- Diabetes; suikerpatiënten
- CARA (Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen); hiertoe behoren alle ziekten van de ademhalingsorganen, zoals: astma, astmatische bronchitis, chronische bronchitis, longemfyseem, e.d.
- Kanker; hieronder vallen alle gezwelziekten van kwaadaardige aard of ziekten die het gevolg zijn van metastasen van een kwaadaardig gezwel waaraan de patiënt eerder heeft geleden.
- Hersenbloeding, herseninfarct; dit is de categorie Cerebrovasculaire Aandoeningen (CVA). Hieronder vallen patiënten die een beroerte hebben gehad of lijden aan de gevolgen hiervan: halfzijdige verlamming, afasie e.d. Let op! TIA, transcient ischemic attack, welke een tijdelijke verlamming met zich meebrengt van maximaal 24 uur, valt hier niet onder.
- Andere hart- en vaatziekten; hieronder vallen alle aandoeningen van de bloedsomlooporganen welke niet onder de CVA-rubriek vallen. Let op! Een zogenaamd open been, ulcus cruris, valt ook onder deze categorie omdat dit een veneuze

insufficiëntie van de benen betreft.

- Dementie; dit ziektebeeld uit zich onder andere via desoriëntatie in plaats tijd, vergeetachtigheid, achterdocht en verwardheid. Een veel voorkomende v hiervan is de ziekte van Alzheimer.
- Aids (Acute Immuno Deficiency Sydrome); bij deze ziekte functioneert het weersysteem van de patiënt niet meer, waardoor deze zeer ontvankelijk is v allerlei infecties. Ook patiënten met ARC (Aids Related Complex) dienen deze categorie te worden aangekruist. Bij deze laatste groep is (nog) n vastgesteld dat de patiënt aan Aids lijdt, maar wijzen de ziekteverschijnse wel in die richting.
- Lichamelijk gehandicapten; dit zijn personen, die als gevolg van lichamelijl waaronder begrepen zintuigelijke, gebreken of stoornissen langdurig of bl vend beperkt zijn of dreigen te worden in hun mogelijkheden om overeenkomst hun levensfase in relatie met hun sociaal-culturele context te functioneren zich te ontplooien. Mensen die als gevolg van een eerdergenoemde aandoeni lichamelijk gehandicapt zijn, worden niet in deze categorie aangekruist ma in de categorie van de eerdergenoemde aandoening. Het gaat hier dus om lich melijk gehandicapten, waarbij hun handicap de primaire oorzaak is van hun zi zijn. Wel kan een lichamelijk gehandicapte daarnaast nog aan een andere ziek lijden, welke dan wel dient te worden aangekruist.

AFNEMEN ANAMNESE

Hiermee bedoelen we het afnemen van een verpleegkundige anamnese. Deze omvat h verzamelen, selecteren en ordenen van gegevens over het lichamelijk, psychis en sociaal functioneren van een cliënt met het doel de zorgproblemen vast stellen.

Onder medische voorgeschiedenis en diagnose vallen zaken als de ziekte waarv sprake is, wanneer de patiënt ziek is geworden, of deze in een ziekenhuis opgenomen geweest e.d.
De lichamelijke gesteldheid bevat zowel de lichamelijke toestand van de patiën als de beleving ervan door hem. Bij eventuele lichamelijke afwijkingen gaat he om zaken als allergieën, aangeboren afwijkingen en andere gebreken.
Psychische gesteldheid dient U aan te kruisen wanneer U deze bespreekt met c patiënt, maar ook indien U voor Uzelf hierover iets geobserveerd heeft dat voo de zorgbehoefte van belang kan zijn.
Medicijngebruik kruist U aan wanneer U heeft geïnformeerd of en welke medicijne de patiënt gebruikt. Ditzelfde geldt voor de categorie diëet.

Medicijngebruik kruist U aan wanneer U heeft geïnformeerd of en welke medicijnen de patiënt gebruikt. Ditzelfde geldt voor de categorie diëet.
(Mogelijkheid) van zelfzorg kruist U aan wanneer U besproken heeft welke mate van zelfzorg de patiënt aan kan en in hoeverre zij/hij mobiel is.
(Mogelijkheid) van mantelzorg kruist U aan indien U heeft geïnformeerd of de patiënt reeds mantelzorg ontvangt of in hoeverre daar in de toekomst sprake van zal kunnen zijn.
De woonsituatie kan door U expliciet besproken zijn met de patiënt in verband met zijn ziekte. Ook kan hier sprake zijn van waarnemen door U dat deze niet overeenstemt met de behoeftigheid van de patiënt.
Kennis ten aanzien van de ziekte van de patiënt; dit kruist U aan wanneer U met de patiënt zelf of met familieleden hierover gesproken heeft.
Verwachtingen van de wijkverpleegkundige zorg; dit kruist U aan wanneer door U of door de patiënt of familieleden dit onderwerp ter sprake is gebracht.
Hulp van andere hulpverleners; kruist U aan wanneer in het gesprek is gebleken dat hier sprake van is.
Andere zaken op het terrein van de anamnese die hier niet zijn genoemd, maar wel aan de orde zijn geweest, geeft U aan onder de categorie 'andere zaken'.

OPSTELLEN VERPLEEGPLAN

In deze rubriek kunt U aangeven wat U heeft besproken om tot het opstellen van een verpleegplan te komen.
De verpleegkundige diagnose brengt het zorgprobleem van de cliënt en de aard en de oorzaak daarvan in verband met elkaar, met het doel de hulpbehoefte aan verpleegkundige zorg vast te stellen.
Net als onder de rubriek **ALGEMENE ANAMNESE** kan hier zelfzorg en mantelzorg worden aangekruist. Hier gaat het er echter niet om in hoeverre er van zelfzorg of mantelzorg sprake is of kan zijn, maar in hoeverre deze zorgactiviteiten daadwerkelijk deel uit moeten of kunnen maken van het verpleegplan.
Daarnaast kan de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende uitleggen wat het doel van de wijkverpleegkundige zorg is in dit speciale geval en hoe deze zorg daadwerkelijk zal verlopen (planning wijkverpleegkundige zorg). Verder kan er sprake zijn van het vaststellen van een evaluatiedatum in verband met het al dan niet volgens het verpleegplan verlopen van de zorg.
Andere activiteiten betreffende het opstellen van het verpleegplan dient U onder 'andere activiteiten' te vermelden.

OVERIGE ACTIVITEITEN

Naast het afnemen van een anamnese en het opstellen van een verpleegplan zijn er nog een aantal activiteiten die apart aangekruist dienen te worden indien ze hebben plaatsgevonden.

In de eerste plaats gaat het hier om voorlichting geven over medicijnen, voeding en verzorging en het kruiswerk in het algemeen. Hoewel deze categorieën ook bij de anamnese zijn vernoemd ging het daar om informatie voor U over de patiënt en hier om informatie, in de vorm van voorlichting, aan de patiënt.

Verder kan het zijn dat U een afspraak maakt met de patiënt of de familie wanneer U of een ander lid van het wijkverpleegkundige team hen weer zal bezoeken.

Administratieve werkzaamheden ter plaatse of eventuele andere activiteiten dient U apart te vermelden.

VERTREKTIJD

Het is belangrijk dat U hier precies aangeeft hoe laat U bent weggegaan bij de patiënt, net als aan het begin op de minuut nauwkeurig. Vergeet U dit niet anders hebben we er geen idee van hoe lang het huisbezoek geduurd heeft.

Zoals we in het begin met een voorbeeld beschreven, is het mogelijk dat U twee patiënten helpt tijdens één bezoek. In zo'n geval zal het heel moeilijk zijn aan te geven hoeveel tijd U aan de één en hoeveel aan de ander heeft besteed. Daarom dient U helemaal onderaan het formulier in te vullen of U één of twee patiënten heeft gesproken. Op de aparte zorgformulieren van de beide patiënten kunt U dan dezelfde begin- en eindtijd invullen.

Let op! In alle gevallen waarin U één patiënt heeft verzorgd per huisbezoek, de categorie 'één' aankruisen, dus altijd iets invullen.

FORMULIER B: HUISBEZOEK VOOR ALLE LEEFTIJDSCATEGORIEËN.

Dit zijn huisbezoeken waarin zorgactiviteiten worden verricht die in principe betrekking hebben op patiënten/cliënten van elke leeftijd. Het betreft wel vaak oudere mensen die ziek of gehandicapt zijn of zichzelf niet meer kunnen redden; maar ook bij jongere mensen die chronisch ziek zijn of pas uit het ziekenhuis zijn ontslagen wordt dit type huisbezoeken afgelegd. Ook bijvoorbeeld diabetici die een insuline injectie krijgen vallen hieronder.
De concrete zorgactiviteiten die door de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende worden verricht tijdens zo'n huisbezoek zijn ingedeeld in de volgende hoofdrubrieken welke hierna afzonderlijk besproken zullen worden: lichamelijk-hygiënische zorg (ADL-functies), huishoudelijke activiteiten, verpleegtechnisch handelen, GVO-activiteiten, psycho-sociale activiteiten, mantelzorg, observeren en sociale en administratieve activiteiten.
Het formulier lijkt erg groot, maar het is de bedoeling alleen aan te geven welke activiteiten tijdens één bepaald bezoek verricht zijn. Dit gaat als volgt. Binnen elke rubriek dient de activiteit te worden aangekruist die door de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende is verricht. Dit kan variëren van één activiteit per huisbezoek tot in principe alle activiteiten die op het formulier staan. Bijvoorbeeld: als de wijkverpleegkundige een praatje met de patiënt heeft gemaakt, de patiënt heeft gewassen, geholpen heeft met het aankleden, de badkamer heeft opgeruimd en de gezinskaart heeft ingevuld, moeten alle 5 deze activiteiten door de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende worden aangekruist.

Het is noodzakelijk alle rubrieken iedere keer na te lopen omdat ook kleine of minder expliciete handelingen worden vernoemd en iedere handeling door U verricht voor het onderzoek van belang is.

Voor ieder contact dient een apart formulier te worden ingevuld. Dus nooit gegevens van twee verschillende patiënten of van twee aparte bezoeken aan dezelfde persoon op één formulier invullen. Voorbeeld: U helpt 's ochtends een ouder echtpaar met ADL-functies, waarvan de man 's middags ook nog een injectie krijgt: U vult hiervoor drie formulieren in. Wel behoeven voor de injectie van de man niet weer alle patiëntgegevens te worden ingevuld, maar hierover vindt U meer informatie onder de rubriek patiëntgegevens op pagina 12. Onderaan de formulieren van de ochtend kunt U aangeven dat U tijdens het bezoek in de ochtend aan twéé patiënten zorg hebt verleend.

Boven aan het formulier zit een strookje waarop de naam van de patiënt dient te worden ingevuld. Hierover meer op de volgende pagina bij de patiëntgegevens.

Daarna treft U onder de code WV/WZV een nummer aan dat ingevuld is door ons en dat voor U altijd hetzelfde zal zijn. Op deze wijze zijn de formulieren die U invult gelijk losgekoppeld van uw naam en kunnen zodoende anoniem in het onderzoek gebruikt worden.

Altijd ingevuld dienen te worden: datum, reistijd en aanvang huisbezoek en wel als volgt.
Bij de datum kunt U volstaan met het aangeven van de dag en maand waarop het contact plaatsvindt. Bijvoorbeeld 6 aug. of 6-8.

Met reistijd wordt bedoeld het reizen binnen werktijd. Dus niet het reizen van huis naar werk en andersom. De reistijd heeft betrekking op het reizen van het wijkgebouw naar een patiënt waar een huisbezoek wordt afgelegd of de tijd die nodig is om van de ene patiënt naar de andere te gaan. In het geval dat U 's ochtends vanuit Uw huis direct naar de eerste patiënt gaat, kunt U deze tijd als eerste reistijd noteren. De tijd wordt gerekend vanaf het moment dat U de deur achter U dichttrekt bij de ene patiënt tot het moment dat U het huis van de volgende patiënt binnengaat. De tijd moet in minuten worden aangegeven.

De aanvang van het huisbezoek noteert U op de minuut nauwkeurig (bijvoorbeeld 10.35 uur). Door aan het einde van het formulier op dezelfde wijze de vertrektijd weer te geven kan de duur van het huisbezoek worden berekend. Het huisbezoek begint zodra U de woning van de patiënt binnengaat en eindigt op het moment dat U de woning weer verlaat.

PATIËNTGEGEVENS

De patiëntgegevens zijn een belangrijk onderdeel van dit registratieformulier omdat deze veel verklaren over het soort zorg dat door U wordt verleend. Zo volledig mogelijk invullen is hier dus geboden. Per patiënt behoeft dit echter maar éénmaal volledig te gebeuren. Bij herhaalde bezoeken aan dezelfde persoon binnen de registratieperiode kunt U volstaan met alleen naam, leeftijd en geslacht aan te geven. Hierdoor is de patiënt voor ons herkenbaar en vullen wij de overige patiëntgegevens aan vanaf het eerder door U volledig ingevulde formulier. Alleen indien er bij een volgend bezoek een verandering is opgetreden binnen deze gegevens dient U dit opnieuw aan te geven. Bijvoorbeeld de patiënt ont-

vangt geen avondzorg meer, de reden voor het huisbezoek is veranderd, de patiënt ontvangt nu wel mantelzorg terwijl dat bij het vorige bezoek nog niet het geval was en dergelijke.

Naam patiënt De achternaam van de patiënt vermeldt U op het bovenste strookje van het formulier. Alleen indien U meerdere patiënten bezoekt met dezelfde achternaam dient U er ook één voorletter aan toe te voegen. Het is belangrijk dat U dit duidelijk doet omdat de onderzoeksmedewerker drie letters van de naam gebruikt om een code voor de patiënt mee samen te stellen. Nadat hij dit gedaan heeft zal hij het strookje verwijderen en vernietigen. Door het afscheuren van het strookje zijn de gegevens van de patiënt op het formulier verder niet meer herkenbaar en kunnen zodoende anoniem verwerkt worden.

Geboortedatum, geslacht, samenlevingsverband en land van herkomst kunt U overnemen van de gezins- of patiëntenkaart.

Ontvangt zorg van. Hier geeft U aan wanneer deze patiënt zorg van de wijkverpleging ontvangt: overdag, 's avonds, 's nachts of in het weekend. U geeft hier niet alleen aan welke zorg U verleent, maar ook of deze patiënt nog door een collega verzorgd wordt buiten uw dienst. U kunt zodoende meerdere antwoorden aankruisen.
Tevens geeft U aan of de patiënt mantelzorg ontvangt. Het gaat hier dus alleen om wijkverpleegkundige zorg of mantelzorg; gezinszorg e.d. blijft hier buiten beschouwing.
Let op: alleen iets aankruisen wanneer er op dat moment één van genoemde zorgvormen wordt verleend. Is de mantelzorg tijdelijk uitgeschakeld, bijvoorbeeld door ziekte, dan mantelzorg niet aankruisen en de volgende rubriek overslaan.

