

**HET WERK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EN WIJKZIEKENVERZORGENDEN:
INSTRUMENTONTWIKKELING**

A. Kerkstra
A.M.G.J. de Wit

Januari, 1987

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kerkstra, Ada

Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden : instrumentontwikkeling / Ada Kerkstra, Astrid de Wit. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - Ill.

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-036-6

SISO 613.7 UDC 364.444(492)

Trefw.: wijkverpleging.

vormgeving: Mieke Cornelius

VOORWOORD

In het voorliggende rapport wordt verslag gedaan van een oriënterende studie naar het werk van de wijkverpleging. Door middel van een uitgebreide literatuurstudie is basiskennis verzameld over de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Op basis daarvan zijn meetinstrumenten ontwikkeld waarmee het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kaart gebracht kan worden. In een vooronderzoek zijn deze meetinstrumenten uitgetest op betrouwbaarheid en validiteit en op hun bruikbaarheid voor een landelijk representatief onderzoek. De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die aan dit vooronderzoek hun medewerking hebben verleend, bedanken we voor hun bereidwilligheid.

Deze studie werd gesubsidiëerd door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Ter ondersteuning is een begeleidingscommissie in het leven geroepen. Deze was als volgt samengesteld: de heer W. Joling, ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; mevrouw drs. I. Jansen, ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; de heer N. van Soolingen, Nationale Kruisvereniging; mevrouw P.M.H.N. van Lin, Geneeskundige Hoofdinspectie; mevrouw F. Goddijn, wijkverpleegkundige; en mevrouw J.M. Bensing, NIVEL.

Aan de uitvoering van het onderzoek hebben een aantal NIVEL-medewerkers een bijdrage geleverd. De observaties bij de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn verricht door mevrouw C. van Baal en mevrouw A.M.G.J. de Wit. De heer J. Blaas verleende assistentie bij de verwerking van de gegevens. De meetinstrumenten zijn uitgetypt door mevrouw G. Verwey en het typewerk voor dit rapport is verzorgd door mevrouw J. Sanders.

Utrecht

januari, 1987

INHOUD

VOORWOORD

1. ALGEMENE INLEIDING	9
2. ONTWIKKELINGEN BINNEN HET KRUISWERK	12
2.1. De geschiedenis van het kruiswerk in Nederland	12
2.1.1. Het kruiswerk in de 19 ^e eeuw	12
2.1.2. Het kruiswerk in de 20 ^e eeuw	14
2.2. Recente ontwikkelingen rond het kruiswerk in Nederland	17
2.2.1. De Structuurnota Gezondheidszorg (1974)	18
2.2.2. De herstructurering en de AWBZ-financiering van het kruiswerk	20
2.2.3. Alleen Samen (1977)	26
2.2.4. De Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (1980)	27
2.2.5. Discussienota Contouren Eerstelijns(gezondheids)zorg (1983)	29
2.2.6. De Nota Eerstelijnszorg (1983) en de Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (1983)	30
2.3. De gevolgen van de ontwikkelingen voor het werk van de wijkverpleging	32
3. PROFIELSCHETSEN EN ONDERZOEK NAAR HET WERK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EN WIJKZIEKENVERZORGENDEN	35
3.1. Profielschetsen wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden	35
3.2. Reeds verricht onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden	40
3.2.1. Preventieve taken	41
3.2.2. Administratieve taken	43
3.2.3. Rapporterende taken	43
3.2.4. Coördinerende taken	44
3.2.5. Verzorgende taken	44
3.2.6. Begeleidende taken	47
3.2.7. Voorlichtende, adviserende en instruerende taken	49
3.2.8. Curatieve taken	52
3.2.9. Huishoudelijke taken	54
3.3. Conclusies naar aanleiding van het reeds verrichte onderzoek	54

4. KEUZE EN VERANTWOORDING VAN DE GEHANTEERDE ONDERZOEKSMETHODEN	56
4.1. Inleiding	56
4.2. De vragenlijstmethode; voordelen en beperkingen	58
4.3. Zelf-registratie; voordelen en beperkingen	59
4.4. De observatiemethode; voordelen en beperkingen	60
5. OPERATIONALISATIE VAN DE TAKEN VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EN WIJKZIEKENVERZORGENDEN	62
5.1. Inleiding	62
5.2. Algemene indeling van de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen	64
5.2.1. Huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën	65
5.2.2. Huisbezoeken ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen	75
5.2.3. Patiëntgebonden activiteiten in het wijkgebouw	79
5.2.4. Niet-patiëntgebonden activiteiten	84
5.3. Samenvatting van de te meten werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden	87
6. OPZET EN UITVOERING VAN HET VOORONDERZOEK	89
6.1. De steekproef	89
6.2. De procedure	91
7. HET BETROUWBAARHEIDSONDERZOEK	95
7.1. Huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën	95
7.1.1. Lichamelijk-hygiënische zorg	102
7.1.2. Verpleegtechnische handelingen	104
7.1.3. Het geven van ingebouwde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	105
7.1.4. Begeleiden bij psycho-sociale problemen	107
7.1.5. Stimuleren en ondersteunen van de mantelzorg	108
7.1.6. Huishoudelijke activiteiten	109
7.1.7. Sociale en administratieve activiteiten	110
7.1.8. Het intake-gesprek	111
7.1.9. Samenvatting	113
7.2. Huisbezoeken die worden afgelegd ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen patiënten/cliënten	114
7.2.1. Het prenatale huisbezoek	114
7.2.2. Het algemeen zuigelingenhuisbezoek	116
7.2.3. Het algemeen peuter/kleuterhuisbezoek	119
7.2.4. Het preventieve bejaardenbezoek	121
7.2.5. Samenvatting	124

7.3.	Patiëntgebonden activiteiten in het wijkgebouw	125
7.3.1.	Het zuigelingenconsultatiebureau	125
7.3.2.	Het kleuterconsultatiebureau	129
7.3.3.	Inentingszittingen	131
7.3.4.	Gehoorscreeningzittingen	132
7.3.5.	Het spreekuur	132
7.3.6.	Georganiseerde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	135
7.3.7.	Samenvatting	137
7.4.	Niet-patiëntgebonden activiteiten	138
7.4.1.	Magazijnwerkzaamheden	138
7.4.2.	Administratieve werkzaamheden	139
7.4.3.	Overlegsituaties	141
7.4.4.	Bijscholings- en studie-activiteiten	145
7.4.5.	Begeleiden stagiaires	146
7.4.6.	Reizen	146
7.4.7.	Samenvatting	147
8.	DISCUSSIE	150
8.1.	Kanttekeningen bij het vooronderzoek	150
8.2.	Conclusies en aanbevelingen voor een landelijke onderzoek	151
GERAADPLEEGDE LITERATUUR		156
BIJLAGEN		
I	Frequentieverdelingen van wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën	162
II	Frequentieverdelingen van wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de huisbezoeken aan specifieke leeftijdsgroepen patiënten/cliënten	181
III	Frequentieverdelingen van patiëntgebonden activiteiten in het wijkgebouw	192
IV	Frequentieverdelingen van niet-patiëntgebonden activiteiten	204

1. ALGEMENE INLEIDING

Op het gebied van de wijkverpleging is in Nederland géén sprake van een systematische onderzoekstraditie. In de jaren zeventig zijn enkele onderzoeken op landelijk niveau uitgevoerd (Kn timer, Scheffer en Hutjes, 1975; Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1978; 1979), maar recente landelijke cijfermatige gegevens over het handelen van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ontbreken. Omdat zich in de afgelopen tien jaar veel ontwikkelingen hebben voorgedaan binnen het kruiswerk die gevolgen hebben voor het werk van de wijkverpleging, zijn de gegevens uit de zeventiger jaren verouderd. Dit betekent dat er momenteel geen overzicht aanwezig is van de concrete activiteiten en handelingen van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, alsmede van de tijdsbesteding aan elk van de activiteiten en handelingen.

Wel wordt er gewerkt aan taakomschrijvingen van de beide beroepsgroepen, maar dit gebeurt niet op basis van beschrijvende onderzoeksgegevens. Daarnaast is de Nationale Kruisvereniging bezig om via peilstations met behulp van het Wijkadministratiesysteem registratiegegevens te verzamelen. Hierover zijn reeds enige globale cijfers gepubliceerd (Nationale Kruisvereniging, 1986b).

Ook binnen het NIVEL was bij de start van dit project, onderzoek naar de wijkverpleging een nieuw terrein. Het doel van dit onderzoeksproject is dan ook tweeledig:

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

Dit project vormt dus een eerste fase die, gezien de huidige stand van zaken van het onderzoek op dit terrein, noodzakelijk is voor het opzetten van een landelijk representatief onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Met behulp van de, in deze fase, ontwikkelde methode(n) zullen in een vervolproject de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in een landelijk representatieve steekproef worden onderzocht. Daarmee wordt het dan mogelijk op landelijk niveau de variatie in de werkzaamheden van de beide beroepsgroepen te

beschrijven en te relateren aan bijvoorbeeld individuele kenmerken van de betrokkenen, aan gegevens over de organisatie van het werk, urbanisatiegraad en aan de mate van contacten en samenwerking met andere hulpverleners in de eerstelijns en de tweedelijns van de gezondheidszorg.

Als zodanig levert het landelijke onderzoek een schat aan basismateriaal op, dat:

- a. Voor de beroepsgroep bouwstenen aan kan leveren voor de verdere ontwikkeling van een takenpakket en een normstelling inzake takenpakket in relatie tot capaciteitsvraagstukken;
- b. Aan beleidsmakers inzicht verschaft in wat er in de wijkverpleegkundige praktijk concreet gebeurt, wat van belang is met het oog op het ontwikkelen van het gezondheidszorgbeleid in relatie tot de verwachte veranderingen (vergrijzing van de bevolking, toename van thuisverpleging, meer nadruk op preventie, etc.);
- c. Voor onderzoekers noodzakelijk is voor de ontwikkeling van een relatief nieuw onderzoeksveld. Op basis van het landelijke onderzoek kunnen relevante, meer specifieke onderzoeksvragen worden opgesteld en kunnen diverse toegepaste onderzoeken (bijvoorbeeld evaluatie onderzoek) worden ontworpen.

Dit rapport vormt het verslag van de eerste fase, die gericht is op het verzamelen van basiskennis en instrumentontwikkeling. In het kader van het verzamelen van basiskennis is door de onderzoekers een uitgebreide literatuurstudie op het terrein van de wijkverpleging verricht. In hoofdstuk 2 wordt de geschiedenis van de wijkverpleging beschreven en een overzicht gegeven van de ontwikkelingen binnen het kruiswerk in de afgelopen jaren en in hoofdstuk 3 wordt het reeds verrichte onderzoek naar het takenpakket van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden weergegeven. Het betreft hier een overzicht van het onderzoek naar het aanbod van wijkverpleegkundige zorg. Voor een overzicht van ander onderzoek op dit terrein, bijvoorbeeld onderzoek naar de vraagzijde, verwijzen we naar hoofdstuk 4 in de overzichtstudie van het NIVEL (Sluijs e.a., 1985) en naar de bibliografie 'Wijkverpleging/Kruiswerk' die in 1986 door het NIVEL is uitgebracht (Willemsen, 1986).

In het kader van de instrumentenontwikkeling, de tweede doelstelling van dit project, worden in hoofdstuk 4 twee methoden - een schriftelijke vragenlijst en zelf-registratie - beschreven die door ons worden onderzocht op toepasbaarheid, dat wil zeggen op betrouwbaarheid en validiteit, in een landelijk onderzoek. Daartoe worden ze in een kleinschalig onderzoek vergeleken met een derde methode: observatie

door een buitenstaander. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 de inhoud van de door ons te ontwikkelen meetinstrumenten besproken. Daarna volgt in hoofdstuk 6 een beschrijving van de opzet en de uitvoering van een kleinschalig onderzoek, waarin de meetinstrumenten worden uitgetoetst. In hoofdstuk 7 worden de resultaten van de drie methoden met elkaar vergeleken. Op basis daarvan worden in hoofdstuk 8 conclusies getrokken voor de wijze waarop het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzorgverleners in een landelijk onderzoek moet worden gemeten.

2. ONTWIKKELINGEN BINNEN HET KRUISWERK

Dit hoofdstuk betreft een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen die zich in de afgelopen jaren binnen het kruiswerk, en met name binnen de wijkverpleging hebben voorgedaan.

Deze ontwikkelingen worden beschreven aan de hand van een aantal beleidsnota's die door de overheid en door het kruiswerk zelf zijn uitgebracht. Daarna worden de gevolgen van deze ontwikkelingen voor het werk van wijkverpleegkundigen beschreven. Eerst wordt echter een samenvatting gegeven van de geschiedenis van het kruiswerk.

2.1. De geschiedenis van het kruiswerk in Nederland

2.1.1. Het kruiswerk in de 19^e eeuw

Het behoorde tot de taak van J. Penn, geneeskundig inspecteur in Noord-Holland en ambtshalve voorzitter van de Geneeskundige Raad in die provincie, toe te zien op de uitvoering van de wetten betreffende de volksgezondheid. In dit kader achtte hij het belangrijk, dat er in elke plaats een vereniging zou komen die zich bezig zou houden met de bestrijding van besmettelijke ziekten. Om dit doel te bereiken stuurde Penn in 1875 een circulaire aan alle gemeentebesturen, met daarin niet alleen uiteengezet waarom dergelijke verenigingen opgericht moesten worden, maar ook hoe dit organisatorisch het best aangepakt kon worden. De circulaire wierp zijn vruchten af, want reeds in 1875 werden er tien plaatselijke kruisverenigingen opgericht, Het Witte Kruis geheten, en in oktober 1875 de eerste provinciale kruisvereniging in Nederland (Stöpetie, 1985a). Vijfentwintig jaar lang, tot 1900, zou Noord-Holland de enige provincie blijven met een kruisvereniging.

Het afweren en beteugelen van epidemische ziekten en het verlenen van hulp tijdens epidemieën was de belangrijkste taak van deze kruisvereniging. Veel voorkomende activiteiten waren in die tijd de ontsmetting van kleding, huisraad en woningen. Wanneer er een epidemie uitgebroken was werden er plaatselijk uitleenbarakken beschikbaar gesteld om zieken in af te zonderen. Verder werden er door het provinciaal bestuur 'verplegingsartikelen' zoals ledikanten, matrassen en dekens aangeschaft die aan de leden uitgeleend konden worden (Stöpetie, 1982a). De besturen van de plaatselijke kruisverenigingen ontwikkelden voorts op lokaal niveau een veelheid aan preventieve

activiteiten: Hilversum ijverde bijvoorbeeld voor een betere drinkwatervoorziening, De Rijp bouwde een regenwaterbak en Bloemendaal was actief in de voorlichting en organiseerde vele lezingavonden (Stöpetie, 1983a). Ook het stichten van badhuizen was een van de vele preventieve activiteiten die Het Witte Kruis in de vorige eeuw ontwikkelde om epidemieën zo veel mogelijk af te weren en de volksgezondheid op een hoger peil te brengen. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, een ander middel in de strijd tegen epidemieën, werd in de 19^e eeuw reeds bedreven, ver voordat deze naam werd bedacht. De voorlichting werd aanvankelijk mondeling gegeven door artsen en verpleegkundigen en had voornamelijk betrekking op het voorkomen van besmettelijke ziekten door grotere hygiëne en het grote belang van hygiëne bij de verzorging van zuigelingen en kleuters (Stöpetie, 1983b).

Binnen de kruisvereniging ontwikkelde men kort na 1875 de mening dat bij de bestrijding van epidemische ziekten het uitlenen van verpleegmateriaal en het ijveren voor betere hygiëne alleen niet voldoende was; er moest verpleging komen voor de vele zieken thuis. Het probleem was echter dat er in Nederland geen gediplomeerde verpleegsters waren. Het bestuur van de Amsterdamse kruisvereniging richtte daarom zelf een opleiding op. Op 1 maart 1880 traden de eerste zes gediplomeerde verpleegsters in dienst van Het Witte Kruis. Hiermee waren er echter nog geen wijkverpleegsters, maar waren deze verpleegsters eerder 'algemene' verpleegsters (Stöpetie, 1982b).

Al eeuwen voordat deze gediplomeerde verpleegsters tegen ziekte en onheil ten strijde trokken bestond er in Nederland al thuisverpleging (Stöpetie, 1982c). De thuisverpleging was toen in handen van nonnen en de diaconie. Ook waren er niet-kerkelijk gebonden organisaties voor ziekenverpleging. In Dordrecht was men rond 1860 reeds bekend met een dergelijke organisatie. Bij de kruisvereniging gaf men er echter de voorkeur aan om gediplomeerde verpleegsters in dienst te nemen. De eerste verpleegsters die in dienst waren van de kruisvereniging, hebben het bepaald niet gemakkelijk gehad. Zij werkten in Amsterdam, maar werden tegen een bepaald tarief ook uitgeleend aan andere plaatsen in Noord-Holland, waar zij, wegens gebrek aan openbaar vervoer en aan enig ander vervoermiddel, vaak te voet naar toe moesten. Ook van vastgestelde werktijden had men toendertijd binnen de wijkverpleging nog niet gehoord; er werd gewerkt zolang er werk was. En er was vaak genoeg werk te doen, want de verpleegster van de kruisvereniging was naast verpleegster van zieken, ook kraamverpleegster, ze kookte voor de zwaar zieke patiënten, ruimde bij alleenstaanden het huis op enz., kortom de wijkverpleeg-

ster in de 19^e eeuw was wijkverpleegster, kraamverzorgster, gezinsverzorgende in één (Stöpetie, 1984).

2.1.2. Het kruiswerk in de 20^e eeuw

In 1900 werd de eerste kruisvereniging buiten Noord-Holland opgericht: De Zuid-Hollandsche Vereeniging 'Het Groene Kruis'. Er was een zeer nauwe samenwerking tussen de Noord-Hollandse en Zuid-Hollandse kruisvereniging. Na Zuid-Holland breidde het kruiswerk zich al snel uit naar Friesland en Groningen. De andere provincies volgden dit voorbeeld en in 1910 hadden alle provincies een provinciale kruisvereniging. In 1925 tenslotte waren alle plaatselijke kruisverenigingen aangesloten bij de provinciale verenigingen (Stolk- van Delen, 1983).

Voordat deze laatste ontwikkeling zich voltrokken had waren er al landelijke organisaties opgericht.

- in 1911 de Algemene Nederlandse Vereniging het Groene Kruis;
- in 1923 de rooms-katholieke zuil: De Nationale Federatie Het Wit-Gele kruis;
- en in 1938 de protestants-christelijke zuil: Het Oranje-Groene kruis.

Het ledenaantal groeide met de jaren. In 1910 was 3% van de bevolking lid van een kruisvereniging, in 1920 was dat 6% van de bevolking, in 1940 36% en vanaf het einde van de jaren 60 is bijna 80% van de bevolking lid van een kruisvereniging (Knapen, 1986). Het aantal professionele werkers groeide in dezelfde periode nog veel explosiever dan het ledenaantal. In 70 jaar tijd werd het aantal professionele werkers 150 keer zo groot. Er zijn momenteel ± 12.000 mensen in dienst van de kruisvereniging.

De medewerkers van de kruisvereniging waren aanvankelijk vrijwel allen vrijwilligers. Toen de overheid na de eerste wereldoorlog meer invloed kreeg op het kruiswerk, moest een deel van de vrijwilligers echter vervangen worden door professionele krachten. Het betrof hier voornamelijk medewerkers in de uitvoerende sfeer, staf en management op provinciaal en landelijk niveau en op het niveau van de grote steden. De overheid ontleende zijn invloed aan het verstrekken van subsidies aan het kruiswerk. Deze subsidies werden gegeven, omdat bepaalde activiteiten van de kruisverenigingen, met name de tbc-bestrijding en de kinderhygiëne, onder verantwoordelijkheid van de overheid vielen (Knapen, 1986).

De kruisverenigingen in de andere provincies namen veel van de in Noord-Holland reeds gestarte activiteiten en diensten over, zoals de ontsmettingsdiensten. De ontsmettingsdiensten droegen hun steentje

bij aan de bestrijding van besmettelijke ziekten door de patiënten te isoleren en hun woningen, huisraad en kleding te ontsmetten, ook werden er door de kruisverenigingen wasserijen geëxploiteerd. Aan de ontsmettingsdiensten werd vervolgens een badinrichting toegevoegd, waarin baden werden verstrekt aan hen die van een besmettelijke ziekte waren hersteld. Zij moesten eerst een bad nemen voordat zij in de samenleving konden terugkeren. Ook de mensen die 'in het algemeen belang' een reinigingsbad moesten ondergaan, konden terecht in zo'n badinrichting. Hoewel de exploitatie van ontsmettingsdiensten na de jaren 20 steeds kostbaarder en moeilijker werd heeft het tot na de tweede wereldoorlog geduurd voordat de laatste ter ziele ging (Stöpetie, 1985b).

In de twintigste eeuw heeft het kruiswerk haar activiteitenpakket enorm uitgebreid. Een kleine greep uit het activiteitenpakket van de kruisverenigingen anno 1928: cursussen in gezondheidsleer en in moederzorg; zuigelingenbescherming; schoolhygiëne; tbc-bestrijding; bureaus voor tbc, zuigelingenbescherming, venerische ziekten, alcoholisten, gebrekkigen, psychopaten enz.; dagverblijven voor kinderen; uitzending naar tuberculose-kolonies; het beschikbaar stellen van voedsel; het starten van een cursus in kraamverpleging en het geven van bakercursussen.

De wijkverpleegsters kwamen namelijk bij de gezinnen thuis vaak schrijnende toestanden rond het kraambed tegen. De ongeschoolde bakers hadden veelal geen boodschap aan een goede hygiëne, wat een schrikbarende zuigelingen- en kraamvrouwensterfte tot gevolg had (Stöpetie, 1983c). In het Groene en Witte Kruisblad van juli 1904 werden een aantal staaltjes van de wantoestanden rond het kraambed verhaald: De bakers laten de kraamvrouw negen dagen vuil liggen en reinigen ook de uitwendige geslachtsdelen totaal niet: 'want', zeggen zij 'wat er vanzelf aankomt, moet er ook vanzelf maar weer afvallen!' De zuigeling ontkomt evenmin aan de 'deskundigheid' van de ongeschoolde baker 'Schreeuwt een kind, dan heeft het honger; wie zou zoo dwaas zijn daarbij een dokter te halen, zeker niet een baker, wie 't niet aan zelfrespect ontbreekt. Welneen als een kind schreeuwt heeft het honger en als 't honger heeft, geef je 't melk en blijft het schreeuwen dan geef je 't nog meer. Houdt het kind dan niet op, dan worden andere maatregelen noodzakelijk, dan zal er in vele gevallen vast voedsel worden gegeven. En wanneer dan de ingewanden van 't mishandelde wezentje hopeloos zijn verknoeid, wordt eindelijk de dokter geroepen, doch dan is 't dikwijls te laat'. De kruisvereniging beschouwde het in die tijd als haar taak dit soort wantoestanden rond het kraambed te bestrijden en deed dit door de

kraamzorg zoveel mogelijk aan de wijkverpleegsters over te laten en door in het begin van deze eeuw, zoals gezegd, bakercursussen te geven en een cursus in kraamverpleging te starten.

Zoals eerder gezegd verrichtten de verpleegsters van de kruisvereniging in de vorige eeuw een aantal taken die vandaag de dag bij de gezinsverzorging thuishoren. Aan het begin van de twintigste eeuw werden echter steeds meer organisaties voor gezinszorg opgericht die deze taken van de wijkverpleging overnamen. De kruisverenigingen zijn niet begonnen met de oprichting van deze organisaties, maar hebben hieraan wel een belangrijke bijdrage geleverd (Stöpetie, 1985c). Een aantal van deze plaatselijke organisaties ressorteerde ook onder het kruiswerk: in 1920 waren 7 van de 48 plaatselijke verenigingen voor huisverzorging van het Groene of Witte Kruis. Net als tegenwoordig leefde er in die tijd bij een aantal mensen de gedachte dat kruiswerk en gezinszorg, voor een goede zorgverlening thuis in één organisatie thuishoren. Deze gedachte werd na 1925 in tal van plaatsen bewerkstelligd. Na de tweede wereldoorlog vonden er echter binnen het kruiswerk tal van splitsingen plaats en werden een aantal diensten van de kruisverenigingen afgescheiden, waaronder de gezinszorg.

De wijkverpleegster werd een steeds meer gewaardeerd persoon bij de bevolking. In het eerste kwart van deze eeuw kwam de fiets wat meer in zwang. En masse gaven de wijkverpleegsters te kennen dat zij ook een dergelijk vervoermiddel zouden willen hebben. Het zou hen namelijk een aanzienlijke tijdsbesparing opleveren als zij die grote afstanden niet meer zouden hoeven te lopen. Het probleem was echter dat zij onvoldoende verdienden om zo'n fiets te kunnen kopen en van de kruisvereniging hoefden zij in deze ook niet veel te verwachten. Hier sprong de bevolking echter in de bres. Zij organiseerde verlottingen, fancy-fairs, verkoop van oliebollen, benefietvoetbalwedstrijden, om geld in te zamelen om voor 'onze zuster' een fiets te kunnen kopen (Stöpetie, 1984).

'Onze zuster' werd in de vorige eeuw en aan het begin van deze eeuw in het spraakgebruik vaak al wijkverpleegster genoemd, maar had in werkelijkheid niet een opleiding genoten, die specifiek op de verpleging in de thuissituatie was gericht. Pas in 1920 werd een dergelijke opleiding in ons land opgericht (Stöpetie, 1982d). De cursus duurde aanvankelijk een half jaar, maar werd later uitgebreid tot één jaar. Fleischer, een van de grote mannen achter de oprichting van De Zuid-Hollandsche Vereeniging 'Het Groene Kruis', gaf in 1902 de volgende omschrijving van het werk van de wijkverpleegster: verplegen, voorlichting, instructie aan huisgenoten, vroegtijdige

onderkenning en samenwerking met huisarts. Al deze activiteiten komen vandaag de dag nog steeds in het takenpakket van de wijkverpleegkundige voor. Het vervoermiddel van de wijkverpleegster daarentegen, maakte nog een hele ontwikkeling door. De fiets bleek niet zo'n ideaal vervoermiddel te zijn op modderige buitenwegen tegen een harde wind in. Toen de 'ploffiets' of Solex dan ook in de handel kwam leek dat een hele verbetering. Na de Solex kwam de mobylette op de markt en al gauw volgden andere 'brommer' merken.

De wijkverpleegkundige op haar brommer werd een bekend beeld in de straten. Zelfs de motorrijdende wijkverpleegster was geen onbekend verschijnsel. Maar ook met de brommer en de motor houd je last van de hier niet zeldzame regenbuien. Toen de auto's goedkoper werden en de wegen beter, verruilden veel wijkverpleegkundigen hun tweewieler voor een vierwieler. De welbekende brommer is echter wel gebleven, omdat dit in de grote steden toch een sneller vervoermiddel bleek te zijn dan de auto (Stöpetie, 1984).

De geschiedenis stopt uiteraard niet bij het hier beschrevene. De belangrijkste ontwikkelingen in het afgelopen decennium binnen het kruiswerk zijn heden ten dage echter nog dermate actueel dat ze apart van het bovenstaande beschreven zullen worden.

2.2. Recente ontwikkelingen rond het kruiswerk in Nederland

De belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen jaren betreffen veranderingen in de structuur en de wijze van financiering van het kruiswerk, alsmede een verschuiving in de zorg, die door de wijkverpleging wordt verleend. We zullen deze ontwikkelingen schetsen aan de hand van een aantal beleids- en discussienota's, die in de afgelopen 15 jaar door de centrale overheid en de Nationale kruisvereniging zijn uitgebracht.

Omdat dit verslag niet de plaats is om uitvoerig in te gaan op de nota's die in de afgelopen jaren verschenen zijn, zullen wij ons beperken tot de hoofdlijnen uit enkele van de belangrijkste. Er zal dan met name gelet worden op dat deel van de beleids- en discussienota's, dat relevant is voor de wijkverpleging.

Een van de belangrijkste beleidsnota's van overheidswege van de afgelopen jaren is de Structuurnota Gezondheidszorg (Min. Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974). In deze beleidsnota wordt een grote herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg aangekondigd. In de schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Min. Volksgezondheid en

Milieuhygiëne, 1980), de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen (Min. WVC, 1983a), en de Nota Eerstelijnszorg (Min. WVC, 1983b) wordt voortgegaan op de in de Structuurnota ingeslagen weg.

Het Nationaal Centrum voor Kruiswerk heeft in 1977 de discussienota 'Alleen Samen' en de Nationale Kruisvereniging heeft in 1983 de discussienota Contouren Eerstelijns(gezondheids)zorg geschreven. Hierin wordt de visie van het kruiswerk weergegeven met betrekking tot de herstructurering van de gezondheidszorg, en dan met name van dat gedeelte waarin de kruisvereniging participeert; de eerste lijn.

In dit verslag zullen de belangrijkste ontwikkelingen rond het kruiswerk op basis van de bovengenoemde nota's worden weergegeven. Daarnaast zullen de reacties van de Nationale Kruisvereniging op de beleidsnota's van het departement van volksgezondheid worden vermeld.

2.2.1. De Structuurnota Gezondheidszorg (1974)

De vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen is de afgelopen decennia enorm toegenomen. Dit bracht een sterke stijging van de kosten van de gezondheidszorg met zich mee.

Na analyse van de Nederlandse gezondheidszorg werden verschillende knelpunten ontdekt, onder andere:

- Het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen vertoont een gebrek aan samenhang;
- de huidige structuur van de financiering van de gezondheidszorg is verbrossend en onoverzichtelijk en bevordert in bepaalde gevallen de noodzakelijke samenwerking tussen de voorzieningen niet;
- het stelsel van voorzieningen vertoont onevenwichtigheden, er wordt teveel nadruk gelegd op de intramurale voorzieningen;
- de spreiding van de voorzieningen is niet altijd optimaal.

De oplossing van deze problemen wordt gezocht in een verschuiving van het accent van de intramurale gezondheidszorg naar de extramurale zorg en de preventie. Om een dergelijke verschuiving te kunnen bewerkstelligen, wordt gepleit voor een betere beheersbaarheid van het gezondheidszorgsysteem. In dit kader worden in de Structuurnota Gezondheidszorg 'regionalisatie' en 'echelonnering' als hulpmiddelen gezien.

De motivatie om **regionalisatie** in te voeren berust op de verwachting, dat een netwerk van op elkaar afgestemde voorzieningen beter bestuurbaar en beheersbaar wordt, wanneer dit zo dicht mogelijk bij het uitvoerende niveau én binnen een beperkt geografisch kader zou plaatsvinden.

Om het proces van regionalisatie te ondersteunen, is in 1982 de Wet

Voorzieningen Gezondheidszorg opgesteld.

In de Structuurnota Gezondheidszorg wordt o.a. in het kader van de regionalisatiegedachte een aanzet gegeven tot een grote herstructurering van de kruisverenigingen. Tot dan toe bestonden de drie landelijke kruisverenigingen uit ± 1470 kleine en grotere, elkaar overlappende, zelfstandige, plaatselijke kruisverenigingen. Op plaatselijk niveau was de samenwerking tussen de drie verzuilde organisaties vaak minimaal, zodat er veel puur solistisch werkende wijkverpleegkundigen waren. In de Structuurnota wordt daarom voorgesteld om hoofd- en basiseenheden te vormen. Hierdoor zou de monodisciplinaire samenwerking tussen de wijkverpleegkundigen verbeterd kunnen worden. Tevens werd verwacht, dat de drie kruisverenigingen zo hun voorzieningen beter op elkaar zouden kunnen afstemmen.

In de Structuurnota Gezondheidszorg wordt voorts gesproken over de vorming van twee **echelons**. Het eerste echelon, of de eerste lijn, omvat de gezondheidszorgvoorzieningen die zonder verwijzing vooraf toegankelijk zijn voor alle patiënten.

Het tweede echelon omvat de ziekeninrichtingen. Dit niveau kan slechts door de patiënt bereikt worden, wanneer hij een verwijzing vanuit de eerste lijn (van de huisarts) heeft gekregen. Het eerste echelon krijgt dus een sluisfunctie.

Verwacht werd dat door de echelonnering de hulpverleners binnen een echelon nauwer en meer gestructureerd met elkaar zullen gaan samenwerken. En dit laatste wordt gezien als een voorwaarde voor een goede organisatie van de zorgverlening. Ook zal door de echelonnering de gezondheidszorg voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt, een overzichtelijker geheel worden.

Naast regionalisatie en echelonnering wordt met name met betrekking tot het kruiswerk in de Structuurnota gesproken van een herziening van het financieringssysteem van het kruiswerk.

De reactie van het Nationaal Centrum voor Kruiswerk (NCvK, het landelijk orgaan van de kruisverenigingen in 1974) op de Structuurnota Gezondheidszorg was gematigd positief. Er werden echter ook de nodige kanttekeningen geplaatst bij de ontwikkelingen die in de Structuurnota aangekondigd werden (Stöpetie, 1974; Landelijk Kruiswerk en Structuurnota, 1974). De kruisorganisatie staat achter het idee van de versterking van de eerste lijn, maar vindt dat de huisarts in de Structuurnota een te belangrijke positie binnen de eerste lijn toebedeeld krijgt. Dit werkt volgens de NCvK waarschijnlijk door ten nadele van de mogelijkheden van de andere disciplines binnen het eerste echelon. De noodzaak van een herstructurering van het kruis-

werk, die in het kader van de regionalisatiegedachte genoemd wordt in de Structuurnota, is voor het NCvK geen nieuws. Zij acht, dat wat in de Structuurnota beschreven wordt in feite slechts een samenvatting is van wat door de kruisorganisatie zelf al is aangezwengeld en ontwikkeld. Met de aangekondigde financieringswijziging is men binnen de kruisorganisatie zeer tevreden. Er werd echter wel kritiek geleverd op de onduidelijkheden die bij het uitkomen van de Structuurnota nog bestonden ten aanzien van de termijn waarbinnen de nieuwe financiering kon worden gerealiseerd en de manier waarop de realisering van de financiering tot stand moest komen.

Ook was er kritiek op enkele zorginhoudelijke aspecten, die in de Structuurnota beschreven worden. De manier waarop de preventieve gezondheidszorg in de nota wordt behandeld, werd geacht een te medisch-somatische en kwantitatieve invalshoek te suggereren. De scheiding die bewerkstelligd zou moeten worden tussen somatische en preventieve zorg (preventieve activiteiten zouden overgeheveld moeten worden naar de basisgezondheidsdiensten) werd te kunstmatig gevonden. De kruisorganisatie zou preventie geïntegreerd willen zien in alle hulpverleningsprocessen van de eerste lijn, gekoppeld aan curatieve activiteiten.

2.2.2. De herstructurering en de AWBZ-financiering van het kruiswerk

De meest ingrijpende structurele veranderingen binnen het kruiswerk als gevolg van de Structuurnota Gezondheidszorg, zijn de herstructurering van het kruiswerk, voortkomend uit de regionalisatiegedachte en de AWBZ-financiering van het kruiswerk. De AWBZ-financiering van het kruiswerk vloeit onder andere voort uit het in de Structuurnota genoemde voornemen om het kruiswerk geheel door een sociale ziektekostenverzekering te gaan financieren.

De herstructurering van het kruiswerk.

In de jaren zestig bestond het uitvoeringsniveau van het kruiswerk uit 1470 zelfstandige, plaatselijke kruisverenigingen. Een dergelijke organisatie van voorzieningen kan niet gemakkelijk op nieuwe maatschappelijke invloeden inspelen en is moeilijk te coördineren. Dit is waarschijnlijk de reden dat de drie kruisverenigingen al in de jaren vijftig op nationaal en provinciaal niveau **op enkele gebieden** met elkaar samenwerkten in de zogenaamde Federatieve Commissies (Mertens, 1983). Deze samenwerking leidde in 1967 tot de oprichting van de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen (SSLK). Het doel van deze vereniging was onder andere het voeren van onder-

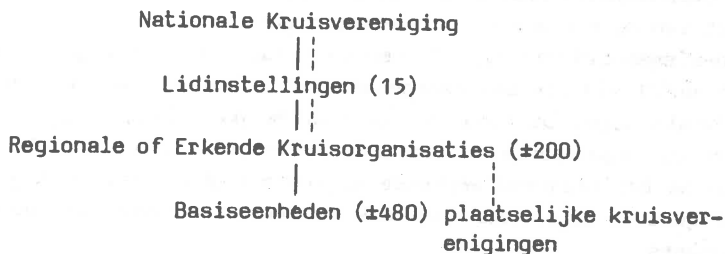
ling overleg, het bevorderen van de samenwerking en het gezamenlijk voeren van overleg met het ministerie over subsidies (Mertens, 1983).

De drie kruisverenigingen zijn kort na 1967 ook op provinciaal niveau tot een meer intensieve samenwerking overgegaan.

In 1974 werd de volgende stap ter bevordering van de samenwerking gezet. De stafbureaus van de drie landelijke verenigingen werden samengevoegd en het Nationaal Centrum voor Kruiswerk (NCvK) werd opgericht. Na een moeizaam proces werd van drie groepen stafmedewerkers één nieuwe staf gevormd (Mertens, 1983).

In 1977 was de fusie van de kruisverenigingen een feit, waarbij de Nationale Kruisvereniging gesticht werd. Het fuseringsproces deed zich hierna voor op provinciaal niveau, gevolgd door het lokale niveau.

Het Nationaal Centrum voor kruiswerk heeft in 1974 een ontwerp gemaakt voor de herstructurering van het kruiswerk (Van de Siep kamp, 1982). Op 1 januari 1980 is het herstructureringsplan ingevoerd. Schematisch gezien ziet de kruisvereniging er sindsdien als volgt uit:



N.B. --- vereniging - lidmaatschap
— dienstverlening

Het takenpakket van de **Nationale kruisvereniging** bestaat uit het voorbereiden van het beleid voor het gehele kruiswerk in overleg met de lidinstellingen, belangenbehartiging, bijvoorbeeld bij CAO-onderhandelingen en het verlenen van ondersteunende diensten aan de lidinstellingen.

Bij de Nationale kruisvereniging zijn verschillende soorten functionarissen in dienst, zoals verpleegkundigen, artsen, financiële en organisatiedeskundigen en administratieve medewerkers (Nationale

kruisvereniging, 1985a).

De **lidinstellingen** danken hun naam aan het feit dat zij **lid** zijn van de Nationale Kruisvereniging, en vertegenwoordigers hebben in het bestuur van de Nationale Kruisvereniging.

Alle provincies in Nederland, alsmede de steden Amsterdam en Rotterdam zijn een lidinstelling. Overijssel neemt hierbij een uitzonderingspositie in, omdat deze provincie in twee lidinstellingen verdeeld is. De lidinstellingen doen het werk, dat eerst door de provinciale kruisverenigingen werd gedaan. Dit werk bestaat onder andere uit hulp bij het oprichten of vernieuwen van een wijkgebouw, hulp bij het opstellen van begrotingen van plaatselijke of regionale kruisverenigingen en het begeleiden van individuele wijkverpleegkundigen* op bepaalde gezondheidszorg - of ziektegebieden. Deze laatste taak behoort toe aan distriktsverpleegkundigen en diëtistes (Mertens, 1983).

De **regionale** of erkende kruisorganisaties zijn ontstaan door samenvoeging van een aantal plaatselijke kruisverenigingen. Soms zijn de plaatselijke kruisverenigingen opgeheven bij deze herstructurering en soms zijn ze blijven bestaan. Het aantal basiseenheden dat is ondergebracht bij een regionale kruisvereniging varieert nogal. De belangrijkste functie van de regionale kruisverenigingen is die van werkgeversorganisatie; alle medewerkers van de basiseenheden zijn in dienst van de regionale kruisverenigingen.