Verleners van mantelzorg. Indien de patiënt mantelzorg ontvangt, geeft u hier aan door wie dit gebeurt; U kunt hier zonodig meerdere personen aankruisen.

Reden huisbezoek.
Hier geeft U aan wat de reden is van dit huisbezoek. Of het bijvoorbeeld gaat om: nazorg, terminale zorg of bezoeken voor controle of voorlichting.
Van nazorg is sprake wanneer patiënten na ontslag uit een ziekenhuis of andere verpleeginrichting tijdelijk nog extra verpleegkundige hulp behoeven. Dit kan zijn voor enkele dagen tot maximaal 4 weken. Indien het langer dan 4 weken geleden is dat de patiënt uit het ziekenhuis werd ontslagen, dan dient niet meer de

reden nazorg te worden aangekruist, maar een andere reden welke van toepassing is.

Terminale zorg is zorg die verleend wordt aan patiënten waarvan verwacht wordt dat ze op korte termijn zullen overlijden. De duur van deze zorg beslaat in principe enige weken, maximaal uitlopend tot 3 maanden.

Bij controle of voorlichting gaat het om huisbezoeken waarbij de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende langs gaat bij een patiënt niet om directe zorg te verlenen maar alleen om te kijken of alles goed gaat óf om voorlichting te geven. Van controle is bijvoorbeeld sprake als U bij een diabetes patiënt die U in zorg hebt gehad na een paar maanden een huisbezoek aflegt om te kijken of alles goed gaat, of er nieuwe symptomen zijn ontstaan. Ook kunt U een alleenstaande bezoeken die pas uit het ziekenhuis is ontslagen. Deze bezoeken hebben vooral als doel om vroegtijdig nieuwe symptomen te signaleren. De voorlichting kan bijvoorbeeld gaan over verpleegmiddelen, zoals incontinentiemateriaal e.d.

Wat onder achterliggende ziekte verstaan wordt komt in de volgende rubriek aan de orde. Hier geeft U alleen aan of daar sprake van is of niet. Alleen zorgactiviteiten kruist U aan wanneer de patiënt alleen wijkverpleegkundige zorg behoeft om zelfstandig te kunnen functioneren. Dit zal bijvoorbeeld bij oudere mensen nogal eens het geval zijn.

Zijn er nog andere redenen dan kunt U deze onder de categorie 'anders' aangeven.

Achterliggende ziekte; hier vult U in of de patiënt aan een bepaalde ziekte lijdt, ook als deze ziekte niet de directe aanleiding is voor de verpleegkundige hulpvraag (zie: Reden huisbezoek). Het kan voorkomen dat een patiënt meerdere ziekten of aandoeningen heeft welke U dan alle dient aan te kruisen. Hieronder staat aangegeven welke patiënten volgens de indeling op het formulier onder een bepaald ziektebeeld vallen. Als de ziekte waaraan de patiënt lijdt niet in dit rijtje voorkomt, dient U deze met name te noemen onder de categorie 'overige'.

- Aandoeningen van het bewegingsapparaat, waarvan reuma het meest voorkomt. In de meeste gevallen zijn de symptomen pijn en moeilijkheden bij het bewegen, soms vergezeld van zwelling en pijn van de gewrichten
- Neurologische aandoeningen, hieronder vallen multiple sclerose, de ziekte van Parkinson, epilepsie, e.d.
- Diabetes; suikerpatiënten
- CARA (Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen); hiertoe behoren alle ziekten van de ademhalingsorganen, zoals: astma, astmatische bronchitis, chronische bronchitis, longemfyseem, e.d.

- Kanker; hieronder vallen alle gezwelziekten van kwaadaardige aard of ziekten die het gevolg zijn van metastasen van een kwaadaardig gezwel waaraan de patiënt eerder heeft geleden.
- Hersenbloeding, herseninfarct; dit is de categorie Cerebrovasculaire Aandoeningen (CVA). Hieronder vallen patiënten die een beroerte hebben gehad of lijden aan de gevolgen hiervan: halfzijdige verlamming, afasie e.d. Let op! TIA (transcient ischemic attack) welke een tijdelijke verlamming met zich meebrengt van maximaal 24 uur, valt hier niet onder.
- Andere hart- en vaatziekten; hieronder vallen alle aandoeningen van de bloedsomlooporganen welke niet onder de CVA-rubriek vallen. Let op! Een zogenaamd open been, ulcus cruris, valt ook onder deze categorie omdat dit een veneuze insuficiëntie van de benen betreft.
- Dementie; dit ziektebeeld uit zich onder andere via desoriëntatie in plaats en tijd, vergeetachtigheid, achterdocht en verwardheid. Een veel voorkomende vorm hiervan is de ziekte van Alzheimer.
- Aids (Acute Immuno Deficiency Sydrome); bij deze ziekte functioneert het afweersysteem van de patiënt niet meer, waardoor deze zeer ontvankelijk is voor allerlei infecties. Ook patiënten met ARC (Aids Related Complex) dienen in deze categorie te worden aangekruist. Bij deze laatste groep is (nog) niet vastgesteld dat de patiënt aan Aids lijdt, maar wijzen de ziekteverschijnselen wel in die richting.
- Lichamelijk gehandicapten; dit zijn personen, die als gevolg van lichamelijke, waaronder begrepen zintuigelijke, gebreken of stoornissen langdurig of blijvend beperkt zijn of dreigen te worden in hun mogelijkheden om overeenkomstig hun levensfase in relatie met hun sociaal-culturele context te functioneren en zich te ontplooien. Mensen die als gevolg van een eerder genoemde aandoening lichamelijk gehandicapt zijn, worden niet in deze categorie aangekruist maar in de categorie van de eerdergenoemde aandoening. Het gaat hier dus om lichamelijk gehandicapten, waarbij hun handicap de primaire oorzaak is van hun ziek zijn. Wel kan een lichamelijk gehandicapte daarnaast nog aan een andere ziekte lijden, welke dan wel dient te worden aangekruist.

ZORGACTIVITEITEN.

De zorgactiviteiten die door de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende worden verricht tijdens het huisbezoek zijn ingedeeld in de volgende rubrieken:

1. Lichamelijk-hygiënische zorg (ADL-functies);
2. huishoudelijke activiteiten;
3. verpleegtechnisch handelen;

4. GVO-activiteiten;
5. psychosociale activiteiten;
6. mantelzorg;
7. observeren;
8. sociale en administratieve activiteiten.

U bent niet verplicht bij iedere rubriek iets in te vullen. U vult alleen de activiteiten in die u tijdens dat ene contact heeft verricht. Ontvangt de patiënt bijvoorbeeld mantelzorg maar heeft U tijdens uw bezoek geen contact gehad met de mantelzorgpersonen dan vult u in de rubriek mantelzorg niets in. Loopt u wel alle rubrieken steeds na om te voorkomen dat U bepaalde handelingen vergeet aan te kruisen.

1. LICHAMELIJK HYGIËNISCHE ZORG

Onder deze rubriek kruist U alle handelingen aan waarbij u ADL-functies verricht voor de patiënt of samen met de patiënt.

Wassen; hieronder vallen zowel een dagelijkse wasbeurt, een wasbeurt in verband met incontinentie als een grote wasbeurt.

Haar verzorgen; dit betreft de dagelijkse verzorging zoals kammen en opmaken.

Haar wassen kunt U apart aankruisen.

Hand- en voetverzorging; hieronder valt bijvoorbeeld het knippen of verzorgen van de nagels van handen en voeten.

Let op: Inzwachtelen of wrijven van de hielen ter voorkoming van decubitus valt onder verpleegtechnisch handelen.

Aan- en uitkleden; komt meestal voor in combinatie met andere handelingen, zoals wassen, verschonen of aankleden van de patiënt omdat deze uit bed komt. De handeling dient echter wel apart aangekruist te worden.

Aandoen van prothese/steunkousen e.d.; hieronder valt helpen bij of aandoen van protheses, steunkousen of andere hulpmiddelen welke de patiënt nodig heeft om zelfstandig te kunnen lopen of handelen.

Verplaatsen patiënt; dit kruist U aan wanneer de patiënt verplaatst is in of uit bed, in of uit de rolstoel, om het bed te verschonen of om onder de douche te gaan.

Verplaatst u de patiënt alleen om sanitaire redenen, dan geeft u dit aan bij de volgende categorie: op postoel/naar toilet helpen.

Stimuleren zelfzorg met betrekking tot ADL-functies; dit kruist U aan wanneer U de patiënt niet alleen helpt bij ADL-functies, maar hem ook aanspoort een aantal van deze handelingen (weer) zelf te gaan verrichten.

Andere door U verrichte zorgactiviteiten met betrekking tot ADL-functies kunt U aangeven onder de categorie 'anders, nl.'.

2. HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN

Huishoudelijke activiteiten zijn nooit de enige activiteiten die een wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende tijdens een huisbezoek verricht. Ze worden verricht in samenhang met activiteiten uit een van de andere 7 zorgrubrieken. We noemen daarom slechts enkele handelingen welke voor kunnen komen: eten of drinken verzorgen en douche/badkamer opruimen. Heeft u andere huishoudelijke handelingen verricht, wilt u deze dan onder de categorie 'andere huishoudelijke activiteiten' zelf aangeven.

3. VERPLEEGTECHNISCH HANDELEN

In deze rubriek worden de meest voorkomende verpleegtechnische handelingen genoemd.

Catheteriseren; hier aankruisen wanneer er sprake is van het inbrengen van een catheter, ofwel voor blijvende doeleinden of alleen om urine af te nemen of de blaas éénmalig te ledigen.
Catheter verzorgen/uritip; hieronder vallen alle andere handelingen met betrekking tot catheters, zoals ledigen van opvangzakje, schoonmaken van de catheter, uritip aanbrengen, blaasspoelen, enz.
Clysma geven; hieronder vallen alle lavementen, ongeacht of deze via een irrigator of een spuit worden ingebracht.
UP/AP verzorgen; dit omvat alle handelingen welke nodig zijn voor reiniging en verzorging ervan.
Wond verzorgen; dit omvat alle handelingen die hiermee samenhangen, zoals reinigen, hechtingen verwijderen, zalf aanbrengen, opnieuw verbinden e.d.
Decubitus voorkomen; dit omvat zowel handelingen ter stimulering van de bloedsomloop, zoals wrijven, bewegen van voeten e.d., als ook het reeds eerder genoemde inzwachtelen van hielen of ellebogen.
Decubitus verzorgen; hoewel het bij decubitus meestal ook om wonden gaat, is de verzorging ervan specifieker dan wondverzorging in het algemeen. Daarom dient U de verzorging van decubitusplekken of -wonden hier apart aan te kruisen en niet bij de eerder genoemde categorie wondverzorging.
Poederen; hier gaat het om het poederen van huidplooien ter voorkoming van smetten.

Zalf aanbrengen; het om dermatologische redenen insmeren of zalven van kleine of grotere huidoppervlakken.
Injecties geven; hier worden zowel insuline-injecties bedoeld als alle andere soorten subcutane of intramusculaire injecties.
Medicijnen toedienen; dit omvat alle manieren van medicijnen toedienen via pillen, drankjes, poeders, zetpillen en druppels; ook oogdruppelen of het aanbrengen van oogzalf. Alleen injecties dienen apart te worden aangekruist.
Druk of steunverband aanbrengen; dit gebeurt meestal bij ledematen alvorens de patiënt ze kan of mag belasten of gebruiken.
Bed opmaken/verschonen; hieronder valt zowel het geheel als gedeeltelijk (opnieuw) opmaken van het bed van de patiënt.
Temperatuur opnemen, pols/ademhaling controleren en wegen zijn handelingen die voor zich spreken.
Oefenen van ledematen; hieronder valt zowel het passief oefenen ervan door de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende als het leren bewegen en oefenen van de patiënt zelf onder leiding van of met hulp van de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende.
Heeft u andere dan de hier genoemde verpleegtechnische handelingen verricht dan dient u deze onder de categorie 'andere handelingen' te benoemen.

4. GVO-ACTIVITEITEN

Deze rubriek gaat over het geven van voorlichting over allerlei zaken welke voor een speciale patiënt van belang zijn om zo goed mogelijk te kunnen (blijven) functioneren. Dit kan gebeuren op initiatief van de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende of naar aanleiding van vragen van de patiënt.

Voorlichting geven/praten over.

Hier gaat het niet om verrichte handelingen, maar U kruist aan indien U met de patiënt over één van de aangegeven onderwerpen heeft gesproken.
Bij aard ziekte en klachten komen dingen ter sprake als uitleg over de ziekte, problemen of klachten welke voorkomen of te verwachten zijn, hoe lang de ziekte ongeveer kan duren, e.d.
Medicijngebruik; dit dient U aan te kruisen indien U uitleg heeft gegeven over medicijnen die de patiënt gebruikt of moet gaan gebruiken. Hierbij valt te denken aan tijdstip en wijze van innemen, afmaken van een kuur, bijwerkingen, e.d.
Behandelwijze WV/WZV kruist U aan als het gaat om het uitleggen en bespreken met de patiënt van wat U met hem doet of gaat doen, waarom U bepaalde dingen doet of

zou kunnen doen, e.d.

Mogelijkheden van zelfzorg; dit kruist U aan indien U de patiënt informeert over de dingen die deze zelf kan gaan of blijven doen, zodat hij/zij zo min mogelijk van anderen afhankelijk is of blijft.

Mogelijkheden van mantelzorg; kruist U aan indien U met een patiënt overlegt òf en op welke wijze anderen uit zijn/haar omgeving hulp kunnen bieden en hoe dat eventueel in overleg met de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende geregeld kan worden.

Lotgenotencontact. Er zijn ziekten waarbij het zinvol kan zijn om contacten te leggen met mensen die eenzelfde ziekte hebben, bijvoorbeeld via categorale patiëntengroepen. U kunt de patiënt hierop wijzen, uitleggen wat dat inhoudt, op welke wijze ze met lotgenoten in contact kunnen komen, e.d.

Mogelijkheden van hulpmiddelen; hier gaat het om voorlichting geven over (eventuele) hulpmiddelen die er zijn voor de patiënt in kwestie, wat de kosten ervan zijn, hoe ze te verkrijgen zijn, e.d.

Mogelijkheden andere professionele hulp; kruist U aan wanneer ter sprake komt òf, in hoeverre en op welke wijze het zinvol is voor de patiënt om andere professionele hulp in te roepen. Dit kan zowel gaan om hulp op medisch terrein als op para-medisch terrein.

Aanpassing woning; dit kruist U aan wanneer U bespreekt met de patiënt of aanpassing van de woning wenselijk of mogelijk is (bijvoorbeeld bij lichamelijke gehandicapten of CARA-patiënten), wat de financiële gevolgen ervan zijn, hoe deze eventueel gerealiseerd kunnen worden, via welke instanties, e.d.

Kruiswerk; hier gaat het in tegenstelling tot de zorgverlening door de individuele wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende om meer algemene informatie over werkwijze en doelstellingen van het kruiswerk.

Indien nog andere onderwerpen ter sprake zijn gekomen, geeft U dit aan onder de categorie 'andere zaken'.

Stimuleren en helpen bij het realiseren van

Hier kruist U iets aan wanneer U de patiënt heeft geholpen met of gestimuleerd tot het daadwerkelijke leven volgens zijn/haar therapie of leefwijze.

Voeding en dieet; hier gaat het om uitleg aan de patiënt over wat deze mag of moet eten, hoe iets klaargemaakt kan worden, waar bepaalde produkten te koop zijn, maar ook aanmoedigen tot het volhouden van een bepaald diëet.

Gerichte ADL-training; hier gaat het om het leren aan de patiënt hoe en in hoeverre deze zelf ADL-functies kan (blijven) verrichten of weer zelf kan gaan verrichten.

Gebruik hulpmiddelen; leren aan de patiënt hoe bepaalde hulpmiddelen gebruikt dienen te worden of hem/haar stimuleren deze te gebruiken.
Voorgeschreven leefwijze; hier gaat het om het bespreken met de patiënt hoe deze zich dient te gedragen tegen de achtergrond van zijn ziekte. Bijvoorbeeld: als hartpatiënt geen trappen lopen of zware dingen sjouwen. Hiertoe behoort ook het stimuleren van de patiënt om zich volgens de voorgeschreven leefwijze te gedragen.
Bezoek andere hulpverleners; de patiënt erop wijzen of eraan herinneren (tijdig) andere hulpverleners te bezoeken.
Indien U andere dingen heeft gedaan in verband met stimuleren en helpen bij het realiseren van therapie of leefwijze, geeft U dit aan onder de categorie 'anders'.

5. PSYCHOSOCIALE ACTIVITEITEN

De wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende wordt regelmatig geconfronteerd met psychosociale problemen bij de patiënt of binnen de gezinssituatie waarin deze zich bevindt. Indien dergelijke problemen tijdens het huisbezoek ter sprake komen, ofwel op initiatief van de patiënt ofwel op initiatief van de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende, dient U dit in deze rubriek aan te geven. Let wel: zijn er problemen, maar wordt er tijdens het huisbezoek niet over gesproken, dan kunt U deze rubriek overslaan.
Ook kan het zijn dat de psychosociale problemen dusdanig van aard zijn dat U er een speciaal bezoek aan wijdt, waarin U verder geen andere zorghandelingen verricht. In dat geval is dit de enige zorgrubriek die U behoeft in te vullen.

a. Aard van de problemen

Onder deze rubriek geeft U alleen aan om welke problemen het gaat, mits ze ter sprake zijn gekomen. Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
Er kan sprake zijn van problemen omdat de patiënt kort geleden ontslagen is uit of binnenkort opgenomen dient te worden in een ziekenhuis, verpleeghuis of bejaardenhuis.
De patiënt kan eenzaam zijn, bijvoorbeeld omdat hij/zij slecht ter been is of om andere redenen moeilijk contacten maakt.
De patiënt kan problemen hebben met het accepteren of verwerken van zijn ziekte of handicap of de gevolgen ervan.
De patiënt kan ook problemen hebben omdat hij weet of vermoedt dat hij zal sterven en dit moeilijk kan accepteren of verwerken.
In geval van sterven van de patiënt kunnen de problemen van acceptatie of

verwerking ook bij de familieleden van de patiënt liggen in plaats van bij hemzelf.

Verder kunnen er relatie-problemen zijn tussen ouders en kinderen (bijvoorbeeld opvoedingsproblemen) of tussen partners (huwelijksproblemen).

Tot slot kan het voorkomen dat het feit dat de partner van de patiënt niet zelf in staat is tot mantelzorg problemen geeft van psychosociale aard. Ofwel omdat de patiënt liever door de partner zou worden geholpen, ofwel omdat de partner het zelf graag zou willen doen.

Komt het soort probleem waarover U gesproken heeft niet in deze opsomming voor maar zijn ze wel van psychosociale aard (bijvoorbeeld verslaving, werkloosheid), dan gaarne vermelden onder de categorie 'anders'.

b. Omgaan met de problemen

Hier geven we puntsgewijs aan hoe de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende kan omgaan met het feit dat de patiënt psychosociale problemen heeft. Er kunnen meerdere van de hieronder beschreven mogelijkheden worden aangekruist.

Allereerst kunt U niets doen, bijvoorbeeld omdat U erg druk bezig bent en liever net doet of U het niet heeft gehoord.

U kunt ook luisteren en wel iets willen doen maar om een of andere reden op dat moment niet overgaan tot één van de volgende activiteiten.

U kunt ook laten merken dat U er begrip voor heeft en medeleven tonen.

Ook kunt U proberen (met de patiënt) een oplossing te zoeken voor de problemen.

In plaats van het aanbieden van een oplossing kunt U voorlichting of advies geven om eventueel via hulp van anderen te proberen tot een oplossing te komen.

U kunt de patiënt ook stimuleren om zelf bepaalde dingen te doen of te ondernemen welke de problemen kunnen verminderen of oplossen.

Ook kunt U de patiënt doorverwijzen naar instanties binnen of buiten de gezondheidszorg die hulp kunnen bieden.

Tot slot kunt U bemiddelen bij zo'n doorverwijzing omdat de patiënt zelf moeite heeft met of onvoldoende mogelijkheden tot het doen van deze stap.

Doet U andere dingen in verband met de psychosociale problemen van een patiënt, dan kunt U dit onder de categorie 'anders' aangeven.

Let wel, het gaat alleen om die zaken die U tijdens dit ene bezoek heeft gedaan.

6. MANTELZORG

Mantelzorg is de zorg die de patiënt ontvangt van zijn naaste omgeving, bijvoorbeeld van familieleden, buren, vrienden of kennissen. Op een aantal plaatsen in het land wordt dit soort zorg mede verleend door het georganiseerde vrijwilligerswerk.

Hier geldt iets soortgelijks als voor de psychosociale problemen. Als er wel sprake is van mantelzorg maar de verlener ervan is op dat moment niet aanwezig zodat U er tijdens Uw bezoek geen contact mee heeft, dan behoeft U hier niets in te vullen. Heeft U wel contact met de personen die de mantelzorg verlenen dan dient U hier aan te geven waaruit dit contact heeft bestaan. Het gaat hier dus in tegenstelling tot alle andere handelingen niet om contact met de patiënt, maar om contact met diegene die mantelzorg verleent.

U kunt met de verlener van de mantelzorg bespreken welke mogelijkheden er zijn voor mantelzorg voor die bepaalde patiënt en waaruit die daadwerkelijk kan bestaan.

In verband hiermee of los daarvan kunt u de toestand van de patiënt bespreken.

U kunt hem/haar ook instructies geven over het uitvoeren van de te verlenen zorg, emotionele steun verlenen om deze zorg vol te houden en stimuleren ermee door te gaan.

Anderzijds kunt U met deze persoon ook bespreken of deze de mantelzorg wel aankan of dat er misschien sprake is van overbelasting, zodat er een andere oplossing gezocht moet worden.

Zijn er nog andere zaken die U met de verleners van de mantelzorg heeft besproken of geregeld, dan kunt U dit onder de categorie 'anders' aangeven.

7. OBSERVEREN

Tijdens de werkzaamheden die de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende verricht bij de patiënt thuis ziet ze allerlei dingen welke een aanwijzing kunnen zijn over de toestand van de patiënt. Dit is vooral van belang als de patiënt niet in staat is om zijn toestand zelf kenbaar te maken omdat deze bijv. te ziek is of dement.

U dient hier aan te kruisen of U nieuwe symptomen van ziekte of handicap heeft waargenomen bij de patiënt op het lichamelijke, psychische of sociale vlak.

Daarnaast kunt U aangeven of U met deze door U opgevangen signalen iets doet en wat U ermee doet. U kunt het nog even willen aanzien of Uw zorg afstemmen op de veranderde situatie. Wanneer U echter iemand anders consulteert of de patiënt doorverwijst, dient U aan te geven om wat voor persoon het gaat. Bijvoorbeeld de huisarts, een collega of misschien een familielid van de patiënt. U kunt zonodig meerdere antwoorden aankruisen.

8. SOCIALE EN ADMINISTRATIEVE ACTIVITEITEN

Hieronder verstaan we activiteiten als gewoon een praatje maken, gezinskaart invullen, een nieuwe afspraak maken e.d.

VERTREKTIJD

Het is belangrijk dat U hier precies aangeeft hoe laat U bent weggegaan bij de patiënt, net als aan het begin op de minuut nauwkeurig. Vergeet U dit niet anders hebben we er geen idee van hoe lang het huisbezoek geduurd heeft.

Zoals we in het begin met een voorbeeld beschreven, is het mogelijk dat U twee patiënten helpt tijdens één bezoek. In zo'n geval zal het heel moeilijk zijn aan te geven hoeveel tijd U aan de één en hoeveel aan de ander heeft besteed. Daarom dient U helemaal onderaan het formulier in te vullen of U één of twee patiënten heeft behandeld. Op de aparte zorgformulieren van de beide patiënten kunt U dan dezelfde begin- en eindtijd invullen.

Let op! In alle gevallen waarin U één patiënt heeft verzorgd per huisbezoek, de categorie 'één' aankruisen, dus altijd iets invullen.

Tot slot dient U aan te geven of dit huisbezoek het eerste was van een (nieuwe) reeks zorgbezoeken, een vervolgbezoek of het laatste van een reeks tot nu toe afgelegde zorgbezoeken.

FORMULIER C: HUISBEZOEKEN TEN BEHOEVE VAN SPECIFIEKE LEEFTIJDSGROEPEN

Hieronder vallen die huisbezoeken welke niet zijn afgelegd omdat er door de betreffende persoon om hulp is gevraagd bij de kruisvereniging, maar welke uit preventief oogpunt door wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende veelal op eigen intiatief worden ondernomen. Er is sprake van vier verschillende huisbezoeken al naar gelang de doelgroep die bezocht wordt: aanstaande moeders, zuigelingen, kleuters of bejaarden.
Vanwege het preventieve karakter, hebben we de vier bezoeken op één formulier bijeengebracht. Toch geldt ook hier weer dat U voor ieder bezoek een apart formulier dient te gebruiken, ook al zouden twee personen in hetzelfde gezin wonen. De patiëntgegevens zijn namelijk persoonsgebonden.

Boven aan het formulier zit een strookje waarop de naam van de patiënt dient te worden ingevuld. Hierover meer op de volgende pagina bij de patiëntgegevens.

Daarna treft U onder de code WV-WZV een nummer aan dat ingevuld is door ons en dat voor U altijd hetzelfde zal zijn. Op deze wijze zijn de formulieren die U invult gelijk losgekoppeld van uw naam en kunnen zodoende anoniem in het onderzoek gebruikt worden.

Altijd ingevuld dienen te worden: datum, reistijd en aanvang huisbezoek en wel als volgt.
Bij de datum kunt U volstaan met het aangeven van de dag en maand waarop het contact plaatsvindt. Bijvoorbeeld 6 augustus of 6-8.

Met reistijd wordt bedoeld het reizen binnen werktijd. Dus niet het reizen van huis naar werk en andersom. De reistijd heeft betrekking op het reizen van het wijkgebouw naar een patiënt waar een huisbezoek wordt afgelegd of de tijd die nodig is om van de ene patiënt naar de andere te gaan. In het geval dat U 's ochtends vanuit Uw huis direct naar de eerste patiënt gaat, kunt U deze tijd als eerste reistijd noteren. De tijd wordt gerekend vanaf het moment dat U de deur achter U dichttrekt bij de ene patiënt tot het moment dat U het huis van de volgende patiënt binnengaat. De tijd moet in minuten worden aangegeven.

De aanvang van het huisbezoek noteert U op de minuut nauwkeurig (bijvoorbeeld 10.35 uur). Door aan het einde van het formulier op dezelfde wijze de vertrektijd weer te geven kan de duur van het huisbezoek worden berekend. Het huisbe-

zoek begint zodra U de woning van de patiënt binnengaat en eindigt op het moment dat U de woning weer verlaat.

PATIËNTGEGEVENS

Ook bij dit formulier vormen de patiëntgegevens een essentiëel onderdeel, zodat U ook hier wordt verzocht deze gegevens zo volledig en duidelijk mogelijk in te vullen.

Naam patiënt. De achternaam van de patiënt vermeldt U op het bovenste strookje van het formulier. Alleen indien U meerdere patiënten bezoekt met dezelfde achternaam dient U er ook één voorletter aan toe te voegen. Het is belangrijk dat U dit duidelijk doet omdat de onderzoeksmedewerker enkele letters van de naam gebruikt om een code voor de patiënt mee samen te stellen. Nadat hij dit gedaan heeft, zal hij het strookje verwijderen en vernietigen. Door afscheuren van het strookje zijn de gegevens van de patiënt op het formulier verder niet meer herkenbaar en kunnen zodoende anoniem verwerkt worden.

Geboortedatum opgeven zuigelingen zwangere vrouwen en ouderen.

Geslacht en samenlevingsverband spreken voor zich.

Bij land van herkomst geeft U bij prenataal huisbezoek of preventief bejaardenbezoek de nationaliteit op van de persoon voor wie het betreffende huisbezoek bedoeld is.

Bij het zuigelingen- en kleuterhuisbezoek bedoelen we met land van herkomst het land van herkomst van de ouders, omdat kinderen van buitenlanders vaak in Nederland geboren zullen zijn. We spreken dan van buitenlanders indien één of beide ouders niet van Nederlandse afkomst zijn. U kruist in dat geval de betreffende nationaliteit aan of vult deze in onder de categorie 'anders'.

PRENATAAL HUISBEZOEK

Dit betreft het bezoek dat wijkverpleegkundigen een paar maanden voor de bevalling afleggen bij zwangere vrouwen. Bij een eerste kind heeft dit bezoek ook vooral kennismaken met de aanstaande moeder tot doel.

VOORLICHTING GEVEN/PRATEN OVER

De onderwerpen die hier staan aangegeven dient U weer alleen aan te kruisen indien ze tijdens dat bezoek ook echt ter sprake zijn gekomen, ofwel op verzoek van de moeder of omdat U er zelf over bent begonnen. Een groot deel van de onderwerpen ligt op het vlak van de voorlichting.