Een **basiseenheid** bestaat uit een team van 7 tot 15 wijkverpleegkundigen en/of wijkziekenverzorgenden onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. De taak van de hoofdwijkverpleegkundige is onder andere de organisatie, coördinatie en begeleiding van het werk van de in de basiseenheid werkende wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Zij onderhoudt ook het contact tussen het bestuur en de werkers.

De patiëntgerichte werkzaamheden van het kruiswerk worden uitgevoerd door de wijkverpleegkundigen en de onder begeleiding van de wijkverpleegkundigen werkende wijkziekenverzorgenden. Door een tekort aan gediplomeerde wijkverpleegkundigen zijn er momenteel binnen het kruiswerk ook 'verpleegkundigen in de wijk' werkzaam. Dit zijn A-verpleegkundigen, die de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg nog niet gevolgd hebben (Nationale kruisvereniging, 1985a). De patiëntgerichte zorg kan op verschillende manieren georganiseerd

* Met de term 'wijkverpleegkundigen' worden ook wijkziekenverzorgenden bedoeld, indien dit niet uit de tekst op te maken valt.

worden: wijkverpleegkundigen (en verpleegkundigen in de wijk) kunnen all-round, specifiek of gedifferentieerd werkzaam zijn.

- Een wijkverpleegkundige werkt **all-round** wanneer zij de maatschappelijke gezondheidszorg behartigt ten aanzien van alle deelaspekten.
- Een wijkverpleegkundige werkt **specifiek**, wanneer zij de maatschappelijke gezondheidszorg behartigt ten aanzien van één of meer zorggebieden.
- **Gedifferentieerd** werken betekent, dat globaal gezien de inhoud van het takenpakket van alle wijkverpleegkundigen in het basisteam gelijk is, maar dat op grond van persoonlijke gemotiveerdheid en/of deskundigheid een teamlid één of enkele specifieke taken behartigt. Een aantal wijkverpleegkundigen richt zich bijvoorbeeld op de jeugdgezondheidszorg, terwijl anderen zich meer bezighouden met ouderenzorg (Nationale kruisvereniging, 1983a).

De meeste basiseenheden zijn in twee of drie subteams onderverdeeld. Een subteam bestaat uit vier tot zes leden, zonder formeel leider. De wijkverpleegkundigen van een subteam, of basiseenheid, kunnen solistisch/wijkgericht werken of buurtgericht/teamgericht.

De solistisch of wijkgericht werkende wijkverpleegkundige heeft een eigen gebied, waarbinnen alleen zij werkzaam is. In het geval van buurtgerichte of teamgerichte werkvormen daarentegen, worden alle patiënten die in de buurt wonen waarbinnen een basiseenheid of subteam werkzaam is, verdeeld onder alle wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden van het team. Het kan dus voorkomen dat in een bepaalde straat meerdere wijkverpleegkundigen werkzaam zijn.

Er is de laatste jaren een ontwikkeling gaande, waarbij steeds meer wijkverpleegkundigen vanuit het kruiswerk gedetacheerd worden naar een gezondheidscentrum. Zij zijn dan nog steeds in dienst van de kruisvereniging en zijn ook ondergebracht in een basiseenheid, maar tevens zijn zij onderdeel van een interdisciplinair team, dat meestal minimaal bestaat uit de disciplines huisartsgeneeskunde, maatschappelijk werk en wijkverpleging. De inhoud van het takenpakket van de wijkverpleegkundige in een gezondheidscentrum blijft in principe gelijk aan dat van de wijkverpleegkundige in de basiseenheid (van de Siep kamp, 1982).

De leden van de kruisvereniging kiezen de besturen van de **plaatselijke kruisverenigingen**. De bestuursleden van de regionale kruisverenigingen kunnen op twee manieren gekozen worden. In de eerste plaats kunnen ze rechtstreeks door de leden gekozen worden (als de plaatselijke kruisverenigingen zijn opgeheven), en in de tweede plaats kunnen ze benoemd worden door de bestuursleden van de plaat-

selijke kruisverenigingen. Uit de besturen van de regionale kruisorganisaties worden leden afgevaardigd naar de besturen van de lidinstellingen, en deze zijn op hun beurt weer vertegenwoordigd in het bestuur van de Nationale Kruisvereniging. In de besturen van de lidinstellingen en de Nationale Kruisvereniging zijn ook enkele zogenaamde vrije plaatsen te bezetten. De betreffende besturen kunnen hiervoor personen benoemen die een bepaalde deskundigheid inbrengen (Mertens, 1983).

Hoewel de leden van de kruisvereniging op het eerste gezicht redelijk veel invloed lijken te hebben op het kruiswerk, is deze invloed sinds de invoering van de AWBZ-financiering tanende. De overheid heeft als voorwaarde voor de AWBZ-financiering van het kruiswerk namelijk erkenningsnormen opgesteld (Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties, 1981). Door deze erkenningsnormen is de invloed van de overheid op het kruiswerk groter geworden. Niet iedereen ervaart dit als een positieve ontwikkeling voor de kruisvereniging. Knapen (1986) zeg hier bijvoorbeeld over: 'De invoering van de AWBZ bracht het kruiswerk niet alleen onder sterke invloed van de overheidsbureaucratie, maar betekende tevens een verstatelijking van het kruiswerk tot een soort semi-overheidsinstelling.' De plaatselijke kruisverenigingen hebben zich tot aan de herstructurering geconcentreerd op hun werkgeversrol. Tegenwoordig hebben de regionale kruisverenigingen deze rol overgenomen van de plaatselijke verenigingen. De rol van de plaatselijke kruisvereniging is nu feitelijk vaak gereduceerd tot ledenwerving, contributie-inning, het dagelijks beheer van gebouwen en het leveren van bestuursleden voor de regionale organisatie, terwijl het aanvankelijk de dragende kracht van het kruiswerk was (Knapen, 1985).

De AWBZ-financiering van het kruiswerk

Voordat de AWBZ-financiering van het kruiswerk ingevoerd werd moest het kruiswerk betaald worden uit contributies van de leden, uit subsidies van het Rijk, provincie en gemeente en voor een klein gedeelte uit overige inkomsten. In de Structuurnota Gezondheidszorg wordt over deze financieringswijze gezegd, dat dit het nadeel heeft, dat iedere subsidiënt eigen grondslagen hanteert en dat de totale financiering moet komen uit bijdragen waarover verschillende financiers los van elkaar beslissen.

Wanneer het kruiswerk daarentegen (vrijwel) geheel uit de AWBZ gefinancierd zou worden, zou vanwege de gegarandeerde geldstroom een betere planning en een meer gestructureerd beleid mogelijk zijn.

Op 1 januari 1980 ging de nieuwe financieringsvorm van kracht. De

AWBZ-financiering houdt kort gezegd in, dat een groot deel van het kruiswerk* vrijwel volledig gefinancierd wordt door de AWBZ. De kruisvereniging moet echter wel f 35,- van de contributie van elk betalend lid (gezinshoofd), afstaan aan de AWBZ. De minimumcontributie aan het kruiswerk per gezin is door de Ziekenfondsraad in 1982 vastgesteld op f 35,-. De overheidssubsidies, die de kruisvereniging vóór de invoering van de AWBZ-financiering kreeg zijn per 1 januari 1980 stopgezet.

De financiering door de AWBZ brengt echter wel bepaalde voorwaarden met zich mee. Deze worden allemaal genoemd in het Besluit Erkenningennormen Kruisorganisaties (1981). Naar aanleiding van deze erkenningsnormen zijn vele kruisorganisaties erkend. Het betreft hier regionale kruisorganisaties. Tezamen bestrijken de erkende kruisorganisaties het hele land. Alleen erkende kruisorganisaties hebben recht op financiële steun van de AWBZ.

Een andere belangrijke voorwaarde voor het verkrijgen van financiën uit het AWBZ-fonds is het leveren van een basispakket aan voorzieningen door de kruisorganisatie. Dit pakket bestaat uit:

1. Verpleging, verzorging, begeleiding en voorlichting in het huiselijke milieu in verband met ziekte, herstel, invaliditeit, ouderdom en overlijden;
2. moederschapzorg en kinderhygiëne, omvattende voorlichting, begeleiding en andere zorg tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind, doch met uitzondering van kraamzorg;
3. het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen;
4. het geven van voorlichting en het verrichten van andere activiteiten gericht op preventie van ziekte en bevordering van gezonde leefgewoonten.

Als een activiteit niet in het basispakket genoemd wordt, kan het ook niet door de AWBZ gefinancierd worden. De kruisvereniging zal deze activiteit dan uit andere middelen moeten financieren.

Enkele andere belangrijke erkenningsnormen zijn de volgende:

- Op 3450 inwoners moet minimaal 1 wijkverpleegkundige aangesteld worden. Indien wijkverpleegkundigen echter betrokken zijn in een door de Staatssecretaris erkend samenwerkingsverband (gezondheids-

* De volgende onderdelen van het kruiswerk vallen niet onder de AWBZ: Kraamzorg, tbc- en geslachtsziektenbestrijding, schoolartsendiensten voor zover door de kruisvereniging georganiseerd, bepaalde gezondheidsvoorlichtings- en opvoedingsactiviteiten.

centrum) geldt voor de wijkverpleegkundigen de norm van 3000 in plaats van 3450. Voorts kan per 3 wijkverpleegkundigen 1 wijkziekenverzorgende aangesteld worden;

- de kruisorganisatie dient in beginsel aan iedereen die een beroep op haar doet hulp te verlenen;
- de kruisorganisatie moet er zorg voor dragen, dat zij 24 uur per etmaal bereikbaar is om, indien nodig, hulp te verlenen;
- de administratie dient op dusdanige wijze te zijn ingericht, dat te allen tijde inzicht kan worden verkregen in het functioneren van de kruisorganisatie.

2.2.3. Alleen Samen (1977)

In 1977 heeft de werkgroep "Visie Lange Termijn" van het Nationaal Centrum voor Kruiswerk de discussienota Alleen Samen uitgebracht, met als doel het weergeven van de visie van de kruisverenigingen met betrekking tot de richting waarin de kruisorganisatie zich zal dienen te ontwikkelen binnen het veld van de gezondheidszorg en de welzijnzorg.

De discussienota gaat uit van de volgende vier stellingen:

- ieder mens draagt verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid en welzijn en voor die van de hem omringende mensen (zelfzorg, mantelzorg);
- hulpverlening dient uit te gaan van een integrale (totale) mensbenadering. Hulpverlening moet zich niet alleen richten op de mens in zijn biologische bestaan;
- uitgaan van een integrale of totale mensbenadering brengt met zich mee, dat de hulpverlening op elkaar afgestemd, geïntegreerd, moet worden aangeboden;
- de betrokkenheid van de bevolking op de hulpverlening dient groot te worden.

In de discussienota worden voorts een aantal knelpunten aangestipt, die binnen het kruiswerk een bevredigend functioneren in de weg staan. Enkele van deze knelpunten zijn 'de taakuitvoering is steeds meer bij beroepskrachten komen te liggen en het ledenaandeel in de taakuitvoering is minimaal geworden' en 'in de taakuitvoering ligt het accent niet op het duidelijk stimuleren van de zelfzorg en mantelzorg, maar op verpleging en verzorging'. Bovendien is het beleid van het kruiswerk tegenover de overheid dubbelzinnig. Men vraagt zoveel mogelijk overheidsfinanciering, maar wenst de grootst mogelijke zelfstandigheid te behouden. Als laatste punt van zelfkritiek van het Nationaal Centrum voor Kruiswerk willen wij hier noemen het ontbreken van een door het gehele kruiswerk gedragen beleid ten aanzien

van de samenwerking in de eerste lijn. De Commissie "Visie Lange Termijn" verwacht dat een geïntegreerde eerstelijnsorganisatie die, uitgaande van een integrale mensbenadering, beroepsmatige all-round-hulp verleent in het directe leefmilieu van de patiënt/cliënt, de beste organisatiestructuur is om een goede eerstelijnszorgverlening te bieden. Beroepsmatige hulp wordt hierbij gezien als aanvullend op de zelfzorg en de spontane mantelzorg. De werkgroep heeft bij de term 'geïntegreerde eerstelijnsorganisatie' samenwerkingsteams in gedachten, bestaande uit all-round-hulpverleners. Een samenwerkingsteam, dat een gebied bestrijkt van ongeveer 10.000 inwoners, moet minimaal bestaan uit 4 à 5 huisartsen, 3 à 4 wijkverpleegkundigen en 1 à 2 maatschappelijk werkenden. Globaal gezegd zal de taak van het kruiswerk binnen een geïntegreerde eerstelijnsorganisatie zijn: Hulpverlening ten aanzien van de aanvullende zorg aan de zieke mens, alsmede hulpverlening aan hen die veel risico lopen ziek te worden. Daarnaast is het een taak van de kruisorganisatie om te bevorderen dat een dergelijk risico voorkomen wordt.

2.2.4. De Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (1980)

In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg wordt de noodzaak tot verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg onderbouwd. Deze noodzaak tot verschuiven was reeds in de Structuurnota Gezondheidszorg aangekondigd. Een reden voor deze verschuiving is dat het in het kader van de humanisering belangrijk wordt geacht om de patiënt zo lang mogelijk in zijn thuissituatie te laten verblijven. Om de mogelijkheden van de patiënt te vergroten is de bevordering van de zelf- en mantelzorg noodzakelijk. Een andere reden, waardoor het noodzakelijk wordt geacht om een verschuiving van de tweede lijn naar de eerste lijn te bewerkstelligen is het feit dat er in de zestiger en zeventiger jaren verschuivingen zijn opgetreden in de behoeften aan gezondheidszorg. Een toenemend aantal ziekten is chronisch van aard en er worden steeds meer ziekten gesignaleerd, waaraan het gedrag van de patiënt aanwijsbaar ten grondslag ligt. In het kader van deze ontwikkeling is een meer uitgebreide zorg nodig op het gebied van preventie, vroegtijdige signalering en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

De eerstelijnsgezondheidszorg is in de afgelopen jaren in groei achtergebleven bij de tweede lijn. Dit moet rechtgetrokken worden, niet in de laatste plaats, omdat de eerstelijnsvoorzieningen in de regel goedkoper zijn dan de voorzieningen van de tweede lijn. Om de kwaliteit van zorg te waarborgen, zal de verschuiving van de intramurale naar de extramurale gezondheidszorg gepaard moeten gaan met een goe-

de onderlinge samenwerking tussen deze sectoren.

In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg is een inventarisatie gemaakt van de knelpunten, die een goed functioneren van de eerste lijn in de weg staan. De Schets vermeldt tevens een aantal beleidsvoornemens om deze knelpunten het hoofd te bieden. Enkele knelpunten zijn:

1. Er vindt een verzwaring en uitbreiding van taken op het uitvoerend niveau plaats. Hieraan ligt onder andere de verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en de vergrijzing van de bevolking ten grondslag.
Ten aanzien van de wijkverpleging wordt als oplossing voor dit probleem genoemd het streven naar een norm van 1 wijkverpleegkundige op 2.500 tot 2.000 inwoners en een norm van 1 wijkziekenverzorgende op 7.500 tot 6.000 inwoners. Deze normen moeten voor 1995 bereikt zijn. Ook moet er een versterking van de zelfzorg en mantelzorg gerealiseerd worden om de taakverzwaring binnen de eerste lijn tegen te gaan.
2. De samenwerking tussen de hulpverleners in het eerste echelon verloopt stroef. Om dit te verbeteren moet een zoveel mogelijk gelijke doelpopulatie gerealiseerd worden, en op het locale of subregionale niveau moet getracht worden de hulpverleners te stimuleren om, op een zo groot mogelijke basis van vrijwilligheid, het knelpunt zelf op te lossen.
3. Er bestaan communicatieproblemen tussen hulpverleners in de eerste lijn en hulpverleners in de tweede lijn. Er worden ervaringen opgedaan met aparte nazorgfunctionarissen bij de kruisvereniging die een soepele overgang trachten te bewerkstelligen in de zorg van patiënten die van de tweedelijnsgezondheidszorg overgaan naar de eerstelijnsgezondheidszorg. Aan de hand van deze ervaringen zal bekeken worden hoe deze functionarissen het best geïntegreerd kunnen worden binnen het kruiswerk.
4. Er ontbreken voor het beleid noodzakelijke gegevens. Daarom dient er een registratiesysteem voor de hele eerstelijnsgezondheidszorg ontwikkeld te worden. Hierin moet onder andere tot uitdrukking komen: Het aantal werkers, de spreiding, de dichtheid en leeftijdsopbouw, de wijze van beroepsuitoefening, de hulpvraag en het hulpverleningsproces. Ook door middel van beleidsrelevant onderzoek kunnen voor het beleid onmisbare gegevens worden verkregen.

De Nationale Kruisvereniging zegt, in een reactie op de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg, in te stemmen met het uitgangspunt

dat versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg kan bijdragen tot een meer evenwichtige ontwikkeling van de gezondheidszorg (Herkenbaarheid en toegankelijkheid van eerstelijnszorg primair, 1980). Zij herkent in de Schets veel van wat in haar discussienota 'Alleen Samen' (1977) reeds geschreven is. De overheid en de Nationale Kruisvereniging hebben echter verschillende doelstellingen voor ogen. De Schets heeft als doel het bereiken van een evenwichtige en beheerste ontwikkeling in de gezondheidszorg, terwijl de kruisvereniging streeft naar het bereiken van een goede herkenbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in de eerste lijn.

Een veel opgemerkte klacht van de Nationale Kruisvereniging ten aanzien van de Schets is dat bepaalde aandachtspunten en probleemgebieden, niet of niet voldoende worden toegelicht en uitgewerkt. De kruisvereniging reageert voorts verontrust op de ontwikkeling die de overheid op gang wil brengen met betrekking tot de personeelsvoorziening. In 10 tot 15 jaar tijd zal er een stijging moeten plaatsvinden van het aantal verpleegkundigen van ongeveer 4.800 naar ongeveer 8.400.

Om een goed functioneren van het kruiswerk te handhaven zou een dergelijke groei later en over een langere periode kunnen plaatsvinden, vindt de Nationale Kruisvereniging. De opleidingscapaciteit zal bijvoorbeeld behoorlijk dienen te worden uitgebreid en ook het kader zal moeten worden uitgebreid om de stroom nieuwe wijkverpleegkundigen op te vangen en te begeleiden. De Nationale Kruisvereniging is bereid om in de voorgestelde ontwikkelingen mee te gaan, maar verwacht dan wel voldoende tijd en middelen om deze ontwikkeling op een verantwoorde wijze te sturen.

2.2.5. Discussienota Contouren Eerstelijns(gezondheids)zorg (1983)

De Nationale Kruisvereniging (1983b) heeft een Begeleidingscommissie Eerstelijns(gezondheids)zorg opgericht, aan wie de opdracht is gegeven voorstellen te formuleren over de bijdrage van het kruiswerk aan de ontwikkeling van een meer samenhangende eerstelijns(gezondheids)zorg. Hierbij moet uitgegaan worden van het actief streven naar meer samenwerking en samenhang.

De begeleidingscommissie heeft in de discussienota een beeld geschetst van een eerste lijn zoals die volgens haar het best zal functioneren. De betrokken hulpverleners dienen, net zoals in de nota Alleen Samen (1977) verwoord is, een 'integrale zorg' te bieden, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid en die van anderen centraal staat.

De samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschap-

pelijk werkenden en gezinsverzorgenden, dient hierbij naast eventuele andere beroepsmatige contacten de grootste aandacht te krijgen. De minimumvoorwaarden waaraan deze samenwerking moet voldoen zijn: De aanvaarding van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid, de vorming van kleinschalige eerstelijnssteams (2 à 3 binnen een werkgebied van ongeveer 30.000 inwoners; alle disciplines binnen de eerste lijn hebben gelijke werkgebieden), regelmatig werkoverleg en schriftelijke vastgelegde afspraken. De ondersteuning die van hogere niveaus aan de hulpverleners gegeven wordt dient ook op het gebied van de samenwerking gericht te zijn.

Een dergelijke structuurverandering binnen de eerste lijn heeft uiteraard gevolgen voor het kruiswerk. De werkeenhedenfunctie verschuift bijvoorbeeld van de basiseenheid naar de eerstelijnssteams: de methodische en vaktechnische ondersteuning van de wijkverpleegkundigen blijft echter gewaarborgd door regelmatige groepsbijeenkomsten. Als gevolg van de hierbeschreven verschuiving zal de functie van hoofdwijkverpleegkundige in de basiseenheid komen te vervallen. Haar begeleidende en ondersteunende taken zal zij echter ook binnen het eerstelijnssteam kunnen behouden.

Er zijn vanuit de kruisorganisatie veel reacties gekomen op de discussienota. Deze zijn verwerkt in 'Opvattingen van het Kruiswerk naar aanleiding van de Discussienota Contouren Eerstelijns(gezondheids)zorg (Nationale Kruisvereniging, 1983c). De reacties zijn in het algemeen positief met betrekking tot het streven naar meer samenhang en samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast waren er echter ook nogal wat negatieve reacties, zoals:

- de nota wordt niet geschikt geacht als beleidskader voor verdere ontwikkelingen voor het kruiswerk;
- de nota is te vaag, te theoretisch en te utopisch;
- de nota legt te veel nadruk op structuren. Structureren dient middel te zijn en geen doel;
- de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden vinden zich moeilijk in de nota terug.

2.2.6. De Nota Eerstelijnszorg (1983) en de Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (1983)

Binnen de Nota Eerstelijnszorg en de nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen neemt de stimulering van de zelf- en mantelzorg een centrale plaats in. De Nota Eerstelijnszorg noemt onder andere de volgende uitgangspunten voor de beleidsontwikkeling:

- Mensen dienen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving

te blijven;

- er moet nadruk gelegd worden op de individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en zorg voor zichzelf, maar ook op die voor de gezondheid en zorg van en voor anderen (zelfzorg, mantelzorg, georganiseerde vormen van vrijwilligerswerk);
- wanneer de problemen voor de zelf-, mantelzorg en het vrijwilligerswerk te groot zijn, kan pas hulp ingeroepen worden van professionele hulpverleners, te beginnen in de eerste lijn;
- om de samenwerking tussen de hulpverleners te bevorderen, moeten **goede** functie- en taakomschrijvingen, voor zover dit nog niet gebeurd is, samengesteld worden. Deze taakomschrijvingen zijn namelijk noodzakelijk voor een behoorlijke afstemming van en samenwerking tussen de voorzieningen.

In de beide hier beschreven nota's wordt aan de hand van een model duidelijk gemaakt welke accentverschuivingen in de gezondheidszorg moeten plaatsvinden. Preventieve activiteiten moeten een grotere aandacht krijgen, ten koste van de omvang van de curatieve zorg. Voorts moet er een verschuiving optreden van residentiële zorg naar gespecialiseerde zorg, van gespecialiseerde zorg naar thuiszorg en van thuiszorg naar zelf- en mantelzorg. Ten aanzien van de residentiële zorg en de gespecialiseerde zorg dient een reductie van de capaciteit plaats te vinden, terwijl de omvang van zelf- en mantelzorg en thuiszorg uitgebreid moet worden.

De beleidsvoornemens die in de nota's genoemd worden om de hierboven beschreven ontwikkelingen te ondersteunen zijn onder andere, het voornemen om een grotere terughoudendheid te betrachten ten aanzien van de toestemmingen voor de bouw van voorzieningen in de gezondheidszorg en het benadrukken van de noodzaak om de jaarlijkse 4% volumegroei van het kruiswerk te gebruiken voor de patiëntgerichte functionarissen, zoals wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgeren en voor het tot stand brengen van 24-uurs bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdiensten.

De Nationale Kruisvereniging heeft de Nota Eerstelijnszorg met een redelijke mate van goedkeuring ontvangen (Nationale Kruisvereniging in grote lijnen eens met Nota Eerstelijnszorg, 1984). Er is echter wel kritiek op de zienswijze dat de eerstelijnsgezondheidszorg complementair dient te zijn aan zelfzorg en mantelzorg. 'Het kruiswerk rekent het niet alleen tot zijn taak om hulp en zorg te verlenen nadat is gebleken dat zelfzorg en mantelzorg niet meer mogelijk is, maar ook om de informele zorg te stimuleren en zo mogelijk te organiseren'. De Nationale Kruisvereniging is het bovendien niet eens

met de stellingname (Nota Eerstelijnszorg, 1983), dat voor een aantal voorzieningen de functie- en taakomschrijvingen niet voldoen. De kruisvereniging acht deze in het algemeen uitermate duidelijk. Wel kan zij zich vinden in de gedachte, dat het nodig kan zijn functie- en taakomschrijvingen op eisen van samenwerking en afstemming te toetsen, respectievelijk waar nodig te herformuleren.

2.3. De gevolgen van de ontwikkelingen voor het werk van de wijkverpleging

Uit het voorgaande is gebleken, dat het kruiswerk de afgelopen jaren op twee punten aan belangrijke veranderingen onderhevig is geweest. In de eerste plaats heeft er een grote herstructurering van het kruiswerk plaatsgevonden. En in de tweede plaats wordt het kruiswerk sinds 1980 voor het overgrote deel door de AWBZ gefinancierd. Bovendien is er een steeds groter wordende behoefte aan hulpverlening door de wijkverpleging.

Deze drie ontwikkelingen zijn alle van invloed op de taakhoud en taakuitvoering van de wijkverpleegkundigen.

De **herstructurering** van het kruiswerk heeft onder meer tot gevolg gehad dat wijkverpleegkundigen, nu zij niet meer solistisch maar in teamverband werken, meer tijd moeten besteden aan monodisciplinair overleg dan vóór de herstructurering. Zo blijft er minder tijd over voor de directe patiëntenzorg. Daarom mag geconcludeerd worden, dat de herstructurering van het kruiswerk voor de wijkverpleging in het algemeen een taakverzwaring tot gevolg heeft gehad, als gevolg van een grotere tijdsbesteding aan overleg. Ditzelfde geldt overigens voor de ontwikkeling dat ter verbetering van het functioneren van de eerstelijns de communicatie tussen de hulpverleners binnen de eerstelijns bevorderd moet worden. Aan de andere kant heeft de herstructurering van het kruiswerk tot gevolg, dat de hulpverleners binnen de nieuwe organisatievorm een meer efficiënte en minder tijdrovende verdeling van de werkzaamheden kunnen organiseren dan in de oude organisatievorm, waarin drie verschillende kruisverenigingen naast elkaar werkzaam waren.

De gevolgen van de **AWBZ-financiering** van het kruiswerk voor het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hangen samen met de erkenningsnormen die van rijkswege aan de kruisorganisatie gesteld zijn als voorwaarde voor deze financiering. De erkenningsnorm van de 24-urbereikbaarheid of - beschikbaarheid van het kruiswerk,

heeft van alle erkenningsnormen waarschijnlijk de meeste invloed op het werk van de wijkverpleegkundigen. Onder 24-uursbereikbaarheid wordt verstaan het 24 uur per etmaal bereikbaar zijn om hulpvragen aan te nemen en hierop - in noodgevallen - direct te reageren. De 24-uursbeschikbaarheid is een uitbreiding van de 24-uursbereikbaarheid; er vindt een uitbreiding plaats van dagzorg naar avondzorg (Nationale Kruisvereniging, 1986a). In 434 van de ± 480 basiseenheden in Nederland is de 24-uursbereikbaarheid volledig gerealiseerd. In de overige basiseenheden heeft een gedeeltelijke invoering plaatsgevonden. In 405 basiseenheden wordt in de avonduren geplande zorg verleend (Nationale Kruisvereniging, 1986b).

Het zal duidelijk zijn dat deze uitbreiding van zorg ook een verzwaring van het takenpakket van de wijkverpleging tot gevolg heeft. De derde belangrijke verandering binnen het kruiswerk van de afgelopen jaren is, zoals gezegd, de steeds **groter wordende behoefte aan wijkverpleegkundige zorg**. Deze groei hangt onder andere samen met bepaalde overheidsmaatregelen om de patiëntenstroom van de tweede lijn naar de eerste lijn te bevorderen, zoals een beddenreductie in de algemene ziekenhuizen. Door deze verschuiving van de patiëntenstroom van de tweedelijns naar de eerstelijns, komen er steeds meer zwaardere patiënten in zorg bij de wijkverpleging. Een andere ontwikkeling, die een grotere vraag naar wijkverpleegkundige zorgverlening tot gevolg heeft is de vergrijzing van de bevolking. Als gevolg van, onder andere, de hier beschreven ontwikkelingen heeft de wijkverpleging een taakverzwaring op het curatieve vlak ondervonden. Het gevolg van een dergelijke taakverzwaring zal zeer waarschijnlijk zijn dat de preventieve taken in de verdrukking komen. In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Min. Volksgezondheid en milieuhygiëne, 1980) en de Nota Eerstelijnszorg (Min. WVC, 1983) staat echter uitdrukkelijk vermeld, dat preventie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding een belangrijker onderdeel moet worden van het werk van de wijkverpleegkundige. Dit betekent dus een dubbele taakverzwaring, wat betreft de directe patiëntenzorg. Om de taakverzwaring voor de individuele wijkverpleegkundigen te beperken, zijn er reeds een aantal maatregelen genomen. In de eerste plaats zijn aan het eind van de jaren zestig wijkziekenverzorgenden ingeschakeld om de wijkverpleegkundigen van hun verzorgende en curatieve taken te ontlasten (Nationale Kruisvereniging, 1980). In de tweede plaats is het tekort aan bevoegde wijkverpleegkundigen, dat in de jaren zeventig ontstaan was, geheel ingelopen (Nationale Kruisvereniging, 1986a). In 1979 was er een tekort van 1260 bevoegde wijkverpleegkundigen. Dit tekort werd gedeeltelijk opgevangen door 1066 onbevoegde

verpleegkundigen in de wijk. Het aantal wijkziekenverzorgenden bedroeg in 1979 616. Het vacaturepercentage in de wijkverpleging was 5% en de verhouding wijkziekenverzorgenden-wijkverpleegkundigen bedroeg 1:5,6 (Weinig hoop op voldoende toename van bevoegde wijkverpleegkundigen, 1980; Nationale Kruisvereniging, 1986a).

In de jaren tachtig is een groot deel van de jaarlijkse 4% volumegroei (bepaald door de overheid bij de AWBZ-financiering van het kruiswerk) van het kruiswerk benut om de achterstanden die bestonden ten aanzien van de minimale formatie in te halen. De toegestane formatieplaatsen voor wijkverpleegkundigen zijn alle bezet. Wat betreft de wijkziekenverzorgenden was de achterstand op de minimale eisen in 1985 nog 147 plaatsen. Vergeliken met 1979 is het tekort echter met 473 verminderd. De verhouding wijkziekenverzorgenden:wijkverpleegkundigen was in 1985 1:3,8, hetgeen de streefnorm van 1:3 dicht benaderd (Nationale Kruisvereniging, 1986a).

In 1985 is er 1 wijkverpleegkundige op 2.965 inwoners. In 1979 was dit nog 1 wijkverpleegkundige op 3.360 inwoners. In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg en de Nota Eerstelijnszorg wordt de streefnorm genoemd van 1 wijkverpleegkundige op 2.000 tot 2.500 inwoners (in 1995). Aangenomen mag worden, dat dit de minimumnorm is, waarbij alle taken die de centrale overheid aan de wijkverpleging toebedeelt voldoende adequaat kunnen worden uitgevoerd. Het streefgetal van 1 wijkverpleegkundige op 2000 tot 2500 inwoners is echter nog lang niet bereikt.

Het bovenstaande samenvattend kunnen we zeggen dat het takenpakket van de wijkverpleging zich de afgelopen jaren behoorlijk uitgebreid heeft, zowel naar omvang als naar inhoud. Er zijn reeds verschillende maatregelen genomen om voor de individuele wijkverpleegkundige een taakverzwaring tegen te gaan. Deze maatregelen hebben reeds aanwijsbaar positieve consequenties gehad. Op het individuele niveau is er waarschijnlijk niet of nauwelijks een taakverzwaring opgetreden, maar desondanks moet toch geconstateerd worden, dat er nog te weinig wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werkzaam zijn om het takenpakket van de wijkverpleging naar behoren uit te voeren. 'Naar behoren' wil onder andere zeggen, inclusief een grotere aandacht voor en tijdsbesteding aan preventieve activiteiten.

3. PROFIELSCHETSEN EN ONDERZOEK NAAR HET WERK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EN WIJKZIEKENVERZORGENDEN

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van het onderzoek dat reeds verricht is naar de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden. Dit overzicht geschiedt aan de hand van de taken die in de profielschetsen van de beide beroepsgroepen worden genoemd.

Voor een goed begrip van het vervolg van dit verslag 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 wijkzienenverzorgende.

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 begeleiden van de mantelzorg bij de zorg van de patiënt, of het verlenen van terminale zorg bij een patiënt. Het begrip taak houdt geen duidelijk concrete activiteiten in. Deze concrete activiteiten kunnen omschreven worden met de term werkzaamheden.

3.1. Profielschetsen wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden

In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt, ter bevordering van de samenwerking van de 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 profielschets voor de verpleegkundige beroepsbeoefenaar samengesteld. De Nationale Kruisvereniging heeft deze profielschets in de discussienota 'Algemeen Profiel van de functie van wijkverpleegkundige' (1985b) voor de functie van wijkverpleegkundige nader uitgewerkt.

In de profielschets worden 2 functieniveaus onderscheiden: De beroepsbeoefenaar van het eerste deskundighedsniveau (HBO-niveau) en

de beroepsbeoefenaar van het tweede deskundigheidsniveau (MBO-niveau). De beroepsbeoefenaar van het tweede niveau is **geen** wijkziekenverzorgende, maar zit qua deskundigheid tussen de wijkverpleegkundige en de wijkziekenverzorgende in. Deze hulpverlener krijgt de titel wijkverpleger of wijkverpleegster en niet de titel wijkverpleegkundige. De discussie over het onderscheid en de inhoud van de verschillende deskundigheidsniveaus is binnen de beroepsgroep nog steeds gaande.

Omdat de beroepsbeoefenaar van het tweede deskundigheidsniveau nog niet als zodanig in de praktijk werkzaam is, zal de profielschets van de beroepsbeoefenaar van het eerste deskundigheidsniveau in dit verslag beschreven worden. In het hier beschreven profiel 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) preventieve taken; (2) administratieve taken; (3) rapporterende taken; (4) coördinerende taken; (5) verzorgende taken; (6) begeleidende taken; (7) voorlichtende, adviserende en instruerende taken; (8) curatieve taken en (9) huishoudelijke taken voor zover deze onderdeel zijn van een integraal wijkverpleegkundig hulpaanbod.

Deze hoofdcategorieën zullen hier kort worden toegelicht. Voor een meer gedetailleerde omschrijving verwijzen we naar de discussienota van de Nationale Kruisvereniging (1985b).

Ad 1. Preventieve taken. Hieronder wordt verstaan het observeren en vroegtijdig signaleren alsmede anticiperend handelen daarop bij een individu of groep individuen van:

- Specifieke kenmerken van risicopolulaties (primaire preventie);
- symptomen van ziekte en handicap op lichamelijk, geestelijk en sociaal terrein (secundaire preventie);
- reacties op ziekte en handicap op lichamelijk, geestelijk en sociaal terrein (tertiaire preventie).

Ad 2. Administratieve taken. Het nauwkeurig registreren van feiten en afspraken met betrekking tot de totale zorgbehoefte en zorgverlening in het cliëntendossier, alsmede de behoefte aan verpleegkundige zorg en de verrichte verpleegactiviteiten.

Ad 3. Rapporterende taken. Hieronder 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 het 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;
- Ad 4. Coördinerende taken. Hiermee worden onder andere de volgende taken bedoeld:
- Opstellen van een individueel verpleegplan, op grond van de intake;
 - coördineren van de eigenhandig te verrichten verpleegactiviteiten door middel van het opstellen en bewaken van een eigen werkplan;
 - consulteren van en/of verwijzen naar andere hulpverleners en collega's.
- Ad 5. Verzorgende taken. Onder verzorgende taken wordt verstaan hulpverlening bij de ADL-functies, zoals de lichaamshygiëne (wassen, haarverzorging e.d.), de voedsel- en vochtopname, de uitscheiding, de lichaamshouding en -beweging en het zich verplaatsen.
- Ad 6. Begeleidende taken. Deze taken kunnen in 2 groepen onderverdeeld worden:
- Het geven van psychosociale begeleiding, bijvoorbeeld door het tonen van respect, medeleven en troost en door de patiënt/cliënt te helpen te komen tot inzicht in en oplossingen voor zijn problemen;
 - het zorgen voor een veilige, hygiënische en therapeutische omgeving.
- Ad 7. Voorlichtende, adviserende en instruerende taken.
- Geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO);
 - geven van advies en instructie ten aanzien van verpleegactiviteiten aan het individu (of groep individuen);
 - geven van informatie over onder andere behandelingen, rechten en plichten van het individu en structuur en functioneren van de gezondheidszorg.
- Ad 8. Curatieve taken. Onder curatieve taken wordt verstaan het verrichten van verpleegtechnische handelingen als het verlenen van eerste hulp, het verzorgen van wonden en het geven van injecties.
- Ad 9. Huishoudelijke taken. Enkele voorbeelden van huishoudelijke taken zijn:
- Opmaken en verschoneren van het bed;

- verzorgen van voeding;
- onderhouden van hulpmiddelen voor de verzorging of behandeling;
- zorgdragen, zo mogelijk samen met de patiënt/cliënt, voor een gezonde leefsituatie.

Op basis van een in 1981 uitgegeven discussienota heeft de Nationale Kruisvereniging in 1982 een profielschets voor de wijkziekenverzorgenden uitgebracht. 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 in het algemeen uit basisverpleging van patiënten in de thuissituatie en in het bijzonder uit zorgverlening aan speciale groepen, te weten chronisch zieken, gehandicapten en bejaarden.

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;
- alle handelingen die zijn opgenomen in het praktijkboekje van de wijkziekenverzorgende;
- de direct uit de basisverpleegkundige handelingen voortvloeiende begeleiding van de patiënt en diens huisgenoten (bijvoorbeeld in verband met diëet, medicijngebruik en hygiëne);
- het geven van injecties.

De hier genoemde activiteiten van de wijkziekenverzorgende wijken op de volgende terreinen van het takenpakket van de wijkverpleegkundige af: de psychosociale begeleiding van patiënten, de taken in de jeugdgezondheidszorg, preventie in brede zin en gecompliceerde curatieve zorgverlening kunnen het best aan de wijkverpleegkundige worden overgelaten, omdat deze hiervoor een meer geschikte opleiding heeft gehad.

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

- Taken zoals genoemd onder basisverpleging van patiënten in de thuissituatie;
- reactiveren door middel van oefeningen voor de ADL en motiveren voor deze oefeningen;
- signaleren van behoefte aan hulpmiddelen en voorzieningen (magazijn) en stimuleren van het gebruik hiervan, alsmede de begeleiding van het gebruik;

- huisbezoek aan de in het patiëntenbestand opgenomen bejaarden;
- oriënterend huisbezoek bij niet in het patiëntenbestand opgenomen bejaarden.

Overige taken. De wijkziekenverzorgende kan bepaalde andere, niet hiervoor genoemde taken toebedeeld krijgen door de hoofdwijkverpleegkundige, bijvoorbeeld de magazijnuitleen en assistentie op de consultatiebureaus.