Ter sprake kan komen welke voeding voor de aanstaande moeder goed is, in algemene zin of in het speciale geval van de betreffende vrouw.

Over de voeding van het kind kan bij voorbaat gesproken worden; dit zal vaak gaan over de keuze tussen borst- of flessenvoeding.

Specifieke lichaamsverzorging van de moeder of het nemen van voldoende rust of juist voldoende beweging kunnen apart worden aangekruist indien dit ter sprake is gekomen.

Het bespreken of controleren van de baby-uitzet en de benodigdheden voor de partus kunnen ook onderwerp van gesprek zijn.

Over de bevalling zelf kan de wijkverpleegkundige spreken om de moeder in te lichten over wat ze kan verwachten (eerste kind), maar ook om te bespreken waar de bevalling zal plaatsvinden, wat daar van de consequenties zijn voor de moeder en het gezin, e.d.

In dit verband kan ook de kraamzorg ter sprake komen en kan de wijkverpleegkundige bijvoorbeeld inlichtingen geven over de mogelijkheden hiervan, de eventuele kosten en zonodig de wijze van aanmelden.

De wijkverpleegkundige kan ook bespreken wat het kruiswerk doet voor aanstaande moeders, zoals cursussen voor aanstaande ouders, uitleen van verpleegartikelen e.d.

Ook kan het consultatiebureau voor zuigelingen ter sprake komen. De wijkverpleegkundige kan dan bijvoorbeeld uitleggen hoe dit georganiseerd is, wat er gedaan wordt, e.d.

Tot slot kan de wijkverpleegkundige met de aanstaande moeder bespreken hoe deze haar zwangerschap en aanstaand ouderschap beleeft.

Wordt er door U nog over andere zaken voorlichting gegeven of gesproken dan dient U dit aan te geven onder de categorie 'andere zaken'.

OVERIGE ACTIVITEITEN

Als er problemen zijn welke verband houden met de zwangerschap kan dit apart worden aangekruist, mits ze ter sprake zijn gekomen.
Verder kan de wijkverpleegkundige gewoon een praatje maken of de vrouw om één of andere reden doorverwijzen naar instanties binnen of buiten de gezondheidszorg.
Indien U tijdens het huisbezoek administratieve werkzaamheden heeft verricht dient U dit apart aan te kruisen.
Ook kan het zijn dat er een afspraak wordt gemaakt voor een volgend bezoek.

Activiteiten die niet zijn genoemd maar die U wel verricht heeft, dient U te noteren onder de categorie 'andere activiteiten'.

ZUIGELINGENHUISBEZOEK

Dit is een huisbezoek voorafgaand aan of in aansluiting op het zuigelingenconsultatiebureau. Ze worden afgelegd bij ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 à 13 maanden. Het eerste huisbezoek vindt meestal plaats binnen 10 dagen na de geboorte van het kind. De wijkverpleegkundige verricht dan meestal het PKU/CHT-onderzoek (hielprik).

VOORLICHTING GEVEN/PRATEN OVER

Tijdens de zuigelingenhuisbezoeken praat de wijkverpleegkundige met de ouder over allerlei zaken en geeft hierover zonodig voorlichting. De nu volgende onderwerpen dienen apart aangekruist te worden indien ze ter sprake zijn gekomen ofwel op verzoek van de ouder of omdat U erover begonnen bent.

Dagindeling baby of regelmaat die hierbij wel of niet aangehouden dient te worden.
Lichamelijke verzorging baby gaat over zaken als baden, verschonen, luiers, kleding e.d.
Borstvoeding; hieronder valt alle voorlichting, raad en hulp die de moeder gegeven wordt om op de juiste wijze met borstvoeding om te gaan.
Huilen; hier kan gesproken worden of de baby huilt, hoe vaak, of dit erg is e.d.
Omgevingstemperatuur van de baby; hierover bestaat bij ouders nogal eens behoefte aan voorlichting, vooral buitenlandse ouders hebben daar nog wel eens andere ideeën over.
De lichamelijke en zintuiglijke ontwikkeling van de baby; hier kan de wijkverpleegkundige uitleggen welke ontwikkelingen passen bij welke levensfase van het kind, e.d.
Inentingen; dit kan gaan om uitleg over het soort inentingen, het nut ervan, mogelijke reacties erop van de baby, e.d.
Opvoedingsaspecten; hier kan bijvoorbeeld ter sprake komen dat ook baby's al gevoelig zijn voor opvoeding, of hier meer of minder vrijheid voor het kind gewenst is, het belang van veiligheid en geborgenheid, e.d.
Relatie moeder/baby kruist U aan indien U bijvoorbeeld bespreekt waaruit die relatie kan bestaan, wat normaal is of problemen die de moeder ermee heeft.
Relatie andere kinderen/baby; dit kan bijvoorbeeld ter sprake komen naar aanleiding van de reacties van de andere kinderen op de baby, welke volgens de ouders niet of juist wel goed zijn.
De bevalling; het kan voorkomen dat de moeder achteraf nog over de bevalling wil praten.

Het ouderschap; hierover zult U vooral praten bij een eerste kind, over de beleving ervan, eventuele problemen ermee, e.d.
Oudercursussen/gespreksgroepen; deze kunnen ter sprake komen omdat U de ouders vertelt dat deze groepen bestaan, wat ze tot doel hebben, wanneer ze plaatsvinden e.d.
Kruiswerk en consultatiebureau; dit kruist U aan wanneer U de ouder inlichtingen verschaft over het kruiswerk in het algemeen of over de gang van zaken en het nut van het consultatiebureau, e.d.
Bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige; dit kruist U aan wanneer U uitlegt hoe en wanneer de wijkverpleegkundige voor de ouders bereikbaar is buiten het consultatiebureau of een afspraak om.
Indien er nog andere zaken besproken zijn, kunt U die aangeven onder de categorie 'andere zaken'.

OVERIGE ACTIVITEITEN

PKU/CHT-onderzoek bestaat uit het afnemen van wat bloed uit het hieltje van de baby. Soms wordt dit door de arts of kraamzorg gedaan en niet door de wijkverpleegkundige, U kruist het dan niet aan.
Controleren navel; dit kruist U aan indien U de navelstomp heeft gecontroleerd. Ook extra verzorging ervan valt onder deze categorie.
Verder kan de wijkverpleegkundige gewoon een praatje maken of de moeder om één of andere reden doorverwijzen naar instanties binnen of buiten de gezondheidszorg.
Indien U tijdens het huisbezoek administratieve werkzaamheden heeft verricht, dient U dit apart aan te kruisen.
Ook kan het zijn dat er een afspraak wordt gemaakt voor een volgend bezoek.
Activiteiten die niet zijn genoemd, maar die U wel verricht heeft dient U te noteren onder de categorie 'andere activiteiten'.

KLEUTERHUISBEZOEK

Dit is huisbezoek voorafgaand aan of aansluitend op het kleuterconsultatiebureau. Het wordt afgelegd bij ouders met kinderen in de leeftijd van 1 tot 4 jaar.

VOORLICHTING GEVEN/PRATEN OVER

Tijdens dit huisbezoek praat de wijkverpleegkundige met de ouder over allerlei zaken en geeft hierover zonodig voorlichting. De nu volgende onderwerpen dienen apart aangekruist te worden indien ze ter sprake zijn gekomen ofwel op verzoek van de ouder of omdat U erover begonnen bent.

Voeding/eetgedrag; hier kan besproken worden wat het kind eet, of het voldoende eet, op welke tijden enzovoort.
Lichamelijke verzorging betreft zaken als wassen, tanden poetsen, kleding enzovoort.
Slaapgedrag; hier kan ter sprake komen hoe vaak het kind moet slapen, hoe lang, maar ook of er problemen zijn met het kind wat slapen betreft.
Zindelijkheid; hieronder valt voorlichting over zindelijkheidstraining, maar ook specifieke problemen hiermee van dat ene kind.
Spraakontwikkeling; hier komt bijvoorbeeld aan de orde hoe de spraakontwikkeling normaal verloopt, maar ook of dit bij dit kind zo is of niet en wat de ouders eraan kunnen doen.
Lichamelijk en zintuiglijke ontwikkeling van het kind; hier kan de wijkverpleegkundige uitleggen welke ontwikkelingen bij welke levensfase van het kind passen, dat geen enkel kind precies gelijk is in zijn ontwikkeling, wat ouders kunnen doen ter stimulering van deze ontwikkeling e.d.
Opvoedingsaspecten; hieronder vallen alle opvoedingszaken welke U met de ouders bespreekt ongeacht of er sprake is van problemen met de opvoeding of niet.
Voorkómen van ongelukken; hier gaat het om voorlichting van de wijkverpleegkundige over hoe ongelukken voorkomen kunnen worden bij kleine kinderen. Te denken valt aan giftige stoffen, medicijnen e.d. Het uitreiken aan de ouders van een folder over het voorkómen van ongelukken valt hier ook onder.
Inentingen; dit kan gaan om uitleg over het soort inentingen, het nut ervan, mogelijke reacties erop van het kind e.d.
Peuterspeelzaal/kleuterschool; dit onderwerp zal vaak ter sprake komen, omdat de ouders inlichtingen willen hebben over de mogelijkheden ervan op locaal niveau of over de vraag of ze hun kind er wel of niet heen zullen laten gaan.
Spel; hier kan aan de orde komen of het kind zichzelf kan vermaken, waarmee het

speelt, voorlichting over speelgoed, e.d.

Oudercursussen/gesprekgroepen; deze kunnen ter sprake komen omdat U de ouders vertelt dat deze groepen bestaan, wat ze tot doel hebben, wanneer ze plaatsvinden e.d.

Kruiswerk en consultatiebureau; dit kruist U aan wanneer U de ouder inlichtingen verschaft over het kruiswerk in het algemeen, de gang van zaken en het nut van het consultatiebureau, e.d.

Bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige; dit kruist U aan wanneer U uitlegt hoe en wanneer de wijkverpleegkundige voor de ouders bereikbaar is buiten het consultatiebureau of een afspraak om.

Indien er nog andere zaken besproken zijn, kunt U die aangeven onder de categorie 'andere zaken'.

OVERIGE ACTIVITEITEN

Verder kan de wijkverpleegkundige gewoon een praatje maken of de moeder om een of andere reden doorverwijzen naar instanties binnen of buiten de gezondheidszorg.

Indien U tijdens het huisbezoek administratieve werkzaamheden heeft verricht, dient U dit apart aan te kruisen.

Ook kan het zijn dat er een afspraak wordt gemaakt voor een volgend bezoek.

Activiteiten die niet zijn genoemd, maar die U wel verricht heeft, dient U te noteren onder de categorie 'andere activiteiten'.

PREVENTIEF OUDERENBEZOEK

Dit type huisbezoek kan door wijkverpleegkundigen worden afgelegd bij mensen van 65 jaar en ouder. Zo'n huisbezoek is met name gericht op de groep 'onzichtbare ouderen': De groep die nog niet in zorg is en/of onbekend is met het werk van het kruiswerk. Het gaat bij een dergelijk huisbezoek om gezondheidsvoorlichting, vroegtijdige signalering van (gezondheids)problemen en het verschaffen van bekendheid met de dienstverlening van het kruiswerk, zodat ouderen tijdig de weg weten te vinden als ze zorg nodig hebben.

VOORLICHTING GEVEN/PRATEN OVER

Tijdens dit huisbezoek praat de wijkverpleegkundige met de oudere over allerlei zaken en geeft hierover zonodig voorlichting. De nu volgende onderwerpen dienen apart aangekruist te worden indien ze ter sprake zijn gekomen ofwel op verzoek van de bejaarde of omdat U erover begonnen bent.

Voeding/diëet; hier gaat het om bespreken met de bejaarde wat voor (soort) voeding hij/zij gebruikt, of er sprake is van een diëet, of dit problemen oplevert, of hij/zij voor zichzelf moet koken, of dit nog goed gaat, e.d.
Medicijnen; dit kruist U aan wanneer ter sprake komt dat de bejaarde medicijnen gebruikt en of hij/zij hier problemen mee heeft.
Lichamelijke verzorging; hier kan besproken worden wat lichamelijke verzorging voor bejaarde mensen inhoudt, maar ook in hoeverre de persoon in kwestie op dit punt nog voor zichzelf kan zorgen.
Verwarming; omdat oudere mensen het vaak sneller koud hebben, kan de wijkverpleegkundige bijvoorbeeld informeren of de vertrekken voldoende verwarmd worden en de bejaarde erop wijzen zich voldoende te kleden, e.d.
Veiligheid in/om huis; hier gaat het om de aanwezigheid van te hoge drempels, losse matjes, goede toegankelijkheid van bad en douche e.d. Dit alleen aankruisen indien U er met de bejaarde ook over gesproken heeft.
Hulpdiensten/activiteiten; hier gaat het om hulpdiensten of activiteiten welke speciaal ten behoeve van bejaarden zijn opgezet. U kunt vragen of de bejaarde deze voorzieningen kent, of hij/zij er gebruik van maakt, het nut of de zin ervan uitleggen, e.d.
Taak andere professies in de gezondheidszorg; dit kunt U uit dienen te leggen omdat de bejaarde erom vraagt of omdat U denkt dat het voor de betreffende persoon van belang kan zijn om met een andere professie in de gezondheidszorg contact op te nemen, bijvoorbeeld de gezinszorg.
Serviceflat/bejaardenhuis; ook hier geldt dat het ter sprake kan komen op ver-

zoek van de bejaarde of omdat U denkt dat het voor hem of haar van belang is. U kunt dan bijvoorbeeld uitleggen wat het inhoudt om in een serviceflat of bejaardenhuis te wonen, bij welke instanties de bejaarde zich moet laten inschrijven, hoe lang de wachttijden zijn, e.d.

Rechten van ouderen. U kunt in bepaalde omstandigheden bejaarde mensen erop wijzen dat ze bepaalde rechten hebben en hoe ze hiervan gebruik kunnen maken. Dit kruist U hier dan aan.

Kruiswerk; dit kruist U aan wanneer U bejaarden inlichtingen verschaft over wat het kruiswerk hen te bieden heeft of hoe en wanneer ze de wijkverpleegkundige telefonisch kunnen bereiken.

Heeft U nog andere zaken betreffende voorlichting besproken, dan dient u dit onder de categorie 'andere zaken' te vermelden.

OVERIGE ACTIVITEITEN

Behalve voorlichting geven kunt U signaleren dat de oudere problemen heeft op het somatisch, psychisch, sociale of materiële vlak. Meestal zult U deze problemen dan ter sprake brengen, wat U hier dan dient aan te kruisen.

Stimuleren tot activiteiten; voor een aantal bejaarden zal het zinvol zijn hen te stimuleren tot meer activiteit, kruist U dit dan s.v.p. hier aan.

Verder kan de wijkverpleegkundige gewoon een praatje maken of de bejaarde verwijzen naar instanties binnen of buiten de gezondheidszorg.

Indien U tijdens het huisbezoek administratieve werkzaamheden heeft verricht dient U dit apart aan te kruisen.

Activiteiten die niet zijn genoemd maar die U wel verricht heeft, dient U te noteren onder de categorie 'andere activiteiten'.

FORMULIER D: CONSULTATIEBUREAU

Indien U consultatiebureau doet voor zuigelingen en/of kleuters dient U dit formulier in te vullen. U gebruikt per bureau-zitting één formulier. Het invullen dient te geschieden direct na afloop van ieder consult. Dit komt er op neer dat U dit tijdens de CB-zitting moet doen. Dit is echter onvermijdelijk, omdat U de activiteiten per kind dient aan te geven en echt alleen die handelingen die U bij dat ene kind tijdens dat ene consult op die speciale zitting heeft verricht.

ALGEMENE GEGEVENS

Na het invullen van de datum, dient U aan te geven wat voor soort bureau het is: een zuigelingen-, een kleuter- of een gemengd bureau. Van een gemengd bureau is sprake als door de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende voor dezelfde consultatiebureauzitting zowel afspraken gemaakt worden voor zuigelingenconsulten als voor kleuterconsulten. Meestal gebeurt dit omdat er anders te weinig kinderen zijn om een hele zitting te vullen.
We spreken niet van een gemengd bureau wanneer een ouder bij uitzondering een zuigeling en kleuter tegelijk meebrengt omdat dit voor de betreffende ouder efficiënter is.
Verder geeft U hier aan of het consultatiebureau volgens nieuwe of oude stijl werkt. Nieuwe stijl bureaus zijn bureaus waar wijkverpleegkundigen ook zelfstandig consulten of gedeelten van consulten houden. Op oude stijl bureaus wordt ieder consult door arts en wijkverpleegkundige samen gehouden.
Tot slot geeft U in deze rubriek aan of de arts die consultatiebureau doet een arts is met een huisartsenpraktijk of een speciale consultatiebureau-arts.

Aantal zuigelingen/aantal kleuters; hier geeft U aan hoeveel zuigelingen of kleuters de consultatiebureauzitting hebben bezocht. Daarbij dient U onderscheid te maken tussen kinderen met twee Nederlandse ouders en kinderen waarvan één of beide ouders een andere nationaliteit hebben, waardoor ze onder de categorie 'buitenlandse ouders' vallen. Mensen uit Suriname en de Nederlandse Antillen vallen onder de categorie 'Nederlandse ouders'.

Tijdsduur

Indien U de voorbereidingen voor het consultatiebureau zelf heeft getroffen geeft U aan hoeveel tijd U dit gekost heeft. Heeft een ander dit voor U gedaan of waren er geen voorbereidingen te treffen, dan vult U hier niets in. Let op! Als het alleen administratieve voorbereidingen betreft, dient U deze te vermel-

den op formulier G (Administratieve werkzaamheden en tijdsmeting) en niet hier. Bij tijdsduur consultatiebureauzitting geeft U aan hoe lang de zitting zelf heeft geduurd, zonder eventuele tijd welke is besteed aan voor- of nabespreking met de arts of met collega's. Dit laatste dient U namelijk te vermelden onder de volgende categorie 'tijdsduur bespreking bureau'.
Indien er sprake is van opruimen door Uzelf dan dient U dit ook aan te geven.
Let op. Alle tijdsduur aangeven in minuten, dus niet 1 1/2 uur, maar 90 minuten of 65 minuten.

ZORGACTIVITEITEN

Hier dient U per kind aan te geven wat U precies voor zorgactiviteiten heeft verricht. Per kind gebruikt U hiervoor één kolom en geeft allereerst aan of het om een zuigeling of kleuter gaat door ofwel de z ofwel de k te omcirkelen.
Vervolgens gaat U na welke activiteiten U bij het kind dat U net gezien hebt heeft verricht en kruist deze alle apart aan.

Informeren naar (gezondheids)toestand kind kruist U aan wanneer U bij de ouder van het kind of het kind zelf (kleuter) naar meer algemene zaken over het kind informeert. Dit zullen vaak dingen zijn die U weet op grond van vorig consultatiebureaubezoek.
Wegen/meten; dit kruist U alleen aan indien U dit zelf gedaan heeft.
Voedingsadviezen kruist U aan indien U de ouders advies heeft gegeven over de voeding van het kind, zoals het soort voeding, voedingstijden enzovoort. Alleen specifieke adviezen over borstvoeding vallen onder de volgende categorie 'voorlichting borstvoeding'.
Er is sprake van opvoedingsvoorlichting indien U met de ouders over opvoedingszaken spreekt, ongeacht of er sprake is van problemen met de opvoeding.
Bespreken groei kind kruist U aan wanneer U bespreekt hoeveel het kind is gegroeid, of dit normaal is, e.d. Hieronder valt ook het beantwoorden van vragen door ouders over de groei van het kind.
Testen gezichtsvermogen kruist U aan wanneer Uzelf, dus niet de arts, het gezichtsvermogen test aan de hand van bepaalde voorgeschreven maatstaven en hulpmiddelen.
Observeren gedrag betreft het op letten hoe het kind zich gedraagt en wel speciaal wat betreft de psycho-motorische ontwikkelingen.
Via het observeren van de ouder-kind relatie kunt U ouder-kind problemen signaleren. Brengt U of de ouder deze problemen ook ter sprake dan kruist U aan bespreken ouder-kind problemen. U kunt dus één van deze categorieën aankruisen of

meerdere indien er problemen zijn op dit vlak, afhankelijk van wat U in feit heeft gedaan.

U kruist apart aan of U een inenting alleen heeft klaargemaakt of zelf heef gegeven; hier kunt U dus ook beide categorieën aankruisen.

Omdat gehoorscreeningen meestal tijdens een aparte zitting plaatsvinden kruist hier alleen aan of U hiervoor een afspraak heeft gemaakt. Heeft U wel tijdens het consultatiebureau een gehoorscreening gedaan dan kunt U dit in de categorie 'overige activiteiten' vermelden.

Soms is het nodig een extra huisbezoek af te leggen in verband met bepaalde omstandigheden of problemen van ouder of kind. Maakt U hiervoor een afspraak, dan dient U dit apart aan te kruisen.

Indien een kind door Uzelf of op speciaal verzoek van U doorverwezen wordt, kunt U dit aankruisen onder verwijzen. Doorverwijzen door de arts dus niet aankruisen.

Als U gelijk een afspraak maakt met de ouders voor het volgende consultatiebureau kruist U dit aan.

Zijn er nog andere zorgactiviteiten die U verricht heeft dan kunt U dit aangeven onder de categorie 'andere activiteiten'.

FORMULIER E: SPREEKUUR

Dit formulier dient U in te vullen wanneer U spreekuur houdt. Houdt U nooit spreekuur of komt het tijdens de twee maanden dat U registreert niet voor, dan hoeft U dit formulier niet in te vullen.

Per spreekuur steeds een apart formulier invullen, ook al is er op een eerder formulier nog ruimte over. In verband hiermee vult U eerst de datum in.
Bij tijdsduur vult U de totale tijd in dat u met het spreekuur bent bezig geweest of hiervoor in het wijkgebouw aanwezig bent geweest. Dit kan de officiële tijd zijn die ervoor staat, bijvoorbeeld 60 minuten. Het kan echter ook meer of minder zijn omdat het spreekuur langer heeft geduurd of omdat U om een bepaalde reden eerder bent weggegaan. Eventuele reistijd valt hier buiten en behoeft U niet aan te geven.
Verder geeft U aan of tijdens het spreekuur tevens uitleen van verpleegmiddelen plaatsvindt. Indien u daardoor met meerdere personen gelijktijdig spreekuur houdt, geeft U alleen aan wat Uzelf aan hulpvragen of uitleen behandeld heeft.

HULPVRAGEN

Hier geeft U steeds direct na het behandelen van de hulpvraag of uitleen aan wat U gedaan heeft.
U kruist aan of het contact hiervoor met de patiënt of belanghebbende persoonlijk is geweest of telefonisch.
Bij inhoud vraag geeft U aan wat de reden was van het contact. Belt een moeder bijvoorbeeld op om te vragen of ze haar kind nu wel of niet 's nachts een extra voeding zal geven, dan noteert U dit bij inhoud vraag. Gaat het om het uitlenen van een ondersteek, dan noteert U dat.
Mocht U meer dan 10 hulpvragen of uitlenen behandelen op één spreekuur geeft U dit dan aan op een tweede formulier, waarop U dezelfde datum en tijdsduur invult als op het eerste formulier.

Toevoeging formulier E: Spreekuur

In een aantal basiseenheden in het land worden tijdens het spreekuur nog andere dingen gedaan dan alleen patiënten te woord staan of verpleegartikelen uitlenen.
Zowel het verrichten van administratieve werkzaamheden als het plegen van overleg met allerlei instanties komt regelmatig voor.
Om te voorkomen dat er dubbeltellingen plaats vinden en te zorgen dat toch alle werktijd goed gemeten wordt, dient u zich aan de volgende regels te houden:

- Schrijf bij overleg tijdens het spreekuur ieder contact in een vakje van het spreekuur-formulier, voorzien van het aantal minuten dat het betreffende overleg geduurd heeft. Dit overleg noteert u dan niet meer op formulier F. Al het overleg dat niet tijdens het spreekuur plaatsvindt noteert u op formulier F, zoals staat aangegeven op pagina 36 en 37.

- De totale tijd die u tijdens het spreekuur aan administratieve werkzaamheden heeft besteed, vult in een vakje van het donkergele formulier in.
  Deze tijd telt u niet op bij de totale tijd welke u aangeeft op formulier G op de betreffende dag. Wel kruist u daar aan welk soort administratie u toen verricht heeft.
  Het soort administratie dat u verricht heeft is namelijk een inhoudelijke meting, die losstaat van de tijdsmeting en voor de totale inventarisatie van uw werkzaamheden van belang is.

FORMULIER F: OVERLEGSITUATIES

Dit formulier is bedoeld om te meten hoe vaak en met wie U overleg pleegt in uw werksituatie. We maken hierbij onderscheid tussen overleg dat plaatsvindt binnen het kruiswerk (bovenste helft van het formulier) en overleg dat plaatsvindt buiten het kruiswerk (onderste helft van het formulier).
Hoewel per week maar één formulier gebruikt behoeft te worden dient U iedere dag te noteren indien U overleg heeft gepleegd om vergissingen te voorkomen.
Aan het begin van de week vult U in over welke week van de registratieperiode de meting gaat, bijvoorbeeld week 1 van de hele periode van 8 weken.

Het formulier ziet er iets anders uit dan de andere formulieren. Behalve de rondjes die U dient aan te kruisen staan er ook vakjes afgedrukt. Hierin moet in minuten de tijd worden ingevuld dat het betreffende overleg geduurd heeft. Mocht U vaker overleg hebben gepleegd dan er vakjes zijn, dan kunt U de tijden er gewoon extra achter zetten.

OVERLEG BINNEN HET KRUISWERK

Gestructureerd/vast overleg

Hiermee bedoelen we overleg dat U heeft met personen of instanties binnen het kruiswerk en dat gestructureerd of op vaste tijden plaatsvindt. We maken hierbij geen onderscheid tussen overleg over patiëntenzorg en overleg over organisatorische zaken. Indien U met één van de genoemde personen of groepen dergelijk overleg heeft gehad, dan kruist U dit aan en geeft erbij aan hoeveel tijd het gekost heeft.
De categorieën spreken voor zich. Alleen bij de districtsverpleegkundige de volgende toelichting. Niet overal zijn per genoemde discipline aparte personen in dienst. Is dit wel het geval dan kruist U gewoon aan met welke persoon U heeft overlegd. Vervult één districtsverpleegkundige daarentegen meerdere van deze functies, of misschien wel alle, dan geeft U aan over welk onderwerp het overleg handelde door het betreffende rondje aan te kruisen. De totale overlegtijd vult U dan in in het vakje direct achter het woord districtsverpleegkundige.
Niet genoemde personen of instanties binnen het kruiswerk waarmee U gestructureerd of vast overleg heeft gepleegd dient U te vermelden onder de categorie: 'met anderen'.

Overleg niet op vaste tijden

Hiermee bedoelen we overleg dat U heeft met personen en instanties binnen het

kruiswerk dat niet plaatsvindt op vaste tijden maar incidenteel, wanneer het zo uitkomt. Dergelijk overleg kan zowel hebben plaatsgevonden op Uw eigen initiatief als op initiatief van de andere persoon. Omdat dit overleg zowel telefonisch als persoonlijk kan plaatsvinden, dient U dit apart aan te kruisen. Verder geeft U aan hoeveel tijd het per keer gekost heeft. De meeste categorieën spreken weer voor zich en voor de districtsverpleegkundige geldt weer hetzelfde als hierboven beschreven.

Met aanvullende thuiszorg bedoelen we de vaak intensieve, gespecialiseerde, continue zorg welke wordt verleend als aanvulling op de reguliere hulpverlening door het kruiswerk.

Incidenteel overleg met personen of instanties binnen het kruiswerk die hier niet vermeld zijn, dient U te vermelden onder de categorie 'anderen'.

OVERLEG BUITEN HET KRUISWERK

Gestructureerd/vast overleg

Gestructureerd of vast overleg met personen van buiten het kruiswerk zal minder vaak voorkomen dan binnen het kruiswerk en zal vooral plaatsvinden in samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn of met de gezinszorg. Indien mogelijk dient U hierbij iets aan te geven over het soort overleg, namelijk of het alleen organisatorisch was of alleen patiëntgericht. Omvatte het overleg beide soorten, wat vaak voor zal komen, dan kruist U dat aan.

Ander eerstelijnsoverleg omvat alle gestructureerde eerstelijnszorg dat niet plaats vindt binnen een gezondheidscentrum. Zowel binnen een gezondheidscentrum als bij ander eerstelijnsoverleg gaat het om multi-disciplinair overleg. Overleg met één andere beroepsgroep, zoals bijvoorbeeld met de gezinszorg kunt U eronder aangeven.

Overleg dat U heeft gehad met niet genoemde instanties op vaste tijden of gestructureerd, dient U weer te vermelden onder de categorie 'met anderen'.