Afgeleide taken. Dit zijn taken die een goede uitvoering van de werkzaamheden bevorderen:

- Meewerken aan een goede coördinatie, taakverdeling en samenwerking met anderen; hieronder is ook begrepen het deelnemen aan werk- en teambesprekingen;
- onderhouden van de direct uit de werkzaamheden voortvloeiende contacten met hulpverleners buiten de kruisorganisatie zoals huisarts en fysiotherapeut, gezins- en bejaardenverzorgende;
- registreren van de uitgevoerde werkzaamheden en rapportage daarover;
- bijhouden van vakliteratuur en volgen van cursussen.

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.

Het takenpakket van de verpleegkundige dat in de Profielschets van de Verpleegkundige Beroepsbeoefenaar is beschreven, is opgebouwd uit zeer globale categorieën. Er worden per categorie niet of nauwelijks concrete activiteiten genoemd. Na bijvoorbeeld de beschrijving van de preventieve taken gelezen te hebben, is wel ongeveer duidelijk wat preventie inhoudt, maar nog niet welke concrete activiteiten de wijkverpleegkundige daartoe verricht; geeft zij voorlichting, doet zij bepaalde screenings etc.

Om een overzicht te krijgen van de manier, waarop de in de profielschets gehanteerde categorieën, reeds ingevuld zijn, wordt aan de hand van deze categorieën een inventarisatie gemaakt van reeds verricht onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen. Een dergelijke inventarisatie is tevens nuttig om een overzicht te krijgen van de gebruikte methoden.

3.2. Reeds verricht onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden

In deze paragraaf zullen alleen die onderzoeken worden besproken, waarin geprobeerd is één of meerdere taken van wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden te meten. Voor een overzicht van het overige onderzoek op het terrein van de wijkverpleging verwijzen we naar Kerkstra en Verhaak (1985) en naar de bibliografie wijkverpleging/kruisvereniging, die in 1986 door het NIVEL is uitgebracht (Willemsen, 1986).

Vanwege de grote ontwikkelingen die het kruiswerk de afgelopen jaren heeft doorgemaakt zullen alleen die onderzoeken besproken worden, die nu nog relevant zijn voor de huidige werkzaamheden van wijkverpleegkundigen. Wij verstaan hieronder de onderzoeken die vanaf 1980 zijn verricht. Er wordt hierop echter een uitzondering gemaakt voor enkele grote landelijke onderzoeken uit de zeventiger jaren.

Voordat wij overgaan tot het onderzoek dat reeds verricht is, zullen we een methode bespreken, waarop veel van deze onderzoeken gebaseerd zijn, het Wijkadministratiesysteem (W.A.S.) van de kruisvereniging. Vanaf 1978 is dit administratiesysteem geleidelijk aan in de basis-eenheden ingevoerd. Van een volledig landelijk ingevoerd systeem is op dit moment echter nog geen sprake (Den Hartog, 1986).

Het WAS is uit twee delen opgebouwd: Een registratiesysteem en een rapportagesysteem. Van ieder gezin dat lid is van de kruisvereniging of van ieder alleenstaand lid van de kruisvereniging is een registratiekaart aanwezig. Of van iemand tevens formulieren ten behoeve van het rapportagesysteem bijgehouden worden, is afhankelijk van het feit of hij in zorg is.

In het registratiesysteem worden gegevens vermeld als personalia, welk gezinslid eventueel in zorg is, welk doel de eventuele zorgverlening van de wijkverpleegkundige heeft, wat de eventuele hulpvraag en bereikte resultaten zijn enz.

Met behulp van het rapportagesysteem wordt vastgelegd wat het doel van het contact was (lichamelijk hygiënische verzorging, reactivering enz.), ten behoeve van wie het contact heeft plaatsgevonden, wat de plaats van het contact was (thuis, op het spreekuur, consultatiebureau of telefonisch), en met welke andere hulpverleners de wijkverpleegkundige heeft gesproken over deze patiënt. Naast deze patiëntgerichte activiteiten kan de wijkverpleegkundige op een ander formulier de niet-patiëntgerichte werkzaamheden noteren. Hieronder wordt verstaan het houden van consultatiebureaus, overleg met ander hulpverleners binnen en buiten het kruiswerk, werkbesprekingen en

bijscholingen. Van iedere niet-patiëntgebonden activiteit wordt aangegeven wat de frequentie en de tijdsduur is. Alle gegevens, die met behulp van het WAS verzameld worden, worden maandelijks verwerkt.

De in dit hoofdstuk beschreven onderzoeken die op basis van het WAS verricht zijn, hebben alle slechts gebruik gemaakt van het rapportagegedeelte van het administratiesysteem. Daarom zullen wij ons bij het bespreken van de knelpunten die het WAS voor onderzoek met zich meebrengt uitsluitend richten op dit rapportagegedeelte.

In 1983 (Deutekom en Eliens, 1983) en in 1985 (Ten Thije, 1985) is er onderzoek gedaan, waarbij (onder andere) het rapportagegedeelte van het wijkadministratiesysteem getoetst is. Hieruit kwam naar voren dat er overlappings bestaan tussen de verschillende classificatiecategorieën (de doelcodes). Ook gesprekken met een aantal hoofd-wijkverpleegkundigen bevestigden dit vermoeden.

Er zijn echter ook andere punten van kritiek op het WAS te geven:

- Er kan per contact slechts één categorie van zorgverlening in het rapportagesysteem worden vermeld, terwijl er vaak meerdere werkzaamheden plaatsvinden. De categorie die dan genoteerd wordt, is afhankelijk van het accent dat de wijkverpleegkundige zelf in haar hulpverleningscontact legt;
- de omschrijvingen en classificaties van de werksoorten in het rapportagesysteem veroorzaken vaak onzekerheid. Dit zal waarschijnlijk onder andere het gevolg zijn van de eerder genoemde overlappings tussen de classificatiecategorieën;
- de administratieve werkzaamheden van de wijkverpleegkundige kunnen niet worden gerapporteerd (Van Helmond-Donders, 1985).

3.2.1. Preventieve taken

Boerma (1985) meet de preventieve zorg aan de hand van thema's. Wat doet de wijkverpleegkundige in het kader van opsporing en behandeling van personen met hypertensie, diabetes mellitus, borst- en baarmoederhalskanker, het adviseren bij riskante leefgewoonten c.q. de gevolgen daarvan en de surveillance van ouderen. Met behulp van een vragenlijst wordt bijvoorbeeld in de categorie 'diabetes' een vraag gesteld over de betrokkenheid van wijkverpleegkundigen bij de opsporing van nieuwe diabetesgevallen. Hierbij moet opgemerkt worden, dat Boerma onder preventieve taken onder andere de volgende categorieën verstaat: Opsporing en signalering, begeleiding en voorlichting. In het verpleegkundig beroepsprofiel wordt onder 'preventieve taken' observeren en vroegtijdig signaleren verstaan. Zevenen-negentig wijkverpleegkundigen (respons 81%), die allen werkzaam zijn in een gezondheidscentrum, hebben de vragenlijst ingevuld.

Uit het onderzoek komt naar voren, dat de wijkverpleegkundigen niet zo veel preventieve taken uitvoeren op de onderscheiden gebieden. Uitzondering hierop is: Het signaleren van problemen bij bejaarden. Dit gebeurt meestal tijdens de curatieve contacten.

In een landelijk onderzoek van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) worden de volgende takenclusters onder de noemer preventieve zorg gevat:

- Specifieke zorg, bestaande uit de begeleiding en controle van personen lijdende aan tbc, rheuma, kanker en suikerziekte;
- bejaardenzorg. Hieronder wordt verstaan de regelmatige begeleiding en controle van de ingeschreven bejaarden;
- prenatale zorg. Dit is onder andere de advisering aan aanstaande ouders;
- zuigelingen- en ouderzorg, bestaande uit advisering en begeleiding van kind en ouders in het jonge gezin.

Opgemerkt wordt echter wel, dat de scheiding tussen preventief en curatief in de praktijk moeilijk te maken is.

Op basis van het in 1974 en 1977 gehanteerde wijkadministratieformulier (VUGA-systeem) zijn bij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in het hele land gegevens verzameld.

Uit de onderzoeksgegevens blijkt, dat aan \pm 92% van alle patiënten/cliënten preventieve zorg wordt verleend. Zij vergen daarentegen slechts 32% van de huisbezoeken, die de wijkverpleegkundige aflegt. Hierbij moet vermeld worden, dat meer dan de helft van deze huisbezoeken aan zuigelingen- en kleuterzorg wordt besteed. Het gemiddeld aantal bezoeken per persoon in zorg per jaar bedraagt voor de specifieke zorg 4.5, voor bejaardenzorg 3.5, voor prenatale zorg 1 en voor zuigelingen- en kleuterzorg 1.3.

Aan het Onderzoek Tijdnormstelling Kruiswerk Twente (Hoeksma, 1985) hebben in totaal 17 wijkverpleegkundigen en 10 wijkziekenverzorgenden uit 3 basiseenheden meegedaan. Met behulp van tijdschattingen van activiteiten in combinatie met gegevens uit het Wijkadministratiesysteem (het huidige administratiesysteem binnen de wijkverpleging) is een tijdstudie naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gedaan. In dit onderzoek worden de volgende werkzaamheden als preventieve activiteiten aangemerkt: Reactivering, helpen bij het realiseren van therapie of leefregel, begeleiden in probleemsituaties, gezondheidsvoorlichting/bevordering, screenings, (alle zorgcategorieën uit het WAS), zuigelingen- en kleuterzorg. Van deze activiteiten worden alleen screenings en zui-

gelingen- en kleuterzorg in het beroepsprofiel aangerekend als preventieve taken. Uit de resultaten kwam onder andere naar voren, dat wanneer screening het doel van een huisbezoek is, dat huisbezoek gemiddeld 30 minuten duurt. Vrijwel alle screeningsactiviteiten worden gedaan bij 0-jarigen (PKU- en CHI-onderzoek). De wijkverpleegkundigen van dit onderzoek besteden \pm 20% van hun tijd aan zuigelingen- en kleuterzorg, voor wijkziekenverzorgenden is dit 3%.

3.2.2. Administratieve taken

Hoeksma (1985) heeft in het Onderzoek Tijdnormstelling Kruiswerk Twente (zie 3.2.1.) de tijdsbesteding aan administratieve taken gemeten op basis van tijdschattingen van 5 wijkverpleegkundigen en 3 wijkziekenverzorgenden. Zij hebben het cluster 'Administratie en planning (exclusief zuigelingen- en kleuterbureau)' onderverdeeld in 3 activiteiten. Deze activiteiten zijn: 'patiëntgebonden administratie' (onder andere Wijkadministratiesysteem), 'niet-patiëntgebonden administratie' en 'plannen werkzaamheden'. Uit de schattingen blijkt, dat wijkverpleegkundigen éénmaal per dag gedurende 30 minuten bezig zijn met patiëntgebonden administratie. Niet-patiëntgebonden administratie wordt niet gedaan en het plannen van de werkzaamheden kost éénmaal per week 60 minuten.

Het onderzoek 'Thuiszorg door 24-uurs Kruis zorg' (Boom e.a., 1986) is verricht in de rayons Sneek en Lemmer. Het onderzoek wordt verricht met behulp van een vragenlijst. Alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de rayons hebben meegedaan, zowel avond- en nachthulpen, als degenen die overdag werkzaam zijn. 'Administratie' wordt in de vragenlijst toegelicht met behulp van de termen 'normale administratie' en 'registratie ten behoeve van het onderzoek'. Dit onderscheid is overigens bij de weergave van de resultaten niet gemaakt. Overdag blijkt 13% van de totale werktijd van de wijkverpleegkundigen op te gaan aan administratieve werkzaamheden, voor wijkziekenverzorgenden ligt dit percentage iets lager, namelijk op 10%. In de avond- en nachtverpleging blijkt er beduidend minder tijd aan de administratie te worden besteed. Gemiddeld wordt er namelijk gedurende de avond en nacht 3% van de tijd besteed aan administratie (in Sneek 1% en in Lemmer 7%).

Uit het bovenstaande blijkt, dat de administratieve taken slechts in een beperkt aantal gevallen onderwerp van studie zijn geweest.

3.2.3. Rapporterende taken

In het reeds genoemde onderzoek Thuiszorg door 24-uurs kruis zorg

(Boom e.a., 1986) worden de rapporterende taken 'intern overleg' genoemd. Dit betreft overleg met onder andere collega's, hoofdwijkverpleegkundige en werkgroepen. Het gaat hierbij om algemeen overleg en overleg dat specifiek gehouden wordt ten behoeve van het experiment 7 x 24-uurszorg (overdracht van avond/nacht wijkverpleegkundige aan dagwijkverpleegkundige en andersom etc.). Overdag wordt door de wijkverpleegkundigen 11% van de totale werktijd besteed aan intern overleg en door de wijkziekenverzorgenden 10% van de totale tijd. 's Avonds en 's nachts daarentegen ligt het gemiddelde op 37% van de totale tijd. Dit grote verschil tussen dag, avond en nacht wordt voornamelijk veroorzaakt, doordat bij het intern overleg van de avond/nachtwijkverpleegkundigen de tijd wordt opgeteld die de dagelijkse telefonische overdrachten met de dagwijkverpleegkundigen hen kosten.

In het Onderzoek Tijdnormstelling Kruiswerk Twente (Hoeksma, 1985) wordt het 'algemeen overleg' onderverdeeld in 6 categorieën: Werkbespreking met de hele basiseenheid; werkbespreking met het subteam; werkbespreking met het subteam en de hele basiseenheid; periodiek overleg met andere disciplines en instellingen; gesprekken met de hoofdwijkverpleegkundige en gesprekken met collega's (niet over patiënten). In het kader van de definiëring die het verpleegkundig beroepsprofiel geeft van de rapporterende taken, zullen vier activiteiten nader toegelicht worden:

- Werkbespreking met de gehele basiseenheid vindt gemiddeld een maal per week plaats, gedurende 120 tot 180 minuten.
- Werkbespreking met het subteam wordt ook eenmaal per week gehouden en duurt minimaal 5 en maximaal 90 minuten.
- Werkbespreking met de basiseenheid, tegelijk met een subteambespreking gebeurt gemiddeld eenmaal per week, gedurende minimaal 125 minuten en maximaal 210 minuten.
- Gesprekken met de hoofdwijkverpleegkundige kosten per maand minimaal 10 minuten en maximaal 30 minuten per wijkverpleegkundige.

De tijdsbesteding aan rapporterende taken is dus tot nu toe slechts incidenteel onderzocht.

3.2.4. Coördinerende taken

Er zijn geen onderzoeken gevonden, die zich op dit taakaspect gericht hebben.

3.2.5. Verzorgende taken

Knapen e.a. (1975) onderzochten in een omvangrijk landelijk onder-

zoek onder andere de tijdsbesteding van de wijkverpleegkundigen. Dit gebeurde door middel van interviews bij 500 wijkverpleegkundigen. De in dit onderzoek gemeten activiteiten, die onder de in het verpleegkundig beroepsprofiel genoemde term 'verzorgende taken' vallen, zijn wekelijkse wasbeurten, dagelijkse wasbeurten, doen van loopoefeningen, aan/uitkleden, toilethandelingen, eten en laatste hulp. Naar deze activiteiten is geen tijdstudie gedaan, maar er is onder andere gekeken hoe vaak vier onderscheiden patiëntencategorieën een bepaald type zorg nodig hebben. De vier patiëntencategorieën zijn 'verpleging', 'kinderhygiëne', 'bejaardenzorg' en 'specifieke ziekten'. Uit het onderzoek kwam bijvoorbeeld naar voren, dat de patiënten uit de categorie bejaardenzorg het meest een wekelijkse wasbeurt krijgen en dat de dagelijkse wasbeurt het meest frequent voorkomt bij de categorie verpleging.

In het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) wordt geen onderscheid gemaakt tussen verzorgende en curatieve taken. Alle activiteiten die onder deze twee clusters vallen, worden samengevoegd onder de term 'algemene verpleegkundige zorg'. Per jaar brengt de wijkverpleegkundige aan een patiënt, die algemene verpleegkundige zorg behoeft gemiddeld 41 huisbezoeken. Gemiddeld 8% van het patiëntenbestand van de wijkverpleegkundige bestaat uit patiënten, die algemene verpleegkundige zorg nodig hebben. Zij zijn tezamen echter wel verantwoordelijk voor 67% van de door de wijkverpleegkundige afgelegde bezoeken.

Boom e.a. (1986) (zie 3.2.2) benoemen in hun onderzoek naar 24-uurs zorgverlening de verzorgende taken met de term 'geven van hulp bij ADL-functies'. Deze taken vormen een onderdeel van de categorie lichamelijk/hygiënische verzorging uit het Wijkadministratiesysteem. In de term 'geven van hulp bij ADL-functies' is in het onderzoek naar 24-uurs zorgverlening echter tevens de activiteit 'bed verschonen' opgenomen, hetgeen volgens het verpleegkundig beroepsprofiel geen verzorgende taak is. Reactivering (ook een categorie uit het WAS) kan eveneens onder de term verzorgende taken gevat worden. 48% Van de patiënten van de dagwijkverpleegkundigen heeft hulp bij de ADL-functies nodig. Bij de wijkziekenverzorgenden ligt dit percentage een stuk hoger, namelijk op 80%. Gemiddeld heeft 58% van de patiënten gedurende de dagverpleging ADL-hulp nodig. Wat betreft reactivering is dat 29%. 's Avonds en 's nachts heeft gemiddeld 71% van de patiënten hulp bij ADL-functies nodig en 12% van de patiënten reactivering.

Hoeksma (1985) heeft de term 'lichamelijk/hygiënische verzorging' (WAS categorie) onderverdeeld in wassen; uit/in bed helpen; aan- en uitkleden; bed opmaken; hulp bij toiletgang en incontinentie en ADL-training. Net als bij Boom e.a. (1986) wordt ook hier bed opmaken bij activiteiten ten behoeve van lichamelijke verzorging ingedeeld. Een andere overeenkomst met het onderzoek van Boom e.a. is het gebruik van de categorie 'reactivering'. Reactivering wordt onderverdeeld in 'het bevorderen van de lichamelijke validiteit' en 'het bevorderen van de milieu/sociale validiteit'. De verzorgende taken vergen 28% van de tijd die door de hele onderzoekspopulatie (zie 3.2.1) wordt besteed aan huisbezoeken en bureaus. Ten aanzien van 47% van de huisbezoeken die afgelegd worden, wordt aangegeven dat de verzorgende taken het hoofddoel zijn. Voor de wijkziekenverzorgenden afzonderlijk is dit percentage echter 27%. Deze uitkomst is verrassend, aangezien wijkziekenverzorgenden oorspronkelijk werden ingeschakeld om de wijkverpleegkundigen te ontlasten van hun verzorgende taken; de verzorgende taken zouden daarom de belangrijkste taken worden voor de wijkziekenverzorgende (zie profielschets wijkziekenverzorgende, 3.1).

In het onderzoek 'Chronische zieken in de wijkverpleging' (Meerdink e.a., 1984) is bij 23 wijkverpleegkundigen in de provincie Friesland, onder andere geïnterviewd, welke taken wijkverpleegkundigen uitoefenen tijdens huisbezoeken aan chronisch zieken. Het onderzoek is aan de hand van een vragenformulier met behulp van interviews gedaan. Ook in dit onderzoek worden de WAS-coderingen gebruikt. De verzorgende taken worden dus weergegeven door 'lichamelijk/hygiënische verzorging' en 'reactivering'. Onder lichame-lijk/hygiënische verzorging wordt hier hetzelfde verstaan als in het onderzoek van Hoeksma (1985). Alleen bed opmaken wordt hier echter niet tot de lichame-lijk/hygiënische verzorging gerekend. Reactivering wordt ook door Meerdink e.a. toegelicht met behulp van de termen 'bevorderen lichamelijke validiteit' en 'bevorderen milieuvaliditeit'. Deze termen worden echter weer verder uitgesplitst. Bevorderen van de lichamelijke validiteit houdt onder andere in: Passieve en actieve oefentherapie en blaastraining. Bevorderen van de milieuvaliditeit houdt onder meer in advies en informatie geven ten aanzien van verplegingsmiddelen, woning aanpassen en de krant voorlezen.

33% Van de activiteiten die ten behoeve van chronisch zieken verricht worden zijn verzorgende taken. In meer dan de helft van de gevallen betreft het hier het geheel wassen van de patiënt.

Uit het bovenstaande blijkt dat patiëntgebonden activiteiten meer aandacht krijgen van onderzoekers dan niet-patiëntgebonden activiteiten als administratieve en rapporterende taken.

3.2.6. Begeleidende taken

Boerma (1985) doet in zijn studie ook onderzoek naar de begeleidende taken van de wijkverpleegkundige op de 6 onderscheiden themagebieden (zie 3.2.1). Het blijkt dat de wijkverpleegkundigen op vier van de zes gebieden een taak hebben in de begeleiding van de patiënten. Deze vier gebieden zijn: Hypertensie, diabetes (indien de patiënt extra zorg nodig heeft), borstkanker en baarmoederhalskanker.

In de eerder beschreven studie van Knapen e.a. (1975) is ook onderzoek gedaan naar de psycho-sociale hulpverlening van de wijkverpleegkundige. De term psycho-sociale hulpverlening wordt niet onderverdeeld naar concrete activiteiten, maar het onderzoek richt zich voornamelijk op de terreinen, waarop psycho-sociale hulpverlening gegeven wordt en tijdens wat voor soort huisbezoeken psycho-sociale hulpverlening voorkomt.

Psycho-sociale hulpverlening blijkt het meest voor te komen tijdens bezoeken waarin verpleging het doel is (andere doelen voor een huisbezoek kunnen zijn: Kinderhygiëne, bejaardenzorg en specifieke ziekten). Tijdens deze bezoeken wordt het meest psycho-sociale hulpverlening gegeven op de volgende gebieden: Medicijnen, diëet, aanvaarden ziekte en leefregels. Voorts zegt 37% van de wijkverpleegkundigen weinig of niets aan psycho-sociale hulpverlening te doen, terwijl 5% juist zegt er veel aan te doen.

In het onderzoek 'Thuiszorg door 24-uurs kruis zorg' (Boom e.a., 1986) worden begeleidende taken ondergebracht in de categorie 'begeleiding in probleemsituaties' (WAS-categorie). Hieronder wordt in dit onderzoek verstaan:

- Psychische problematiek met betrekking tot ziekte en handicap;
- problematiek rondom opname verpleeg- en verzorgingstehuis;
- emotionele steun met betrekking tot.....(zelf in te vullen);
- hulp bij financiële en administratieve zaken;
- waarschuwen van instanties;
- buitenshuis bezoeken van patiënt(e).

Bij gemiddeld 57% van de patiënten overdag wordt door de wijkverpleging begeleiding gegeven. Gedurende de avond en nacht gebeurt dit bij 62% van alle patiënten. Hierbij waren, zowel 's avonds en 's nachts als overdag, psychische problematiek met betrekking tot

ziekte en handicap en emotionele ondersteuning de terreinen waarop de meeste begeleiding werd gegeven.

In de studie Tijdnormstelling Kruiswerk Twente (Hoeksma, 1985) worden de begeleidende taken 'begeleiden in probleemsituaties' genoemd (WAS-categorie). Deze categorie wordt niet nader toegelicht. Begeleiden in probleemsituaties blijkt slechts 6% van de werktijd van de drie basiseenheden te vergen. Deze werktijd heeft overigens betrekking op de tijd die besteed wordt aan huisbezoeken en bureaus. In de helft van de gevallen waarin begeleiding plaatsvond, was dat het hoofddoel van het bezoek. Voor de wijkziekenverzorgenden maken deze bezoeken echter gemiddeld 6% van de totale tijdsbesteding aan huisbezoeken en bureaus uit. De wijkziekenverzorgenden die aan het onderzoek meededen, hebben blijkbaar een grotere taak in het doen van huisbezoeken met als doel het begeleiden in probleemsituaties dan de wijkverpleegkundigen.

Meerdink e.a. (1984) brengen eveneens de begeleidende taken van de wijkverpleegkundige onder in de WAS-categorie 'begeleiden in probleemsituaties'. Hieronder wordt verstaan:

Assisteren bij het analyseren, oplossen of aanvaarden van problemen in het kader van psycho-sociale problematiek en overige problematiek; bezoeken gericht op zich veranderende c.q. veranderde levensomstandigheden, met name bij ziekte/handicap; opname verpleeg-, verzorgings-, bejaardenhuis en dagbehandeling; stervensbegeleiding; verlies echtgenoot of kind en overige probleemsituaties. Opvallend is het grote aandeel dat activiteiten ten behoeve van psycho-sociale problematiek in het totaal innemen; 29% van alle activiteiten die bij chronische zieken verricht worden zijn activiteiten in het kader van de psycho-sociale probleembegeleiding. De begeleiding bij ziekte of handicap neemt binnen deze categorie de grootste plaats in: 59% van alle activiteiten die verricht worden ten behoeve van psycho-sociale probleembegeleiding hebben betrekking op begeleiding bij ziekte of handicap.

Scheffer en Woldringh (1975) hebben onderzocht welke psycho-sociale problemen patiënten van wijkverpleegkundigen hebben en hoe de wijkverpleegkundige daarmee omgaat. De onderzoekers ontwierpen daartoe een registratieformulier dat door 13 wijkverpleegkundigen gedurende 14 dagen is ingevuld. In deze twee weken werden bij 171 bezochte cliënten psycho-sociale problemen geconstateerd (291 contacten). De problemen die bij de patiënten het meest gesignaleerd werden, waren

problemen in verband met chronische ziekte of lichamelijke handicap (13%), problemen in verband met het bejaard zijn (12%) en huwelijks- en seksuele moeilijkheden (11%). Andere problemen waren bijvoorbeeld problemen met kinderen (10%), problemen rond huishouding (4%) en rond huisvesting en inwoning (9%). In 40% van de contacten 'behandelt' de wijkverpleegkundige de problemen zelf, wat volgens Scheffer en Woldringh vaak neerkomt op tegemoet treden aan de behoefte van mensen om zich over allerlei zaken uit te spreken zonder dat de wijkverpleegkundige direct een pasklare oplossing biedt; ze hoort de problemen aan, toont begrip en stelt gerust door het geven van voorlichting en adviezen. In slechts 20% van de gevallen wordt naar andere instanties verwezen en in 57% van de gevallen worden deskundigen op dit terrein ingeschakeld of geconsulteerd.

In een onderzoek binnen een gezondheidscentrum (Verhaak, 1984) registreerden de (drie) wijkverpleegkundigen alle psycho-sociale problematiek gedurende vier maanden. Uit de gegevens blijkt dat in 20 tot 40 procent van alle bezoeken die een wijkverpleegkundige aflegt, psycho-sociale problemen een rol spelen. De problemen hebben vooral te maken met opvoeding, verwerking van ziekte en stervensbegeleiding. Ongeveer driekwart van de problemen worden door de wijkverpleegkundige zelf behandeld. Wanneer de hulp van anderen wordt ingeroepen, blijkt dit vaak de huisarts te zijn (40% van de verwijzingen) en ook wel het maatschappelijk werk (20%) of de ambulante geestelijke gezondheidszorg (12%).

De (patiëntgebonden) begeleidende taken van de wijkverpleegkundige zijn in de hier beschreven onderzoeken nog vaker onderwerp van studie dan de verzorgende taken. De begeleidende taken betreffen overigens in alle onderzoeken het geven van psychosociale begeleiding. In geen van de onderzoeken wordt een studie gedaan naar het zorgen voor een veilige, hygiënische en therapeutische omgeving, wat volgens de profielschets ook een onderdeel is van de begeleidende taken van de wijkverpleegkundige.

3.2.7. Voorlichtende, adviserende en instruerende taken

In het onderzoek 'Preventieve zorg in Gezondheidscentra en Groepspraktijken' heeft Boerma (1985) gemeten of de wijkverpleegkundige voorlichting geeft in het kader van hypertensie, diabetes, borstkanker, baarmoederhalskanker, verandering van leefgewoonten en ouderenzorg. Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren, dat de wijkverpleegkundige vaak voorlichting geeft bij borst- en baarmoederhalskanker en wat minder vaak in het geval van hypertensie en diabetes.

In het kader van de overige categorieën wordt nauwelijks voorlichting gegeven.

De voorlichtende, adviserende en instruerende taken die in Thuiszorg door 24-uurs Kruis zorg (Boom e.a., 1986) onderscheiden kunnen worden, zijn 'helpen bij realiseren van therapie en leefregels' en 'gezondheidsvoorlichting en -opvoeding' (GVO). Helpen bij realiseren van therapie en leefregels wordt onderverdeeld in vier groepen, te weten: ten aanzien van medicijngebruik, voeding en diëtvoeding, tijdige medische controle en andere voorgeschreven leefregels. Ten aanzien van GVO wordt onderscheid gemaakt tussen GVO aan de patiënt en GVO aan de mantelzorg.

Overdag blijken de wijkverpleegkundigen aanzienlijk meer voorlichtende, adviserende en instruerende taken te hebben dan 's avonds en 's nachts. Overdag wordt er namelijk bij 48% van de patiënten geholpen bij het realiseren van therapie en leefregels en wordt er aan 43% van de patiënten GVO gegeven. 's Avonds en 's nachts liggen deze percentages daarentegen op respectievelijk 12% en 10%. Buiten de huisbezoeken om hebben wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden een voorlichtende en adviserende taak tijdens het spreekuur. 8% Van de totale arbeidsduur van de wijkverpleegkundigen gaat op aan het spreekuur en 6% van de totale tijd van de wijkziekenverzorgenden.

Muskens (1984) heeft onderzocht in welke mate gezondheidsvoorlichting en -opvoeding tot het uitvoerende werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden behoort. Negentig (respons 98%) wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden uit 8 teams in de provincie Friesland, Zeeland en Limburg vulden een enquête in. De GVO-activiteiten worden onderverdeeld in 'directe voorlichting aan patiënten en cliënten', 'GVO via groepswerk, zoals voorlichtingsbijeenkomsten, gespreksgroepen en groepssprekuren' en 'deelname aan voorlichtingsactiviteiten van anderen'. In de categorieën worden voorts onderwerpen genoemd, waarover voorlichting gegeven kan worden, zoals de oorzaken van de klachten en ziekte en de mogelijkheden die er zijn voor professionele verzorging of hulp. Ook het stimuleren van mensen om bepaalde activiteiten te gaan ondernemen valt binnen dit onderzoek onder de GVO-activiteiten. Het meest opvallende verschil tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (met betrekking tot GVO-activiteiten) is dat wijkziekenverzorgenden (vrijwel) nooit meewerken aan groepsvoorlichting. Voor het overige zijn de functieverschillen meer plaatsgebonden. Wat de voorlichting aan individuele

patiënten betreft, geven bijna allen aan dat zij bepaalde GVO-activiteiten 'regelmatig' of 'bij vrijwel alle voorkomende gelegenheden' verrichten. Het gaat hier met name om voorlichting die verweven is met andere (curatieve) activiteiten, zoals voorlichting over de aard van een ziekte, over medicijngebruik, over zelfzorg en mantelzorg etc.

Hoeksma (1985) heeft in het onderzoek Tijdnormstelling Kruiswerk Twente de voorlichtende, adviserende en instruerende taken van de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende gemeten onder de termen 'helpen bij realiseren van therapie en leefregel' en 'gezondheidsvoorlichting en -opvoeding' (WAS-categorieën). Onder helpen bij realiseren van therapie en leefregel wordt verstaan 'medicijnen uitzetten' en 'preventief huisbezoek'. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding wordt onderverdeeld in: Bezoeken ten behoeve van algemene gezondheidsvoorlichting (er wordt hier geen begeleidingsrelatie opgebouwd); prenatale huisbezoeken en bezoeken in het kader van gezondheidsvoorlichting bij realisering van gezond gedrag. Hier wordt wel een begeleidingsrelatie opgebouwd, zoals bij huisbezoeken aan zuigelingen en huisbezoeken aan bejaarden. Verwarrend is, dat een deel van de activiteiten, die vallen onder GVO, zoals het zuigelingenhuisbezoek, volgens het verpleegkundige beroepsprofiel eigenlijk bij de preventieve taken thuishoren. Verreweg het grootste deel van de tijd die de wijkverpleegkundigen besteden aan GVO, gaat op aan de nul-tot vierjaren. Dit is wel voor te stellen als, zoals in 3.2.1 reeds is vermeld, hierbij in aanmerking genomen wordt dat de wijkverpleegkundigen, die aan het onderzoek Tijdnormstelling hebben meegedaan, 20% van hun werktijd besteden aan jeugdgezondheidszorg.

Ten aanzien van helpen bij het realiseren van therapie of leefregel, wordt meer dan 60% van de werktijd van de wijkverpleegkundigen besteed aan mensen, die 70 jaar en ouder zijn.

De voorlichtende, adviserende en instruerende taken maken 35% uit van de activiteiten die de drie basiseenheden tezamen ontplooiën tijdens bezoeken en bureaus. Ten aanzien van 19% van alle huisbezoeken wordt gezegd, dat de voorlichtende, adviserende en instruerende taken het hoofddoel zijn. Hierbij zijn overigens de zuigelingen- en kleuterhuisbezoeken inbegrepen. De wijkziekenverzorgende besteedt 17% van haar tijd aan bezoeken ten behoeve van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Dit lijkt erg veel, als daarbij in aanmerking genomen wordt, dat zij geen zuigelingen- en kleuterhuisbezoeken doet.

In het onderzoek naar chronisch zieken in de wijkverpleging (Meerdink e.a., 1984), worden, zoals reeds is gebleken (zie 3.2.5), de zorgcategorïën van het wijkadministratiesysteem gebruikt om de activiteiten van de wijkverpleegkundigen te benoemen. Wat de voorlichtende, adviserende en instruerende taken betreft hebben zij dus ook gebruik gemaakt van de codes 'helpen bij realiseren van therapie en leefregel' en 'gezondheidsvoorlichting en -opvoeding'. Helpen bij realiseren van leefregel en therapie wordt onderverdeeld in de volgende doelen. Ten aanzien van medicijngebruik; ten aanzien van voeding en diëetvoeding; ten aanzien van (tijdige) medische controle; ten aanzien van voorgeschreven leefwijze; bewaken van therapie ten aanzien van medicijnen; bewaken van therapie ten aanzien van leefwijze. GVO wordt toegelicht aan de hand van de onderwerpen, waarop dit betrekking kan hebben, zoals voeding, medicijngebruik en veiligheid in huis. 14% Van de activiteiten die tijdens een huisbezoek plaatsvinden vallen in de categorie helpen bij realiseren van therapie en leefregel. Bij de helft van de patiënten wordt aandacht besteed aan GVO. In 24% van de gevallen wordt dan gesproken over voeding en in 14% van de gevallen over dagritme en leefregel. De rest van de onderwerpen komen nog minder vaak ter sprake.

Uit dit overzicht blijkt dat de in 3.1 onderscheiden activiteiten van deze categorie niet uitputtend worden onderzocht. Vooral de activiteit 'geven van advies over onder andere behandelingen, rechten en plichten van het individu enz.' wordt in de hier beschreven onderzoeken onderbelicht.

3.2.8. Curatieve taken

In de studie van Knapen e.a. (1975) zijn de activiteiten die onder het cluster 'curatieve taken' vallen de volgende: Injecteren en verbinden/verzorgen van wonden. Ook bij de curatieve taken is, net als bij de verzorgende taken, geen tijdsstudie gedaan, maar is een combinatie gemaakt van de activiteiten met de vier patiëntencategorïën (verpleging, kinderhygiëne, bejaardenzorg en specifieke ziekten). Uit het onderzoek blijkt, dat het verbinden en verzorgen van wonden het meest voorkomt in de categorïën verpleging en specifieke ziekten, te weten 23% van alle patiënten, in beide categorïën. Het toedienen van injecties komt in de categorïën verpleging, bejaardenzorg en specifieke zorg respectievelijk bij 27%, 24% en 23% van alle patiënten voor.

Boom e.a. (1986) meten de curatieve taken onder de term verpleegtechnisch handelen. Verpleegtechnisch handelen is: Hulp verlenen ge-

richt op urogenitaal stelsel, clysmata, wond- en decubitusverzorging etc.; controleren lichaamsfuncties; medicijnen toedienen en injecties geven.

Overdag wordt bij 42% van het totaal aantal patiënten verpleegtechnische handelingen verricht. 's Avonds en 's nachts ligt dit percentage veel hoger, namelijk op 79%. Overdag worden alle vier de onderscheiden activiteiten in min of meer dezelfde mate verricht. 's Avonds en 's nachts worden er echter geen injecties gegeven en wordt er een grote uitschieter geconstateerd bij het aantal patiënten, dat valt onder de categorie hulpverlening gericht op het urogenitaal stelsel, clysmata, wondverzorging, decubituspreventie etc. Van alle patiënten krijgt 67% gedurende de avond en nacht deze hulpverlening.

De categorieën verpleegtechnisch handelen en het toedienen van medicijnen (WAS-categorieën) in het onderzoek Tijdnormstelling (Hoeksma, 1985) kunnen curatieve taken genoemd worden. Verpleegtechnische handelingen zijn bijvoorbeeld catheteriseren, elastische kousen aan/ uittrekken en zalven, verbinden en zwachtelen.

86% van de tijdsbesteding aan curatieve zorg vindt plaats bij patiënten, die 60 jaar en ouder zijn. Bij 27% van alle huisbezoeken zijn de curatieve taken het hoofdoel. Een dergelijk huisbezoek duurt gemiddeld in totaal 20 minuten.

Ook Meerdink e.a. (1984) gebruiken voor de curatieve taken de term 'verpleegtechnisch handelen' uit het WAS. Omdat hier veel verschillende activiteiten mee bedoeld worden, zullen wij hier niet verder op ingaan (zie bijvoorbeeld Hoeksma) en verwijzen wij voor een meer gedetailleerde beschrijving van de term verpleegtechnisch handelen, naar de klapper Wijkadministratiesysteem en verpleegkundig-methodisch handelen van de Nationale Kruisvereniging (Dienst Informatieverzorging Kruiswerk, 1980). Van alle activiteiten, die tijdens de huisbezoeken ten behoeve van chronisch zieken verricht worden, gaat het in slechts 11% van de gevallen om verpleegtechnische handelingen. De handelingen, die binnen deze categorie het meest verricht worden, zijn open wond verzorgen (in 3% van het totaal aantal verrichtingen) en injecties geven of spuiten vullen (eveneens in 3% van het totaal aantal activiteiten).

De curatieve taken worden in dezelfde studies belicht als de verzorgende taken. Het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid neemt hierbij echter een uitzonderingspositie in. In dit rapport wordt namelijk geen onderscheid gemaakt tussen curatieve en

verzorgende taken.

3.2.9. Huishoudelijke taken

In geen van de beschreven onderzoeken zijn metingen verricht van de huishoudelijke taken van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

3.3. Conclusies naar aanleiding van het reeds verrichte onderzoek

Uit dit overzicht komt naar voren, dat na de herstructurering en de invoering van de AWBZ-financiëring van het Kruiswerk een aantal pogingen, op regionaal niveau, zijn ondernomen om het werk van wijkverpleegkundigen, qua inhoud en tijdsbesteding, in kaart te brengen. Sommige onderzoeken 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 (Hoeksma, 1985; Boom e.a., 1986), vaak met behulp van de zorgcategorieën van het WAS-systeem, in kaart te brengen.