Overleg niet op vaste tijden

Hiermee bedoelen we overleg dat U heeft met personen en instanties buiten het kruiswerk dat niet plaatsvindt op vaste tijden maar incidenteel. Van dit incidentele overleg dient U aan te geven of het telefonisch of persoonlijk heeft plaatsgevonden. Iedere keer dat U dergelijk overleg heeft gehad vult U hiervan de tijdsduur in. De categorieën spreken voor zich.

Incidenteel overleg met hier niet genoemde personen of instanties van buiten het kruiswerk, dient U te vermelden onder de categorie 'anderen'.

FORMULIER G: DAGELIJKSE ADMINISTRATIEVE WERKZAAMHEDEN EN TIJDSMETING

Dit formulier bestaat uit twee aparte onderdelen:

- Het registreren van de tijd die U aan administratieve werkzaamheden besteedt en
- een meting van de totale tijd die U per dag werkt.

U dient dit formulier aan het einde van iedere dag in te vullen, dus niet bijvoorbeeld éénmaal per week, omdat U dan alle details niet meer precies zult weten.

Om te beginnen geeft U aan om welke week van de registratieperiode het gaat, bijvoorbeeld week 1.

ADMINISTRATIE

Iedere dag dat U iets aan administratie gedaan heeft dient U dit aan te geven. Zijn er dagen waarop U wel gewerkt heeft, maar om welke reden dan ook geen administratie heeft gedaan, dan vult U bij die dag niets in.

U kruist hier apart aan of U administratie heeft verricht in het kader van het WAS-administratiesysteem, of U een schriftelijke overdracht heeft gemaakt voor avond-, nacht- of weekenddienst of een schriftelijke overdracht voor intramurale instellingen. Verder geeft U nog apart aan of U gezins- of patiëntenkaarten heeft opgezocht, administratie verricht heeft ten behoeve van het consultatiebureau of van het eigen registratiesysteem van de basiseenheid.

Zijn er nog andere, hier niet genoemde administratieve werkzaamheden door U verricht, dan moet U dit onder 'diversen' aangeven.

De tijd die U aan het administratieve werk heeft besteed dient U onderaan weer te geven. Dit behoeft niet apart per onderdeel gedaan te worden, maar in zijn totaliteit. De tijd in minuten aangeven s.v.p. Tevens kunt U hier invullen hoeveel tijd U per dag besteed heeft aan de registratie voor dit onderzoek.

TIJDMETING

Bij de tijdmeting geeft U aan hoeveel uur U per dag gewerkt heeft. U dient dit steeds per dag apart aan te geven en dagelijks in te vullen. Zijn er dagen in een bepaalde week waarop U niet gewerkt heeft, dan dient U 0 uur in te vullen.

Omdat een aantal niet vaak voorkomende werkzaamheden, zoals bijvoorbeeld oudercursussen, niet op de registratieformulieren genoemd wordt, kunt U deze invullen bij de categorie 'tijd besteed aan niet geregistreerde werkzaamheden'. U geeft dan tevens aan hoeveel tijd U daaraan besteed heeft.

Behalve echte werktijd, dient U aan te geven wanneer U binnen werktijd cursus-

sen, nascholingen e.d. gevolgd heeft door het aantal uren op te geven dat U hieraan besteed heeft.
Wanneer U op een dag niet gewerkt heeft of minder dan te verwachten was, dient U dit alleen aan te geven indien de reden hiervan was: ATV, ziekte of vakantie. Dus niet als U korter gewerkt heeft omdat U eerder klaar was dan verwacht. Onder ziekte valt ook een bezoek aan dokter, tandarts e.d.
Voorbeeld. Op maandag heeft U alleen 's ochtends gewerkt, 's middags heeft U een cursus gevolgd van 1 1/2 uur en U heeft 2 ATV-uren opgenomen. U vult dan achtereenvolgens 4, 1 1/2 en 2 uur in, waarvan de laatste 2 uur onder de categorie ATV.
Tot slot geeft U aan hoeveel avonden of nachten van de betreffende week U dienst heeft gehad in het kader van de 24-uurs bereikbaarheid.

BIJLAGE III

NIVEL

nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in nederland

vragenlijst

Inlichtingen:

T. Vorst - Thijssen, telefoon: 030 - 31 99 46

TOELICHTING

Deze vragenlijst bestaat uit zeven gedeeltes. De delen I tot en met V gaan over specifieke activiteiten, zoals georganiseerde voorlichting, overleg, zorginnovatieprojecten en bijscholing en studie.
Hierbij vragen wij u naar de **feitelijke** situatie van het afgelopen jaar, januari 1988 tot en met september 1988. Aan welke activiteiten hebt u gedurende deze periode meegewerkt en wat is de tijd die u daaraan besteed heeft?

In deel VI vragen wij u over de genoemde activiteiten uw **persoonlijke mening** te geven en kunt u wensen en ideeën daaromtrent kenbaar maken.
Daarnaast vragen wij u uw mening te geven over het totaal van uw werkzaamheden, dus met inbegrip van de dagelijkse zorgactiviteiten, zoals huisbezoek, spreekuur en CB-zittingen.

In deel VII vragen wij u tot slot naar enige algemene gegevens over u en uw werksituatie.

Wilt u de vragenlijst zo volledig mogelijk invullen?
Wilt u a.u.b. geen vragen overslaan, behalve in die gevallen waar dit duidelijk is aangegeven?
Aan het einde van de vragenlijst is ruimte voor aanvullende opmerkingen.

Na het invullen kunt u de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvelop doen, deze dichtplakken en graag meteen naar ons terugsturen. Een postzegel plakken is niet nodig.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking aan het onderzoek.

I. Georganiseerde Voorlichtingsactiviteiten

Hiermee bedoelen we: voorlichtingsactiviteiten die buiten de individuele zorgverlening vallen, zoals: groepsvoorlichting, gespreksgroepen, cursussen en dergelijke. Deze bijeenkomsten kunnen zowel algemeen van aard zijn als gericht zijn op specifieke doelgroepen.

1.a. Verleent u medewerking aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten?

0 ja
0 nee

b. Indien 'nee', wat is hiervan de reden?
(U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

0 in onze basiseenheid wordt dit soort activiteiten niet verricht
0 het is niet mijn taak, anderen in de basiseenheid houden zich daarmee bezig
0 het is niet mijn taak, maar de specifieke taak van één collega
0 het is wel onderdeel van mijn taak, maar ik kom er niet aan toe
0 andere reden, nl.: .....

Indien u geen medewerking verleent aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten, kunt u vraag 2 en vraag 3 overslaan.

2. Hieronder volgt een opsomming van allerlei georganiseerde voorlichtingsactiviteiten. Wilt u aankruisen aan **welke** activiteit(en) u het afgelopen jaar (januari 1988 tot en met september 1988) hebt meegewerkt en **hoe vaak** u dat gedaan hebt? Wilt u daarbij invullen uit **hoeveel zittingen** die activiteit gewoonlijk bestond en wat de **tijdsduur per zitting** was? Wilt u vervolgens aangeven of u die activiteit **alleen** verzorgd heeft, **met collega** wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden of **met anderen** en **wie?**

Voorbeeld: u heeft tussen 1 januari 1988 en 1 oktober 1988 twee keer meegewerkt aan een gespreksgroep voor a.s. ouders. Deze gespreksgroepen bestonden ieder uit vier zittingen van elk twee uur. U heeft beide gespreksgroepen verzorgd samen met een collega-wijkverpleegkundige. U vult de vraag dan als volgt in:

	aantal maal	aantal zittingen per cursus	gem. tijdsduur per zitting	alleen	met collega WV/WZV	met anderen, nl.:
voorbeeld:						
0 a.s. oudergroep	2 maal	4	2 uur	0	X	0 .....
a. voor ouders en kind:						
0 a.s. oudergroep	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 zwangerschapsgymnastiek	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 combinatie van zwangerschaps-gymnastiek en a.s. oudergroep	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 gespreksgroep voor ouders met zuigelingen	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 gespreksgroep voor ouders met peuters/kleuters	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 groepsvoorlichting aan migranten	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 infolijn zwangerschap en kraamzorg	..maal	n.v.t.	..uur	0	0	0 .....
0 infomarkt kraamzorg	..maal	n.v.t.	..uur	0	0	0 .....
0 anders, nl.:	..maal	....	..uur	0	0	0 .....

	aantal maal	aantal zit-tingen per cursus	gem. tijds-duur per zitting	alleen	met collega WV/WZV	met anderen, nl.:
b. zieken thuis:						
0 cursus ziekenverpleging/ verzorging thuis	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
voorlichtingsbijeenkomst/ gespreksgroep met betrekking tot:						
0 reuma	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 diabetes	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 CARA	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 kanker	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 dementie	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 hart- en vaatziekten	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 incontinentie	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 anders, nl.:	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
c. ouderen:						
0 groepsgerichte voorlichting preventieve ouderenzorg	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 consultatiebureau voor ouderen	..maal	n.v.t.	..uur	0	0	0 .....
0 anders, nl.:	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
d. voedingsvoorlichting en dieetadvisering:						
0 groepsgerichte voorlichting aan specifieke risico-groepen, zoals zwangeren, diabetici e.a.	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 anders, nl.:	..maal	....	..uur	0	0	0 .....

	aantal maal	aantal zit-tingen per cursus	gem. tijds-duur per zitting	alleen	met collega WV/WZV	met anderen, nl.:
e. algemeen:						
0 gespreksgroep sterven - dood - rouw	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 gespreksgroep gezond zijn - gezond blijven	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 gespreksgroep mondig zijn in de gezondheidszorg	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 infomarkt gezondheidszorg	..maal	n.v.t.	..uur	0	0	0 .....
0 slaapcursus	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 algemene informatie bij-eenkomst over het kruiswerk	..maal	....	..uur	0	0	0 .....
0 anders, nl.:	..maal	....	..uur	0	0	0 .....

3. Hieronder volgt dezelfde opsomming van georganiseerde voorlichtingsactiviteiten als in vraag 2. Wilt u achter de activiteit(en) die u daar heeft opgegeven, invullen **waaruit uw medewerking heeft bestaan?**
Voorbeeld: u heeft tussen 1 januari 1988 en 1 oktober 1988 twee keer meegewerkt aan een gespreksgroep voor a.s. ouders (zie vraag 2). Beide keren heeft u meegewerkt aan de voorbereiding, één van beide keren had u alleen de leiding, de andere keer was u 'slechts' aanwezig, één keer heeft u meegewerkt aan de evaluatie.
U vult de vraag dan als volgt in:

AANTAL MAAL:

	voorbereiding	leiding: alleen	leiding: met anderen	'slechts' aanwezig	evaluatie	administratie	andere werkzaamheden, nl.:
voorbeeld:							
0 a.s. oudergroep	2	1	....	1	1	....	....
a. ouders en kind:							
0 a.s oudergroep	....	....	....	.....	....	....	....
0 zwangerschapsgymnastiek	....	....	....	.....	....	....	....
0 combinatie van zwangerschapsgymnastiek en a.s. oudergroep	....	....	....	.....	....	....	....
0 gespreksgroep voor ouders met zuigelingen	....	....	....	.....	....	....	....
0 gespreksgroep voor ouders met peuters/kleuters	....	....	....	.....	....	....	....
0 groepsvoorlichting aan migranten	....	....	....	.....	....	....	....
0 infolijn zwangerschap en kraamzorg	....	....	....	.....	....	....	....
0 infomarkt kraamzorg	....	....	....	.....	....	....	....
0 anders, nl.	....	....	....	.....	....	....	....

Samenwerkgroep

AANTAL MAAL:

	voor-bereiding	leiding		'slechts' aanwezig	evaluatie	administratie	andere werkzaamheden, nl.:
		alleen	met anderen				
b. zieken thuis:							
0 cursus ziekenverpleging/ verzorging thuis	....	....	....	.....	....	....	....
voorlichtingsbijeenkomst/gespreksgroep met betrekking tot:							
0 reuma	..	....	....	.....	....	....	....
0 diabetes	..	....	....	.....	....	....	....
0 CARA	..	....	....	.....	....	....	....
0 kanker	..	....	....	.....	....	....	....
0 dementie	..	....	....	.....	....	....	....
0 hart- en vaatziekten	..	....	....	.....	....	....	....
0 incontinentie	..	....	....	.....	....	....	....
0 anders, nl.:	....	....	....	.....	....	....	....
c. ouderen:							
0 groepsgerichte voorlichting preventieve ouderenzorg	....	....	....	.....	....	....	....
0 consultatiebureau voor ouderen	....	....	....	.....	....	....	....
0 anders, nl.:	....	....	....	.....	....	....	....

AANTAL MAAL:

	voor-bereiding	leiding		'slechts' aanwezig	evaluatie	administratie	andere werkzaamheden, nl.:
		alleen	met anderen				
d. voedingsvoorlichting en dieetadvisering:							
0 groepsgerichte voorlichting aan specifieke risicogroepen, zoals: zwangeren, diabetici, e.a.							
0 anders, nl.:	....	....	....	.....	....	....	....
e. algemeen:							
0 gespreksgroep sterven - dood - rouw	....	....	....	.....	....	....	....
0 gespreksgroep gezond zijn - gezond blijven	....	....	....	.....	....	....	....
0 gespreksgroep mondig zijn in de gezondheidszorg	....	....	....	.....	....	....	....
0 infomarkt gezondheidszorg	....	....	....	.....	....	....	....
0 slaapcursus	....	....	....	.....	....	....	....
0 algemene informatiebijeenkomst over het kruiswerk	....	....	....	.....	....	....	....
0 anders, nl.:	....	....	....	.....	....	....	....

Samenvoegen

II. Overlegsituaties

We bedoelen hier overlegsituaties die gericht zijn op de patiëntenzorg. Binnen de overlegsituaties onderscheiden we vier typen overleg:

- overleg binnen het kruiswerk, dat regelmatig of op vaste tijden plaatsvindt, zoals basiseenheidoverleg of (sub)teamoverleg;
- overleg binnen het kruiswerk, dat onregelmatig of incidenteel plaatsvindt, zoals onregelmatig (telefonisch) overleg met bijvoorbeeld een GVO-consulente;
- overleg buiten het kruiswerk, dat regelmatig of op vaste tijden plaatsvindt, zoals overleg in een hometeam;
- overleg buiten het kruiswerk, dat onregelmatig of incidenteel plaatsvindt, zoals overleg met een huisarts, gezinshulp, e.d.

Omdat in het registratiegedeelte van het onderzoek het vaste overleg binnen het kruiswerk in voldoende mate aan de orde komt, laten wij dat hier buiten beschouwing.

Het niet-patiënt-gebonden overleg komt aan de orde in vraag 22.

4. Incidenteel overleg binnen het kruiswerk

Wilt u bij onderstaande overlegsituaties aangeven **hoe vaak per maand** of, als het minder dan 1x per maand voorkomt, **hoe vaak u dit jaar** (januari tot en met september) contact heeft gehad met betreffende personen? Wilt u daarbij aangeven of dat contact persoonlijk of telefonisch plaats vond?
Let wel, het gaat hier **alleen** om die contacten die **niet** binnen gestructureerde of vaste overlegsituaties plaatsvinden.
Voorbeeld: u heeft het afgelopen jaar vijf keer contact gehad met de GVO-consulent, waarvan twee keer persoonlijk en drie keer telefonisch.
U vult de vraag dan als volgt in:

	aantal contacten			
	per maand	jan. t/m sept.	tel.	pers.
voorbeeld:				
0 GVO-consulente	.. maal	5 maal	3	2
0 met een districtsverpleegkundige over:				
0 jeugdgezondheidszorg	.. maal	.. maal	....	....
0 oncologie	.. maal	.. maal	....	....
0 diabetes	.. maal	.. maal	....	....
0 reuma	.. maal	.. maal	....	....
0 CARA	.. maal	.. maal	....	....
0 ouderenzorg	.. maal	.. maal	....	....
0 anders, nl.:	.. maal	.. maal	....	....
0 met GVO-consulente	.. maal	.. maal	....	....
0 met dietiste	.. maal	.. maal	....	....
0 met kraamcentrum	.. maal	.. maal	....	....
0 met sociaal-geneeskundige	.. maal	.. maal	....	....
0 anders, nl.:	.. maal	.. maal	....	....
0 nl.:	.. maal	.. maal	....	....

5.a. Vast overleg buiten het kruiswerk

Hieronder verstaan we vast overleg dat regelmatig plaatsvindt op grond van een bestaande samenwerking, zoals binnen een gezondheidscentrum, of vast overleg dat in het kader van een projekt plaatsvindt. Een voorbeeld van vast overleg in het kader van een projekt is een werkgroep van verpleegkundigen van het ziekenhuis en het kruiswerk, die is ingesteld om de onderlinge samenwerking te verbeteren.

Wilt u bij onderstaande overlegsituaties aangeven **hoe vaak per maand** of, als het minder dan 1x per maand voorkomt, **hoe vaak u dit jaar** (januari tot en met september) aan het betreffende overleg heeft deelgenomen? Wilt u daarbij aangeven of het een overleg is op grond van bestaande samenwerking of een overleg in het kader van een projekt.

		aantal contacten			
		per maand	jan. t/m sept.	vaste samen-werking	in het kader van een projekt
0	in gezondheidscentrum	.. maal	.. maal	0	0
0	in home-team	.. maal	.. maal	0	0
0	met basisgezondheidsdienst	.. maal	.. maal	0	0
0	ander eerstelijnsoverleg	.. maal	.. maal	0	0
0	met gezinszorg	.. maal	.. maal	0	0
0	met stichting aanvullende thuiszorg	.. maal	.. maal	0	0
0	met bejaardenzorg	.. maal	.. maal	0	0
0	met bejaardentehuis	.. maal	.. maal	0	0
0	met open bejaardenwerk/platform voor ouderen	.. maal	.. maal	0	0
0	met verpleging psycho-geriatrische dagbehandeling	.. maal	.. maal	0	0
0	met verpleging somatische dagbehandeling	.. maal	.. maal	0	0
0	met verpleging algemeen ziekenhuis	.. maal	.. maal	0	0
0	met verpleging verpleeghuis	.. maal	.. maal	0	0
0	met indicatiecommissie tehuizen	.. maal	.. maal	0	0
0	met RIAGG	.. maal	.. maal	0	0
0	anders, nl.:	.. maal	.. maal	0	0

5.b. Een speciale vorm van overleg is **consultatie** van de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende. Hierbij wordt op basis van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende advies gevraagd over een bepaalde patiënt of patiëntencategorie zonder dat de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende de behandeling overneemt.

Wilt u hieronder aangeven **of** u in het afgelopen jaar (januari tot en met september) consultatie heeft **gegeven**, hoe vaak dat voorkwam en of dat incidenteel gebeurde of op grond van een reeks vaste afspraken.

	aantal maal			
	per maand	jan. t/m sept.	incidenteel	vaste afspraken
Consultatie gegeven aan:				
0 verpleging bejaardenhuis	.. maal	.. maal	0	0
0 verpleging algemeen ziekenhuis	.. maal	.. maal	0	0
0 verpleging verpleeghuis	.. maal	.. maal	0	0
0 leidster peuterspeelzaal	.. maal	.. maal	0	0
0 anderen, nl.:	.. maal	.. maal	0	0
0 geen consultatie gegeven				

6. Incidenteel overleg buiten het kruiswerk

Hieronder volgt een lijst van personen en instellingen waarmee u misschien in het afgelopen jaar overleg heeft gevoerd. Wilt u in dat geval aangeven **hoe vaak per maand** of, als het minder dan 1x per maand voorkomt, **hoe vaak** u tussen 1 januari en 1 oktober 1988 overleg met hen gehad heeft? Wilt u daarbij aangeven of dat overleg persoonlijk of telefonisch geweest is?
Let wel, het gaat hier om die contacten die niet binnen gestructureerde of vaste overlegsituaties plaatsvinden.

Voorbeeld: u heeft buiten het geregelde home-teamoverleg om in het afgelopen jaar gemiddeld zes keer per maand contact gehad met een huisarts, waarvan vijf keer telefonisch en een keer persoonlijk.
U vult de vraag dan als volgt in:

	aantal contacten			
	per maand	jan. t/m sept.	tel.	pers.
voorbeeld: 0 met huisarts	6 maal ..	maal	5	1
0 met huisarts	.. maal ..	maal	....	....
0 met fysiotherapeut	.. maal ..	maal	....	....
0 met maatschappelijk werk	.. maal ..	maal	....	....
0 met basisgezondheidsdienst	.. maal ..	maal	....	....
0 met gezinszorg	.. maal ..	maal	....	....
0 met stichting aanvullende thuiszorg	.. maal ..	maal	....	....
0 met RIAGG	.. maal ..	maal	....	....
0 met specialist	.. maal ..	maal	....	....
0 met arts verpleeghuis	.. maal ..	maal	....	....
0 met verpleging verpleeghuis	.. maal ..	maal	....	....
0 met verpleging algemeen ziekenhuis	.. maal ..	maal	....	....
0 met verpleging psychiatrisch ziekenhuis	.. maal ..	maal	....	....
0 met bejaardentehuis	.. maal ..	maal	....	....
0 met bejaardenzorg/dienstencentrum	.. maal ..	maal	....	....
0 met verpleging psycho-geriatrische dagbehandeling	.. maal ..	maal	....	....
0 met verpleging somatische dagbehandeling	.. maal ..	maal	....	....
0 met gemeentelijke sociale dienst	.. maal ..	maal	....	....
0 met indicatiecommissie tehuizen	.. maal ..	maal	....	....
0 met apotheker	.. maal ..	maal	....	....
0 met verpleegkundige van particulier bureau	.. maal ..	maal	....	....
0 met georganiseerd vrijwilligerswerk	.. maal ..	maal	....	....
0 met peuterspeelzaal	.. maal ..	maal	....	....
0 met tolkencentrum	.. maal ..	maal	....	....
0 met verleners van mantelzorg	.. maal ..	maal	....	....
0 met anderen, nl.:	.. maal ..	maal	....	....

III. Bijscholing en studie

De bijscholings- en studie-activiteiten zijn onderverdeeld in drie groepen, namelijk:
- studie en opleiding
- bij- en nascholingscursussen
- overige

7. Volgt u op dit moment een studie naast uw werk?

0 ja
0 nee

Indien 'nee', dan kunt u vraag 8 overslaan.

8. Indien 'ja': kunt u aankruisen welke studie u volgt en hoeveel tijd u dit **inclusief voorbereiding,** per week kost? Wilt u daarnaast aangeven hoeveel van die tijd u binnen werktijd en hoeveel u buiten werktijd aan de studie besteedt?

	studie/opleiding	tijdsbesteding per week inclusief voorbereiding: totaal aantal uren	aantal uren binnen werktijd	aantal uren buiten werktijd
0	deeltijd MGZ-opleiding	.. uur	.. uur	.. uur
0	(deeltijd) HBO-V	.. uur	.. uur	.. uur
0	(deeltijd)studie verplegingswetenschappen	.. uur	.. uur	.. uur
0	voortgezette opleiding ziekenverzorgenden	.. uur	.. uur	.. uur
0	landelijke revalidatie opleiding verpleegkundigen	.. uur	.. uur	.. uur
0	landelijke revalidatie opleiding ziekenverzorgenden	.. uur	.. uur	.. uur
0	kaderopleiding	.. uur	.. uur	.. uur
0	voortgezette opleiding, richting management	.. uur	.. uur	.. uur
0	voortgezette opleiding, richting beroepsinnovatie	.. uur	.. uur	.. uur
0	voortgezette opleiding wijkziekenverzorgende	.. uur	.. uur	.. uur
0	anders, nl.:	.. uur	.. uur	.. uur

N.B.: applicatiecursus wijkziekenverzorgenden wordt genoemd in vraag 10

9. Heeft u het afgelopen jaar bijscholings- of nascholingscursussen gevolgd?

0 ja
0 nee

Indien 'nee', dan kunt u vraag 10 overslaan.

10. Zo 'ja': kunt u aankruisen welke bijscholing of nascholing u heeft gevolgd en wat in totaal uw tijdsbesteding **inclusief voorbereiding** voor de betreffende scholing is geweest? Wilt u daarnaast aangeven hoeveel van die totale tijd u binnen werktijd en hoeveel u buiten werktijd aan de scholing hebt besteed?

	bijscholing of nascholing op het gebied van	totale tijdsbesteding inclusief voorbereiding	aantal uren binnen werk-tijd	aantal uren buiten werk-tijd
0	oncologie	.... uur	.. uur	.. uur
0	AIDS	.... uur	.. uur	.. uur
0	CARA	.... uur	.. uur	.. uur
0	jeugdgezondheidszorg	.... uur	.. uur	.. uur
0	gerontologie en (psycho)geriatrie	.... uur	.. uur	.. uur
0	standaard verpleegplannen	.... uur	.. uur	.. uur
0	verpleegkundig methodisch handelen	.... uur	.. uur	.. uur
0	medische technieken en verpleegkundige zorg-verlening	.... uur	.. uur	.. uur
0	applicatiecursus wijkziekenverzorgenden	.... uur	.. uur	.. uur
0	GVO/patiëntenvoorlichting	.... uur	.. uur	.. uur
0	etnische minderheden	.... uur	.. uur	.. uur
0	gesprekstraining	.... uur	.. uur	.. uur
0	samenwerken	.... uur	.. uur	.. uur
0	informatica - werken met de computer - verpleging en automatisering	.... uur	.. uur	.. uur
0	anders, nl.:	.... uur	.. uur	.. uur

11.a. Heeft u het afgelopen jaar (jan.'88 t/m sept.'88) congressen en/of themadagen bijgewoond?

0 nee
0 ja, nl.: ..... (aantal)

b. Indien 'ja', hoeveel tijd heeft u daar in totaal aan besteed?

.... uur, waarvan .... uur binnen werktijd
.... uur buiten werktijd

12.a. Bent u in de gelegenheid om binnen werktijd vakliteratuur, zoals vaktijdschriften, beleidsnota's en rapporten te lezen?

0 nee
0 ja

b. Indien 'ja', hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per maand aan het lezen van vakliteratuur binnen werktijd?

.... uur per maand

13.a. Besteedt u buiten werktijd tijd aan het lezen van vakliteratuur?

0 nee
0 ja

b. Indien 'ja', hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per maand aan het lezen van vakliteratuur buiten werktijd?

.... uur per maand

IV. Zorginnovatie-projecten

Hiermee bedoelen wij bepaalde projecten, die van **tijdelijke aard** zijn en tot doel hebben de zorgverlening te verbeteren. Hiertoe vinden gerichte activiteiten plaats, zoals samenwerking tussen verschillende disciplines. (zie de voorbeelden bij vraag 15)

14.a. Verleent u medewerking aan zorginnovatie-projecten?

0 ja
0 nee

b. Indien 'nee', wat is hiervan de reden? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen.)

0 er zijn geen zorginnovatie-projecten in onze basiseenheid

0 het is niet mijn taak, anderen in de basiseenheid houden zich daarmee bezig

0 het is niet mijn taak, maar de specifieke taak van één collega

0 het is wel onderdeel van mijn taak, maar ik kom er niet aan toe

0 andere reden, nl.: .....

Indien u geen medewerking verleent aan zorginnovatie-projecten, kunt u vraag 15 overslaan.

15.a. Wilt u bij de hieronder genoemde projecten aankruisen aan welk project (of aan welke projecten) u het afgelopen jaar (jan.'88 tot en met sept.'88) hebt meegewerkt? Wilt u daarbij invullen wanneer het project gestart is en (indien van toepassing) waneer het geëindigd is? Wilt u vervolgens aangeven waaruit uw medewerking bestaat (bestond) en hoeveel tijd u tot nu toe aan het project besteed heeft?

Voorbeeld: u heeft het afgelopen jaar meegewerkt aan een nazorgproject (samenwerking ziekenhuis-kruiswerk).
De start van dit project was in februari 1988, het is nog niet afgesloten. U bent niet betrokken geweest bij de voorbereiding, wel bij de uitvoering en sinds kort verzorgt u de administratie rond het project. Tot nu toe heeft u ± 30 uur tijd besteed aan dit project.
U vult de vraag dan als volgt in:

			betrokken bij:				
	start	eind	voor-bereiding	uit-voering	eva-luatie	anders, nl.:	totale tijds-besteding
voorbeeld:							
0 nazorgproject	**feb./1988**	..../19..	0	X	0	**admin.**	**30** uur
project op het gebied van:							
0 etnische minderheden	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 nazorg (samenwerking ziekenhuis - kruiswerk)	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 nachtverpleging	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 CARA	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 ergotherapie in de eerste lijn	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 ouderenzorg	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 samenwerking kruiswerk/ verpleeghuizen	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 ontwikkeling standaard-verpleegplannen	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 patiënten-classificatie	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 kwaliteitsbewaking	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur
0 anders, nl.:	..../19..	..../19..	0	0	0	0	.. uur

15.b. Kunt u kort in uw eigen woorden aangeven wat het project inhoudt (inhield)?

V. Overige activiteiten

Hieronder noemen we enkele activiteiten die door hun specifieke karakter nog niet eerder aan bod kwamen, zoals screeningszittingen, inentingszittingen, speciale huisbezoeken en stagebegeleiding.