Het meest opvallende gegeven is dat de diverse onderzoeken slecht op elkaar aansluiten qua operationalisatie van de gehanteerde begrippen. Begrippen als preventieve zorg, curatieve zorg, verzorgende en begeleidende taken worden door iedere onderzoeker weer anders ingevuld. Wat de ene onderzoeker begeleiding noemt, wordt in een ander onderzoek als preventieve taak beschouwd. Het is blijkbaar heel moeilijk om dergelijke brede begrippen goed af te bakenen en te operationaliseren. Het is dan ook een hachelijke onderneming om de resultaten van de verschillende onderzoeken met elkaar in verband te brengen. Hierdoor kan op dit moment geen volledig overzicht gemaakt worden van de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen.

Daarnaast richt vrijwel al het onderzoek zich op het takenpakket van de **wijkverpleegkundige**. Er is nog geen enkel onderzoek geweest dat zich uitsluitend richt op de werkzaamheden van de **wijkziekenverzorgende**. Er zijn echter wel enkele onderzoeken geweest, zoals het onderzoek Ihuish zorg door 24-uurs Kruis zorg (Boom e.a., 1986), waarbij een aantal resultaten uitgesplitst worden naar wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Dit is echter ten aanzien van een dermate klein aantal variabelen gedaan, dat nog geen duidelijk beeld verkregen wordt van de taakinhoud van de functie van wijkziekenverzorgende en de tijdsbesteding aan de verschillende taken door de wijkziekenverzorgende.

Een andere conclusie, die uit het overzicht van de reeds verrichte studies getrokken kan worden is, dat de activiteiten van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden vaak in zeer globale categorieën zijn ondergebracht, zodat na de meting nog niet duidelijk is wat de concrete werkzaamheden zijn, die verricht worden. In het onderzoek Tijdnormstelling Kruiswerk Twente (Hoeksma, 1985) bijvoorbeeld wordt de term 'begeleiden in probleemsituaties' niet nader toegelicht. Het is nu onduidelijk wat daaronder verstaan wordt: Luisteren, verwijzen, bemiddelen, oplossingen geven?

We sluiten dit hoofdstuk af met de conclusie, dat er de laatste jaren onderzoek gedaan is naar het werk van de wijkverpleging, maar dat in géén van deze onderzoeken meetinstrumenten worden gehanteerd, waarmee het takenpakket van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden voldoende gedetailleerd en volledig wordt onderzocht.

4. KEUZE EN VERANTWOORDING VAN DE GEHANTEERDE ONDERZOEKSMETHODEN

4.1. Inleiding

Zoals we in hoofdstuk 1 hebben gezien, is het tweede doel van dit onderzoeksproject het ontwikkelen van een methode of een reeks aanvullende methoden waarmee de aard van de werkzaamheden en de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in een landelijk representatieve steekproef kunnen worden gemeten. De keuze van de **onderzoeksmethoden** zal hier worden beschreven, terwijl in het volgende hoofdstuk de operationalisatie van de kernbegrippen aan de orde komt en daarmee de **inhoud** van de gehanteerde meetinstrumenten.

Bij de keuze van de onderzoeksmethoden voor het meten van het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, diende het classificatieschema van Nelson e.a. (1975) van methoden voor het meten van uitvoeren van taken als uitgangspunt. Nelson e.a. (1975) gaan bij hun indeling uit van twee hoofdfactoren:

- I. **De informatiebron:** wie geeft de informatie over de werkzaamheden? De persoon zelf (in ons geval de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende) of een buitenstaander (bijvoorbeeld een onafhankelijke observator of een hoofdwijkverpleegkundige).
- II. **Het tijdstip** waarop gemeten wordt: Direct op het moment dat de desbetreffende activiteit wordt uitgevoerd of na afloop van de periode waarin de werkzaamheden worden onderzocht. Bijvoorbeeld de werkzaamheden in de afgelopen week of maand.

Op grond van deze dimensies worden de **methoden** om werkzaamheden te meten in vier categorieën ingedeeld:

1. Direct door de betrokkene zelf. Hierbij beschrijft de desbetreffende persoon zijn werkzaamheden op het moment dat hij ze heeft uitgevoerd. Voorbeelden van deze methode zijn zelfregistratie en het inspreken op een bandrecorder.
2. Direct door een buitenstaander. In dit geval registreert een buitenstaander informatie over de werkzaamheden op het moment dat ze worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld een observator volgt de desbetreffende persoon en registreert alles wat de persoon doet (observatie in de natuurlijke situatie) of de werkzaamheden worden op videoband vastgelegd.
3. Retrospectief door de betrokkene zelf. Na afloop van een bepaalde periode, bijvoorbeeld een week of een maand, wordt de betrokkene

gevraagd aan te geven welke werkzaamheden hij/zij heeft verricht in die periode. Bijvoorbeeld door een vragenlijst in te vullen of een interviewer te woord te staan.

4. Retrospectief door een buitenstaander. Een buitenstaander geeft na afloop van een periode aan welke werkzaamheden er door de betrokkene zijn verricht. Bijvoorbeeld een hoofdwijkverpleegkundige die wordt geïnterviewd over de werkzaamheden van een wijkverpleegkundige.

In het volgende schema worden deze methoden weergegeven:

		tijdstip van meten	
		direct	retrospectief
infor- matie bron	de persoon zelf	1.a. zelfregistratie b. inspreken op audioband	3.a. schriftelijke vragenlijst b. interview
	buiten- staander	2.a. observatie in de natuurlijke situatie b. vastleggen op videoband	4.a. 'supervisor' vult vragenlijst in b. 'supervisor' wordt geïnterviewd c. observator vult vragenlijst in

Bron: Nelson e.a., 1975, p.106

In dit project hebben we uit alle categorieën een methode gekozen, behalve uit de categorie 'retrospectief door een buitenstaander'. De reden hiervoor is dat met behulp van deze indirecte methode slechts globale informatie kan worden verkregen omtrent de concrete werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, alsmede omtrent de tijdsbesteding aan de diverse werkzaamheden. De volgende drie methoden uit dit schema hebben we gebruikt:

1. Een schriftelijke vragenlijst, waarin de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende de frequentie van en de gemiddelde tijdsbesteding aan de diverse werkzaamheden aangeeft. Bij werkzaamheden die, zoals uit de literatuur blijkt, vaak voorkomen (bijvoorbeeld verpleeg-technisch handelen) wordt naar de frequentie in de afgelopen week gevraagd, bij andere werkzaamheden naar de frequentie in de afgelopen maand (bijvoorbeeld kleuterbureau's) of in het afgelopen jaar (bijvoorbeeld bijscholingsactiviteiten).
2. Registratie door de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende

zelf, meteen nadat een bepaalde activiteit is verricht.

3. Observatie in de natuurlijke situatie. Een onafhankelijke observator loopt gedurende een week met een wijkverpleegkundige/wijkzienenverzorgende mee en registreert wat de wijkverpleegkundige/wijkzienenverzorgende doet en hoe lang een bepaalde activiteit duurt.

Zowel de vragenlijstgegevens als de registratiegegevens worden vergeleken met de gegevens die verkregen zijn via observaties. Het doel hiervan is tweeledig: In de eerste plaats kan men op deze manier een indicatie krijgen van de betrouwbaarheid en validiteit van de verschillende methoden. Het tweede doel heeft te maken met de noodzaak om wanneer men bij een landelijk representatieve steekproef gegevens wil verzamelen, gebruik te maken van tamelijk extensieve methoden. Door in de instrumentontwikkelingsfase verschillende meetmethoden met elkaar te vergelijken kunnen tekortkomingen in de meer extensieve meetmethoden worden opgespoord en indien mogelijk worden gecorrigeerd. Een andere mogelijkheid is, gezien het brede en heterogene takenpakket van wijkverpleegkundigen, dat bij het uittesten van de verschillende methoden blijkt dat sommige werkzaamheden beter met de ene methode in kaart gebracht kunnen worden en andere activiteiten met behulp van een andere methode.

We zullen nu de voordelen en de beperkingen van elk van de gekozen methoden met betrekking tot ons doel - het meten van de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden in een landelijk representatief onderzoek - bespreken.

4.2. De vragenlijstmethode; voordelen en beperkingen

Voor een landelijk onderzoek heeft een schriftelijke vragenlijst duidelijke voordelen boven observatie en zelf-registratie. In de eerste plaats is deze methode het minst tijdrovend en belastend voor de respondenten. Daarnaast beperkt een postenquête de invloed van sociale wenselijkheid, doordat er weinig contact is tussen onderzoeker en respondent (Nederhof, 1981). De kosten zijn relatief laag omdat bij een postenquête de kosten ongevoelig zijn voor de geografische spreiding van de respondenten. Ook is er minder mankracht en tijd nodig om de gegevens te verzamelen.

De belangrijkste beperkingen zijn in de eerste plaats dat de informatie retrospectief wordt gevraagd. Daardoor vinden selectieve geheugenvervalsingen plaats. Nelson e.a. (1975) vonden bijvoorbeeld dat artsen in een vragenlijst de frequentie en duur van bepaalde,

door hen uitgevoerde activiteiten overschatten. Ten tweede verkrijgt men met een vragenlijst meer globale informatie dan met de andere twee methoden. Er wordt namelijk gemeten op het niveau van de wijk-verpleegkundige/wijkziekenverzorgende en niet op het niveau van het contact met de patiënt.

4.3. Zelf-registratie; voordelen en beperkingen

De methode van zelf-registratie heeft twee belangrijke voordelen boven het meten van de werkzaamheden met behulp van een vragenlijst:

1. Zelf-registratie vindt plaats meteen na afloop van het contact met de patiënt of nadat een bepaalde niet-patiëntgebonden activiteit (bijvoorbeeld overleg) is verricht. Hierdoor spelen geheugenvervormingen een geringere rol.
2. Bij zelf-registratie wordt op een lager aggregatieniveau gemeten; op het niveau van het patiënt-contact.

Vergeleken met de observatiemethode is zelf-registratie minder tijdrovend voor de onderzoeker en worden de te onderzoeken werkzaamheden niet op een oncontroleerbare wijze beïnvloed door de aanwezigheid van een observator.

Er kleven echter ook een aantal bezwaren aan deze methode. In de eerste plaats vormt deze methode een grote belasting voor de respondent. Zelf-registratie betekent een voortdurende onderbreking van de dagelijkse werkzaamheden. Het vergt een grote zelfdiscipline van de respondent om meteen na iedere activiteit of na ieder patiënt-contact de verrichte werkzaamheden en de tijdsduur daarvan te registreren. In drukke tijden zal de verleiding groot zijn om pas aan het eind van de dag de gegevens in te vullen, hetgeen ertoe leidt dat de nauwkeurigheid van de registratie afneemt. Kortom het is voor de respondent een tijdrovende methode.

Een andere beperking is dat er in het algemeen niet of nauwelijks onderzoek is verricht naar de betrouwbaarheid en validiteit van de zelf-registratiemethode. Het is vrijwel onbekend in hoeverre mensen, als ze hun werkzaamheden registreren de frequentie of de tijdsduur van bepaalde activiteiten over- of juist onderschatten. Een uitzondering vormt het onderzoek van Dopheide e.a. (1986) die de betrouwbaarheid van het aantal door huisartsen zelf geregistreerde verwijzingen onderzochten. Daaruit bleek dat er sprake was van een onder-rapportage van ongeveer 23 procent van het aantal verwijzingen.

4.4. De observatiemethode; voordelen en beperkingen

Een voordeel van de observatiemethode is dat het waarneembare gedrag in de actuele situatie wordt gemeten. Er vindt een continue registratie van gedrag plaats, waardoor geheugenvervalsingen minder een rol spelen. Door observatoren van te voren te trainen en de gedragscategorieën, in ons geval de activiteiten van de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden, nauwkeurig te definiëren, wordt het gedrag van de proefpersonen steeds vanuit hetzelfde referentiekader bekeken, waardoor groepen wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden met elkaar kunnen worden vergeleken.

Ook deze methode heeft echter zijn beperkingen. Voor een landelijk representatief onderzoek is deze methode veel te tijdrovend voor de onderzoeker. Een andere beperking is dat men door observatie alleen informatie verkrijgt over waarneembaar gedrag. Hierbij zullen zaken die niet expliciet besproken worden of zichtbaar zijn, bijvoorbeeld het 'signaleren' van wijkverpleegkundigen zonder dat zich dat in waarneembaar gedrag vertaalt, niet worden geobserveerd.

Verder kunnen verwachtingen van de observator de observaties beïnvloeden in die zin dat de observator datgene noteert wat hij/zij verwacht (bijvoorbeeld een wasbeurt) en niet datgene wat de wijkverpleegkundige daadwerkelijk doet (bijvoorbeeld een wasbeurt én het geven van voorlichting).

Tenslotte wijzen Johnson en Bolstad (1973) op de (oncontroleerbare) invloed die de aanwezigheid van de observator uitoefent op de geobserveerde. In dat kader noemen ze de mate waarin de observator een inbreuk vormt op de dagelijkse gang van zaken. Om dit te minimaliseren hebben wij gekozen voor observatie in de natuurlijke situatie. Wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden (en dus ook hun patiënten) zijn namelijk gewend dat er met een zekere regelmaat een stagiaire aanwezig is. Observaties met behulp van video-opnamen van hun werkzaamheden zijn praktisch moeilijk uitvoerbaar omdat een groot deel van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige bij de patiënten thuis wordt verricht. Bovendien zal het maken van video-opnamen van bijvoorbeeld het wassen van de patiënt op zeer grote weerstanden stuiten. Audio-opnamen hebben als nadeel dat daarmee alleen de gesprekken van de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende met de patiënt worden vastgelegd en niet haar handelen zoals bijvoorbeeld de patiënt helpen bij het wassen, injecties geven, de patiënt aankleden e.d.

Uit het bovenstaande blijkt dat bij elk van de methoden voor- en na-

delen aanwezig zijn, die zorgvuldig moeten worden afgewogen bij de definitieve keuze van de methode(n) voor het landelijk onderzoek. Daarnaast vormen uiteraard betrouwbaarheid en validiteit van de genoemde methoden belangrijke criteria bij de uiteindelijke keuze.

In eerste instantie gaat onze voorkeur uit naar de meest extensieve methode: de schriftelijke vragenlijst. Het is echter de vraag of met een vragenlijst de frequentie en tijdsduur van alle werkzaamheden voldoende betrouwbaar gemeten kunnen worden. Daarom is daarnaast voor zelf-registratie gekozen, een methode waarbij de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende eveneens als informatiebron dient. De observatiemethode is in principe te tijdrovend om op landelijke schaal te worden toegepast. Deze methode heeft in dit vooronderzoek vooral de functie van een parallel-test: de gegevens die verkregen worden met de vragenlijst- en de zelf-registratiemethode worden vergeleken met de observatiegegevens.

5. OPERATIONALISATIE VAN DE TAKEN VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EN WIJKZIEKENVERZORGENDEN

5.1. Inleiding

Nadat in het vorige hoofdstuk is aangegeven welke methoden met elkaar worden vergeleken, zijn we nu aangeland bij de inhoud van de door ons te ontwikkelen meetinstrumenten.

Uit het literatuuroverzicht in hoofdstuk 3 kwam naar voren dat met name wijkverpleegkundigen een zeer breed en heteroog takenpakket hebben, dat vertaald kan worden in een grote hoeveelheid concrete activiteiten. Verder bleek dat géén van de reeds ontwikkelde meetinstrumenten alle werkzaamheden van wijkverpleegkundigen volledig en voldoende gedetailleerd omvatten. De meeste instrumenten meten het werk van wijkverpleegkundigen zeer globaal of zijn gericht op het meten van een deelgebied van het wijkverpleegkundig handelen.

De eerste stap in het ontwikkelen van de meetinstrumenten was het opstellen van een zo volledig mogelijke lijst van taken en werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die we tijdens het bestuderen van de literatuur tegenkwamen.

De literatuur die we hiervoor hebben geraadpleegd betreft zowel een groot aantal nota's die in de loop der jaren zijn geschreven over de diverse taken en werkzaamheden van wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden als de onderzoeksliteratuur op dit terrein. Aangezien veel taken en concrete activiteiten in meerdere bronnen worden genoemd, zal dat leiden tot een sterke herhaling van literatuurverwijzingen indien in het vervolg van dit hoofdstuk steeds per concrete activiteit de bronnen worden aangegeven. Daarom geven we hier eerst een opsomming van de belangrijkste geraadpleegde literatuur. Wat de nota's betreft, zijn dit de volgende: 'Het werkboek voor verpleegkundigen in de maatschappelijke gezondheidszorg' (Nationale Kruisvereniging, 1979); 'De wijkziekenverzorgende' (Nationale Kruisvereniging, 1980); 'Het wijkadministratiesysteem' (Dienst Informatieverzorging Kruiswerk, 1980); 'Preventieve bejaardenzorg in de wijk' (Nationale Kruisvereniging, 1981); 'Algemeen profiel van de functie van wijkverpleegkundige' (Nationale Kruisvereniging, 1985b); 'Advies verpleegkundig beroepsprofiel' (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1984); 'De wijkverpleegkundige en het kleuterhuisbezoek' (Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, 1982); 'De wijkverpleegkundi-

ge tijdens het verpleegkundig consult op het zuigelingenconsultatiebureau' (Crezee, 1984) en 'De Provinciale Ent-Administratie, Vaccinatieprogramma, 1985' (Provinciale vereniging Het Limburgse Groene Kruis, 1985).

De belangrijkste onderzoeken waaruit we taken en activiteiten van wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden geïnventariseerd hebben zijn: Knapen e.a. (1975); Scheffer e.a. (1975); Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1978, 1979); Instituut voor Sociale geneeskunde van de VU (1983); Meerdink e.a. (1984); Verhaak (1984); Besteman e.a. (1985); Muskens (1984); Onderzoek Tijdnormstelling Kruiswerk Twente (Hoeksma, 1985) en Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland (1985).

Aan de hand van de geïnventariseerde taken en werkzaamheden uit de literatuur hebben we een eerste versie van de vragenlijst opgesteld. Daarbij is getracht globale begrippen als curatieve zorg, preventieve zorg, algemene zorg e.d. te vermijden, omdat de grenzen van deze begrippen nogal onduidelijk zijn, hetgeen de betrouwbaarheid van het invullen van de vragenlijst niet ten goede komt. Bovendien moeten de werkzaamheden die in de vragenlijst worden genoemd, geobserveerd kunnen worden door een buitenstaander. We hebben daarom zoveel mogelijk geprobeerd de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende te vertalen in concreet waarneembare activiteiten.

Dit vertalen van taken naar concrete activiteiten heeft erg veel tijd gekost, omdat er voortdurend naar een middenweg moest worden gezocht tussen de mate van gedetailleerdheid waarin de diverse werkzaamheden in concrete activiteiten moeten worden vertaald en de relevantie van de afzonderlijke activiteiten. De taakomschrijvingen en werkzaamheden die in de diverse nota's worden genoemd, bieden namelijk nauwelijks inzicht in de mate waarin de diverse werkzaamheden daadwerkelijk worden uitgevoerd door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Het onderzoek dat tot nu toe verricht is op dit terrein biedt op dit punt met betrekking tot globale werkzaamheden enig houvast, voor concreet waarneembare (zorg) activiteiten echter veel minder.

Dus bij iedere taak die we tegenkwamen in de literatuur moest worden ingeschat hoe vaak de desbetreffende taak wordt verricht. Op grond daarvan werd bepaald hoeveel en welke concrete activiteiten die voortvloeien uit die taak onderscheiden moeten worden. Het heeft namelijk geen zin om bijvoorbeeld een taak die wijkverpleegkundigen slechts één keer per jaar verrichten te vertalen in twintig ver-

schillende activiteiten. In geval van twijfel hebben we in eerste instantie bepaalde activiteiten eerst wel afzonderlijk benoemd, omdat het naderhand altijd nog mogelijk is om een aantal activiteiten samen te voegen tot een iets globalere categorie.

We zijn in eerste instantie uitgegaan van eenzelfde meetinstrument voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Uit de literatuur komt namelijk niet naar voren dat wijkziekenverzorgenden **andere** werkzaamheden verrichten dan wijkverpleegkundigen, maar dat het verschil eerder ligt in het **aantal verschillende** taken: het takenpakket van de wijkziekenverzorgende is beperkter en zij houdt zich in het algemeen bezig met minder complexe zorg. Bovendien hebben we de indruk dat het per kruisvereniging of per regio verschilt wat de werkzaamheden van wijkziekenverzorgenden zijn. Bijvoorbeeld of ze wel of niet werkzaam zijn op de consultatiebureaus, intake-gesprekken doen e.d. Als we in het vervolg van dit verslag spreken over wijkverpleegkundige, bedoelen we daar ook de wijkziekenverzorgende mee.

In de nu volgende paragrafen zal worden beschreven op welke wijze we de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen hebben ingedeeld en welke concrete (zorg)activiteiten we onderscheiden in de meetinstrumenten (vragenlijst, observatieschema, zelfregistratieformulieren) die door ons worden uitgetest.

5.2. Algemene indeling van de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen

In hoofdstuk III kwam naar voren dat er over de indeling van werkzaamheden in termen van preventieve zorg, curatieve zorg, verzorgende en begeleidende taken en dergelijke geen overeenstemming bestaat. Bijvoorbeeld wat de ene onderzoeker begeleiding noemt, wordt in een ander onderzoek als preventieve taak beschouwd; gezondheidsvoorlichting en -opvoeding wordt in het 'Algemeen Profiel van de functie van wijkverpleegkundige' (Nationale Kruisvereniging, 1985b) onder de voorlichtende, adviserende en instruerende taken gerubriceerd, terwijl het in onderzoek veelal tot de preventieve taken wordt gerekend.

Op grond hiervan hebben we besloten niet met deze begripsverwarring mee te doen en bij de indeling van de werkzaamheden in eerste instantie uit te gaan van een aantal feitelijke criteria. In een later stadium is het altijd nog mogelijk om de diverse werkzaamheden in te delen naar taken zoals die in het 'Algemeen Profiel van de functie

van wijkverpleegkundigen' (Nationale Kruisvereniging, 1985b) worden onderscheiden. Deze feitelijke criteria zijn:

1. Zijn de wijkverpleegkundige en de patiënt beide aanwezig? Dit betreft het onderscheid tussen patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten. Bij de patiëntgebonden activiteiten is er sprake van contact (verbaal of niet-verbaal) tussen wijkverpleegkundige en patiënt en bij niet-patiëntgebonden activiteiten is er géén contact tussen de wijkverpleegkundige en de patiënt.
2. De patiëntgebonden activiteiten worden verder ingedeeld naar de **plaats** waar de wijkverpleegkundige zorg wordt verleend:
 - a. bij de patiënt thuis (huisbezoek)
 - b. in het wijkgebouw
3. De huisbezoeken worden vervolgens ingedeeld in twee categorieën:
 - a. huisbezoeken, waarin zorgactiviteiten worden verricht die in principe betrekking kunnen hebben op patiënten van elke leeftijd
 - b. huisbezoeken, die worden afgelegd ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen patiënten

Aan de hand van deze indeling zal nu worden besproken welke werkzaamheden wijkverpleegkundigen verrichten tijdens (1) huisbezoeken waarin zorgactiviteiten worden verricht die in principe betrekking kunnen hebben op patiënten van elke leeftijd; (2) huisbezoeken die worden afgelegd ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen patiënten; (3) de patiëntgebonden activiteiten die in het wijkgebouw plaatsvinden en (4) niet-patiëntgebonden activiteiten.

5.2.1. Huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën

Dit zijn huisbezoeken waarin zorgactiviteiten worden verricht die in principe betrekking hebben op patiënten 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 worden dit type huisbezoeken afgelegd. Ook bijvoorbeeld diabetici die een insuline-injectie krijgen vallen hieronder.

De werkzaamheden die door de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende in deze huisbezoeken worden verricht hebben we ingedeeld in een aantal hoofdcategorieën waarbinnen een aantal concrete activiteiten worden onderscheiden.

1. **lichamelijk-hygiënische zorg:** dit is de hulp die de wijkverpleegkundige verleend bij de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen

*Huisbezoeken
verpleegkundige*

(ADL) van de patiënt. De concrete activiteiten bestaan uit het helpen van de patiënt bij:

- 101101
L. van der
L. van der
- a. het wassen (geheel of gedeeltelijk);
 - b. haarverzorging (bijv. wassen, kammen);
 - c. scheren;
 - d. hand- en voetverzorging (bijv. nagels knippen);
 - e. gebitverzorging (bijv. tanden poetsen);
 - f. het aan- en/of uitkleden (geheel of gedeeltelijk);
 - g. uitscheiding: urineren, defaeceren, het opgeven van sputum en braaksel (bijv. patiënt op de steek zetten, braaksel opruimen);
 - h. het verplaatsen (bijv. in en/of uit het bed, in de kamer);
 - i. het passief/actief oefenen van ledematen. Het passief oefenen van ledematen is het uitvoeren van oefeningen d.m.v. passieve bewegingen. Passieve bewegingen komen tot stand **zonder** activiteiten van de patiënt. De beweging wordt in dit geval dus uitgevoerd door de wijkverpleegkundige. Bij het actief oefenen van ledematen komen de bewegingen tot stand door de activiteit van de patiënt zelf, soms met behulp van de wijkverpleegkundige. Dit laatste wordt ook wel 'geholpen actieve bewegingen' genoemd.
 - j. stimuleren zelfzorg m.b.t. de ADL-functies: de wijkverpleegkundige stimuleert dat de patiënt datgene wat hij zelf kan, ook zelf doet.

2. Verpleegtechnische handelingen: deze omvatten de volgende activiteiten van de wijkverpleegkundige:

- a. Hulpverlening gericht op het urogenitale stelsel en het maag-darmkanaal.
 - cathetiseren, uritip plaatsen: het inbrengen van een buis in de urinebuis, of het aanbrengen van een buis bevestigd aan een rubberen huls rondom de penis, teneinde niet-afvloeiende vloeistof te lozen;
 - verwisselen van catheterzakje (het zakje dat aan een verblijfs-catheter vastzit);
 - AP-verzorging/controle (AP d.w.z. een kunstmatige uitgang waar een zakje voor zit om de ontlasting op te vangen);
 - UP-verzorging/controle (UP is een kunstmatige urine-opening waar een zakje voor zit om de urine op te vangen);
 - het geven van clysmata (het inbrengen van vloeistof in de endeldarm d.m.v. een irrigator of spuit, met als doel het ontlasten te bevorderen);

- kunstmatig urineren opwekken.
- b. Hulpverlening gericht op wondverzorging.
 - het verzorgen van (open) wonden, inclusief verband verwisselen;
 - decubituspreventie (bijv. het omkeren van patiënten die niet uit bed mogen komen; het plaatsen van een schapevacht; het zalven of masseren van de huid, die aan druk heeft blootgestaan);
 - decubitus verzorging;
 - druk- en steunverbanden aanleggen, steunkousen aantrekken.
- c. Injecties.
 - insuline
 - andere injecties
- d. Medicijnen toedienen.
 - oraal, vaginaal, rectaal toedienen van medicijnen;
 - oog-, oor-, neusdruppels toedienen.
- e. Zalven (bijv. huid, oog), niet voor decubituspreventie.
- f. Poederen huid (tegen smetten).
- g. Controleren van lichaamsfuncties (bijv. temperatuur, bloeddruk, gewicht).
- h. Orthopedisch corset aantrekken.
- i. Stimuleren zelfzorg m.b.t. verpleegtechnische handelingen.

3. **Ingebouwde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding:** Hieronder verstaan we de voorlichting die wordt gegeven aan individuele patiënten ten behoeve van de ziekenzorg thuis, de zogenaamde 'ingebouwde GVO' (Muskens, 1984), het stimuleren van patiënten tot gezond gedrag door middel van het helpen bij het realiseren van therapie of leefregels tot gezond gedrag. Binnen deze categorie worden de volgende activiteiten van de wijkverpleegkundige onderscheiden:

- a. **Informatie geven over:**
- de aard van een ziekte, klachten, problemen;
 - de problemen die zich kunnen voordoen bij medicijngebruik (overmatig gebruik, niet afmaken van een kuur, wat te doen met restanten, e.d.);
 - de manier waarop de wijkverpleegkundige de patiënt gaat behandelen;
 - de verwachting van de wijkverpleegkundige omtrent de duur van de ziekte of klachten van de patiënt;
 - de verwachting van de wijkverpleegkundige omtrent de duur van de verzorging, hulp of behandeling;

- de mogelijkheden die de patiënt heeft voor zelfzorg;
- de mogelijkheden die de patiënt heeft tot lotgenotencontact, bijv. in zelfhulpgroepen of patiëntenverenigingen;
- andere mogelijkheden die er zijn voor professionele verzorging of hulp, bijv. in de tweedelijnsgezondheidszorg, het AMW, de bejaardenzorg, gezinszorg;
- de rechten en plichten van het individu als cliënt in de gezondheidszorg;
- hulpmiddelen, bijv. om zich te verplaatsen, woningaanpassingen etc.;
- organisatie van het kruiswerk.

b. Het stimuleren en het helpen bij het realiseren van:

- gezonde voeding;
- het gebruik van voorgeschreven medicijnen (bijv. medicijnen klaarzetten);
- het volhouden van voorgeschreven diëten;
- gerichte ADL-training;
- het gebruik van hulpmiddelen;
- (tijdige) medische controle;
- voorgeschreven of aan te raden leefwijze (bijv. geen lichamelijke inspanning);
- bezoek aan andere hulpverleners.

4. Het begeleiden bij psycho-sociale problemen: We onderscheiden twee situaties voor het begeleiden bij psycho-sociale problemen van patiënten door de wijkverpleegkundige. In de eerste plaats kan de wijkverpleegkundige geconfronteerd worden met psycho-sociale problemen tijdens een huisbezoek, terwijl ze bijvoorbeeld de patiënt aan het wassen is of een injectie geeft. Tijdens dat huisbezoek schenkt ze geen aandacht aan het probleem of ze gaat op het probleem in, maar ze onderneemt verder geen actie. Het probleem wordt als het ware 'afgehandeld' tijdens het huisbezoek. Een tweede mogelijkheid is dat wanneer de wijkverpleegkundige met psycho-sociale problemen van patiënten wordt geconfronteerd (bijv. tijdens het huisbezoek, op het consultatiebureau of tijdens het spreekuur) dat de wijkverpleegkundige besluit om zelf de patiënt verder te gaan begeleiden. Zij maakt daar dan een speciale afspraak voor: een huisbezoek met als doel het begeleiden van de patiënt bij diens psycho-sociale problemen. Tijdens dit type huisbezoek worden dus verder geen verpleegtechnische handelingen e.d. verricht. De psycho-sociale problemen van patiënten waarmee de wijkverpleegkundige geconfronteerd kan worden, zijn

ingedeeld in de volgende categorieën:

- problemen rond het huishouden;
- financiële moeilijkheden;
- problemen rond huisvesting en inwoning;
- problemen rond werkloosheid;
- problemen in verband met opname in of ontslag uit ziekenhuis;
- problemen in verband met opname in bejaardenhuis of verpleeginrichting;
- problemen in verband met verzorgen van (chronische) ziekte of handicap;
- problemen in verband met acceptatie of verwerking van (chronische) ziekte of handicap;
- problemen in verband met acceptatie of verwerking van sterven door de patiënt;
- problemen in verband met acceptatie of verwerking van sterven door familieleden;
- eenzaamheid of contactmoeilijkheden;
- angst/spanning;
- depressiviteit;
- ouder-kind problemen;
- huwelijksproblemen;
- seksuele problemen.

Voor de wijze waarop de wijkverpleegkundige kan **handelen** (begeleiden) wanneer ze met psycho-sociale problemen wordt geconfronteerd onderscheiden we de volgende categorieën:

- negeren;
- luisteren naar de patiënt;
- begrip/medeleven tonen;
- de patiënt troosten;
- voorlichting/adviezen geven;
- samen met de patiënt een oplossing bedenken;
- zelf een oplossing bedenken;
- bemiddelen;
- de patiënt wijzen op zijn eigen verantwoordelijkheid;
- de patiënt inzicht geven in het probleem;
- de patiënt stimuleren om gedrag te vertonen dat leidt tot een mogelijke oplossing;
- de patiënt wijzen op zijn eigen aandeel in het probleem;
- de patiënt wijzen op positieve kanten van het probleem;
- verwijzen naar andere hulpverleners of instanties;
- afspraak maken voor huisbezoek met als doel het begeleiden bij psycho-sociale problemen.

- 5. Het stimuleren en ondersteunen van mantelzorg:** Mantelzorg is de zorg die de patiënt ontvangt van zijn naaste omgeving, bijvoorbeeld van familieleden, burens, vrienden, kennissen. Bij het stimuleren en ondersteunen van mantelzorg kan de wijkverpleegkundige de volgende activiteiten verrichten:
- a. informatie geven over de mogelijkheden die de mantelzorg heeft voor verzorging of hulp aan de patiënt;
 - b. bespreken van de toestand van de patiënt met de mantelzorg;
 - c. informatie geven over de therapie of leefregels van de patiënt;
 - d. instructies geven aan de mantelzorg m.b.t. het verzorgen van de patiënt (bijv. het verzorgen van wonden, insuline spuiten etc.);
 - e. emotionele steun geven aan de mantelzorg;
 - f. het signaleren en bespreken van overbelasting van de mantelzorg bij de zorg voor de patiënt.
- 6. Huishoudelijke activiteiten:** Huishoudelijke activiteiten zijn nooit de enige activiteiten die een wijkverpleegkundige tijdens een huisbezoek verricht. Ze worden verricht in samenhang met bijvoorbeeld lichamelijk-hygiënische zorgverlening. We onderscheiden hierbij de volgende activiteiten:
- a. eten en drinken verzorgen (bijv. koffie zetten, soep opwarmen);
 - b. omgeving van de patiënt verzorgen (bijv. planten water geven, prullemand legen);
 - c. bed verschonen of opmaken;
 - d. badkamer/gebruikte spullen opruimen.
- 7. Sociale en administratieve activiteiten:** Dit zijn activiteiten die vrijwel altijd plaatsvinden in combinatie met de hiervoor beschreven werkzaamheden, maar die moeilijk in die hoofdcategorieën te plaatsen zijn. We doelen hierbij op de volgende activiteiten:
- a. informeren naar de toestand van de patiënt;
 - b. informeren naar wat er gedaan moet worden;
 - c. praatje maken voor de gezelligheid (bijv. over het weer, de voetbalwedstrijd van gisteren);
 - d. administratieve werkzaamheden;
 - e. een afspraak maken voor een volgend huisbezoek.

De hierboven genoemde activiteiten worden in de drie door ons te

ontwikkelen meetinstrumenten als volgt gemeten:

1. **De vragenlijst.** Hierin wordt per **hoofdcategorie** (bijvoorbeeld lichamelijk-hygiënische zorg) aan de wijkverpleegkundige gevraagd aan te geven tijdens hoeveel huisbezoeken in de afgelopen week ze dit type zorg heeft verleend. Daarnaast wordt gevraagd hoeveel tijd ze gemiddeld aan de desbetreffende zorgcategorie (bijvoorbeeld lichamelijk-hygiënische zorg) per huisbezoek besteedt. Dit exclusief de reistijd en eventuele andere activiteiten tijdens dat huisbezoek. Wat betreft de **concrete activiteiten** die we hebben onderscheiden binnen de 7 hoofdcategorieën, wordt aan de wijkverpleegkundige gevraagd, indien ze in de afgelopen maand zorg heeft verleend die binnen de desbetreffende hoofdcategorie valt, globaal aan te geven hoe vaak ze de verschillende concrete activiteiten binnen de hoofdcategorie verricht (nooit/zelden/zo nu en dan/vrij vaak/meestal). Tot slot wordt gevraagd per hoofdcategorie aan te geven aan hoeveel mensen van welke leeftijd en geslacht de afgelopen week de desbetreffende zorg is verleend. Het meetniveau is hier dus de individuele wijkverpleegkundige.
2. **Het observatieschema.** De observator noteert of turft hierin per **huisbezoek**:
 - de leeftijd en het geslacht van de patiënt;
 - het hoeveelste huisbezoek het in die week is bij de desbetreffende patiënt;
 - de totale tijdsduur (afgerond op minuten) van het huisbezoek, dat wil zeggen de tijd die verstrijkt tussen het moment dat de wijkverpleegkundige het huis binnengaat en het moment dat de wijkverpleegkundige het huis verlaat (de deur achter zich dichttrekt);
 - **alle concrete zorgactiviteiten** die door de wijkverpleegkundige tijdens het huisbezoek worden verricht. Dit kan variëren van één activiteit tot in principe alle activiteiten die binnen de 7 hoofdcategorieën zijn genoemd. Bijvoorbeeld: als de wijkverpleegkundige een praatje met de patiënt maakt, de patiënt wast, helpt bij het aankleden, de badkamer opruimt en de gezinskaart invult, moeten al deze 5 activiteiten door de observator worden geturfd;
 - tenslotte wordt door de observator de tijdsbesteding per hoofdcategorie genoteerd.
3. **Het zelfregistratieformulier.** De wijkverpleegkundigen die zelf hun activiteiten geregistreerd hebben, hebben voor elke patiënt niet alleen de activiteiten die zij verricht hebben bij de patiënt, de leeftijd van de patiënt, de totale duur van het huisbe-

zoek enz. genoteerd, maar ook de **doelgroep** waartoe de patiënt behoort.

Er worden negen doelgroepen onderscheiden waarin de patiënt ondergebracht kan worden:

1. Terminale zorg. De terminale fase is de fase waarin er sterfensbegeleiding wordt gegeven. Het aanbod van terminale zorg is in het algemeen van enige weken, uitlopend tot maximaal drie maanden (Boerma, 1985).
2. Reuma. Dit is de verzamelnaam voor de vele aandoeningen van het bewegingsapparaat. In de meeste gevallen zijn de symptomen pijn en moeilijkheden in het bewegen, soms vergezeld van een zwelling en pijn van de gewrichten (Nota 2000, 1986).
3. Multiple Sclerose. Dit betreft een ziekte van het centrale zenuwstelsel. De eerste verschijnselen zijn vaak vluchtig en worden niet altijd goed onthouden of met de ziekte in verband gebracht. Het gaat bij deze eerste verschijnselen vaak onder andere om krachtvermindering van een of meer ledematen, aanvallen van draaiduizeligheid en dubbelzien. Wanneer de ziekte in het chronische stadium is gekomen treedt blijvende neurologische uitval op, waardoor de patiënt onder andere niet meer kan lopen, spraakstoornissen kunnen ontstaan en coördinatiestoornissen van de armspieren kunnen optreden (Oosterhuis, 1982).
4. Diabetes. Diabetes mellitus of 'suikerziekte' is een aangeboren of verworven stofwisselingsziekte. Klinisch kan men diabetes mellitus indelen in het van insuline afhankelijke type en het niet van insuline afhankelijke type (Den Ottolander, 1983). Binnen de wijkverpleging heeft men vooral te maken met patiënten van het eerstgenoemde type. Wanneer patiënten niet in staat zijn om bij zichzelf insuline te spuiten, komt er vaak een of twee maal per dag een wijkverpleegkundige om dit te doen.
5. CARA. CARA is de verzamelnaam voor de volgende aandoeningen: astma, astmatische bronchitis, chronische bronchitis en emfyseem. Bij al deze aandoeningen is sprake van een luchtwegobstructie. De symptomen van CARA zijn hoesten en kortademigheid, daarnaast kunnen symptomen voorkomen als een piepende ademhaling, volzitten op de borst enz. (Wat is CARA, 1986).
6. Oncologie. Dit ziektebeeld wordt gekenmerkt door een onregelde groei van cellen, waardoor kwaadaardige gezwellen ontstaan. Deze groei wordt verder gekenmerkt door het binnendringen van omgevend weefsel en door uitzaaiing van cellen door

het lichaam via de bloedbaan en de lymfebanen (metastasering) (Nota 2000, 1986).

7. Hart- en vaatziekten. Dit is een verzamelnaam voor alle aandoeningen van de bloedsomlooporganen (Nota 2000, 1986). Voorbeelden van hart- en vaatziekten zijn een hartinfarct, een hersenbloeding en open benen door zwakke bloedvaten.
8. Lichamelijk gehandicapten. Deze mensen kunnen worden gedefinieerd als personen, die als gevolg van hun lichamelijke, waaronder begrepen zintuigelijke 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 ontplooiën (Nota 2000, 1986). Mensen die als gevolg van een van de eerdergenoemde aandoeningen lichamelijk gehandicapt zijn, worden niet in de categorie lichamelijk gehandicapten ondergebracht, maar in de categorie van de aandoening, waaraan zij lijden.
9. Dementie. De oorzaak van dementie is gelegen in de hersenen. Het vermoeden, dat men met een dement iemand te maken heeft, wordt gebaseerd op een groot aantal verschijnselen, zoals desoriëntatie in plaats en tijd, vergeetachtigheid, achterdocht, verwardheid en incontinentie. De diagnose 'dementie' wordt vaak gesteld door uitsluiting van andere mogelijke oorzaken van bovengenoemde verschijnselen (Nota 2000, 1986).

Wanneer bij een bepaalde patiënt een bepaald verschijnsel (waarvoor de wijkverpleegkundige aan huis komt) het gevolg is van een bepaalde ziekte (waarvoor de wijkverpleegkundige in principe niet aan huis komt), dan wordt de achterliggende ziekte genoteerd als doelgroep. Wanneer een wijkverpleegkundige bijvoorbeeld bij een patiënt komt om een wond te verzorgen die het gevolg is van een open hartoperatie, dan valt de patiënt onder de doelgroep 'hart- en vaatziekten'. Of wanneer een wijkverpleegkundige bij een patiënt komt met een open been als gevolg van diabetes, dan valt de patiënt onder de doelgroep diabetes.

Verder moeten, als een patiënt meerdere ziekten of aandoeningen heeft, (bijvoorbeeld reuma en kanker) die geen verband met elkaar houden, beide of alle aandoeningen genoteerd worden. Wanneer een wijkverpleegkundige daarentegen bij een patiënt komt die onder geen van de genoemde doelgroepen valt, bijvoorbeeld bij een hoogbejaarde patiënt, die verder geen zorgvragende aandoeningen heeft, dan hoeft bij de patiënt uiteraard de doelgroep niet aangegeven te worden.

De bovengenoemde doelgroepen zijn alleen relevant voor de patiënten

waarbij huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën worden afgelegd. Bij andere soorten huisbezoeken, zoals het preventieve bejaardenbezoek, worden de patiënten dus niet in doelgroepen ingedeeld.

Tot slot willen we in deze paragraaf één type huisbezoek apart noemen dat wordt afgelegd ten behoeve van patiënten in alle leeftijdscategorieën. Dit betreft het huisbezoek waarin het **intake-gesprek** wordt gehouden.

Als er bij de kruisvereniging een hulpvraag binnenkomt houdt de wijkverpleegkundige een intake-gesprek met de patiënt (bij de patiënt thuis) om onder andere de hulpbehoefte vast te stellen en een verpleegplan op te stellen. Binnen zo'n intake-gesprek onderscheiden we de volgende concrete activiteiten van de wijkverpleegkundige:

1. Het afnemen van de anamnese:

- personalia van de patiënt;
- voorgeschiedenis en diagnose (wanneer is de patiënt ziek geworden, is hij in het ziekenhuis opgenomen geweest etc.);
- de lichamelijke gesteldheid van de patiënt en zijn eigen beleving daarvan;
- de psychische gesteldheid van de patiënt;
- de mate van zelfzorg en mobiliteit, die de patiënt aankan;
- de beschikbaarheid van mantelzorg;
- de kennis die de patiënt over zijn ziekte heeft en zijn verwachtingen t.a.v. de verpleegkundige zorg;
- de kennis van het gezin over de ziekte van de patiënt en hun verwachtingen t.a.v. wijkverpleegkundige zorg;
- bijzonderheden over de woonsituatie;
- eventuele lichamelijke afwijkingen, zoals allergieën of gebreken (bijv. prothesen);
- informeren of de patiënt medicijnen gebruikt;
- informeren of de patiënt een diët volgt;
- informeren of er andere hulpverleners met de patiënt in contact staan.

2. Het opstellen van het verpleegplan (in overleg met de patiënt):

- de hulpbehoefte formuleren;
- het doel van de wijkverpleegkundige zorg beschrijven;
- bespreken welke hulp de wijkverpleegkundige zal geven;
- bespreken welke hulp door de mantelzorg zal worden geboden;
- bespreken wat de patiënt aan zelfzorg zal doen;
- een planning maken van de hulp die de wijkverpleegkundige gaat bieden;
- afspreken van een evaluatiedatum.

3. Overige activiteiten:

- afspraak maken voor het volgende huisbezoek;
- administratie;
- voorlichting over medicijnen, verzorging, voeding etc.

De activiteiten tijdens het intake-gesprek worden in de drie meetinstrumenten als volgt gemeten:

1. **De vragenlijst.** Aan de wijkverpleegkundige wordt gevraagd óf ze intake-gesprekken houdt. Indien dit het geval is, hoeveel intake-gesprekken ze de afgelopen maand heeft gehouden en hoe lang een intake-gesprek gemiddeld duurt (in minuten), exclusief de reistijd. Daarnaast wordt haar gevraagd om bij elk van de bovengenoemde activiteiten globaal (nooit/zelden/zo nu en dan/vrij vaak/meestal) aan te geven hoe vaak ze deze verricht binnen de intake-gesprekken.

2. **Het observatieschema.** De observator noteert of turft per intake-gesprek:

- de leeftijd en het geslacht van de patiënt;
- de tijdsduur van het intake-gesprek;
- alle afzonderlijke activiteiten die de wijkverpleegkundige verricht tijdens het intake-gesprek.

3. **Het zelf-registratieformulier.** De wijkverpleegkundige noteert meteen na afloop van het huisbezoek, waarin ze het intake-gesprek heeft gehouden, dezelfde zaken als die hiervoor bij het observatieschema zijn genoemd.

5.2.2. Huisbezoeken ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen

De volgende soorten huisbezoeken komen hierbij aan de orde: (1) prenataal huisbezoek; (2) algemeen zuigelingenbezoek; (3) algemeen peuter/kleuterhuisbezoek; (4) preventief bejaardenbezoek.

Deze huisbezoeken hebben een preventieve functie: Het betreft huisbezoeken aan aanstaande moeders, zuigelingen, kleuters of bejaarden die niet om hulp hebben gevraagd bij de kruisvereniging. We zullen per type huisbezoek de activiteiten van de wijkverpleegkundige beschrijven.

1. **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 kennis maken met de aanstaande moeder tot doel. Tijdens het prenatale huisbezoek kunnen de volgende activiteiten worden verricht door de wijkverpleegkundige:

a. Voorlichting geven / praten over:

- voeding van moeder en baby;
- lichaamshygiëne;
- lichaamsverzorging, -beweging;
- tandverzorging;
- rusten (bijv. middagdutje);
- kleding;
- baby-uitzet;
- benodigdheden bij de partus;
- bevalling;
- kraamhulp;
- kruiswerk en zuigelingenbureau;
- het aantal andere kinderen en de problemen die dat met zich mee kan brengen (bijv. jaloersheid);
- beleving van de zwangerschap en het aanstaand ouderschap.

b. Overige activiteiten:

- gewoon een praatje maken;
- signaleren en bespreken van problemen, die zich bij de zwangerschap voordoen (inclusief administratie);
- verwijzen naar andere hulpverleners;
- afspraak maken voor een volgend bezoek.

2. Het algemeen zuigelingenhuisbezoek. Dit zijn huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het zuigelingenconsultatiebureau. Ze worden afgelegd bij moeders 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 doet dan het PKU/CHT-onderzoek (hielprik) en/of maakt kennis met de moeder. Tijdens het zuigelingenhuisbezoek kan de wijkverpleegkundige de volgende activiteiten verrichten:

a. Voorlichting geven / praten over:

- dagindeling van de baby (regelmaat);
- lichamelijke verzorging van de baby (verschonen, baden, kleding, luiers etc.);
- (borst)voeding;
- huilen;
- temperatuur van de omgeving van de baby;
- lichamelijke ontwikkeling van de baby;
- ontwikkeling van de zintuigen;
- voorkómen van infectieziekten (inerten);
- band, wisselwerking tussen moeder en baby;
- reacties van andere kinderen op de baby;

- hoe het bevalt ouder te zijn;
- opvoedingsaspecten (bijv. veiligheid en geborgenheid);
- speelgoed;
- de bevalling;
- kruiswerk en zuigelingenconsultatiebureau;
- bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige;
- oudercursus/gespreksgroep.

b. Overige activiteiten:

- PKU-onderzoek;
- CHI-onderzoek;
- navelstomp controleren;
- gewoon praatje maken;
- administratieve werkzaamheden, zoals afspraak maken voor het volgende huisbezoek, invullen cb-kaart e.d.;
- afspraak maken of verwijzen naar aanleiding van problemen;
- herinneren aan het consultatiebureau (rappèl).

3. Het algemeen peuter/kleuterhuisbezoek. Dit zijn huisbezoeken voorafgaand aan of aansluitend op het kleuterconsultatiebureau. Ze worden afgelegd bij moeders met kinderen in de leeftijd van 1 tot 4 jaar. Het eerste bezoek heeft meestal als doel de kleuters persoonlijk op te roepen voor het eerste kleuterbureaubezoek (Ellerbroek-Musterd e.a., 1978). Tijdens het kleuterhuisbezoek kan de wijkverpleegkundige de volgende activiteiten verrichten:

a. Voorlichting geven/praten over:

- voeding en eten;
- lichamelijke verzorging (wassen, tandenpoetsen, kleding etc.);
- slaap;
- spreken;
- zindelijkheid(straining);
- voorkómen van ongelukken;
- (voorkómen van) ziektes (inenting);
- ontwikkelingsverschijnselen;
- opvoedingsaspecten (omgaan met koppigheid, machtsstrijd etc.);
- kleuterscholen, peuterspeelzalen;
- spel;
- kruiswerk en kleuterconsultatiebureau;
- bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige;
- peutercursus/kleutercursus.

b. Overige activiteiten:

- gewoon praatje maken;
- administratieve werkzaamheden zoals afspraak maken voor volgend huisbezoek, invullen cb-kaart etc.;
- afspraak maken of verwijzen naar aanleiding van problemen;
- herinneren aan het consultatiebureau (rappel).

4. Het preventieve bejaardenbezoek. Dit type huisbezoek wordt door wijkverpleegkundigen 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 (Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid, 1986). De wijkverpleegkundige kan tijdens zo'n preventief bejaardenbezoek de volgende activiteiten verrichten:

a. Voorlichting geven / praten over:

- voeding;
- medicijnen;
- lichamelijke hygiëne;
- verwarming;
- veiligheid in en rondom het huis;
- activiteiten en hulpdiensten georganiseerd ten behoeve van bejaarden;
- taak, functie en deskundigheid van andere professies in de gezondheidszorg;
- (inschrijving) serviceflat, bejaardenhuis etc.;
- rechten en plichten van individu als cliënt in de gezondheidszorg;
- kruiswerk (propaganda).

b. Overige activiteiten:

- gewoon praatje maken;
- informeren naar gezondheidstoestand;
- bejaarden stimuleren om bepaalde activiteiten te ondernemen;
- administratieve werkzaamheden zoals afspraak maken voor volgend huisbezoek, invullen gezinskaart etc.;
- signaleren en bespreken van problemen op de volgende gebieden:
 1. somatisch vlak
 2. psychisch vlak
 3. sociale vlak

4. materiële vlak - verwijzingsactiviteiten.

De activiteiten van de wijkverpleegkundige tijdens het prenataal huisbezoek, het algemeen zuigelingen- en peuter/kleuterhuisbezoek en het preventieve bejaardenbezoek worden in de drie meetinstrumenten als volgt gemeten:

1. **De vragenlijst.** Bij elk van deze vier huisbezoeken wordt aan de wijkverpleegkundige gevraagd of ze dergelijke huisbezoeken aflegt. Als ze dit niet doet, wat daarvoor de reden is. Indien ze deze huisbezoeken wel aflegt, hoeveel huisbezoeken (bijv. algemeen zuigelingenbezoek) ze de afgelopen maand heeft afgelegd en hoelang een dergelijk huisbezoek gemiddeld duurt (in minuten). Vervolgens wordt ze per type huisbezoek gevraagd globaal aan te geven hoe vaak ze de concrete activiteiten verricht (nooit/zelden/zo nu en dan/vrij vaak/meestal).
2. **Het observatieschema.** De observator noteert of turft **per huisbezoek** het volgende:
 - de leeftijd en het geslacht van de patiënt;
 - de tijdsduur van het huisbezoek (in minuten, exclusief reistijd);
 - **alle** activiteiten die de wijkverpleegkundige verricht tijdens dat huisbezoek. Bijvoorbeeld als de wijkverpleegkundige tijdens een preventief bejaardenbezoek informeert naar de gezondheidstoestand van de bejaarde, uitlegt wat het kruiswerk doet voor ouderen en voorlichting geeft over voeding, dan worden deze drie activiteiten geturfd door de observator.
3. **Het zelf-registratieformulier.** De wijkverpleegkundige noteert **meeten** na afloop van het huisbezoek dezelfde zaken als die hiervoor bij het observatieschema zijn genoemd.

5.2.3. Patiëntgebonden activiteiten in het wijkgebouw

Het betreft hier de activiteiten van wijkverpleegkundigen tijdens:

1. de consultatiebureaus
2. de gehoorscreeningszittingen
3. het spreekuur
4. georganiseerde gezondheidsvoorlichting en -opvoedingsbijeenkomsten.

Deze activiteiten zullen nu achtereenvolgens besproken worden.

1. Consultatiebureaus

De consultatiebureaus kunnen worden ingedeeld in zuigelingenbureaus

(0-1 jarigen) en de kleuterbureaus (1-4 jarigen). In een aantal gevallen is er echter sprake van 'gemengde' bureaus d.w.z. dat tijdens een bureauzitting zowel zuigelingen als kleuters worden onderzocht. De wijkverpleegkundige werkt op het consultatiebureau samen met een huisarts of met een speciale cb-arts die in dienst is bij de kruisvereniging. Meestal zijn tijdens een bureauzitting zowel de arts als de wijkverpleegkundige aanwezig, behalve op het bureau 'nieuwe stijl' waar de wijkverpleegkundige ook zelfstandig consulten geeft. De arts dient dan echter wel direct bereikbaar te zijn.

De wijkverpleegkundige kan tijdens de consultatiebureauzittingen de volgende activiteiten verrichten:

- a. Activiteiten in het kader van vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO):
 - wegen en meten van het kind;
 - schedel meten;
 - ogentest;
 - observeren ouder-kind relatie en gedrag zuigeling;
 - urine-onderzoek.
 - toepassen van Wiechenschema (methode voor de systematische observatie van de psychomotorische ontwikkeling van een kind).
- b. Bespreken hoe het kind volgens de groeicurve groeit.
- c. Informeren naar de lichamelijke toestand van moeder en kind.
- d. Voedingsadviezen geven.
- e. Voorlichting geven over de ontwikkeling van het kind.
- f. Voorlichting geven over het afbouwen van borstvoeding.
- g. Inentingen.
 - entingen klaarmaken;
 - enten DKTP;
 - entadministratie.
- h. Signaleren en bespreken van ouder-kindproblemen (opvoedingsproblemen).
- i. Een afspraak maken voor een huisbezoek ter begeleiding van de moeder bij deze problemen.
- j. Afspraak maken voor het volgende cb-bezoek.
- k. Afspraak maken voor de gehoorscreening.
- l. (Na)bespreking met de arts.
- m. Voorbereiding bureau.
- n. Opruimen bureau.

Deze activiteiten worden op de volgende wijze gemeten in de drie meetinstrumenten:

1. De vragenlijst. Aan de wijkverpleegkundige wordt gevraagd of ze

werkzaam is op de consultatiebureaus. Indien dit niet het geval is, wat daar de reden van is. Indien het wel het geval is, hoeveel bureaus ze de afgelopen maand heeft gehouden, hoeveel kinderen er per bureauzitting gemiddeld worden onderzocht en hoelang een bureauzitting gemiddeld duurt. Daarnaast wordt haar gevraagd om bij elk van de bovengenoemde activiteiten globaal aan te geven hoe vaak ze deze verricht tijdens de consultatiebureauzitting. Dit alles uitgesplitst naar zuigelingen en kleuters.

2. **Het observatieschema.** De observator noteert of turft per consultatiebureau het volgende:

- of het een zuigelingenbureau, een kleuterbureau of een gemengd bureau betreft;
- het aantal zuigelingen en/of het aantal kleuters dat er tijdens de bureauzitting is geweest;
- de tijdsduur van het voorbereiden van het bureau (spullen klaarzetten, e.d.);
- de tijdsduur van de zitting, dat wil zeggen de totale tijd die de wijkverpleegkundige besteedt aan de moeders en hun kind;
- de totale tijdsduur van de bespreking met de arts met wie het consultatiebureau wordt gehouden,
- tijdsduur opruimen consultatiebureau,
- per kind: alle afzonderlijke activiteiten die de wijkverpleegkundige verricht en of het een zuigeling of een kleuter betreft.

3. **Het zelf-registratieformulier.** De wijkverpleegkundige noteert meteen na afloop van de bureauzitting, dezelfde zaken als die hiervoor bij het observatieschema zijn genoemd.

2. Gehoorscreeningszittingen

In Nederland worden drie verschillende methoden gebruikt voor de vroege opsporing van gehoorstoornissen (Schlesinger-WAS, 1986):

1. De Ewingtest. De Ewingtest is in principe toe te passen in de leeftijdsperiode van 7 tot 13 maanden. Het onderzoek wordt uitgevoerd door twee personen, die het kind vanuit verschillende richtingen gestandaardiseerde geluiden aanbieden. De zuigeling, die bij de ouder op schoot zit, hoort hierop te reageren door zijn hoofd naar het geluid te draaien.
2. De BOEL-test. Deze test is niet alleen een gehoortest maar tevens een test om de globale communicatiemogelijkheden van een kind van 8 maanden te toetsen. De gehoortest vindt op ongeveer gelijke wijze plaats als bij de Ewing-test, daarnaast worden de grijpbewegingen en volgbewegingen van ogen en hoofd getoetst als het

kind wordt blootgesteld aan visuele stimuli (een rode staaf en een zilveren mobiel). De oog- en handcoördinatie en de handmondcoördinatie van de zuigeling worden getest door het kind de rode staaf te laten vastpakken en naar de mond te laten brengen.

3. De hoorgedrag-test van Swaak. De ouders van een zuigeling van 9 maanden moeten een vragenlijst invullen over de reacties van het kind op bepaalde geluiden. Als sommige reacties van het kind op bepaalde geluiden niet blijken voor te komen of onduidelijk zijn, volgt controle door de wijkverpleegkundige thuis of, indien mogelijk, op het bureau. Als dan blijkt, dat het kind mogelijk gehoorstoornissen heeft volgt een medisch onderzoek. Als hierbij medische afwijkingen worden geconstateerd, wordt het kind doorgestuurd naar de huisarts (Schlesinger-WAS, 1986). Als geen medische afwijkingen worden geconstateerd, worden de afwezige of onduidelijke reacties net zo lang in de gaten gehouden tot ze aanwezig zijn.

De volgende activiteiten kunnen bij een gehoorzitting worden onderscheiden:

- a. voorbereiding: spullen klaarzetten en dergelijke;
- b. uitvoeren van de Ewingtest, de BOEL-test of de hoorgedrag-test van Swaak;
- c. administratie rondom de screening;
- d. bureau afruimen;
- e. nabespreking.

In de **vragenlijst** wordt aan de wijkverpleegkundigen gevraagd of ze screeningszittingen houden. Indien ja, hoeveel screeningszittingen ze het afgelopen **jaar** hebben gehouden, hoeveel kinderen er gemiddeld per zitting komen, alsmede de gemiddelde tijdsduur van de zittingen en welke activiteiten ze verrichten. In het **observatieschema** en het **zelf-registratieformulier** wordt het volgende genoteerd:

- De tijdsduur van de screeningszitting, dat wil zeggen de totale tijd die de wijkverpleegkundige aan de moeders met hun kind besteed;
- het aantal kinderen dat op de screeningszitting is geweest;
- de activiteiten die de wijkverpleegkundige heeft verricht.

3. Spreekuur

Tijdens het spreekuur is de wijkverpleegkundige persoonlijk of telefonisch bereikbaar voor de patiënten. Mensen kunnen met allerlei vragen komen op het spreekuur; een moeder wil bijvoorbeeld informatie over de voeding van haar kind, een zwangere vrouw wil zich laten inschrijven voor de kraamzorg, een patiënt komt voor een injectie,

een moeder belt op om een afspraak voor het consultatiebureau af te zeggen e.d. Omdat de hulpvragen zeer divers kunnen zijn, hebben we in de meetinstrumenten de activiteiten van wijkverpleegkundigen tijdens het spreekuur niet voorgestructureerd. In de **vragenlijst** wordt aan de wijkverpleegkundigen gevraagd òf ze spreekuur houdt. Indien dit het geval is, hoe vaak ze per week spreekuur houdt en hoe lang het spreekuur gemiddeld duurt (de officiële tijd plus de eventuele uitloop). Daarnaast wordt aan haar gevraagd of ze aan wil geven welke hulpvragen ze heeft gehad op het laatstgehouden spreekuur en welke activiteiten ze heeft verricht om aan die hulpvragen tegemoet te komen.

In het **observatieschema** en het **zelf-registratieformulier** wordt per spreekuur het volgende genoteerd:

- De totale tijd dat het spreekuur duurt (inclusief de eventuele uitloop);
- per patiënt: de hulpvraag, de activiteit die de wijkverpleegkundige verricht en de aard van het contact (telefonisch of persoonlijk).

4. Georganiseerde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Naast de ingebouwde voorlichting aan individuele patiënten wordt binnen het kruiswerk ook voorlichting in groepsverband gegeven, hetgeen georganiseerde GVO wordt genoemd. Dit vindt plaats in de vorm van cursussen, gespreksgroepen of projecten. Bijvoorbeeld cursussen of gespreksgroepen voor aanstaande ouders, ouders met jonge kinderen, zwangerschapsgymnastiek, voor buitenlanders, over ziekenverpleging thuis; projecten in het kader van voedingsvoorlichting, veiligheid in en rondom het huis e.d. Wijkverpleegkundigen kunnen de volgende activiteiten verrichten in het kader van dergelijke cursussen, gespreksgroepen of projecten:

- a. Het voorbereiden of opzetten van de cursus, gespreksgroep of het project,
- b. de cursus e.d. persoonlijk leiden;
- c. de cursus e.d. samen met anderen leiden;
- d. de cursus e.d. evalueren;
- e. 'slechts' aanwezig zijn wanneer de cursus e.d. wordt gegeven;
- f. de administratie rond de cursus verzorgen.

In de **vragenlijst** wordt aan de wijkverpleegkundige gevraagd aan welke cursussen, gespreksgroepen en projecten in het kader van GVO ze het afgelopen jaar heeft meegewerkt. Voorts wordt per cursus, gespreksgroep of project gevraagd welke van de bovenstaande activitei-

ten ze heeft verricht, alsmede de totale tijd die ze daaraan heeft besteed. In het **observatieschema** en het **zelf-registratieformulier** wordt per cursus, gespreksgroep of project het volgende genoteerd:

- De naam van de cursus, gespreksgroep of het project;
- de totale tijd die eraan wordt besteed;
- het aantal cursisten;
- de tijdsduur die aan de afzonderlijke activiteiten wordt besteed. Bijvoorbeeld 49 minuten voorbereiding en 120 minuten leiding geven samen met anderen.

5.2.4. Niet-patiëntgebonden activiteiten

Het betreft hier werkzaamheden van wijkverpleegkundigen waarbij de patiënt niet aanwezig is:

1. magazijnwerkzaamheden;
2. administratie en verslaglegging;
3. overlegsituaties;
4. bijscholings- en studie-activiteiten;
5. begeleiden van stagiaires;
6. reizen binnen werktijd.

Deze werkzaamheden zullen nu achtereenvolgens besproken worden.

1. Magazijnwerkzaamheden.

Het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen en hulpmiddelen behoort tot het basispakket van de erkende kruisorganisatie. Deze hulpmiddelen en verpleegartikelen zijn in het zogenaamde uitleenmagazijn opgeslagen. Het uitleenen van hulpmiddelen gebeurt meestal tijdens het spreekuur van wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige kan daarnaast nog de volgende activiteiten verrichten:

- a. Aanvullingen organiseren van de magazijnvoorraad;
- b. controle vaccinvoorraad op houdbaarheid;
- c. onderhoud van hulpmiddelen/verpleegartikelen;
- d. uitleen van hulpmiddelen/verpleegartikelen buiten het spreekuur;
- e. administratie in verband met uitleen, verkoop etc.

In de **vragenlijst** wordt gevraagd of de wijkverpleegkundige magazijnwerkzaamheden verricht. Indien ja, hoeveel minuten de wijkverpleegkundige de afgelopen week besteed heeft aan magazijnwerkzaamheden (buiten het spreekuur) en of ze globaal aan wil geven hoe vaak ze de afgelopen maand de bovengenoemde activiteiten heeft verricht. In het **observatieschema** en het **zelf-registratieformulier** wordt het volgende genoteerd:

- De tijdsduur van de magazijnwerkzaamheden (buiten het spreekuur) per dag in minuten;

- de concrete activiteiten die worden verricht.

2. Administratie en verslaglegging

Het betreft hier de administratie en verslaglegging waar de wijkverpleegkundige speciaal tijd voor vrijmaakt en die bijvoorbeeld in het wijkgebouw wordt gedaan. Het gaat hierbij **niet** om de administratie en verslaglegging die de wijkverpleegkundige **tijdens** huisbezoeken, spreekuren en bureaus doet. Hierbij kunnen de volgende activiteiten worden onderscheiden:

- a. Administratie ten behoeve van het Wijkadministratiesysteem (registratie en rapportage);
- b. gezinskaarten opzoeken;
- c. schriftelijke overdracht voor de avond-, nacht- of weekenddienst maken;
- d. schriftelijke overdracht voor intramurale instellingen maken;
- e. administratie ten behoeve van de consultatiebureaus, inclusief het verzorgen van de oproepen voor de consultatiebureaus;
- f. administratie ten behoeve van het eigen registratiesysteem van de basiseenheid;
- g. Schrijven of lezen in het boodschappenschrift.

In de **vragenlijst** wordt gevraagd hoeveel minuten de wijkverpleegkundige gemiddeld per **dag** besteed aan de bovengenoemde activiteiten en of ze globaal per activiteit aan wil geven hoe vaak ze deze verricht. In het **observatieschema** en het **zelf-registratieformulier** wordt de tijd die aan administratie en verslaglegging wordt besteed per **dag** gemeten. Daarnaast wordt genoteerd welke van de bovengenoemde activiteiten zijn verricht.

3. Overlegsituaties

We onderscheiden vier soorten overlegsituaties voor wijkverpleegkundigen:

- a. Overlegsituaties **binnen** het kruiswerk, die **regelmatig en op vaste tijden** plaatsvinden:
 - basiseenheidteamoverleg;
 - subteamoverleg;
 - werkbespreking met de hoofdwijkverpleegkundige.
- b. Overige overlegsituaties **binnen** het kruiswerk:
 - met het bestuur/directie van de kruisvereniging;
 - met de districtsverpleegkundigen;
 - met de provinciale GVO-consulent;
 - met de diëtiste van het kruiswerk;
 - met het kraamcentrum;

- meer informeel overleg met de hoofdwijkverpleegkundige;
- meer informeel overleg met collega-wijkverpleegkundigen/wijk-ziekenverzorgenden.

c. Overlegsituaties **buiten** het kruiswerk, die **regelmatig en op vaste tijden** plaatsvinden:

- overlegsituaties binnen een samenwerkingsverband (bijv. een gezondheidscentrum, home-team, eerstelijns-overleg).

d. Overige overlegsituaties **buiten** het kruiswerk:

- met andere eerstelijns-hulpverleners: huisarts, gezinszorg, maatschappelijk werk en fysiotherapeut;
- met verpleegkundigen in intramurale instellingen: ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis;
- met vrijwilligersorganisaties;
- met gecoördineerd open bejaardenwerk;
- met de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg;
- met de gemeentelijke sociale dienst e.d.

In de overlegsituaties die regelmatig en op vaste tijden plaatsvinden (a en c) kunnen zowel patiëntenzorg als organisatiezaken aan de orde komen. In de **vragenlijst** wordt zowel gevraagd naar de frequentie als de tijdsduur van de verschillende overlegsituaties. In het **observatieschema** en het **zelf-registratieformulier** wordt genoteerd met wie het overleg plaatsvindt, en wat de tijdsduur hiervan is.

4. Bijscholings- en studie-activiteiten

Dit betreft de volgende activiteiten van wijkverpleegkundigen:

- Het volgen van bijscholingscursussen, georganiseerd door het kruiswerk;
- het deelnemen aan excursies, congressen;
- het deelnemen aan deskundigheidsbevordering plaatsvindend binnen een basiseenheid;
- het deelnemen aan bijeenkomsten binnen een samenwerkingsverband met als doel deskundigheidsbevordering;
- het lezen van vakliteratuur, interne stukken onder werktijd of thuis.

In de **vragenlijst** wordt gevraagd naar de frequentie en de tijdsduur van bovengenoemde bijscholings- en studie-activiteiten. In het **observatieschema** en het **zelf-registratieformulier** wordt de bijscholingsactiviteit en de tijdsduur genoteerd.

5. Begeleiden van stagiaires

In de vragenlijst wordt gevraagd of de wijkverpleegkundige het afgelopen jaar een stagiaire heeft gehad en hoeveel uur deze begeleiding

kostte. Omdat de wijkverpleegkundige in de week dat de observator meeloopt geen stagiaire heeft, kan het begeleiden van stagiaires niet worden gemeten met behulp van het observatieschema en het zelf-registratieformulier.

6. Reizen binnen werktijd

Hierbij wordt de reistijd van de wijkverpleegkundige per dag gemeten. Onder reistijd verstaan we de tijd die verstrijkt tussen het moment dat de wijkverpleegkundige de deur bij de ene patiënt dicht doet en bij de volgende patiënt het huis binnen gaat. Ook de tijd die nodig is om van de patiënt naar het wijkgebouw te komen en omgekeerd, valt hieronder. Het reizen van huis naar werk en andersom valt hier buiten.

In de **vragenlijst** wordt gevraagd hoeveel minuten de wijkverpleegkundige gemiddeld per dag aan reizen besteedt binnen werktijd. In het **observatieschema** en het **zelf-registratieformulier** wordt de reistijd tussen de huisbezoeken steeds genoteerd en later per dag opgeteld.

5.3. Samenvatting van de te meten werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden

Na deze opsomming van wijkverpleegkundige activiteiten geven we hier aan het eind van dit hoofdstuk in een schema, een samenvattend overzicht van de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden die we in dit project proberen te meten.

I Patiëntgebonden activiteiten

1. Bij de patiënt thuis.

a. Huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën:

- zorgcategorieën:
- lichamenlijk-hygiënische zorg
 - verpleegtechnische handelingen
 - ingebouwde GVO
 - begeleiden bij psycho-sociale problemen
 - stimuleren en ondersteunen van mantelzorg
 - huishoudelijke activiteiten
 - sociale en administratieve activiteiten

intake-gesprek

b. Huisbezoeken ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen:

- prenataal huisbezoek
- algemeen zuigelingenhuisbezoek
- algemeen peuter/kleuterhuisbezoek
- preventief bejaardenbezoek

2. In het wijkgebouw.

- consultatiebureaus
 - gehoorscreeningszittingen
 - spreekuur
 - georganiseerde GVO
-

II Niet-patiëntgebonden activiteiten

- magazijnwerkzaamheden
 - administratie en verslaglegging
 - overlegsituaties
 - bijscholings- en studie-activiteiten
 - begeleiding van stagiaires
 - reizen binnen werktijd
-

6. OPZET EN UITVOERING VAN HET VOORONDERZOEK

Het doel van dit vooronderzoek is na te gaan in hoeverre en op welke wijze het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden betrouwbaar en valide gemeten kan worden. Hiertoe worden twee methoden waarbij de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende als informatiebron dient, namelijk het afnemen van een schriftelijke vragenlijst en zelf-registratie, vergeleken met observatie verricht door een buitenstaander. Bij dit vooronderzoek is het niet zo zeer van belang dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, bij wie de metingen worden verricht, representatief zijn voor 'de wijkverpleging', maar worden er slechts eisen gesteld aan het voorkomen van een aantal mogelijke varianten in werksituaties. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan variabelen als urbanisatiegraad van het werkgebied, all-round of gedifferentieerd werkzaam zijn, al dan niet in deeltijd werkzaam zijn, mate van samenwerking met andere hulpverleners e.d. De reden hiervoor is dat we bij het uittesten van de meetmethoden een zo breed mogelijk scala aan activiteiten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden willen bestrijken.

6.1. De steekproef

Aan dit vooronderzoek hebben 26 wijkverpleegkundigen en 8 wijkziekenverzorgenden deelgenomen. Het betreft 5 mannen (allen wijkver-

Tabel 6.1.: verdeling van de leeftijd, het aantal jaren werkervaring en het aantal uren van het dienstverband binnen de steekproef (N=34) in aantallen

leeftijd	aantal	werkervaring	aantal	dienstverband	aantal
20-30 jaar	16	0-1 jaar	3	20 uur	5
30-40 jaar	14	2-5 jaar	14	28 uur	1
40-50 jaar	3	6-10 jaar	10	32 uur	5
50-60 jaar	1	11-15 jaar	0	36 uur	1
		meer dan 15 jaar	3	38 uur	22
		onbekend	4		

pleegkundigen) en 29 vrouwen. In tabel 6.1 zijn de belangrijkste individuele kenmerken van de deelnemers weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat er wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden van verschillende leeftijden in de steekproef aanwezig zijn. Daarnaast is er een spreiding aanwezig in het aantal jaren dat ze werkzaam zijn en in de mate waarin er al dan niet in deeltijd wordt gewerkt. Of de spreiding op deze variabelen representatief is voor de wijkverpleging in het algemeen, is niet van belang voor dit vooronderzoek, wel dat er een zekere spreiding aanwezig is. Daarnaast verschilt de werksituatie van de wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden op een aantal kenmerken (zie tabel 6.2).

Tabel 6.2.: kenmerken van de werksituatie van de wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden (N=34) in aantallen

urbanisatie- graad werkgebied	aantal	samen- werkings- verband	aantal	werkwijze	aantal
platteland	4	geen	23	all-round	13
kleine stad (tot 100.000 inw.)	3	gezondheids- centrum	5	specifiek	4
middelgrote stad	23	hometeam	2	gedifferen- tieerd	9
grote stad (A'dam, Utrecht)	4	anders	4		

Uit de bovenstaande tabel komt naar voren, dat de meeste wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden uit de steekproef werkzaam zijn in een middelgrote stad, maar dat ook het platteland en de grote steden vertegenwoordigd zijn. Ook zijn een aantal wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden werkzaam in een samenwerkingsverband. Dit laatste is met name van belang bij het meten van het aantal en de verschillende soorten overlegsituaties waaraan wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden deelnemen. De indeling naar werkwijze heeft alleen betrekking op de wijkverpleegkundigen (N=26) omdat het werk van wijkzienenverzorgenden een dergelijke differentiatie niet kent. All-round werken wil zeggen dat de wijkverpleegkundige werkzaam is op alle zorggebieden en in principe alle werkzaamheden verricht die in haar takenpakket worden weergegeven. Een wijkverpleegkundige werkt specifiek als ze werkzaam is op slechts één of enkele zorggebieden, bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige die

alleen werkzaam is binnen de jeugdgezondheidszorg. Gedifferentieerd werken betekent dat globaal gezien de inhoud van het takenpakket van alle wijkverpleegkundigen in het basisteam gelijk is, maar dat op grond van persoonlijke gemotiveerdheid en/of deskundigheid een teamlid één of enkele specifieke taken behartigt. Bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige neemt op zich alle voorlichtingscursussen te geven, of veel tijd te besteden aan bejaardenbezoeken e.d. (Nationale Kruisvereniging, 1983a).

6.2. De procedure

Omdat het te ontwikkelen meetinstrument uiteindelijk moet worden gebruikt in een landelijk representatief onderzoek, waarin de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden worden gekwantificeerd, gingen onze gedachten in eerste instantie uit naar een schriftelijke vragenlijst. Deze methode is namelijk het minst belastend voor de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden en voor onderzoekers is het een effectief middel om gegevens op landelijke schaal te verzamelen.

De eerste versie van de vragenlijst is voorgelegd aan twee all-roundwerkende wijkverpleegkundigen die in een gezondheidscentrum werkzaam zijn, met de bedoeling een indicatie van de inhoudsvaliditeit te krijgen. Een meetinstrument heeft namelijk inhoudsvaliditeit als hij een representatieve steekproef, of keuze is van al de mogelijke items die men uit een bepaald gebied kan vormen, terwijl dit gebied tevens het doel van het onderzoek is (De Zeeuw, 1978). Deze wijkverpleegkundigen hebben de gehele vragenlijst ingevuld en becommentarieerd. Dit commentaar was gericht op de al dan niet volledigheid van de vragenlijst en op de relevantie van de onderscheiden activiteiten. Vervolgens is dit commentaar en de gehele vragenlijst met de projectleider in een gesprek systematisch en zeer uitvoerig doorgenomen, waarna een aantal wijzigingen zijn aangebracht.

Om na te gaan of met deze vragenlijst het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden voldoende betrouwbaar gemeten kan worden, hebben we gekozen voor de methode van de parallel-test. Bij de parallel-test worden twee afzonderlijke procedures gebruikt ter meting van de waarde van een variabele. Beide instrumenten worden op dezelfde onderzoekselementen toegepast. Een gelijk meetresultaat van beide meetinstrumenten impliceert dan betrouwbaarheid (Segers, 1983). Op grond van de activiteiten die in de vragenlijst worden on-

derscheiden, is een observatieschema opgesteld. Bij het opstellen van dit schema is getracht de diverse activiteiten zo goed mogelijk te definiëren en met de twee observatoren (assistent-onderzoeker en student-assistent) herhaaldelijk te bespreken. Dit was noodzakelijk omdat tijdens het observeren géén inter-observerbetrouwbaarheid kan worden vastgesteld. Het is namelijk voor de wijkverpleegkundigen en voor de patiënten te belastend en te storend indien er twee observatoren aanwezig zijn.

Vervolgens is er een oefenperiode ingelast. De ene observator heeft gedurende één week met een wijkverpleegkundige meegelopen waarbij ze in het observatieschema iedere activiteit van de wijkverpleegkundige turfde en noteerde hoelang een bepaalde activiteit duurde. De andere observator heeft hetzelfde gedaan, maar dan gedurende twee weken bij een wijkverpleegkundige, respectievelijk een wijkzikenverzorgende. Alle 'twijfelgevallen' werden tijdens het observeren opgeschreven en naderhand doorgesproken. Op grond hiervan zijn nog een aantal wijzigingen in de meetinstrumenten aangebracht.