16.a. Worden er in uw basiseenheid screeningszittingen voor gehoorscreening gehouden?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 17** ----------

b. Werkt u zelf mee aan deze screeningszittingen?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 17** ----------

c. Verzorgt u die zittingen alleen, met een collega WV/WZV of met iemand anders, bijvoorbeeld een arts?

0 alleen
0 met collega WV/WZV
0 met arts
0 met ander, nl.: .....

d. Wat is gemiddeld uw tijdsbesteding per screeningszitting?

.... uur

e. Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar (jan.'88 t/m sept.'88) meegewerkt aan een screeningszitting?

.... maal

17.a. Worden er in uw basiseenheid aparte inentingszittingen gehouden?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 18** ----------

b. Werkt u zelf mee aan deze inentingszittingen?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 18** ----------

17.c. Verzorgt u deze zittingen alleen, met een collega WV/WZV of met iemand anders, bijvoorbeeld een arts?

0 alleen
0 met collega WV/WZV
0 met arts
0 met ander, nl.: .....

d. Wat is gemiddeld uw tijdsbesteding aan een inentingszitting?

.... uur

e. Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar (jan.'88 t/m sept.'88) meegewerkt aan een inentingszitting?

.... maal

18.a. Heeft u in het afgelopen jaar (jan.'88 t/m sept.'88) speciale CARA-huisbezoeken afgelegd?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 19** ----------

b. Deed u dat alleen of samen met iemand anders, bijvoorbeeld een districtsverpleegkundige?

0 alleen
0 samen met .....

c. Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar (jan.'88 t/m sept.'88) een CARA-huisbezoek afgelegd?

.... maal

19.a. Legt u wel eens een huisbezoek af bij een cliënt die in zorg geweest is, maar dat op dat moment niet meer is?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 20** ----------

b. Hoe noemt u een dergelijk huisbezoek?

0 controle-huisbezoek
0 nazorg-huisbezoek
0 oriëntatie-huisbezoek
0 anders, nl.: .....

c. Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar (jan. '88 tot en met sept.'88) een dergelijk huisbezoek afgelegd?

.... maal

20.a. Wanneer een patiënt van u is overleden, legt u dan daarna nog een of meer bezoeken af bij de familie (rouwbegeleidingshuisbezoek)?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 21** ----------

b. Hoe vaak gaat u gemiddeld naar die familie terug?

.... maal

21.a. Zijn er in het afgelopen jaar (jan.'88 t/m sept.'88) in uw basiseenheid stagiaires geweest?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 22** ----------

b. Heeft u in die periode zelf een of meer stagiaires begeleid?

0 ja
0 nee

c. Indien nee, wat is hiervoor de reden?

d. Hoeveel stagiaires heeft u in het afgelopen jaar (jan.'88 t/m sept.'88) begeleid?

.... (aantal), waarvan .... voor een oriëntatiestage
.... voor een beroepsvoorbereidende stage
(MGZ, HBO-V, MDGO-VP) MDGO VZ

e. Kunt u een schatting maken hoeveel tijd (buiten de meeloop tijd) u per stagiaire besteed hebt aan stagebegeleiding?

oriëntatiestage .... uur
voorbereidende stage .... uur

---

22. Kunt u een schatting maken **hoeveel tijd per maand** of als het minder dan 1x per maand voorkomt, **hoeveel tijd u sinds januari 1988** besteed hebt aan niet-patiëntgebonden overleg? We bedoelen hier bijvoorbeeld overleg over arbeidsvoorwaarden, fusiebesprekingen, ondernemingsraadsvergaderingen, e.d.

.... uur per maand .... uur tussen jan. en okt. 1988

VI. Beoordeling specifieke activiteiten

Over de onderwerpen die tot nu toe aan de orde zijn geweest, willen wij graag uw **persoonlijke mening** weten, als ook uw **wensen** en **ideeën** daaromtrent.

23. Georganiseerde voorlichtingsactiviteiten

a. Wordt er naar uw mening **in uw basiseenheid** voldoende aandacht besteed aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten? (zoals genoemd in vraag 2)

0 ja
0 nee

b. Heeft u **zelf** voldoende mogelijkheden om mee te werken aan georganiseerde voorlichtingsactiviteiten?

0 ja
0 nee
0 n.v.t., behoort niet tot mijn taak

c. Indien 'nee', wat is daarvoor de reden?

d. Zijn er specifieke voorlichtingsactiviteiten, die in uw basiseenheid **niet** plaatsvinden, maar die er volgens u wel zouden moeten zijn?

0 nee
0 ja, nl.:

e. Kunt u een reden aangeven waarom die voorlichtingsactiviteiten ontbreken? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

0 er is geen tijd voor
0 er is geen deskundigheid voor aanwezig
0 er is geen belangstelling voor vanuit de bevolking
0 het maakt geen deel uit van het beleid van de kruisvereniging
0 de tijd die het kost wordt niet/niet voldoende gecompenseerd
0 anders, nl.:

24. Overlegsituaties binnen het kruiswerk

a. Bent u van mening dat u voldoende gelegenheid hebt voor overleg binnen het kruiswerk?

0 ja ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 25** ----------
0 nee

steek jij/nee

b. Indien 'nee', wat is daarvoor de reden? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

0 ik heb er te weinig tijd voor
0 anderen zijn slecht bereikbaar
0 de beschikbare tijd voor overleg wordt niet efficiënt gebruikt
0 anders, nl.:

c. Wat zou volgens u een oplossing kunnen zijn hiervoor? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

0 vaste overlegtijden voor overleg met .....
0 betere bereikbaarheid van .....
0 verschuiving van taken, zodat meer tijd beschikbaar is voor overleg
0 efficiënter overleggen
0 anders, nl.:

---

25. Overlegsituaties buiten het kruiswerk

a. Bent u van mening dat u voldoende gelegenheid hebt voor overleg met personen of instanties buiten het kruiswerk?

0 ja ---------- **u kunt doorgaan naar vraag 26** ----------
0 nee

b. Indien 'nee', wat is daarvoor de reden? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

0 ik heb er te weinig tijd voor
0 anderen zijn slecht bereikbaar
0 de beschikbare tijd voor overleg wordt niet efficiënt gebruikt
0 anders, nl.:

c. Wat zou volgens u een oplossing kunnen zijn hiervoor? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

0 vaste overlegtijden voor overleg met .....
0 betere bereikbaarheid van .....
0 verschuiving van taken, zodat meer tijd beschikbaar is voor overleg
0 efficiënter overleggen
0 anders, nl.:

---

26. Hoe staat u in het algemeen ten opzichte van overleg? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

0 liefst zoveel mogelijk vaste tijden voor overleg
0 liefst zo min mogelijk vast overleg: contact zoeken wanneer dat nodig is
0 minder overleggen, er wordt veel te veel overlegd
0 anders, nl.:

---

27. Bijscholing en studie

a. Wordt er naar uw mening **in uw basiseenheid** voldoende informatie gegeven over de mogelijkheden voor bijscholing en studie?

0 ja
0 nee

b. Heeft u **zelf** voldoende mogelijkheden om de door u gewenste bijscholing of studie te volgen?

0 ja
0 nee

c. Indien 'nee', wat is daarvoor de reden?

d. Worden er **in uw regio** naar uw mening voldoende bijscholingsactiviteiten georganiseerd?

0 ja
0 nee

e. Is er op dit moment een bepaalde bijscholing die u graag zou willen volgen, maar waar u om bovengenoemde redenen niet aan toe komt?

0 nee
0 ja, nl.:

---

28. Zorginnovatieprojecten

a. Wordt er naar uw mening **in uw basiseenheid** (in uw regio) voldoende aandacht besteed aan zorginnovatieprojecten? (voor voorbeelden zie vraag 15)

0 ja
0 nee

b. Heeft u **zelf** voldoende mogelijkheden om mee te werken aan zorginnovatieprojecten?

0 ja
0 nee
0 n.v.t., behoort niet tot mijn taak

c. Indien 'nee', wat is daarvoor de reden?

d. Bent u van mening dat in uw regio een bepaald zorginnovatieproject zou moeten worden opgezet?

0 nee
0 ja, nl.:

---

29. Deze vraag gaat over het totaal van uw werkzaamheden, dus ook over de dagelijkse zorgactiviteiten die tot nu toe niet aan de orde zijn geweest.

a. Welke activiteiten kunnen naar uw mening **in uw basiseenheid** ingekrompen worden en welke zouden juist moeten worden uitgebreid?

inkrimpen	uitbreiden
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

b. Kunt u dit toelichten?

c. Zijn er activiteiten **in uw eigen takenpakket** die u zou willen inkrimpen of juist uitbreiden?

0 nee
0 ja:

inkrimpen	uitbreiden
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

d. Kunt u dit toelichten?

e. Welke vorm van werken heeft uw voorkeur?

0 all-round
0 gedifferentieerd (naast het all-round werken één specifieke taak binnen het team)
0 specifiek (werkzaam op slechts één of enkele zorggebieden)
0 anders, nl.:

30.a. Bent u van mening dat er binnen uw werk voldoende aandacht besteed wordt aan theoretische uitgangspunten van verpleegkunde?

0 ja
0 nee
0 weet ik niet

b. Indien nee, kunt u dit toelichting?

VII. Algemene gegevens

Hieronder volgen tot slot nog enkele vragen over u en uw werksituatie.

31. Wat is uw geslacht en uw leeftijd?

0 vrouw .... jaar
0 man

32. Wat is op dit moment uw functie binnen de wijkverpleging?

0 wijkverpleegkundige
0 verpleegkundige in de wijk
0 (wijk)ziekenverzorgende --------- **vraag 33 kunt u overslaan** ----------

33. Indien u als wijkverpleegkundige of verpleegkundige in de wijk werkzaam bent, wat is dan uw opleiding? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

0 HBO-V
0 kaderopleiding
0 voortgezette opleiding, richting management
0 voortgezette opleiding, richting beroepsinnovatie
0 MGZ
0 MBO-V
0 geen speciale opleiding voor wijkverpleging, maar wel voor de A-verpleging en/of B-verpleging
0 andere, nl.: .....
---------- **vraag 34 kunt u overslaan** ----------

34. Indien u als (wijk)ziekenverzorgende werkzaam bent, wat is dan uw opleiding?

0 alleen opleiding ziekenverzorgende
0 opleiding ziekenverzorgende + wijk-applicatie cursus
0 opleiding ziekenverzorgende, bezig met wijk-applicatie cursus
0 voortgezette opleiding ziekenverzorgende

35. Hoeveel jaar bent u reeds werkzaam in de wijkverpleging?
(niet gewerkte periode niet meerekenen)

.... jaar

36. Hebt u een volledige baan (38 uur) of een deeltijdbaan?

0 volledige baan
0 deeltijdbaan, nl.: 0 aanstelling van .... uur per week
0 geen vast aantal uren (invalkracht)

37. In welke gemeente(n) bent u werkzaam?

.....

38. Werkt u binnen een samenwerkingsverband?

0 nee
0 ja, binnen een home-team*
0 ja, ik ben gedetacheerd bij een gezondheidscentrum
0 ja, binnen een ander samenwerkingsverband, nl.:

* Een home-team, ook wel eerstelijnsoverleg genoemd, is een samenwerkingsverband (zonder gezamenlijke huisvesting) waarin tenminste de hulpverleners uit de kerndisciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk participeren. Deze komen op zijn minst een keer per maand bij elkaar om de hulpverlening aan gezamenlijke patiënten op elkaar af te stemmen.

39. In welke werkvorm functioneert u?

0 solistisch/wijkgericht
(de wijkverpleegkundige heeft een eigen gebied, waarbinnen zij alleen werkzaam is)

- Hoeveel inwoners omvat uw wijk ongeveer?
  .... personen

0 buurtgericht/teamgericht*

- Hoeveel inwoners omvat uw buurt ongeveer en met hoeveel wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bent u daar werkzaam?

omvang wijk/buurt: .... personen
aantal wijkverpleegkundigen: .... (aantal formatieplaatsen: ....)
aantal wijkziekenverzorgenden: .... (aantal formatieplaatsen: ....)

0 andere werkvorm, nl.:

omvang werkgebied: .... personen
aantal wijkverpleegkundigen: .... (aantal formatieplaatsen: ....)
aantal wijkziekenverzorgenden: .... (aantal formatieplaatsen: ....)

* Alle patiënten, die in de buurt wonen, waarbinnen de basiseenheid of het subteam werkzaam is, worden verdeeld onder alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van het team. Het kan dus voorkomen dat in een bepaalde straat meerdere wijkverpleegkundigen werkzaam zijn.

40. Met hoeveel verschillende huisartsen heeft u (wel eens) contact in verband met de directe patiëntenzorg?

.... huisartsen

41. Hoe zou u de wijk/buurt waar u werkzaam bent willen karakteriseren?

0 wijk met veel jonge gezinnen
0 wijk/buurt met relatief veel ouderen
0 wijk/buurt met relatief veel inwoners uit etnische minderheden
0 wijk/buurt met gevarieerde leeftijd/bewoners opbouw
0 anders, nl.:

42. Hoe bent u werkzaam?

0 all-round

0 specifiek (werkzaam op slechts één of enkele zorggebieden)
- welke zorggebieden?

0 gedifferentieerd (naast het all-roundwerken één specifieke taak binnen het team)

- welke taak?

43. Is er bij u in de basiseenheid sprake van 24-uursbereikbaarheid* van wijkverpleegkundige hulp?

0 ja
0 nee ---------- **u kunt vraag 44 overslaan** ----------

44. Wie verzorgen deze bereikbaarheid* 's avonds en 's nachts?

0 een vaste groep (deeltijd)werkers
0 personeel van de dagdienst in wisseldienst
0 al het personeel (vaste groep en dagdienst)
0 anders, nl.:

45. Is er bij u in de basiseenheid sprake van **geplande** avond- en/of nachtzorg door de wijkverpleging?

0 nee ---------- **u kunt vraag 46 overslaan** ----------
0 ja, alleen avondzorg
0 ja, zowel avond- als nachtzorg

* 24-uursbereikbaarheid betekent het 24 uur per dag telefonisch **bereikbaar** zijn en **beschikbaar** zijn om in acute situaties daadwerkelijk zorg te verlenen.

46. Wie verlenen deze geplande avond- en/of nachtzorg?

0 een vaste groep (deeltijd)werkers
0 personeel van de dagdienst in wisseldienst
0 al het personeel (vaste groep en dagdienst)
0 anders, nl.:

47. Wilt u hieronder aangeven wie bij u in de basiseenheid de weekenddiensten verzorgt?

0 een vaste groep (deeltijd)werkers
0 personeel van de dagdienst in wisseldienst
0 al het personeel (vaste groep en dagdienst)

Heeft u opmerkingen over sommige van de vragen of over de vragenlijst als geheel, dan kunt u die hieronder noteren.