Voor het vinden van wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden die bereid zijn medewerking te verlenen aan dit vooronderzoek, hebben we eerst telefonisch contact gelegd met een aantal erkende kruisorganisaties, met de vraag of ze in principe mee wilden werken. Drie kruisorganisaties weigerden om de volgende redenen: het vooronderzoek valt in de vakantieperiode, aanwezigheid van vacatures of ziekte bij de wijkverpleging en de aanwezigheid van stagiaires. Indien men in principe geen bezwaren had, stuurden we een brief, waarin het doel van dit vooronderzoek werd uitgelegd en onze concrete wensen werden aangegeven. Vervolgens hoorden we van de hoofdwijkverpleegkundige of van de verpleegkundige in algemene dienst welke wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden bereid waren gevonden aan het vooronderzoek deel te nemen. De laatste stap was een kennismakingsgesprek met de desbetreffende wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden, waarin het één en het ander nog eens werd toegelicht. Dit bleek géén overbodige luxe te zijn, want in sommige gevallen waren de betrokkenen er niet van op de hoogte dat ze zelf ook een vragenlijst of registratieformulieren in moesten vullen. Aan een aantal van hen was door de hoofdwijkverpleegkundige slechts gevraagd 'of er iemand een week mee kon lopen'. Bij deze kennismaking hebben we benadrukt, dat het bij het invullen van de vragenlijst of de registratieformulieren gaat om het **beschrijven** van de zorg, die momenteel geboden wordt en absoluut **niet** om de zorg, die eventueel geboden zou **moeten** worden. En dat ook de observator alleen maar noteert

wat de wijkverpleegkundigen doen en **niet** of ze het goed of slecht doen, zodat naderhand de verschillende methoden met elkaar vergeleken kunnen worden. Vóór de betreffende onderzoekswEEK werd door de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan hun patiënten toestemming gevraagd.

Na de oefenperiode is er bij drie wijkverpleegkundigen en één wijkziekenverzorgende gedurende één week geobserveerd. De desbetreffende personen vulden zelf aan het eind van de week de vragenlijst in. Na deze ronde zijn de vragenlijst en het observatieschema op grond van de ervaringen van de observatoren en het commentaar van de wijkverpleegkundigen opnieuw bijgesteld. In een tweede observatieronde is het werk van zes wijkverpleegkundigen steeds gedurende een week geobserveerd. Deze wijkverpleegkundigen hebben ook de vragenlijst ingevuld. Op grond van deze ervaringen is de vragenlijst en het observatieschema nog iets bijgesteld. De meetinstrumenten bevatten daarna de activiteiten, zoals die zijn weergegeven in hoofdstuk 5. Daarna is in totaal bij zeven wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden gedurende een week geobserveerd en hebben de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan het eind van de observatiewEEK de vragenlijst ingevuld. Daarnaast hebben nog eens acht wijkverpleegkundigen of wijkziekenverzorgenden alleen de vragenlijst ingevuld en becommentarieerd, zodat we op een iets grotere schaal een indruk kunnen krijgen van de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst en de mate waarin de diverse activiteiten worden verricht. Het invullen van de vragenlijst nam 4 tot 5 uur in beslag.

Omdat bij de vragenlijst en het observatieschema, met name bij het meten van de activiteiten tijdens de huisbezoeken, sprake is van een verschillend meetniveau - de wijkverpleegkundige of het huisbezoek als meeteenheid - hebben we besloten om tevens bij een aantal wijkverpleegkundigen zelf-registratiegegevens te vergelijken met observatiegegevens. Op grond van het observatieschema zijn zelf-registratieformulieren opgesteld, waarbij enkele activiteiten, die in de voorafgaande observatieperiode niet of zelden voorkwamen, werden samengevoegd tot een iets meer globale categorie. Tevens werd een handleiding geschreven bij de zelf-registratieformulieren. Vanwege de aandacht die in de Nota 2000 (1986) aan diverse patiëntencategorieën wordt besteed, zijn op verzoek van de begeleidingscommissie, op het registratie-formulier voor huisbezoeken voor alle leeftijds-categorieën doelgroepen toegevoegd. Deze doelgroepen zijn reeds beschreven in 5.2.1. De observatoren hebben deze doelgroepen niet in-

gevuld, omdat het voor een buitenstaander niet mogelijk is om te observeren of een patiënt bijvoorbeeld kanker heeft.

Drie wijkverpleegkundigen en één wijkzorgenverzorgende hebben elk gedurende één week, waarin ze tevens werden geobserveerd, al hun activiteiten geregistreerd, alsmede de tijdsduur ervan. Het invullen van de zelf-registratieformulieren nam 1 1/2 tot ruim 2 uur per dag in beslag. Daarnaast bleek dat wijkverpleegkundigen die zich per fiets verplaatsen, het lastig vinden om meteen na afloop van het huisbezoek het registratieformulier in te vullen. Meestal vulden ze pas tussen de middag of aan het eind van de dag de formulieren in.

Samengevat hebben we in dit vooronderzoek bij in totaal 34 wijkverpleegkundigen of wijkzorgenverzorgenden de volgende gegevens verzameld:

- Bij 17 wijkverpleegkundigen/wijkzorgenverzorgenden zowel observatie- als vragenlijstgegevens;
- bij 4 wijkverpleegkundigen/wijkzorgenverzorgenden zowel observatie- als zelf-registratiegegevens;
- bij 3 wijkverpleegkundigen/wijkzorgenverzorgenden alleen observatiegegevens; en
- bij 10 wijkverpleegkundigen/wijkzorgenverzorgenden alleen vragenlijstgegevens.

7. HET BETROUWBAARHEIDSONDERZOEK

In dit hoofdstuk zal worden onderzocht in hoeverre de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden voldoende betrouwbaar kunnen worden gemeten met behulp van de door ons ontwikkelde meetinstrumenten. Daartoe zullen steeds de gegevens die met behulp van de vragenlijst, respectievelijk de zelf-registratiemethode zijn verzameld worden vergeleken met de gegevens die verkregen zijn door middel van observaties. Bij de weergave van deze betrouwbaarheidsberekeningen zal dezelfde indeling worden aangehouden als in hoofdstuk 5. Achtereenvolgens komen dus aan de orde: (1) huisbezoeken waarin zorgactiviteiten worden verricht die in principe betrekking kunnen hebben op patiënten van elke leeftijd; (2) huisbezoeken die worden afgelegd ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen patiënten; (3) de patiëntgebonden activiteiten die in het wijkgebouw plaatsvinden en (4) niet-patiëntgebonden activiteiten.

7.1. Huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën

Uit de vragenlijstgegevens van de 17 wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden, bij wie tevens gedurende een week werd geobserveerd, blijkt dat ze in de onderzoeksperiode in totaal 547 huisbezoeken binnen deze categorie hebben afgelegd. De observatoren hebben echter in totaal 597 huisbezoeken geregistreerd. In de vragenlijst wordt dus het aantal huisbezoeken met ruim 8% onderschat.

Deze 597 huisbezoeken zijn, volgens de observatiegegevens, afgelegd bij in totaal 344 patiënten. Ruim 76% van de patiënten is 70 jaar of ouder en géén van de patiënten is jonger dan 20 jaar (zie tabel 7.1). Het totaal aantal patiënten in de verschillende leeftijdscategorieën is in de vragenlijst door de wijkverpleegkundigen aan het eind van de observatieweek zeer onvolledig ingevuld. Derhalve worden deze gegevens hier niet weergegeven. De observatoren hebben de leeftijd van de patiënten ingevuld op grond van de gegevens in de gezinskaarten (via de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende). De meeste van deze 344 patiënten zijn vrouwen (71.8%).

De drie wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgende waarbij de zelfregistratiemethode wordt vergeleken met de observatiemethode hebben in totaal 143 huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën afgelegd bij 56 patiënten. Dit blijkt zowel uit de observatiegegevens

Tabel 7.1.: leeftijdsverdeling van de patiënten tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën, volgens de observaties (bij de vragenlijsten) en de zelf-registraties, alsmede het aantal huisbezoeken per leeftijdscategorie

leeftijd	observatie		zelf-registratie/observatie	
	aantal patiënten	aantal huisbezoeken	aantal patiënten	aantal huisbezoeken
20-29 jaar	3 (.9)	5 (.8)	-	-
30-39 jaar	4 (1.2)	7 (1.2)	1 (1.8)	1 (.7)
40-49 jaar	8 (2.3)	18 (3.0)	1 (1.8)	3 (2.1)
50-59 jaar	17 (4.9)	33 (5.5)	2 (3.6)	5 (3.5)
60-69 jaar	49 (14.3)	86 (14.4)	9 (16.0)	26 (18.2)
70-79 jaar	139 (40.4)	247 (41.4)	22 (39.3)	63 (44.0)
80 jaar of ouder	124 (36.0)	201 (33.7)	21 (37.5)	45 (31.5)
totaal	344 (100)	597 (100)	56 (100)	143 (100)

als uit de registratiegegevens. Ook van deze patiënten is de meerderheid 70 jaar en ouder (76.8%) en van het vrouwelijke geslacht (76.7%). De leeftijd van de patiënten is door de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden nauwkeurig ingevuld op het zelf-registratieformulier. Slechts bij 3 van de 143 huisbezoeken was er een verschil van 1 jaar (in de leeftijd van de patiënt) tussen de observatie- en de zelf-registratiegegevens. Hetzelfde geldt voor het geslacht van de patiënt, de gegevens van de observatoren en de wijkverpleegkundigen stemmen slechts bij één huisbezoek niet overeen.

Daarnaast hebben de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden op het registratieformulier aangegeven in welke doelgroepen de 56 patiënten vallen. Bij 39.3% van de patiënten wordt géén doelgroep genoemd. Dit zijn bijvoorbeeld bejaarden die in wijkverpleegkundige zorg zijn, vanwege verminderde zelfredzaamheid. Alle acht onderscheiden doelgroepen worden één of meer keer genoemd. De doelgroepen waarin de meeste patiënten worden geplaatst door de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgende zijn overige lichamelijke gehandicapten (12.5%), diabetes (10.7%), oncologie (8.9%), hart- en vaatziekten (7.1%) en dementie (7.1%).

Slechts bij twee patiënten zijn twee doelgroepen aangekruist (diabetes/hart- en vaatziekten en terminaal/diabetes). Tot zover de infor-

matie over de patiënten waarbij de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden huisbezoeken hebben afgelegd.

De volgende vraag is, welke zorg hebben zij nu verleend aan deze patiënten? Uit de verdeling van de hoofdcategorieën (tabel 7.2) komt naar voren dat de meeste activiteiten van wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden tijdens deze huisbezoeken binnen de categorieën lichamelijk-hygiënische zorg, verpleegtechnisch handelen en sociale en administratieve activiteiten worden verricht. Huisbezoeken met als **doel** het begeleiden van patiënten bij hun psychosociale problemen komen het minst frequent voor.

Tabel 7.2.: verdeling van de zorgcategorieën tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën, volgens de vragenlijst, de zelfregistratie en de observaties, in procenten

zorgcategorie	vragenlijst (N = 547)	observatie (N = 597)	zelf- registratie (N = 143)	observatie (N = 143)
lichamelijk-hyg. zorg	43.0	45.4	51.7	53.1
verpleegtechnisch handelen	51.0	66.7	74.8	79.0
directe GVO	24.9	27.5	22.4	23.8
begeleiding psycho- sociaal	10.6	21.4	22.4	17.5
doel psycho- sociaal	4.5	5.5	2.8	2.8
stimuleren mantel- zorg	12.7	10.9	15.4	9.1
huishoudelijke activiteiten	18.1	21.8	23.8	30.8
sociale en adm. activiteiten	72.0	81.1	93.7	89.5

N.B. De percentages tellen **niet** op tot 100%, omdat tijdens één huisbezoek activiteiten uit meerdere zorgcategorieën kunnen worden verricht.

In hoeverre stemmen deze gegevens met betrekking tot het **aantal** huisbezoeken waarin de diverse zorgcategorieën aan bod komen, van wijkverpleegkundigen en observatoren overeen? Dit is nagegaan door

correlaties te berekenen tussen de vragenlijstgegevens en de observatiegegevens en tussen de zelf-registratiegegevens en de daarbijbehorende observatiegegevens. In het eerste geval worden deze correlaties op het niveau van de wijkverpleegkundige (N = 17) berekend, omdat we in de vragenlijst slechts gegevens hebben over het aantal huisbezoeken waarin bijvoorbeeld lichamelijk-hygiënische zorg is verleend in de afgelopen week. De correlaties tussen de zelf-registraties en de observaties worden berekend met het huisbezoek (N = 143) als eenheid. Per huisbezoek is namelijk aangegeven of er activiteiten in een bepaalde hoofdcategorie, bijvoorbeeld verpleegtechnisch handelen wel of niet worden verricht.

Tabel 7.3.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de frequentie van zorgcategorieën tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën

zorgcategorie	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N = 17)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N = 143)
lichamelijk-hyg. zorg	.92	.97
verpleegtechnisch handelen	.66	.69
directe GVO	.54	.57
begeleiding psycho- sociaal	.48	.59
doel psycho- sociaal	.21***	1.00
stimuleren mantel- zorg	.68	.40
huishoudelijke activiteiten	.60	.41
sociale en adm. activiteiten	.69	.38

* Uitgedrukt in Produkt-moment correlatie.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

*** : p is kleiner dan .05.

Uit tabel 7.3 komt naar voren dat het aantal huisbezoeken waarin activiteiten worden verricht binnen de genoemde hoofdcategorieën zowel met de vragenlijst als met de zelf-registratiemethode voldoende betrouwbaar gemeten kan worden. Met de kanttekening dat de betrouwbaarheid van het aantal huisbezoeken waarin de mantelzorg wordt gestimuleerd, huishoudelijke, sociale en administratieve activiteiten worden verricht bij de zelf-registratiegegevens aan de lage kant is. Daarnaast is bij de huisbezoeken die worden afgelegd met als doel het begeleiden bij psycho-sociale problemen de overeenstemming tussen de vragenlijstgegevens en de observatiegegevens te gering. Bij een produkt-moment correlatie is het, ondanks een hoge correlatie echter mogelijk dat er sprake is van een systematisch verschil in de verdeling van de scores van wijkverpleegkundigen en observatoren. Daarom hebben we een aanvullende t-toets voor gepaarde waarnemingen verricht op de vragenlijst en de observatiegegevens. Daaruit blijkt dat alleen bij de hoofdcategorie begeleiding geven bij psycho-sociale problemen sprake is van een significant verschil ($t = 2.20$, $p = .045$). Wijkverpleegkundigen geven aan dat ze in de onderzoekswEEK gemiddeld tijdens 3.4 huisbezoeken, waarin ze ook andere activiteiten verrichten, werden geconfronteerd met psycho-sociale problemen van hun patiënten. Tijdens die huisbezoeken wordt geen aandacht aan het probleem besteed of er wordt op het probleem ingegaan, maar er wordt verder geen actie (bijvoorbeeld een afspraak voor een begeleidingsgesprek) ondernomen. Volgens de observatoren is dit gemiddeld tijdens 5.6 huisbezoeken het geval. Er is dus sprake van een systematische onderschatting door de wijkverpleegkundigen op dit punt.

Op het zelf-registratieformulier en in het observatieschema werd steeds de **totale tijdsduur** van een huisbezoek genoteerd. Uit de registratiegegevens blijkt dat een huisbezoek gemiddeld 25.6 minuten duurt, met een spreiding van 3 tot 66 minuten. De observatoren hebben gemiddeld 24.1 minuten per huisbezoek geklokt, eveneens met een spreiding van 3 tot 66 minuten. Deze verschillen zijn niet significant, de produkt-moment correlatie bedraagt .94, hetgeen zeer hoog genoemd kan worden. De wijkverpleegkundigen hebben dus de tijdsduur van de huisbezoeken zeer betrouwbaar gemeten met de zelf-registratiemethode.

In de vragenlijst is aan de wijkverpleegkundigen gevraagd per hoofdcategorie (bijvoorbeeld lichamelijk-hygiënische zorg) aan te geven hoeveel tijd ze **gemiddeld** aan werkzaamheden binnen die categorie hebben besteed per huisbezoek, exclusief de reistijd en eventuele

andere activiteiten tijdens dat huisbezoek. Ook de observatoren hebben per huisbezoek de tijdsbesteding aan de hoofdcategorieën gemeten. Met behulp van een t-toets voor gepaarde waarnemingen en produkt-moment correlaties wordt nagegaan in hoeverre deze gegevens van de wijkverpleegkundigen en observatoren overeenstemmen.

Uit tabel 7.4 komt naar voren dat alleen de gemiddelde tijdsduur van het verpleegtechnisch handelen betrouwbaar met behulp van de vragenlijst gemeten is. Bij de andere zorgcategorieën is dit niet het geval; de correlaties tussen de vragenlijstgegevens en de observatiegegevens zijn niet significant. Als we vervolgens naar de resultaten van de t-toets kijken zien we dat de wijkverpleegkundigen de gemiddelde tijdsduur van het verpleegtechnisch handelen systematisch hoger schatten dan door de observatoren is gemeten. Bij de categorieën lichamelijk-hygiënische zorgverlening, directe GVO en sociale en administratieve activiteiten, alsmede bij huisbezoeken met als doel

Tabel 7.4.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de gemiddelde tijdsduur (in minuten) van de zorgcategorieën tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën (N = 17)

zorgcategorie	gemiddelde vragen- lijst	gemiddelde tijdsduur obser- vaties	t-waarde	p	produkt- moment correlatie
lichamelijk-hyg. zorg	26.2	18.9	-3.59	.002	-.08
verpleegtechnisch handelen	9.8	5.4	-4.76	.001	.44*
directe GVO	13.6	3.6	-4.71	.001	-.15
begeleiding psycho- sociaal	20.5	19.9	- .08	.94	-.11
doel psycho- sociaal	59.5	24.7	-4.03	.001	-.19
stimuleren mantel- zorg	10.3	8.0	- .69	.503	-.26
huishoudelijke activiteiten	4.9	2.9	-1.74	.102	.00
sociale en adm. activiteiten	7.3	5.3	-2.41	.03	.35

* : $p < .05$

het begeleiden bij psycho-sociale problemen wordt de gemiddelde tijdsduur ook overschat door de wijkverpleegkundigen. Aangezien de correlaties bij deze zorgcategorieën laag zijn, gebeurt dit op een onsystematische wijze. Tenslotte is er géén significant verschil tussen de vragenlijst- en observatiegegevens met betrekking tot de gemiddelde tijdsbesteding aan het begeleiden bij psycho-sociale problemen, het stimuleren van mantelzorg en de huishoudelijke activiteiten. Echter gezien de lage correlaties bij deze zorgcategorieën is de tijdsduur toch niet betrouwbaar gemeten.

Samengevat kunnen we concluderen dat zowel uit de gegevens van de wijkverpleegkundigen zelf als uit de gegevens van de observatoren blijkt dat er tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën binnen **alle** onderscheiden hoofdcategorieën activiteiten door wijkverpleegkundigen worden verricht. Dit wijst op een duidelijke relevantie van deze categorieën voor het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Daarnaast is het **aantal** huisbezoeken waarin een bepaald type zorg (bijvoorbeeld directe GVO) zowel met de vragenlijst als met de zelf-registratiemethode redelijk betrouwbaar gemeten. Ook de **totale tijdsduur** van ieder huisbezoek is zeer betrouwbaar gemeten door de zelf-registratie van wijkverpleegkundigen. Het schatten van de gemiddelde tijdsduur apart voor iedere zorgcategorie is blijkbaar zeer lastig zoals uit de vragenlijstgegevens van de wijkverpleegkundigen blijkt. De wijkverpleegkundigen schatten de tijdsduur die ze aan de afzonderlijke zorgcategorieën besteden gemiddeld langer in, dan de observatoren hebben gemeten. Ze doen dit echter op een onsystematische wijze. Derhalve kunnen we concluderen dat de gemiddelde tijdsduur die aan de diverse zorgcategorieën wordt besteed niet betrouwbaar is gemeten met de vragenlijst.

We zullen nu de betrouwbaarheidsberekeningen voor de verschillende activiteiten die we hebben onderscheiden bij de hierboven behandelde zorgcategorieën bespreken. Daarbij maken we de kanttekening dat bij het vergelijken van de vragenlijstgegevens met de observatiegegevens het aantal meeteenheden ($N = 17$) wel erg klein is vergeleken met het aantal variabelen. Bij de interpretatie van de betrouwbaarheidscoëfficiënten zullen we de volgende richtlijnen hanteren: Bij een correlatie van .85 of meer spreken we van een zeer hoge betrouwbaarheid; een correlatie tussen de .70 en .85 wijst op een hoge betrouwbaarheid; bij een correlatie tussen de .50 en de .70 is er sprake van een redelijke betrouwbaarheid; en een correlatie beneden de .50 wordt als onvoldoende beschouwd.

7.1.1. Lichamelijk-hygiënische zorg

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de afzonderlijke activiteiten die behoren tot de categorie lichamelijk-hygiënische zorg vóórkomen zijn de frequentieverdelingen van deze activiteiten berekend en weergegeven in Bijlage I (tabel 1.1.a; tabel 1.1.b). Voor de vragenlijstgegevens is deze verdeling weergegeven van alle wijkverpleegkundigen (N = 27) die de vragenlijst hebben ingevuld.

Zowel uit de vragenlijst-, de observatie- als uit de zelf-registratiegegevens komt naar voren dat het helpen van de patiënt bij het wassen, bij het aan- of uitkleden, bij het verplaatsen, bij de haarverzorging en het stimuleren dat de patiënt datgene wat hij zelf kan met betrekking tot de ADL, ook zelf doet, de meest frequent voorkomende activiteiten zijn. Daarnaast geven 48% of meer van de wijkverpleegkundigen aan dat ze zelden of nooit hulp verlenen bij het scheeren, bij de gebitverzorging (bijv. tanden poetsen), bij uitscheiding (bijv. patiënt helpen bij naar de w.c. te gaan) en bij het passief of actief oefenen van de ledematen. Deze activiteiten werden ook zelden geobserveerd.

We zullen nu de betrouwbaarheidsberekeningen voor de afzonderlijke activiteiten weergegeven. In de vragenlijst hebben de wijkverpleegkundigen, **indien** ze lichamelijk-hygiënische zorg verlenen, globaal aangegeven hoe vaak ze de verschillende concrete activiteiten **binnen** deze categorie verrichten (nooit/zelden/zo nu en dan/vrij vaak/meestal). De wijkverpleegkundige is dus in dit geval de meeteenheid. Bij het vergelijken van de observatiegegevens met de vragenlijstgegevens zijn, vanwege het verschil in meetniveau, de observatiegegevens omgerekend naar het meetniveau van de wijkverpleegkundige als eenheid. Dit is **per activiteit** als volgt gebeurd: De frequentie gedeeld door het totaal aantal huisbezoeken waarin lichamelijk-hygiënische zorg werd geobserveerd, maal 100. Hier komt dan een percentage uit voor iedere wijkverpleegkundige. Deze percentages zijn vervolgens in vijf klassen ingedeeld: 0%; 1-25%; 26-50%; 51-75%; en 76-100%. Bij de betrouwbaarheidsberekening worden dan de scores in deze vijf klassen vergeleken met wat de wijkverpleegkundigen zelf aangeven in de vragenlijst (nooit/zelden/zo nu en dan/vrij vaak/meestal). Deze procedure is ook gevolgd bij de concrete activiteiten in de andere hoofdcategorieën, die hierna worden besproken.

Bij het vergelijken van de zelf-registratiegegevens met de observatiegegevens dient een huisbezoek als meeteenheid. Per huisbezoek is steeds in het observatie-schema en in het zelf-registratieformulier aangegeven of een concrete activiteit wel of niet is verricht. Uit tabel 7.5 komt naar voren dat de frequentie van de afzonderlijke

activiteiten met behulp van de zelf-registratiemethode betrouwbaar gemeten kunnen worden. Alle betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn groter dan .50, behalve de coëfficiënt voor het helpen bij hand- en voetverzorging. Voor de activiteiten hulpverleners bij gebitverzorging en bij uitscheiding kon géén betrouwbaarheidscoëfficiënt worden bepaald, omdat deze activiteiten op het zelf-registratieformulier zijn weggelaten. De reden hiervoor is de geringe frequentie van deze activiteiten in de eerste observatieronde bij de 17 wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld. Voor het helpen bij het scheren werd eveneens geen betrouwbaarheidscoëfficiënt berekend, omdat deze activiteit in minder dan één procent van de huisbezoeken werd geregistreerd.

Tabel 7.5.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten binnen de categorie lichamelijk-hygiënische zorg

Activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=17)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=143)
het wassen	.64	.95
haarverzorging	.58	.62
scheren	.68	-
hand- en voetverzorging	.37	.15
gebitverzorging	.60	-
aan-/uitkleden	.16	.84
uitscheiding	.49	-
het verplaatsen	.42	.79
oefenen/ledematen	.34	.59
stimuleren zelfzorg ADL	.26	.52

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

Met de vragenlijst is alleen de globale frequentie van het helpen bij wassen, haarverzorging, scheren en gebitverzorging betrouwbaar gemeten. Bij de overige activiteiten is de mate van overeenstemming tussen de globale frequentie die de wijkverpleegkundigen aangeven en de observatiegegevens gering.

7.1.2. Verpleegtechnische handelingen

Zowel de wijkverpleegkundigen als de observatoren geven aan dat de volgende verpleegtechnische handelingen het meest worden verricht: het geven van insuline-injecties en hulpverlening gericht op wond-

Tabel 7.6.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten binnen de categorie verpleegtechnische handelingen

Activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=17)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=143)
Urogenitale stelsel/ maagdarmkanaal		.87
- cathetiseren/uritiep	.64	
- verwisselen cath.zakje	-	
- AP-verzorging	-	
- UP-verzorging	-	
- clysmata	-	
- kunstmatig urineren	-	
Wondverzorging		
- open wonden	.66	.84
- decubituspreventie	.60	.75
- decubitusverzorging	.36	.48
- druk- en steunverbanden	.58	.86
Injecties		
- insuline	.45	.88
- andere injecties	.51	.92
Medicijnen toedienen		.87
- oraal, vaginaal etc.	.76	
- druppels	.48	
Zalven	.42	.40
Poederen huid	.42	.50
Controle lichaams- functies	.33	-
Orth. corset	-	-
Stimuleren zelfzorg	.33	-

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

verzorging zoals het verbinden en het verzorgen van open wonden, decubituspreventie en het aanleggen van druk- en steunverbanden (zie Bijlage I, tabel 1.2.a, tabel 1.2.b). Het zalven van de huid werd wel vaak geobserveerd en geregistreerd, maar in de vragenlijst wordt door 56% van de wijkverpleegkundigen aangegeven dat ze dat zelden of nooit doen. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst invulden, het zalven van de huid hebben beschouwd als een vorm van decubituspreventie en het ook als zodanig hebben aangegeven. De activiteiten waarbij de hulpverlening gericht is op het urogenitale stelsel en het maagdarmkanaal, zoals cathetiseren, kunstmatig urineren opwekken, A.P. verzorging of controle komen het minst voor. Daarnaast hebben activiteiten als het controleren van lichaamsfuncties (bijv. temperatuur, bloeddruk), helpen bij het aantrekken van een orthopedisch corset en het stimuleren van zelfzorg met betrekking tot het verpleegtechnisch handelen een geringe frequentie.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten van de onderscheiden activiteiten zijn op dezelfde wijze berekend als bij de lichamelijk-hygiënische zorgverlening en zijn weergegeven in tabel 7.6. Evenals bij de lichamelijk-hygiënische zorgverlening, zien we dat de frequentie van de afzonderlijke activiteiten met behulp van de zelf-registratiemethode, met uitzondering van het zalven van de huid, betrouwbaar gemeten zijn. De activiteiten cathetiseren tot en met kunstmatig urineren opwekken werden op het zelf-registratieformulier samengevoegd tot de categorie hulpverlening gericht op het urogenitale stelsel en maagdarmkanaal, vanwege de geringe frequentie van deze activiteiten in de eerste observatieronde. Om dezelfde reden zijn het controleren van lichaamsfuncties, het helpen bij het aantrekken van een orthopedisch corset en het stimuleren van zelfzorg met betrekking tot het verpleegtechnisch handelen op het zelf-registratieformulier weggelaten.

Met de vragenlijst zijn de globale frequenties van de volgende 6 activiteiten betrouwbaar gemeten: Cathetiseren, het verzorgen van open wonden, decubituspreventie, het aanleggen van druk- en steunverbanden, het toedienen van injecties en van medicijnen (oraal, vaginaal, etc.). Bij de andere activiteiten is de betrouwbaarheid geringer.

7.1.3. Het geven van ingebouwde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

In tabel 7.2 hebben we gezien dat de wijkverpleegkundigen/wijkzikenverzorgenden in ongeveer 25% van de huisbezoeken ingebouwde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding geven. Deze GVO-activiteiten be-

staan vooral uit informatie geven over de aard van de ziekte en de daarbij behorende klachten; over de problemen die zich voor kunnen doen bij medicijngebruik, bijvoorbeeld bij overmatig gebruik, niet afmaken van een kuur e.d.; over de manier waarop de wijkverpleegkundige de patiënt gaat behandelen; over de mogelijkheden die de patiënt heeft voor zelfzorg; informatie over andere mogelijkheden die er zijn voor professionele verzorging of hulp en informatie over hulpmiddelen, bijvoorbeeld om zich te verplaatsen, woningaanpassingen e.d. Daarnaast stimuleren of helpen de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden de patiënt bij het gebruik van medicijnen (zie Bijlage I, tabel 1.3.a, tabel 1.3.b). De andere onderscheiden GVO-activiteiten, zo blijkt uit de observatie en de zelf-registratiegegevens komen zelden of nooit voor. Ook in de vragenlijst heeft de meerderheid van de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden

Tabel 7.7.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten binnen de categorie directe gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=17)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=143)
Informatie geven over:		
- aard ziekte, klachten	.61	.47
- problemen bij medicijngebruik	.61	-
- manier waarop wv patiënt gaat behandelen	.74	.49
- mogelijkheden zelfzorg	.53	.35
- andere professionele hulp	.44	-
- hulpmiddelen	.41	.35
Stimuleren en helpen bij realiseren van:		
- gebruik voorgeschreven medicijnen	.37	.39
- gebruik hulpmiddelen	.72	-

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

aangegeven dat ze de overige activiteiten hooguit zo nu en dan verrichten. Voor deze activiteiten kan derhalve geen betrouwbaarheidscoëfficiënt worden berekend.

In tabel 7.7 zien we dat de globale frequentie van informatie geven over de aard van de ziekte en de daarbij behorende klachten, over problemen die zich voor kunnen doen bij medicijngebruik, over de manier waarop de wijkverpleegkundige de patiënt gaat behandelen en over de mogelijkheden tot zelfzorg betrouwbaar is gemeten met behulp van de vragenlijst. Hetzelfde geldt voor het stimuleren en helpen bij het gebruik van hulpmiddelen door de wijkverpleegkundige. Bij de zelf-registratie zijn alle berekende betrouwbaarheidscoëfficiënten significant, hoewel ze duidelijk lager zijn dan bij de activiteiten die we hebben onderscheiden bij de lichamelijk-hygiënische zorgverlening en het verpleegtechnische handelen. Alle coëfficiënten zijn lager dan .50, hetgeen onvoldoende is. Een mogelijke verklaring is dat het bij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding vooral om verbale activiteiten gaat, terwijl lichamelijk-hygiënische zorgverlening en het verpleegtechnisch handelen veel meer motorische handelingen betreffen. Deze motorische handelingen vereisen minder interpretaties van de observatoren dan de verbale activiteiten en zijn waarschijnlijk ook voor de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden gemakkelijker te benoemen.

7.1.4. Begeleiden bij psycho-sociale problemen

Begeleiding geven bij psycho-sociale problemen door wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden komt in ongeveer 20% van de huisbezoeken voor (zie tabel 7.2). Als we naar de frequentieverdeling kijken van de wijze waarop wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden dan handelen, dan valt het op dat een klein aantal activiteiten in een dergelijke probleemsituatie heel vaak en het merendeel van de activiteiten hooguit zo nu en dan wordt verricht. Als wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden met psycho-sociale problemen van hun patiënten worden geconfronteerd dan is hun belangrijkste activiteit het luisteren naar de patiënt. Verder tonen ze vaak begrip of medeleven, geven ze adviezen en in een iets mindere mate proberen ze de patiënt inzicht te geven in het probleem en stimuleren ze de patiënt gedrag te vertonen dat tot een mogelijke oplossing leidt.

De andere activiteiten komen slechts in geringe mate voor. Zo geeft bijvoorbeeld 95.2% van de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden aan dat ze nooit of zelden psycho-sociale problemen van patiënten negeren. Zelf een oplossing bedenken of bemiddelen wordt volgens

de vragenlijstgegevens door ruim 40%, respectievelijk 46% van de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden zelden of nooit gedaan. Slechts voor een gering aantal activiteiten kan een betrouwbaarheidscoëfficiënt worden bepaald. Activiteiten met een te geringe frequentie vallen af alsmede de activiteiten met een zeer scheve verdeling. Bijvoorbeeld bij de activiteiten negeren en luisteren naar de patiënt vallen meer dan 90% van de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden binnen dezelfde antwoordcategorie (vragenlijstgegevens).

De berekende betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn weergegeven in tabel 7.8. Hieruit blijkt dat met de vragenlijst slechts de globale frequentie van voorlichting of adviezen geven en het stimuleren van de patiënt gedrag te vertonen dat leidt tot een mogelijke oplossing, voldoende betrouwbaar is gemeten. Bij de zelf-registratie geldt dit voor de frequentie van de activiteiten begrip of medeleven tonen.

Tabel 7.8.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten binnen de categorie begeleiden bij psycho-sociale problemen

Activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=17)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=143)
begrip/medeleven tonen	.36	.70
voorlichting/adviezen geven	.50	.40
inzicht geven in probleem	.49	-
stimuleren tot bepaald gedrag	.54	-

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

7.1.5. Stimuleren en ondersteunen van de mantelzorg

Tijdens ruim 10% van de huisbezoeken besteden de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden expliciet aandacht aan de mantelzorg (zie tabel 7.2). De activiteiten die in dit kader het meest worden verricht zijn het geven van emotionele ondersteuning aan de mantelzorg,

het bespreken van de toestand van de patiënt en het geven van instructies aan de mantelzorg met betrekking tot het verzorgen van de patiënt, bijvoorbeeld over het verzorgen van wonden, insuline spuiten e.d. (zie Bijlage I, tabel 1.5.a, tabel 1.5.b).

Uit tabel 7.9 komt naar voren dat met de vragenlijst de globale frequentie van het bespreken van de toestand van de patiënt met de mantelzorg en het geven van informatie over de therapie of leefregels van de patiënt voldoende betrouwbaar gemeten kan worden. Bij de zelf-registratiemethode geldt dit voor de frequentie waarmee wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden emotionele steun geven aan de mantelzorg en de mate waarin ze overbelasting van de mantelzorg signaleren en bespreken. Voor het geven van informatie over de mogelijkheden van mantelzorg en over de therapie van de patiënt kan geen betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de zelf-registratie worden bepaald, omdat deze activiteiten niet werden geobserveerd tijdens de 143 huisbezoeken.

Tabel 7.9.: betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de activiteiten binnen de categorie stimuleren en ondersteunen mantelzorg

Activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=17)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=143)
informatie mogelijkheden		
mantelzorg	.26	-
bespreken toestand patiënt	.55	.20
informatie therapie patiënt	.75	-
instructie over verzorgen		
patiënt	.49	.02
emotionele steun	.45	.62
signaleren overbelasting	.32	.56

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

7.1.6. Huishoudelijke activiteiten

Het verrichten van enige huishoudelijke activiteiten door wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden gebeurt tijdens ruim 20% van de huisbezoeken (tabel 7.2). Het opruimen van de badkamer, bijvoorbeeld

de vloer dweilen, nadat de patiënt is gewassen is de meest voorkomende activiteit. Dit blijkt zowel uit de vragenlijst-, de observatie- als de zelf-registratiegegevens. Het bed opmaken of verschonen en eten of drinken verzorgen, bijvoorbeeld koffie zetten, zijn activiteiten die in mindere mate worden verricht. De omgeving van de patiënt verzorgen, zoals de kamer opruimen en planten water geven wordt zelden of nooit gedaan door wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden (Bijlage I, tabel 1.6.a, tabel 1.6.b). De globale frequentie van het opruimen van de badkamer, of gebruikte spullen en het verzorgen van eten of drinken is met de vragenlijst voldoende betrouwbaar gemeten. Bij de zelf-registratie is slechts de betrouwbaarheidscoëfficiënt van het verzorgen van eten of drinken voldoende hoog (tabel 7.10).

Tabel 7.10.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten binnen de categorie huishoudelijke activiteiten

Activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=17)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=143)
eten, drinken verzorgen	.51	.76
omgeving patiënt verzorgen	-	-
bed verschonen/opmaken	.48	.30
badkamer/gebruikte spullen opruimen	.66	.19

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

7.1.7. Sociale en administratieve activiteiten

Deze activiteiten worden door wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden tijdens 80 tot 90% van de huisbezoeken verricht (tabel 7.2). Het gaat hier vaak om activiteiten als een praatje maken voor de gezelligheid, informeren naar de toestand van de patiënt en administratieve werkzaamheden zoals het invullen van een rapportageformulier van het Wijkadministratiesysteem (Bijlage I, tabel 1.7.a, tabel 1.7.b).

De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de zelf-registratiegegevens zijn alle net significant, alleen de betrouwbaarheid van de admini-

Tabel 7.11.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten binnen de categorie sociale en administratieve activiteiten

Activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=17)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=146)
informereren toestand	.19	.21
informereren wat te doen	.56	-
praatje maken	.29	.35
administratie	.67	.61
afspraak maken	.41	.29

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

stratieve werkzaamheden is voldoende hoog. Bij de vragenlijstgegevens is dit ook bij de globale frequentie van de administratieve werkzaamheden het geval alsmede bij het informeren van de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende naar wat er gedaan moet worden (tabel 7.11).

7.1.8. Het intake-gesprek

Als laatste behandelen we bij de huisbezoeken die worden afgelegd ten behoeve van patiënten in alle leeftijdscategorieën, het huisbezoek waarin het intake-gesprek wordt afgenomen. Wanneer er bij de kruisvereniging een hulpvraag binnen komt wordt met de patiënt een intake-gesprek gehouden om onder andere de hulpbehoefte vast te stellen en een verpleegplan op te stellen. Van degenen die de vragenlijst hebben ingevuld, blijken alle wijkverpleegkundigen (N=22) intake-gesprekken af te nemen. Van de 5 wijkziekenverzorgeren houdt slechts één wijkziekenverzorgende weleens intake-gesprekken. De overige wijkziekenverzorgeren doen dit nooit en geven als reden op dat wijkziekenverzorgeren geen intake-gesprekken mogen houden, het hoort niet tot hun takenpakket. De drie wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgende die gedurende een week hun werkzaamheden registreerden, hebben in de onderzoeksperiode geen enkel intake-gesprek gehouden.

De 22 wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgende geven aan dat

ze in de maand voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst gemiddeld 2.7 intake-gesprekken hebben gehouden met een spreiding van 0 tot 7. Bij 6 van de 17 wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden waarbij tevens een week is geobserveerd, werden in **totaal** 8 intake-gesprekken geobserveerd, met een spreiding van 1 tot 2 intake-gesprekken per week.

In de vragenlijst (N=23) wordt door de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgende aangegeven dat een intake-gesprek gemiddeld 58.6 minuten duurt met een spreiding van 40 tot 90 minuten. De geobserveerde intake-gesprekken bij de 6 wijkverpleegkundigen hebben een gemiddelde tijdsduur van 35.2 minuten, met een spreiding van 27 tot 54 minuten. Deze gegevens wekken de indruk dat de wijkverpleegkundigen zelf de tijdsduur van de intake-gesprekken overschatten. Omdat er slechts bij 6 wijkverpleegkundigen intake-gesprekken zijn geobserveerd, is het niet mogelijk om betrouwbaarheidsberekeningen uit te voeren voor de tijdsduur van de intake-gesprekken. Hetzelfde geldt voor de concrete activiteiten die door wijkverpleegkundigen worden verricht.

Om toch enig inzicht te krijgen in de concrete activiteiten tijdens een intake-gesprek, zijn in Bijlage I (tabel 1.8) de frequentieverdelingen van de vragenlijst- en observatiegegevens weergegeven. Hieruit blijkt dat vrijwel alle onderscheiden activiteiten voorkomen. Daarnaast valt het op dat in de vragenlijstgegevens de frequenties van een groot aantal activiteiten scheef verdeeld zijn, dat wil zeggen dat vrijwel alle wijkverpleegkundigen aangeven dat ze deze activiteiten vrij vaak of meestal verrichten tijdens het intake-gesprek.

Dit betreft in de eerste plaats de onderwerpen die bij het afnemen van de anamnese aan de orde komen. Meer dan 95% van de wijkverpleegkundigen zegt tijdens intake-gesprekken vrij vaak of meestal te informeren naar de personalia van de patiënt, de voorgeschiedenis en diagnose (wanneer is de patiënt ziek geworden, is hij in het ziekenhuis opgenomen geweest etc.), de lichamelijke en psychische gesteldheid van de patiënt, de mate van zelfzorg en mobiliteit etc. Uit de bijbehorende observaties komt echter naar voren dat vooral vaak wordt geïnformeerd naar de lichamelijke en psychische gesteldheid en de mate van zelfzorg en mobiliteit van de patiënt. Slechts in een kwart van de geobserveerde intake-gesprekken wordt geïnformeerd naar de personalia en in de helft naar de voorgeschiedenis en diagnose. Een verklaring voor dit verschil met de vragenlijstgegevens is dat deze gegevens meestal bij de wijkverpleegkundigen bekend zijn, zodat ze er tijdens het intake-gesprek niet meer naar hoeven vragen. Ook

de andere onderwerpen komen bij het afnemen van de anamnese tijdens de 8 geobserveerde intake-gesprekken minder frequent voor dan de wijkverpleegkundigen zelf globaal aangeven.

Hetzelfde verschijnsel zien we bij de activiteiten rond het opstellen van het verpleegplan. In de vragenlijst geeft meer dan 85% van de wijkverpleegkundigen aan dat ze vrij vaak of meestal in de intake-gesprekken de hulpbehoefte van de patiënt formuleren, het doel van de wijkverpleegkundige zorg aangeven, bespreken welke hulp de wijkverpleegkundige en de mantelzorg zullen bieden, wat de patiënt aan zelfzorg zal doen en een planning maken van de wijkverpleegkundige hulp. Uit de observatiegegevens blijkt echter dat van deze activiteiten alleen het bespreken van de hulp die de wijkverpleegkundige gaat bieden en het plannen van die hulp zeer frequent voorkomen bij het opstellen van het verpleegplan. Het aangeven van het doel van de wijkverpleegkundige zorg is tijdens de 8 intake-gesprekken geen enkele keer geobserveerd.

Op grond van deze frequentieverdelingen concluderen we dat er een tendens te bespeuren valt dat de wijkverpleegkundigen zelf, in de vragenlijst, de globale frequentie van hun activiteiten tijdens de intake-gesprekken overschatten. Helaas kunnen we, vanwege het kleine aantal geobserveerde intake-gesprekken deze conclusie niet onderbouwen met betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de diverse activiteiten en met het vergelijken van registratiegegevens met observatiegegevens.

7.1.9. Samenvatting

Alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die aan dit vooronderzoek hebben meegewerkt, leggen iedere dag huisbezoeken af waarin zorgactiviteiten worden verricht die in principe betrekking kunnen hebben op patiënten van elke leeftijd. In principe, want uit de gegevens komt naar voren dat het vooral bejaarden van 70 jaar en ouder zijn die wijkverpleegkundige zorg ontvangen in hun thuissituatie. De meeste wijkverpleegkundige activiteiten tijdens deze huisbezoeken bestaan uit lichamelijk-hygiënische zorgverlening, verpleegtechnische handelingen en het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Daarnaast maken de wijkverpleegkundigen vaak een praatje met hun patiënten en maken ze aantekeningen ten behoeve van hun administratie.

Uit het betrouwbaarheidsonderzoek komt naar voren dat de **frequentie** waarmee de diverse zorgcategorieën (zoals verpleegtechnisch handelen en begeleiden bij psycho-sociale problemen) aan bod komen tijdens de huisbezoeken zowel met de vragenlijst als met het zelf-

registratieformulier voldoende betrouwbaar gemeten kunnen worden. Wat betreft de tijdmetingen en de metingen van de frequentie van de concrete activiteiten levert de zelf-registratiemethode meer betrouwbare resultaten op dan de vragenlijst. Bij beide methoden geldt echter dat hoe concreter de activiteit, des te hoger is de betrouwbaarheid. Bijvoorbeeld het wassen van de patiënt of het verbinden van een wond wordt betrouwbaarder gemeten dan het geven van voorlichting over hulpmiddelen.

Bij de zelf-registratiemethode wordt na afloop van het huisbezoek naast de wijkverpleegkundige activiteiten tevens patiëntenkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en doelgroep op het formulier genoteerd. Een voordeel hiervan is dat op deze wijze kan worden nagegaan welke zorgactiviteiten worden verricht bij bepaalde patiëntencategorieën. Uit de vragenlijst zijn deze gegevens moeilijker te verkrijgen, bovendien vinden de wijkverpleegkundigen het lastig om pas na afloop van de week deze patiëntengegevens in te vullen. Geheugenvervormingen spelen dan een te grote rol. Deze gegevens zijn in dit vooronderzoek dan ook zeer onbetrouwbaar en vooral onvolledig ingevuld in de vragenlijst.

Tenslotte blijkt in dit vooronderzoek dat intake-gesprekken voornamelijk door wijkverpleegkundigen worden gehouden. Vanwege het geringe aantal intake-gesprekken dat werd geobserveerd hebben we geen betrouwbaarheidscoëfficiënten kunnen berekenen voor de wijkverpleegkundige activiteiten. Wel zijn er aanwijzingen dat de wijkverpleegkundigen zelf in de vragenlijst de globale frequentie van hun activiteiten tijdens de intake-gesprekken overschatten.

7.2. Huisbezoeken die worden afgelegd ten behoeve van specifieke leeftijdsgroepen patiënten/cliënten

Zoals we in hoofdstuk 5 hebben gezien worden binnen deze categorie vier soorten huisbezoeken onderscheiden: 1. prenataal huisbezoek; 2. algemeen zuigelingenhuisbezoek; 3. algemeen peuter/kleuterhuisbezoek en 4. preventief bejaardenbezoek.

7.2.1. Het prenatale huisbezoek

Van de in totaal 22 wijkverpleegkundigen en 5 wijkziekenverzorgenden die de vragenlijst hebben ingevuld, geven 10 wijkverpleegkundigen aan dat ze huisbezoeken afleggen aan aanstaande moeders. De overige 12 wijkverpleegkundigen en de 5 wijkziekenverzorgenden leggen géén prenatale huisbezoeken af. De wijkziekenverzorgenden geven als reden

op, dat zij geen prenatale huisbezoeken af mogen leggen. Het hoort niet tot hun takenpakket. Voor de 12 wijkverpleegkundigen geldt als reden dat collega-wijkverpleegkundigen dit type huisbezoeken afleggen (N=8), of dat binnen de basiseenheid helemaal geen prenatale huisbezoeken worden afgelegd (N=4). In dit laatste geval kan het zijn dat de kraamzorg deze taak verricht.

De 10 wijkverpleegkundigen die wél prenatale huisbezoeken afleggen, hebben in de afgelopen maand gemiddeld 2.5 aanstaande moeders bezocht, met een spreiding van 1 tot 4. Hieruit blijkt dat de frequentie van deze prenatale huisbezoeken vrij gering is, hetgeen uiteraard samenhangt met het aanbod van zwangere vrouwen in de wijk van een wijkverpleegkundige. Deze geringe frequentie stemt overeen met de bevindingen van de observatoren: Bij de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst of het registratieformulier invulden werden in totaal slechts 3, respectievelijk 2 prenatale huisbezoeken geobserveerd.

De wijkverpleegkundigen geven in de vragenlijst aan gemiddeld 54 minuten te doen over een prenataal huisbezoek, met een spreiding van 30 tot 80 minuten. Bij de observaties, die verricht zijn bij de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld, is een gemiddelde tijdsduur gemeten van 56 minuten, met een spreiding van 36 tot 76 minuten.

De wijkverpleegkundigen die hun activiteiten tijdens prenatale huisbezoeken geregistreerd hebben, noteren een gemiddelde tijd van 20 minuten, met een spreiding van 15 tot 25 minuten. De observaties die dezelfde huisbezoeken betroffen als bij de registraties het geval was, geven een gemiddelde tijdsduur weer van 18 minuten, met een spreiding van 14 tot 22 minuten.

Vanwege het geringe aantal prenatale huisbezoeken dat is geobserveerd (en geregistreerd), is het niet mogelijk correlaties te berekenen tussen de observatiegegevens enerzijds en de vragenlijst-, respectievelijk de registratiegegevens anderzijds.

Om toch enigzins inzicht te krijgen in de concrete activiteiten die wijkverpleegkundigen verrichten tijdens prenatale huisbezoeken, zijn in bijlage II de frequentieverdelingen van deze activiteiten weergegeven (zie tabel 2.1.a en tabel 2.1.b). Uit zowel de vragenlijst, de observaties als de zelf-registraties komt naar voren dat de volgende activiteiten het meest frequent worden verricht: Voorlichting geven over de voeding van de moeder of over (borst)voeding van de baby, over de baby-uitzet, over de bevalling, over de kraamzorg, het kruiswerk en het zuigelingenbureau. Daarnaast praat de wijkverpleegkundige met de aanstaande moeder over de beleving van de zwanger-

schap en het aanstaande ouderschap. De activiteiten van de wijkverpleegkundige die het minst frequent voorkomen zijn: Voorlichting geven over de lichaamshygiëne, de tandverzorging en de kleding van de aanstaande moeder en een afspraak maken voor een volgend huisbezoek. Als er geen bijzonderheden zijn, leggen de wijkverpleegkundigen blijkbaar bij een aanstaande moeder als regel één huisbezoek af. Daarnaast geven de meeste wijkverpleegkundigen in de vragenlijst aan dat ze vrij vaak met de aanstaande moeder praten over de mogelijke reacties van de andere kinderen op de baby en de problemen die deze reacties (bijvoorbeeld jaloezies) kunnen geven en dat ze meestal gericht zijn op het signaleren en het bespreken van problemen die zich bij de zwangerschap voordoen. Deze activiteiten werden niet geobserveerd. Naast het geringe aantal prenatale huisbezoeken dat is geobserveerd, vormt het gegeven dat er bij de bezochte aanstaande moeders géén sprake was van problemen met betrekking tot de zwangerschap een mogelijke verklaring voor deze discrepantie. Misschien hebben de wijkverpleegkundigen wel gesignaleerd of er problemen zijn, maar als dat niet besproken wordt, is dat niet door de observatoren vast te stellen.

Hoewel er vanwege de geringe aantallen géén harde uitspraken kunnen worden gedaan over de betrouwbaarheid van de tijdsduur van en de concrete activiteiten tijdens de prenatale huisbezoeken, blijkt uit het bovenstaande wel dat er sprake is van een zekere overeenstemming tussen de observatiegegevens enerzijds en de vragenlijst-, respectievelijk de registratiegegevens.

7.2.2. Het algemeen zuigelingenhuisbezoek

Van de 22 wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld, leggen 14 (64%) wijkverpleegkundigen huisbezoeken af voorafgaande aan of in aansluiting op het zuigelingenconsultatiebureau. De overige 8 wijkverpleegkundigen en de 5 wijkziekenverzoekers leggen géén zuigelingenhuisbezoeken af. De wijkziekenverzoekers geven aan dat zij geen zuigelingenhuisbezoeken af mogen leggen, het hoort niet tot hun takenpakket. Voor de 8 wijkverpleegkundigen geldt als reden dat ze ook niet werkzaam zijn op het zuigelingenconsultatiebureau (N=6) of dat collega-wijkverpleegkundigen deze huisbezoeken afleggen (N=2). De eerstgenoemde 6 wijkverpleegkundigen werken gedifferentieerd, zij hebben de ouderenzorg als aandachtsveld. De wijkverpleegkundigen die wél zuigelingenhuisbezoeken afleggen geven aan dat ze in de maand voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst, gemiddeld 6.7 huisbezoeken hebben afgelegd aan ouders met zuigelingen, met een spreiding van 1 tot 18. Bij 11 wijkverpleegkundigen, die

tevens de vragenlijst hebben ingevuld, zijn in totaal 24 zuigelingenhuisbezoeken geobserveerd. Bij de 3 wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgende, die gedurende een week de zelf-registratieformulieren invulden, is in totaal slechts één zuigelingenhuisbezoek geobserveerd en geregistreerd. Daarom zullen de observatiegegevens en zelf-registratiegegevens niet nader vergeleken worden.

De gemiddelde tijdsduur die in de vragenlijst genoemd wordt ten aanzien van de zuigelingenhuisbezoeken, is 54 minuten, met een spreiding van 30 tot 90 minuten (N=14). De observaties bij de wijkverpleegkundigen die tevens de vragenlijst hebben ingevuld laten een gemiddelde tijdsduur zien van 39 minuten met een spreiding van 11 tot 64 minuten.

De produkt-momentcorrelatie voor deze tijdsduur bedraagt .44. Deze correlatie is niet significant ($p=.11$). Dit wijst er op dat de tijdsduur van zuigelingenhuisbezoeken niet voldoende betrouwbaar is gemeten met de vragenlijst. Van het ene huisbezoek dat zowel geregistreerd als geobserveerd is, vermelden de wijkverpleegkundige en de observator beide een tijdsduur van 48 minuten.

De wijkverpleegkundigen (N=14) geven in de vragenlijst aan de volgende activiteiten het meest te verrichten tijdens zuigelingenhuisbezoeken: Voorlichting geven of praten over (borst)voeding, de bevalling, de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige en hoe het bevalt ouder te zijn. Daarnaast vullen ze vaak de CB-kaart in. Met uitzondering van het bespreken van hoe en wanneer de wijkverpleegkundige bereikbaar is, blijken deze activiteiten ook in de bijbehorende observaties frequent voor te komen (zie bijlage II, tabel 2.2.a).

De activiteiten die het minst frequent worden verricht volgens de vragenlijstgegevens, zijn voorlichting geven of praten over speelgoed, over de oudercursus of gespreksgroep die door het kruiswerk worden georganiseerd en de moeder herinneren aan het consultatiebureau (rappèl). Deze activiteiten zijn ook niet geobserveerd bij de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de afzonderlijke activiteiten tijdens zuigelingenhuisbezoeken gemeten met behulp van de vragenlijst en de observaties, worden in tabel 7.12 weergegeven. De betrouwbaarheidsberekeningen zijn op de volgende wijze gedaan: In de vragenlijst hebben de wijkverpleegkundigen, indien ze zuigelingenhuisbezoeken afleggen, aangegeven hoe vaak ze de verschillende activiteiten tijdens deze huisbezoeken verrichten (nooit/zelden/zo nu en dan/vrij vaak/meestal). Omdat de wijkverpleegkundige in dit geval de meeteenheid is en het huisbezoek de meeteenheid is bij de observa-

ties, worden de observatiegegevens omgerekend naar het meetniveau van de wijkverpleegkundige. Dit is per activiteit als volgt gebeurd: Het aantal huisbezoeken waarin deze activiteit is verricht gedeeld

Tabel 7.12.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens het algemeen zuigelingenhuisbezoek

activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/observatie (N=11)
voorlichting geven/ praten over	
- dagindeling baby	.60
- lichamelijke verzorging baby	.51
- (borst)voeding	.19
- temperatuur omgeving	.43
- huilen van de baby	.18
- zwangerschap, bevalling	.55
- band, moeder-kind	-
- hoe het bevalt ouder te zijn	.35
- reacties andere kinderen	.43
- opvoedingsaspecten	.58
- speelgoed	-
- lichamelijke ontwikkeling kind	.88
- ontwikkeling zintuigen	.50
- voorkómen van ziekten (infecties)	.45
- kruiswerk en CB	.50
- bereikbaarheid wijkverpleegkundige	.55
- oudercursus/gespreksgroep	-
overige activiteiten	
- PKU-onderzoek	.53
- CHT-onderzoek	.53
- navelstomp controleren	.59
- evaluatie oudercursus	-
- praatje maken	.30
- administratieve werkzaamheden	.25
- afspraak maken en verwijzen	.60
- herinneren aan CB	-

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

door het totaal aantal huisbezoeken maal 100. Per wijkverpleegkundige wordt zo een percentage verkregen. Deze percentages zijn op dezelfde wijze in klassen ingedeeld als in 7.1.1 werd aangegeven.

De activiteiten voorlichting geven of praten over de band en wisselwerking tussen moeder en kind, speelgoed, oudercursus/gespreksgroep, evaluatie oudercursus en herinneren aan CB zijn nooit geobserveerd. Daarom is het ook niet mogelijk voor deze variabelen betrouwbaarheidscoëfficiënten te berekenen.

Met behulp van de vragenlijst is de activiteit voorlichting geven of praten over de lichamelijke ontwikkeling van het kind zeer betrouwbaar gemeten. Daarnaast zijn er nog 11 andere activiteiten voldoende betrouwbaar gemeten. Bijvoorbeeld voorlichting geven over de dagindeling van het kind, over de lichamelijke verzorging van de baby, het uitvoeren van het PKU/CHT-onderzoek e.d.

7.2.3. Het algemeen peuter/kleuterhuisbezoek

Uit de vragenlijstgegevens komt naar voren dat ook de huisbezoeken voorafgaand aan of in aansluiting op het kleuterbureau alleen door wijkverpleegkundigen worden afgelegd. De 5 wijkziekenverzorgenden geven opnieuw aan dat ze geen peuter/kleuterhuisbezoeken af mogen leggen, omdat het niet binnen hun takenpakket valt. Van de 22 wijkverpleegkundigen legt de helft (N=11) géén peuter/kleuterhuisbezoeken af. De redenen hiervoor zijn dat ze geen tijd hebben voor dit type huisbezoeken (N=2), dat ze ook niet werkzaam zijn op het consultatiebureau, of dat collega-wijkverpleegkundigen deze bezoeken afleggen. De 11 wijkverpleegkundigen die wel ouders met kleuters bezoeken, geven aan dat ze in de maand voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst, gemiddeld 4.4 peuter/kleuterhuisbezoeken hebben afgelegd, met een spreiding van 1 tot 15 bezoeken. Bij slechts 4 wijkverpleegkundigen, die tevens de vragenlijst hebben ingevuld zijn in totaal 10 kleuterhuisbezoeken geobserveerd. Vanwege dit geringe aantal wijkverpleegkundigen is het niet mogelijk betrouwbaarheidsberekeningen uit te voeren voor de vragenlijstgegevens. Bij de wijkverpleegkundigen die gedurende een week de zelf-registratieformulieren invulden, zijn in totaal 7 kleuterhuisbezoeken geobserveerd en geregistreerd.

De gemiddelde tijdsduur van de kleuterhuisbezoeken is volgens de vragenlijstgegevens 50 minuten, met een spreiding van 30 tot 75 minuten (N=11). De gegevens die verkregen zijn uit de observaties bij wijkverpleegkundigen die ook de vragenlijst hebben ingevuld vermelden een gemiddelde tijdsduur van 36 minuten, met een spreiding

van 8 tot 67 minuten (N=4).

Volgens de registratiegegevens die over 7 kleuterhuisbezoeken bij één wijkverpleegkundige zijn verzameld, duren deze huisbezoeken gemiddeld 46 minuten, met een spreiding van 20 tot 75 minuten. De bijbehorende observatiegegevens vermelden een gemiddelde tijdsduur van 45 minuten met een spreiding van 20 tot 68 minuten.

De produkt-moment correlatie voor de registratie- en observatiegegevens voor de tijdsduur bedraagt .99 ($p=.001$). Een aanvullende t-toets voor gepaarde waarnemingen levert geen significant verschil op tussen de observatiegegevens en de registratiegegevens. Dit bete-

Tabel 7.13.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten tijdens de kleuterhuisbezoeken

activiteit	betrouwbaarheid* zelf-registratie/observatie (N=7)
voorlichting geven/ praten over	
- voeding	1.00
- lichamelijke verzorging	.42
- slaap	-
- spreken	1.00
- zindelijkheid	.75
- voorkómen van ongelukken	.42
- voorkómen van ziekten	.65
- ontwikkelingsverschijnselen	1.00
- opvoedingsaspecten	.26
- kleuter/peuterscholen	.42
- spel	.25
- kruiswerk en CB	-
- bereikbaarheid wijkverpleegkundige	-
- peuter/kleutercursus	-
overige activiteiten	
- praatje maken	.35
- administratie	-
- afspraak of verwijzen	-
- herinneren aan CB	-

* Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in een 2x2 tabel.

kent dat de wijkverpleegkundige de tijdsduur van de kleuterhuisbezoeken betrouwbaar heeft gemeten.

Wanneer we een nadere blik werpen op de frequentieverdeling van de activiteiten tijdens kleuterhuisbezoeken (zie bijlage II, tabel 2.3.a en tabel 2.3.b) dan blijkt uit de vragenlijst- en registratiegegevens dat de volgende activiteiten door de wijkverpleegkundigen het meest verricht worden: Voorlichting geven of praten over het slapen, het spreken, het spelen en de ontwikkeling van het kind alsmede het invullen van de CB-kaart (bij vragenlijstgegevens). Ook uit de observatiegegevens komen deze activiteiten als meest frequent voorkomende naar voren. De activiteiten die volgens de vragenlijstgegevens het minst voorkomen zijn: Voorlichting geven of praten over lichamelijke verzorging, peuter- of kleutercursus en herinneren aan het consultatiebureau. De observatiegegevens laten ten aanzien van de minst frequent voorkomende activiteiten een iets ander beeld zien: Voorlichting geven of praten over het voorkomen van ongelukken, kruiswerk en CB, bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige en, net als bij vragenlijstgegevens, herinneren aan het consultatiebureau. De minst voorkomende activiteiten zijn volgens de zelfregistratiegegevens: Praten over bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige, administratie en afspraak maken of verwijzen. De observatiegegevens vermelden de volgende activiteiten als minst voorkomend: Voorlichting geven of praten over kruiswerk en consultatiebureau, bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige, peuter-/kleutercursus en herinneren aan het consultatiebureau.

De betrouwbaarheidsberekeningen voor de registratie- en observatiegegevens worden weergegeven in tabel 7.13. Hierbij dient het huisbezoek als meeteenheid.

Van een aantal activiteiten kunnen geen betrouwbaarheidscoëfficiënten gegeven worden, omdat deze activiteiten niet geobserveerd of niet geregistreerd zijn. Van de overige activiteiten blijken alleen voorlichting geven over de voeding, het spreken, de zindelijkheid, het voorkomen van ziekten (inenting) en de ontwikkeling van het kind voldoende betrouwbaar geregistreerd te zijn.

7.2.4. Het preventieve bejaardenbezoek

Uit de vragenlijstgegevens komt naar voren dat 12 wijkverpleegkundigen (55%) en twee wijkziekenverzorgenden (40%) preventieve bezoeken aan ouderen, die niet in zorg zijn bij de kruisvereniging, afleggen. De drie wijkziekenverzorgenden die géén preventieve bejaardenbezoeken afleggen geven als reden op dat ze deze huisbezoeken niet af mogen leggen. Bij de overige 10 wijkverpleegkundigen spelen de

volgende redenen een rol: Geen tijd (N=1); dit soort bezoeken worden in onze basiseenheid niet afgelegd (N=2); of collega-wijkverpleegkundigen leggen deze bezoeken af (N=7). Deze laatste reden wordt onder andere door wijkverpleegkundigen gegeven die de jeugdgezondheidszorg als aandachtsgebied hebben binnen hun takenpakket.

Degene die wél preventieve bejaardenbezoeken afleggen, hebben in de maand voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst gemiddeld 7.9 bejaarden bezocht, met een spreiding van 1 tot 20. Bij 8 wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden, die tevens de vragenlijst hebben ingevuld, zijn in totaal 19 preventieve bejaardenbezoeken geobserveerd. Bij de 3 wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgende die gedurende een week de registratieformulieren invulden, zijn in totaal 6 preventieve bejaardenbezoeken geobserveerd.

De gemiddelde tijdsduur van preventieve bejaardenbezoeken is, volgens de vragenlijstgegevens 52 minuten, met een spreiding van 30 tot 60 minuten. De observaties bij de vragenlijstgegevens vermelden een gemiddelde tijdsduur, die hiervan weinig afwijkt: 49 minuten, met een spreiding van 18 tot 77 minuten. De registrerende wijkverpleegkundigen noteren een gemiddelde tijd van 47 minuten en een spreiding van 25 tot 60 minuten (N=6), terwijl de observaties bij de registraties een gemiddelde tijdsduur van 45 minuten per preventief bejaardenbezoek vermelden. De spreiding loopt hierbij van 15 tot 60 minuten.

De produkt-momentcorrelatie van de tijdsduur van preventieve bejaardenbezoeken gemeten met behulp van de vragenlijst en met behulp van de observaties, bedraagt .63 ($p=.09$). Deze correlatie is, hoewel hij behoorlijk hoog is, nog niet significant.

De produkt-momentcorrelatie van de registratiegegevens en de observatiegegevens voor wat betreft de tijdsduur van de preventieve bejaardenbezoeken is daarentegen wel significant ($r=.98$, $p=.001$). Aanvullende t-toetsen laten zien dat er géén systematische verschillen zijn tussen het meten van de tijdsduur door wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden en observatoren. Derhalve kunnen we concluderen dat de tijdsduur met de vragenlijst voldoende en met de zelfregistraties zeer betrouwbaar is gemeten.

De wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden en de observatoren geven aan dat een aantal activiteiten frequent worden verricht tijdens de preventieve bejaardenbezoeken. In de eerste plaats geven wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden vaak voorlichting aan de bezochte bejaarde over voeding en het gebruik van medicijnen. Daarnaast vindt het alledaagse praatje en het informeren naar de toe-

stand van de bejaarde ook meestal plaats. Ten derde zijn de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden sterk gericht op het signaleren en het bespreken van vooral somatische en in iets mindere mate van psychische en sociale problemen van de bejaarde. Hierbij worden

Tabel 7.14.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten tijdens de preventieve bejaardenbezoeken

activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=8)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=6)
voorlichting geven/ praten over		
- voeding	.45	1.0
- medicijnen	.47	1.0
- lichamelijke hygiëne	.45	1.0
- verwarming	.20	-
- veiligheid	.63	-
- activiteiten t.b.v. bejaarden	.65	1.0
- taak en functie van andere professies	.44	.63
- inschrijving in bejaardenhuis	0	-
- rechten en plichten cliënt	.71	1.0
- kruiswerk	.87	.63
signaleren en bespreken van		
- somatische problemen	.71	-
- psychische problemen	1.0	.32
- sociale problemen	.63	-
- materiële problemen	-	-
overige activiteiten		
- praatje maken	-	.63
- informeren naar toestand	-	1.0
- bejaarde stimuleren tot activiteiten	.62	.33
- administratie	.76	1.0
- verwijzen	.45	-

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

meestal aantekeningen gemaakt op de gezinskaart. Onderwerpen die het minst frequent aan bod komen zijn de verwarming in het huis, de lichaamshygiëne van de bejaarde, de veiligheid in en rondom het huis en problemen op het materiële vlak zoals het hebben van te weinig geld.

Hoewel de aantallen eigenlijk te klein zijn om de resultaten van de vragenlijst en de zelf-registraties te vergelijken met die van de observaties, hebben we toch de correlaties voor de afzonderlijke activiteiten berekend om een globale indicatie te krijgen van de betrouwbaarheid van de vragenlijstgegevens en de zelf-registraties (zie tabel 7.14). Bij het vergelijken van de vragenlijstgegevens met de observatiegegevens kan voor de activiteiten een praatje maken, het informeren naar de toestand van de bejaarde en het signaleren en bespreken van materiële problemen geen betrouwbaarheidscoëfficiënt berekend worden. Deze activiteiten vertonen namelijk bij één van de twee meetinstrumenten géén enkele variantie. Bij de vergelijking van de zelf-registraties met de observaties geldt hetzelfde voor de activiteiten: voorlichting geven over het bejaardenhuis, het signaleren en bespreken van somatische en sociale problemen en het verwijzen naar andere hulpverleners. Daarnaast zijn er nog een drietal activiteiten die noch geregistreerd, noch geobserveerd zijn.

Ondanks het kleine aantal wijkverpleegkundigen (vragenlijst versus observaties) en huisbezoeken (registratie versus observatie) lijken de meeste wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de preventieve bejaardenbezoeken met behulp van met name de registratiemethode voldoende betrouwbaar gemeten te zijn.

7.2.5. Samenvatting

Bij deze preventieve huisbezoeken zien we in tegenstelling tot de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën dat een verschil naar voren komt tussen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Wijkziekenverzorgenden leggen géén prenatale huisbezoeken en geen huisbezoeken in het kader van de jeugdgezondheidszorg af. Zij hebben daarvoor géén opleiding gehad en het hoort niet tot hun takenpakket. Ongeveer de helft van de wijkziekenverzorgenden legt preventieve bejaardenbezoeken af.

Ook tussen de wijkverpleegkundigen onderling zien we verschillen. Sommigen leggen alleen prenatale-, algemene zuigelingen- en peuter/kleuterhuisbezoeken af. Zij hebben de jeugdgezondheidszorg als speciaal aandachtsveld binnen hun takenpakket. Anderen richten zich

meer op de ouderenzorg en leggen alleen preventieve bejaardenbezoeken af. Daarnaast zijn er uiteraard all-round-werkende wijkverpleegkundigen die alle vier typen huisbezoeken afleggen.

Vergeleken met de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën, waarvan er ongeveer 40 per week worden afgelegd door een wijkverpleegkundige, is de frequentie van deze preventieve huisbezoeken veel lager. Prenatale huisbezoeken worden ongeveer twee keer per maand afgelegd en de andere huisbezoeken 1 à 2 keer per week. Een observatieperiode van één week per wijkverpleegkundige levert dan eigenlijk ook te weinig gegevens om op een gedegen wijze de betrouwbaarheid van de vragenlijst en de zelf-registraties te bepalen.

Voor zover er betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn berekend, blijkt dat de tijdsduur van deze vier soorten huisbezoeken door de wijkverpleegkundigen vooral op de zelf-registratieformulieren betrouwbaar te zijn ingevuld.

Ondanks het feit dat er bij de prenatale-, algemene zuigelingen- en peuter/kleuterhuisbezoeken en de preventieve bejaardenbezoeken slechts een klein aantal huisbezoeken is geobserveerd, geven de frequentieverdelingen aan dat de afzonderlijke activiteiten zeer relevant zijn voor het werk van wijkverpleegkundigen. Bijna iedere activiteit, die we hebben onderscheiden is wel eens geobserveerd. Omdat we voor de meeste activiteiten géén betrouwbaarheid konden berekenen voor zowel de vragenlijstgegevens als de registratiegegevens, kunnen we geen duidelijke uitspraak doen over met welk meetinstrument de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens deze huisbezoeken het beste kunnen worden gemeten. Alleen voor een aantal activiteiten tijdens het preventieve bejaardenbezoek zijn betrouwbaarheidsgegevens van beide meetinstrumenten voorhanden, deze gegevens vallen in het voordeel uit van de zelf-registratiemethode.

7.3. Patiëntgebonden activiteiten in het wijkgebouw

Het betreft hier de activiteiten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden tijdens de zuigelingen- en kleuterbureaus, inentingszittingen, gehoorscreeningen, het spreekuur en gezondheidsvoorlichting en -opvoedingsbijeenkomsten voor groepen.

7.3.1. Het zuigelingenconsultatiebureau

Van de 22 wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld zijn er 16 (73%) werkzaam op het zuigelingenbureau. Drie wijkverpleegkundigen (18.8%) houden het zuigelingenbureau samen met een

huisarts, 11 wijkverpleegkundigen (68.8%) doen dit met een CB-arts en bij twee respondenten (12.4%) houden de arts en de wijkverpleegkundige om de beurt zitting, het zogenaamde bureau nieuwe stijl.

De 6 wijkverpleegkundigen die geen zuigelingenbureaus doen geven als reden op dat in hun basiseenheid collega's deze taak voor hun rekening nemen. De 5 wijkziekenverzoekers werken niet op de zuigelingenbureaus omdat ze dat niet mogen doen, het hoort niet bij hun takenpakket.

Uit de vragenlijstgegevens blijkt dat de 16 wijkverpleegkundigen in de afgelopen maand gemiddeld 3.1 zuigelingenbureaus hebben gehouden met een spreiding van 1 tot 6 bureaus. Het gemiddeld aantal zuigelingen per zitting is 18.3, met een spreiding van 4 tot 25 zuigelingen. Bij 10 wijkverpleegkundigen, die tevens de vragenlijst hebben ingevuld, zijn in totaal 11 zuigelingenbureaus geobserveerd. Tijdens deze zittingen waren er gemiddeld 11.8 zuigelingen aanwezig, met een spreiding van 5 tot 18 zuigelingen.

De registratie- en observatiegegevens (over 4 bureaus) vermelden hetzelfde aantal zuigelingen per zitting, gemiddeld 11.8 zuigelingen met een spreiding van 1 tot 17 zuigelingen.

Daarnaast worden op de zuigelingenbureaus meestal ook enkele kleuters onderzocht. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer ouders zowel kinderen in de zuigelingen- als kleuterleeftijd hebben en dan met beide kinderen tegelijk op het bureau komen.

Een zuigelingenbureau-zitting duurt volgens de vragenlijstgegevens gemiddeld 3 uur en 55 minuten, met een spreiding van 2 uur tot 5 uur en een kwartier. De bijbehorende observatiegegevens melden een lager gemiddelde, van 3 uur en 2 minuten, met een spreiding van 1 uur en 3 minuten tot 4 uur en 38 minuten. De produkt-momentcorrelatie voor de tijdsduur van de zuigelingenbureau-zittingen tussen de vragenlijst- en observatiegegevens bedraagt .68 ($p=.015$). Dit betekent dat de tijdsduur van de bureauezittingen betrouwbaar is gemeten met de vragenlijst. Een aanvullende t-toets laat echter zien dat de wijkverpleegkundigen in de vragenlijst de tijdsduur systematisch overschatten.

De 3 wijkverpleegkundigen vulden op het registratieformulier een gemiddelde tijdsduur in van 2 uur en 39 minuten, met een spreiding van 25 minuten tot 4 uur en 20 minuten ($N=4$ zittingen), en de observatoren noteerden ten aanzien van dezelfde zuigelingenbureaus een gemiddelde tijd van 2 uur en 31 minuten, met een spreiding van 25 minuten tot 4 uur. Observatoren en wijkverpleegkundigen vertonen dus een redelijke overeenstemming met betrekking tot de tijdsduur van de zuigelingenbureau-zittingen. Omdat deze metingen slechts bij 4 bureaus

zijn verricht is deze overeenstemming niet in een betrouwbaarheidscoëfficiënt uit te drukken.

Wanneer de frequentieverdelingen (zie bijlage III, tabel 3.1.a en tabel 3.1.b) van de wijkverpleegkundige activiteiten die tijdens zuigelingenbureaus verricht worden, aan een nader onderzoek onderworpen worden, dan blijkt uit de vragenlijstgegevens dat het observeren van de ouder-kindrelatie, het observeren van het gedrag van het kind, het geven van voedingsadviezen, het klaar maken van entingen, het inenten en het doen van de entadministratie het meest voorkomen. De twee eerstgenoemde activiteiten konden door de observatoren niet waargenomen worden, maar uit de observatiegegevens blijkt wel dat het geven van voedingsadviezen, het klaar maken van entingen, het inenten en het doen van de entadministratie de meest voorkomende activiteiten tijdens zuigelingenbureaus zijn. Volgens de vragenlijstgegevens komen schedel meten, het Van Wiechenschema en verwijzen naar andere hulpverleners het minst voor. Deze activiteiten zijn ook nooit geobserveerd. Bij de bovenstaande opsomming van de meest frequent voorkomende activiteiten tijdens zuigelingenbureaus zijn het voorbereiden CB, opruimen bureau en besprekingen met arts niet genoemd, hoewel deze activiteiten in de vragenlijst door veel wijkverpleegkundigen worden aangegeven. Door de observatoren zijn deze activiteiten op het niveau van het bureau gemeten en niet op het niveau van de zuigeling, zoals met de andere activiteiten wel is gedaan. Daarom past de vergelijking van de vragenlijstgegevens met de observatiegegevens, wat betreft deze gegevens, niet zo goed tussen de rest.

Uit de observatiegegevens blijkt dat 5 van de 10 wijkverpleegkundigen voorbereidingen heeft gedaan voor het zuigelingenbureau, alle wijkverpleegkundigen (N=10) hebben besprekingen gevoerd met de arts met wie ze het bureau deden en 8 van de 10 wijkverpleegkundigen heeft opruimwerkzaamheden verricht. Deze resultaten lijken aardig overeen te komen met wat de wijkverpleegkundigen zelf in de vragenlijst vermeld hebben.

De volgende activiteiten werden door de wijkverpleegkundigen het meest geregistreerd: bespreken van de groeicurve van het kind, informeren naar de lichamelijke toestand van moeder en kind, geven van voedings- en ontwikkelingsadviezen en afspraak maken voor het volgende consultatiebureau. De observatoren die tijdens deze zuigelingenbureaus observeerden noteerden dezelfde activiteiten als meest frequent voorkomend.

De wijkverpleegkundigen en observatoren zijn eveneens tamelijk eensgezind wat betreft de minst frequent voorkomende activiteiten. Zowel

wijkverpleegkundigen als observatoren noteren de volgende activiteiten (vrijwel) geen enkele keer: een afspraak maken voor gehoorscreening en het bespreken van ouder-kindproblemen.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten tijdens zuigelingenbureaus tussen de vragenlijstgegevens en de observatiegegevens worden als volgt berekend: in de vragenlijst hebben de wijkverpleegkundigen, indien ze zuigelingenbureaus houden, globaal aangegeven hoe vaak ze de afzonderlijke concrete activiteiten binnen deze categorie verrichten. Deze activiteiten zijn dus op het niveau van de wijkverpleegkundige gemeten. De observatiegegevens daarentegen zijn gemeten op het meetniveau van de cliënt (zuigeling). De observatiegegevens zijn, vanwege het verschil in meetniveau, ook omgerekend naar het niveau van de wijkverpleegkundige, dit is als volgt gedaan: de frequentie van een bepaalde activiteit tijdens een bureauzitting, gedeeld door het totaal aantal zuigelingen dat bij een wijkverpleegkundige op het bureau is geweest, maal 100. Voor iedere wijkverpleegkundige wordt zo een percentage verkregen. De werkwijze is verder hetzelfde als in 7.1.1 is aangegeven.

De betrouwbaarheidsberekeningen van de zelf-registratie- en observatiegegevens zijn op het niveau van de cliënt (zuigeling) gemaakt, omdat zowel de zelf-registratiegegevens als de observatiegegevens op het niveau van de cliënt gemeten zijn (tabel 7.15).

Ten aanzien van de vragenlijst- en observatiegegevens zijn voor enkele variabelen geen betrouwbaarheidsberekeningen gemaakt. Dit komt omdat deze activiteiten niet of nauwelijks geobserveerd zijn of kunnen worden waargenomen door een buitenstaander (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige observeert het gedrag van het kind). Het ontbreken van betrouwbaarheidscoëfficiënten voor bepaalde activiteiten bij de zelf-registratie is gelegen in het feit dat op het zelf-registratieformulier een aantal activiteiten zijn weggelaten, die in de eerste observatieronde (bij de vragenlijsten) niet of nauwelijks voorkwamen. Dit zijn het meten van de schedel, het uitvoeren van het Van Wiechenschema, het afnemen van de verpleegkundige anamnese en het verwijzen naar andere hulpverleners. Uit tabel 7.15 komt naar voren dat de meeste betrouwbaarheidscoëfficiënten voor zowel de vragenlijstgegevens als de zelf-registratiegegevens hoog zijn. Een uitzondering vormt het wegen en meten van de zuigeling bij de zelf-registratiegegevens. Bij nadere inspectie van de zelf-registratieformulieren blijkt dat de lage correlatie voor het wegen en meten wordt veroorzaakt door één wijkverpleegkundige die het wegen en me-

ten verkeerd geregistreerd heeft. Derhalve kunnen we concluderen dat de wijkverpleegkundige activiteiten zowel met de vragenlijst als met het zelf-registratieformulier voldoende betrouwbaar gemeten zijn.

Tabel 7.15: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens het zuigelingenbureau

activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=10)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=48)
- wegen/meten	.76	.18
- schedel meten	-	-
- observ. gedrag kind	-	-
- observ. ouder-kindrelatie	-	-
- Van Wiechenschema	-	-
- verpl. anamnese	.50	-
- voedingsadviezen	.69	.96
- voorl. afbouwen borstvoeding	-	.70
- enting klaar maken	.76	.92
- enten	.82	.73
- entadministratie	.71	.88
- signaleren ouder-kindprob.	-	-
- bespreken ouder-kindprob.	-	-
- afspraak begeleidingshuisb.	-	1.0
- afspraak volgend CB	.71	.37
- verwijzen	-	-
- bespreken groeicurve	.71	.74
- inform. lich. toest. moeder en kind	.50	.88

* Uitgedrukt in Cramer's V: correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

7.3.2. Het kleuterconsultatiebureau

Dezelfde 16 wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn op het zuigelingenbureau, doen ook het kleuterbureau. Dit zijn dus de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld. Voor de 5 wijkziekenverzorgenden geldt hetzelfde als bij de zuigelingenbureaus, ze mogen

geen kleuterbureaus doen omdat het niet tot hun takenpakket hoort. Vier wijkverpleegkundigen (25%) houden het kleuterbureau samen met een huisarts, 11 wijkverpleegkundigen (68.8%) doen dit met een CB-arts en één wijkverpleegkundige werkt op een bureau nieuwe stijl. Zoals uit de vragenlijstgegevens blijkt hebben de 16 wijkverpleegkundigen in de afgelopen maand gemiddeld 2.2 keer kleuterbureau gehouden, met een spreiding van 0 tot 6 bureaus. De frequentie van de kleuterbureaus is dus lager dan die van de zuigelingenbureaus. Dit blijkt ook uit het feit dat bij de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld slechts 3 kleuterbureauzittingen zijn geobserveerd en bij de wijkverpleegkundigen die zelf registreerden geen enkele.

Het gemiddeld aantal kleuters per zitting dat met behulp van de vragenlijst gemeten is, wijkt af van datgene wat geobserveerd is. Uit de vragenlijst blijkt dat er gemiddeld 11.3 kleuters aanwezig zijn op een kleuterbureau (N=15), met een spreiding van 5 tot 16. De observatoren daarentegen maken melding van gemiddeld 7 kleuters, met een spreiding van 5 tot 9 kleuters (N=3). Het geringe aantal observaties is mogelijk de oorzaak van dit verschil.

Het gemiddeld aantal zuigelingen per kleuterbureauzitting verschilt minder tussen de vragenlijstgegevens en de observatiegegevens. Volgens de vragenlijstgegevens zijn er gemiddeld 2.8 zuigelingen aanwezig op een kleuterbureau (N=4). De spreiding loopt van 0 tot 9 zuigelingen. De observatoren melden een gemiddelde van twee zuigelingen op een kleuterbureau (N=3), met een spreiding van 1 tot 3 zuigelingen.

Kleuterbureaus duren, volgens de vragenlijstgegevens, gemiddeld 3 uur en 53 minuten (N=16), met een spreiding van 2 uur tot 5¹/₂ uur. De observaties geven een gemiddelde aan van 3 uur en 10 minuten, met een spreiding van 1 uur en 20 minuten tot 4 uur en 40 minuten.

Omdat er slechts tijdens 3 kleuterbureauzittingen is geobserveerd kunnen geen betrouwbaarheidscoëfficiënten worden berekend voor de tijdsduur van en de activiteiten tijdens het kleuterbureau, tussen de vragenlijst- en observatiegegevens.

Op grond van de frequentietellingen (zie bijlage III, tabel 3.2) krijgen we toch enige informatie over de wijkverpleegkundige activiteiten op het kleuterconsultatiebureau. Uit de vragenlijst blijkt dat het observeren van moeder en kind, de ogentest, het geven van voedingsadviezen, entingen klaar maken, het enten en het bijhouden van de entadministratie de meest voorkomende activiteiten zijn tijdens de kleuterbureaus. De observatoren hebben de volgende activi-

teiten het meest genoteerd tijdens kleuterbureaus: wegen/meten, ogentest, het geven van voedingsadviezen en enting klaar maken. Er blijkt een redelijke overlap te zijn van veel voorkomende activiteiten tijdens kleuterbureaus tussen vragenlijstgegevens en observatiegegevens. Daarnaast geven de meeste wijkverpleegkundigen aan dat ze meestal het bureau voorbereiden (spullen klaarzetten e.d.) en opruimen en nabespreken met de arts met wie ze het bureau samen doen.

Uit de observatiegegevens komt naar voren dat bij elk van de 3 bureaus er een nabespreking met de arts is geweest. Eén wijkverpleegkundige ruimde het bureau op en het voorbereiden van het bureau werd geen enkele keer gedaan. Gezien het geringe aantal observaties kunnen hier verder geen conclusies aan worden verbonden.

De activiteiten die, zoals uit de vragenlijstgegevens blijkt, het minst frequent voorkomen zijn: het afnemen van het Van Wiechenschema, het verwijzen naar andere hulpverleners en het doen van een urine-onderzoek. Behalve het doen van een urine-onderzoek zijn deze activiteiten ook door de observatoren niet waargenomen. Ook de volgende activiteiten zijn de observatoren niet tegen gekomen tijdens kleuterbureaus: het signaleren van ouder-kindproblemen, het bespreken van ouder-kindproblemen, een afspraak maken voor een huisbezoek ter begeleiding en informeren naar de toestand van moeder en kind.

Er kunnen geen betrouwbaarheidscoëfficiënten van de vragenlijst- en observatiegegevens berekend worden, vanwege het geringe aantal observaties. Het is echter aannemelijk dat deze redelijk overeenkomen met de betrouwbaarheidscoëfficiënten van de zuigelingenbureaus, omdat de gegevens over de kleuterbureaus op dezelfde wijze gemeten worden als over de zuigelingenbureaus.

7.3.3. Inentingszittingen

Slechts één wijkverpleegkundige heeft in de vragenlijst aangegeven wel eens inentingszittingen te houden. Ook tijdens de periode waarin vier wijkverpleegkundigen hun werkzaamheden hebben geregistreerd, hebben geen inentingszittingen plaatsgevonden. Wij zullen daarom niet ingaan op de inhoud van de inentingszittingen.

De andere wijkverpleegkundigen geven in de vragenlijst aan waarom zij geen inentingszittingen houden. De belangrijkste redenen zijn dat de inenting tijdens de consultatiebureaus gegeven worden (N=14) of dat inentingszittingen door andere instanties, zoals de GG en GD gehouden worden (N=11). Twee wijkziekenverzorgenden geven tenslotte aan dat zij in hun basiseenheid als wijkziekenverzorgende geen medewerking mogen verlenen aan dit soort zittingen.

7.3.4. Gehoorscreeningszittingen

Zes (27.2%) van de 22 wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld verrichten gehoorscreeningen bij zuigelingen. De overige 16 wijkverpleegkundigen geven aan geen gehoorscreeningen te verrichten omdat collega-wijkverpleegkundigen, die hierin een speciale scholing hebben gehad, deze taak verrichten (N=10) of omdat deze zittingen in hun basiseenheid nooit worden gehouden (N=3). Van de wijkziekenverzoekers zeggen allen (N=5) geen gehoorscreeningen te verrichten, omdat zij dat in hun functie niet mogen doen.

Hieruit blijkt dus dat slechts ruim een kwart van de wijkverpleegkundigen gehoorscreeningszittingen houdt. Dit geringe aantal stemt overeen met de observatiegegevens. Bij de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst of de zelf-registratieformulieren invulden zijn in totaal slechts één, respectievelijk twee screeningszittingen geobserveerd. Het zal duidelijk zijn dat hier geen betrouwbaarheidsberekeningen mogelijk zijn. Daarom volgen nu kort enige beschrijvende gegevens (zie ook bijlage III, tabel 3.3a en tabel 3.3b).

Wijkverpleegkundigen geven in de vragenlijst aan dat een gehoorscreeningszitting gemiddeld 2 uur en 51 minuten duurt. Bij één wijkverpleegkundige die de vragenlijst invulde, is een zitting geobserveerd waarin het gehoor van 9 zuigelingen werd gescreend. Deze zitting duurde 84 minuten. Tijdens de zittingen van twee wijkverpleegkundigen die zelf registreren zijn 12, respectievelijk 13 zuigelingen gescreend. De tijdsduur bedraagt 1 uur en 3 kwartier, respectievelijk ongeveer twee uur (volgens de observatiegegevens en de registratiegegevens).

De meest voorkomende activiteiten tijdens de zittingen zijn de gehoorscreening zelf (in alle gevallen werd de Ewing-test gebruikt), de administratie rondom de screening en het opruimen van het bureau na afloop. Dit blijkt uit de gegevens van alle meetinstrumenten. Omdat de wijkverpleegkundige tijdens de gehoorscreeningszittingen maar weinig verschillende activiteiten verricht, lijkt het niet uit te maken of deze activiteiten met behulp van een vragenlijst of door middel van zelf-registraties worden gemeten.

7.3.5. Het spreekuur

Alle wijkverpleegkundigen (N=22) geven in de vragenlijst aan dat zij spreekuur houden en géén van de wijkziekenverzoekers (N=5) zegt dit te doen. De wijkziekenverzoekers mogen geen spreekuur houden, omdat zij geen opleiding hebben gehad voor een aantal activiteiten die tijdens spreekuren regelmatig plaatsvinden, zoals het geven van voedingsadviezen aan moeders van zuigelingen.

Volgens de vragenlijstgegevens varieert het aantal spreekuren dat een wijkverpleegkundige houdt van één keer per twee weken tot vijf keer per week (iedere dag), gemiddeld betreft het 1,3 spreekuur per week. Deze gegevens stemmen goed overeen met de bevindingen van de observatoren bij 12 wijkverpleegkundigen. Zij hebben gemiddeld 1,8 spreekuren per week geobserveerd met een spreiding van 1 tot 4. Bij de 3 wijkverpleegkundigen die het registratieformulier invulden zijn in totaal 10 spreekuren geobserveerd.

Uit de gegevens van de verschillende meetinstrumenten blijkt dat het gemiddeld aantal vragen tijdens één spreekuur rond de 2,6 ligt, met een spreiding van 0 tot 4 hulpvragen. Deze vragen hebben, zoals uit de metingen blijkt, het meest betrekking op voedingsvoorlichting, een injectie, uitleen, afspraak maken of verzetten voor bijvoorbeeld het consultatiebureau, en/of vallen binnen de categorie overige hulpvragen (zie bijlage III, tabel 3.4.a en tabel 3.4.b).

Het is opvallend dat tijdens de registratieperiode de uitleenwerkzaamheden van de wijkverpleegkundigen veruit de meest frequent voorkomende activiteit blijkt te zijn tijdens spreekuren, terwijl dit bij de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld veel minder vaak het geval is. Deze discrepantie is te verklaren door het feit, dat het percentage wijkverpleegkundigen uit een grote stad groter is onder de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld dan onder de zelf-registrerende wijkverpleegkundigen. Kruisverenigingen in grote steden hebben namelijk vaak een centraal uitleenmagazijn, zodat er geen uitleenwerkzaamheden meer op de wijkgebouwen plaatsvinden.

Uit de vragenlijstgegevens blijkt dat een spreekuur gemiddeld 43 minuten duurt, met een spreiding van 20 tot 70 minuten. De observaties bij deze wijkverpleegkundigen ondersteunen dit met een gemiddelde tijdsduur van 39 minuten en een spreiding van 30 tot 62 minuten. De produkt-momentcorrelatie tussen deze gegevens bedraagt .85. Een aanvullende t-toets laat geen systematische verschillen zien tussen de vragenlijst- en de observatiegegevens ($t=1.20$, $p=.26$). Dit betekent dat de tijdsduur van het spreekuur met de vragenlijst betrouwbaar is gemeten. Ook bij de zelf-registratiemethode is dit het geval. De produkt-momentcorrelatie tussen de registratie- en de observatiegegevens is .97 en een aanvullende t-toets is niet significant. Hieruit kunnen we concluderen dat de tijdsduur van het spreekuur zowel met de vragenlijst als met de zelf-registratiemethode betrouwbaar is gemeten.

Per type hulpvraag is steeds één activiteit van de wijkverpleegkun-

dige genoteerd. Bijvoorbeeld een patiënt komt voor een injectie, de wijkverpleegkundige geeft dan een injectie; iemand komt om krukken te lenen, de wijkverpleegkundige leent de krukken uit. De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor deze wijkverpleegkundige activiteiten tijdens het spreekuur zijn voor de vragenlijstgegevens en de observatiegegevens berekend op het niveau van de wijkverpleegkundige. In de vragenlijst is aangegeven of een wijkverpleegkundige activiteit in de onderzoekswEEK tijdens het spreekuur is voorgekomen. Het aantal maal dat een bepaalde activiteit is voorgekomen is niet onderzocht met de vragenlijst. Daarom wordt, ten behoeve van de betrouwbaarheidsberekeningen bij de observatiegegevens per activiteit aangegeven of de wijkverpleegkundige deze wel of niet heeft verricht. Bij de betrouwbaarheidsberekeningen voor de registratie- en observatiegegevens is een spreekuur de meeteenheid. Per spreekuur is aangegeven of een activiteit wel of niet is verricht, omdat een bepaalde activiteit vrijwel altijd maar één keer voorkomt tijdens een spreekuur.

Tabel 7.16.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens het spreekuur

activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=12)	betrouwbaarheid* zelf-registratie/ observatie (N=10)
- inschrijven kraamzorg	.67	-
- kind wegen	.47	-
- voedingsvoorlichting geven	.10	1.0
- injectie geven	.52	1.0
- helpen bij psycho- sociaal probleem	-	-
- helpen bij somatisch probleem	.39	-
- uitleenwerkzaamheden	.61	.80
- afspraak maken	.31	.38
- overige activiteiten	.06	.82

- * Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.
 - betekent een te geringe frequentie van de desbetreffende activiteit voor het berekenen van een betrouwbaarheidscoëfficiënt.

Met de vragenlijst is geen enkele wijkverpleegkundige activiteit tijdens het spreekuur voldoende betrouwbaar gemeten. Bij 'het inschrijven voor de kraamzorg' en 'uitleenwerkzaamheden' zien we wel een hoge phi-waarde, maar bij nadere inspectie van de kruistabel blijkt dit een negatieve samenhang te zijn tussen de vragenlijst- en de observatiegegevens. Phi geeft namelijk de mate van samenhang aan, maar niet de richting van het verband. Dit betekent dat bij wijkverpleegkundigen, die in de vragenlijst hebben aangegeven dat ze tijdens het spreekuur mensen hebben ingeschreven voor de kraamzorg of uitleenartikelen hebben verstrekt, dit niet geobserveerd is en omgekeerd.

Met de zelf-registratieformulieren zijn de volgende vier activiteiten betrouwbaar gemeten: het geven van voedingsvoorlichting, het geven van injecties, uitleenwerkzaamheden en overige activiteiten. Bij het meten van de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens het spreekuur levert de zelf-registratiemethode derhalve meer betrouwbare resultaten op dan de vragenlijst.

7.3.6. Georganiseerde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Veertien (63.6%) van de 22 wijkverpleegkundigen werken weleens mee aan GVO-activiteiten die voor bepaalde groepen door het kruiswerk worden georganiseerd. Van de vijf wijkziekenverzorgenden is er slechts één actief op dit terrein, de anderen mogen zich niet met georganiseerde GVO-activiteiten bezig houden.

De overige acht wijkverpleegkundigen hebben verschillende redenen waarom ze dit niet doen: collega-wijkverpleegkundigen hebben deze taak (N=4); binnen de basiseenheid wordt überhaupt niets aan georganiseerde GVO gedaan (N=2); niet in bezit van een wijkaantekening (N=1); en tenslotte geeft één wijkverpleegkundige aan dat ze pas in dienst is en nog geen ervaring heeft met GVO.

De georganiseerde GVO is in de vragenlijst in twee groepen onderverdeeld: cursussen/gespreksgroepen en projecten. Deze indeling wordt hier ook aangehouden. Bij het bespreken van de georganiseerde GVO beperken we ons voornamelijk tot de gegevens die met de vragenlijst zijn verkregen, omdat de meeste wijkverpleegkundigen maar aan één of hooguit twee cursussen en/of projecten per jaar meewerken. Daarom zijn er nauwelijks activiteiten op dit terrein geobserveerd of geregistreerd.

Cursussen en gespreksgroepen

Cursussen en gespreksgroepen in het kader van zwangerschap en opvoeding, op bepaalde gezondheids- en ziektegebieden en voor buitenlanders worden het meest gegeven (zie bijlage III, tabel 3.5.a). Voor-

beelden hierbij zijn zwangerschapsgymnastiek, gespreksgroepen voor ouders met peuters; cursussen op het gebied van hart- en vaatziekten, overgewicht en diabetes; en een cursus voor buitenlanders waarin de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en de functie van het kruiswerk in het algemeen wordt uitgelegd. Ook één van de wijkverpleegkundigen die de zelf-registratieformulieren invulden, was tijdens de onderzoeksperiode bezig met de voorbereiding van een peutercursus.

Bij meer dan 60% van de cursussen waar de wijkverpleegkundigen aan meewerken wordt door hen de volgende activiteiten verricht: de voorbereiding, leiding geven samen met anderen en de evaluatie van de cursus. Bij de voorbereiding van de cursus wordt zelfs altijd meegeholpen door de wijkverpleegkundigen. Deze activiteit is ook het meest geobserveerd (zie tabel 3.5.d, bijlage III). Dat wijkverpleegkundigen alleen de leiding hebben of slechts aanwezig zijn bij de cursus komt bij minder dan 15% van de cursussen/gespreksgroepen voor.

Verder blijkt uit de vragenlijstgegevens dat wijkverpleegkundigen gemiddeld 21 uur besteden aan een cursus of gespreksgroep met een spreiding van 2 uur tot 48 uur. Omdat alle activiteiten in het kader van cursussen en gespreksgroepen veelal over een groot aantal weken verspreid zijn, heeft het weinig zin om de tijdsbesteding aan cursussen of gespreksgroepen die met de observaties gedurende één week zijn verkregen te vermelden.

Projecten

Vier wijkverpleegkundigen zeggen in het jaar voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst te hebben meegewerkt aan een project. Drie van hen deden dit bij een nazorgproject en één wijkverpleegkundige werkte mee aan het opzetten van een onderzoek door een consultatiebureauteam en een gezondheidscentrum. Er worden in het kader van medewerking aan projecten slechts drie activiteiten genoemd waaraan de vier wijkverpleegkundigen zeggen te hebben meegewerkt. Bij twee projecten is meegeholpen aan de voorbereiding, bij één project heeft een wijkverpleegkundige de administratie gedaan, en bij twee projecten waren de wijkverpleegkundigen 'slechts' aanwezig. Gemiddeld besteedden de wijkverpleegkundigen drie uur en drie kwartier aan deze projecten, met een spreiding van één tot acht uur.

Tenslotte was één wijkverpleegkundige die de zelf-registratieformulieren invulde tijdens de onderzoekswEEK bezig met een project medisch-technisch handelen binnen de kruisvereniging. Ze bereidde het project voor en had samen met iemand anders de leiding over het project.

7.3.7. Samenvatting

De patiëntgebonden activiteiten die plaatsvinden in het wijkgebouw worden vrijwel uitsluitend door wijkverpleegkundigen verricht. Slechts één wijkziekenverzorgende werkt weleens mee aan GVO-activiteiten die door de basiseenheid worden georganiseerd.

Ook tussen de wijkverpleegkundigen onderling zien we verschillen. Ruim 70% is werkzaam op de consultatiebureaus en ruim 60% werkt mee aan georganiseerde GVO. Degenen die géén consultatiebureau houden hebben de ouderenzorg als speciaal aandachtsveld binnen hun takenpakket. Slechts een kwart van de wijkverpleegkundigen uit dit vooronderzoek, verricht gehoorscreeningen bij zuigelingen (de Ewing-test). Deze hebben daarvoor een speciale scholing gehad. Aparte inentingszittingen worden op één uitzondering na, door de wijkverpleegkundigen niet gehouden, de kinderen worden ingeënt tijdens de consultatiebureaus, of bij de GG en GD. Wèl houdt iedere wijkverpleegkundige spreekuur.

In het algemeen is de frequentie van de verschillende patiëntgebonden activiteiten die in het wijkgebouw worden verricht veel lager dan bijvoorbeeld de frequentie van de huisbezoeken waarin lichamelijk hygiënische zorg e.d. wordt verleend. Zuigelingen- en kleuterbureaus worden 1 tot 6 keer per maand gehouden, dit verschilt per wijkverpleegkundige. De frequentie van het wijkverpleegkundige spreekuur varieert van eens in de twee weken tot 1 keer per dag. Een wijkverpleegkundige houdt maximaal één gehoorscreeningszitting per maand en wijkverpleegkundigen werken 1 of hooguit 2 keer per jaar mee aan GVO-activiteiten als gespreksgroepen voor ouders met peuters e.d. Een observatieperiode van één week per wijkverpleegkundige levert dan ook te weinig gegevens op om de betrouwbaarheid van de vragenlijst- en de zelf-registratiegegevens met betrekking tot de meeste van de werkzaamheden te bepalen. Slechts voor de tijdsduur van en voor de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens het zuigelingenbureau en het spreekuur kan de mate van betrouwbaarheid van de vragenlijst- en de zelf-registratiegegevens worden vastgesteld. De zelf-registratiemethode levert hierbij de meest betrouwbare resultaten op. De wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de consultatiebureaus en het spreekuur kunnen daarom het meest geschikt met behulp van de zelf-registratiemethode gemeten worden, maar dan gedurende een langere periode dan een week. Vanwege de geringe frequentie van de wijkverpleegkundige activiteiten op het gebied van de georganiseerde GVO, lijkt een vragenlijst de meest geschikt methode voor het meten van deze activiteiten. Hetzelfde geldt voor de gehoorscreeningszittingen. De frequentie van deze zittingen is gering, bo-

vendien worden tijdens deze zitting slechts enkele verschillende wijkverpleegkundige activiteiten verricht.

7.4. Niet-patiëntgebonden activiteiten

Tot de categorie niet-patiëntgebonden activiteiten rekenen we de volgende werkzaamheden: 1. magazijnwerkzaamheden; 2. administratie en verslaglegging; 3. overlegsituaties; 4. bijscholings- en studie-activiteiten; 5. begeleiden van stagiaires; en 6. reizen.

7.4.1. Magazijnwerkzaamheden

Van de 22 wijkverpleegkundigen zijn er zeven die buiten het spreekuur wel eens magazijnwerkzaamheden verrichten. Van de wijkziekenverzorgenden (N=5) is er niemand die wel eens magazijnwerkzaamheden verricht. Van degenen die nooit magazijnwerkzaamheden verrichten, is er één die dit niet doet omdat een collega-wijkverpleegkundige deze taak heeft, terwijl alle anderen als reden noemen dat er in de basiseenheid geen magazijnuitleen is. Deze laatste wijkverpleegkundigen werken in een grote stad waar de kruisorganisatie een centraal magazijn heeft.

De zeven wijkverpleegkundigen die in de vragenlijst gemeld hebben magazijnwerkzaamheden te verrichten, hebben hier in de week voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst gemiddeld 14 minuten aan besteed, met een spreiding van 0 tot 30 minuten. De gemiddelde tijd die wijkverpleegkundigen per week besteed hebben aan magazijnwerkzaamheden, geobserveerd bij slechts twee wijkverpleegkundigen, wijkt hier weinig van af. Gemiddeld hebben de observatoren namelijk een tijd gemeten van 12 minuten, met een spreiding van 4 tot 20 minuten. Twee wijkverpleegkundigen hebben magazijnwerkzaamheden geregistreerd. Zij hebben een gemiddelde tijd per week gemeten van 17 minuten, met een spreiding van 3 tot 30 minuten. De observaties, die betrekking hebben op dezelfde registraties, melden een vrijwel gelijk gemiddelde, namelijk van 16 minuten, met een spreiding van 3 tot 28 minuten.

Vanwege het geringe aantal observaties kunnen er geen correlaties berekend worden tussen de vragenlijstgegevens en de observatiegegevens, alsmede tussen de zelf-registratiegegevens en de observatiegegevens wat betreft tijdsduur en inhoud van magazijnwerkzaamheden. Uit tabel 4.1.a. en 4.1.b. (bijlage IV) blijkt, dat de wijkverpleegkundigen bij het verrichten van magazijnwerkzaamheden voornamelijk bezig zijn met het uitlenen van verpleegartikelen en hulpmiddelen.

Dit is logisch omdat 'aanvullingen organiseren van de magazijnvoorraad', 'controle vaccinvoorraad' en 'onderhoud van artikelen' waarschijnlijk niet zo vaak hoeven te gebeuren. Maar het lijkt aannemelijk dat een wijkverpleegkundige wanneer zij een artikel uitleent tevens opschrijft aan wie zij dat gedaan heeft. Het is opvallend, dat deze administratieve activiteiten noch volgens de vragenlijst, noch volgens de observaties veel blijken voor te komen.

7.4.2. Administratieve werkzaamheden

Met administratieve activiteiten wordt hier bedoeld alle administratie die de wijkverpleegkundigen doen buiten het spreekuur, de huisbezoeken, de consultatiebureaus e.d. om. Alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geven aan dit te doen. Het blijkt bovendien een activiteit te zijn, die een belangrijke tijdsinvestering vergt van de wijkverpleging. Uit de vragenlijstgegevens blijkt dat er gemiddeld 31 minuten per dag wordt besteed aan administratieve activiteiten, met een spreiding van 10 tot 70 minuten. De observatoren hebben bij dezelfde wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden gemiddeld een iets hogere tijdsbesteding gemeten: 40 minuten, met een spreiding van 1 tot 155 minuten. De correlatie tussen de vragenlijst- en de observatiegegevens is .27 ($p=.17$), hetgeen er op wijst dat de tijdsduur van de administratieve activiteiten per dag met de vragenlijst niet betrouwbaar is gemeten.

De zelf-registrerende wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hebben een gemiddelde tijd genoteerd van 54 minuten per dag, met een spreiding van 15 tot 90 minuten, terwijl de observatoren bij dezelfde wijkverpleegkundigen een lager gemiddelde gemeten hebben, namelijk van 45 minuten, met een spreiding van 18 tot 80 minuten. De correlatie tussen deze gegevens is hoog en bedraagt .70, hetgeen er op wijst dat de tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden betrouwbaar is gemeten door middel van zelf-registratie. Een aanvullende t-toets ($t=-2.3$, $p=.03$) laat echter zien dat de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden hun tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden systematisch iets (gemiddeld ongeveer negen minuten per dag) te hoog inschatten.

De administratie voor het Wijk Administratie Systeem (WAS) (zie tabel 4.2.a en tabel 4.2.b in bijlage IV) wordt het meest frequent verricht (zie 3.2 voor een beschrijving van het WAS). De activiteit gezinskaarten opzoeken blijkt ook vrij frequent voor te komen, de gezinskaarten behoren namelijk bij het WAS-systeem.

Administratie voor het eigen registratiesysteem van de basiseenheid komt ook veelvuldig voor. Sommige basiseenheden verzamelen namelijk

naast WAS-gegevens, ook voor eigen gebruik gegevens over bijvoorbeeld patiëntencategorieën, verrichte zorgverlening enz. Hiertoe is een eigen administratiesysteem ontworpen. Tenslotte is naast 'diversen', het schrijven of lezen in het boodschappenschrift een veelvuldige bezigheid. Wanneer verschillende wijkverpleegkundigen vanuit hetzelfde wijkgebouw werkzaam zijn, wordt daar vaak een schrift aangelegd, waarin wijkverpleegkundigen boodschappen aan elkaar kunnen doorgeven. Omdat zij vaak bij patiënten/cliënten thuis werkzaam zijn, is dit soms de enige mogelijkheid om berichten op tijd aan collega-wijkverpleegkundigen door te geven.

Schriftelijke overdracht naar avond-, nacht- en weekenddienst en naar intramurale instellingen komen van de administratieve werkzaamheden het minst voor. Overdrachten van patiënten naar intramurale instellingen komen in de regel niet dagelijks voor en als er een patiënt van de wijkverpleging opgenomen wordt in een intramurale instelling, wordt ook lang niet altijd een overdracht geschreven.

Tabel 7.17.: betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de activiteiten in het kader van administratieve werkzaamheden

activiteit	betrouwbaarheid* vragenlijst/ observatie (N=15)	betrouwbaarheid** zelf-registratie/ observatie (N=16)
- administratie WAS	.81	.62
- schriftelijke overdracht avond-, nacht-, weekend- dienst	.49	-
- schriftelijke overdracht intramurale instellingen	-	-
- gezinskaarten opzoeken	.55	.22
- oproepen + administratie CB's	.92	-
- administratie eigen regi- stratiesysteem basiseenheid	.83	.29
- boodschappenschrift	.87	.65
- diversen	.35	-

* Uitgedrukt in Cramer's V: Correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

** Uitgedrukt in Phi: Associatiemaat voor variabelen in 2x2 tabellen.

Voorts worden overdrachten naar de avond-, nacht- en weekenddiensten bij de kruisverenigingen waar geobserveerd is veelal mondeling gedaan.

De betrouwbaarheidsberekeningen voor de afzonderlijke activiteiten worden in tabel 7.17 weergegeven.

Vanwege een te gering aantal observaties kan tussen de vragenlijsten en observatiegegevens de correlatie voor schriftelijke overdracht voor intramurale instellingen niet berekend worden. Voor de zelf-registratie- en observatiegegevens geldt hetzelfde voor de activiteiten schriftelijke overdracht naar avond-, nacht- en weekenddienst, schriftelijke overdracht naar intramurale instellingen en oproepen + administratie voor consultatiebureaus. Deze activiteiten zijn geobserveerd, noch geregistreerd. De activiteit diversen (post uitzoeken, bureau opruimen e.d.) daarentegen is iedere dag geobserveerd (100%). Met de vragenlijst zijn de volgende activiteiten betrouwbaar gemeten: administratie voor het WAS, opzoeken van gezinskaarten, oproepen en administratie voor consultatiebureaus, administratie voor het eigen registratiesysteem van de basiseenheid en schrijven of lezen in het boodschappenschrift. Met de zelf-registratiemethode zijn slechts 2 activiteiten voldoende betrouwbaar gemeten, namelijk administratie voor het WAS en schrijven of lezen in het boodschappenschrift. Hierbij moet echter opgemerkt worden, dat daarnaast van 3 activiteiten zowel door de observatoren als door de zelf-registrerende wijkverpleegkundigen is aangegeven dat deze activiteiten niet verricht zijn tijdens de onderzoeksperiode.

7.4.3. Overlegsituaties

Omdat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden met veel verschillende personen en instanties overleg kunnen plegen, zijn de overlegsituaties geordend in vier groepen: 1. overlegsituaties binnen het kruiswerk die regelmatig en op vaste tijdstippen plaatsvinden; 2. overige overlegsituaties binnen het kruiswerk; 3. overlegsituaties buiten het kruiswerk die regelmatig en op vaste tijdstippen plaatsvinden en 4. overige overlegsituaties buiten het kruiswerk.

1. Vaste overlegsituaties binnen het kruiswerk. Dit zijn het basiseenheidsoverleg, het subteamoverleg en de individuele werkbespreking met de hoofdwijkverpleegkundige. Tijdens het basiseenheid- en het subteamoverleg worden de nieuwe patiënten onder de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden verdeeld, wordt besproken wie welke patiënten overneemt als een wijkverpleegkundige ziek of met vakantie

is e.d. Ook meer organisatorische zaken komen aan de orde, bijvoorbeeld de hoofdwijkverpleegkundige vertelt over beslissingen die door het bestuur of de directie van de plaatselijke of regionale kruisvereniging zijn genomen.

Uit de vragenlijstgegevens (zie bijlage IV, tabel 4.3.a) komt naar voren dat het basiseenheidsoverleg 1 tot 8 keer en het subteamoverleg 3 tot 12 keer per maand voorkomen, met een gemiddelde van 3,7, respectievelijk 5,3 keer per maand. De tijdsduur van een basiseenheidsoverleg is gemiddeld 103 minuten, met een spreiding van 10 tot 260 minuten. Een subteamoverleg duurt gemiddeld 98 minuten, met een spreiding van 15 tot 240 minuten. Volgens de vragenlijstgegevens is er dus een behoorlijke variatie in de tijdsduur van bovengenoemde twee overlegsituaties.

Ditzelfde beeld krijgen we uit de observatiegegevens (bijlage IV, tabel 4.3.b) die verzameld zijn bij de 17 wijkverpleegkundigen/wijkzakenverzorgenden die de vragenlijst invulden. Bij 9 wijkverpleegkundigen is een basiseenheidsoverleg geobserveerd, waarvan de gemiddelde tijdsduur 111 minuten bedraagt, met een spreiding van 20 tot 205 minuten. Bij 14 wijkverpleegkundigen is een subteamoverleg geobserveerd, met een gemiddelde tijdsduur van 80 minuten en een spreiding van 15 tot 150 minuten.

De produkt-moment correlatie voor de tijdsduur van het basiseenheidsoverleg tussen de vragenlijst- en observatiegegevens bedraagt .32 ($p=.18$) en voor de tijdsduur van het subteamoverleg .55 ($p=.02$). Dit betekent dat de tijdsduur van het basiseenheidsoverleg met de vragenlijst niet betrouwbaar is gemeten. Mogelijk wordt deze lage correlatie veroorzaakt door het geringe aantal wijkverpleegkundigen ($N=9$) in combinatie met de grote spreiding van de desbetreffende variabelen. De tijdsduur van het subteamoverleg is wel betrouwbaar gemeten met de vragenlijst. Uit een aanvullende t-toets komt naar voren dat de 14 wijkverpleegkundigen deze tijdsduur gemiddeld 47 minuten overschatten, dit verschil is net niet significant.

Omdat er maar 3 wijkverpleegkundigen en 1 wijkzakenverzorgende gedurende een week geregistreerd hebben, is bij de registratiegegevens (en de bijbehorende observatiegegevens) geen onderscheid gemaakt tussen basiseenheid- en subteamoverleg. Deze zijn samengevoegd tot de categorie 'grote overlegsituaties' en zijn in totaal 5 keer geobserveerd en geregistreerd (zie tabel 4.3.g, bijlage IV). De produkt-momentcorrelatie voor de tijdsduur van deze overlegsituaties tussen de registratie- en observatiegegevens bedraagt .79 ($p=.001$) en een aanvullende t-toets laat geen systematische verschillen zien. De tijdsduur van de grote overlegsituaties is derhalve met de

zelf-registratiemethode voldoende betrouwbaar gemeten. Gegeven het feit dat slechts bij 3 wijkverpleegkundigen een werkbespreking met de hoofdwijkverpleegkundige werd geobserveerd, zullen we hier niet nader op ingaan. Voor nadere informatie zie bijlage IV, tabel 4.3.a en 4.3.b.

2. Overige overlegsituaties binnen het kruiswerk. Uit de vragenlijstgegevens (zie tabel 4.3.d, bijlage IV) komt naar voren dat slechts weinig wijkverpleegkundigen of wijkziekenverzorgenden wel eens overleg hebben met het bestuur of directie van de kruisvereniging, of op het niveau van de erkende kruisorganisatie of lidinstelling. Van de ondersteunende functionarissen binnen het kruiswerk worden de districtsverpleegkundigen door driekwart van de wijkverpleegkundigen een aantal maal per jaar geraadpleegd. De GVO-consulente en de diëtiste worden door minder dan de helft van de wijkverpleegkundigen wel eens om advies gevraagd. Daarnaast is er overleg met het kraamcentrum over pasgeboren baby's in de wijk. Dit zijn vormen van overleg die een aantal maal per jaar voorkomen en waarover we dus nauwelijks observatiegegevens tot onze beschikking hebben.

Informeel overleg met de hoofdwijkverpleegkundige en informeel overleg met collega-wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden komen daarentegen dagelijks voor (zie tabel 4.3.c, bijlage IV). De correlatie tussen de in de vragenlijst geschatte tijdsbesteding aan informeel overleg met de hoofdwijkverpleegkundige per week en de door observatoren gemeten tijdsbesteding is $-.08$. De correlatie voor de tijdsduur aan informeel overleg met andere wijkverpleegkundigen of wijkziekenverzorgenden bedraagt echter $.52$ ($p=.03$), terwijl dit op precies dezelfde wijze gemeten is. Een aanvullende t-toets levert geen significant verschil op tussen de vragenlijst- en de observatiegegevens. De conclusie is derhalve dat de tijdsduur van het informeel overleg met collega's wel betrouwbaar is gemeten met de vragenlijst.

Omdat er tijdens de registratieperiode bij de 3 wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgende niet zo'n groot aantal overlegsituaties geobserveerd en geregistreerd zijn, is er alleen een onderscheid gemaakt tussen 'grote overlegsituaties' (basiseenheidoverleg en subteamoverleg) en overige overlegsituaties. De overige overlegsituaties bestaan voornamelijk uit informeel overleg met collega-wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, met daarnaast een enkel contact met huisarts, gezinszorg en fysiotherapeut. De tijdsbesteding aan deze overige overlegsituaties is per dag gemeten (zie tabel 4.3.h, bijlage IV). De produkt-moment-correlatie voor deze tijdsbe-

steding per dag tussen de observatiegegevens en de zelf-registratiegegevens bedraagt .70 ($p=.001$) en een aanvullende t-toets levert geen verschillen op. Dit betekent dat de zelf-registrerende wijkverpleegkundigen de tijdsbesteding aan de overige overlegsituaties c.q. het informele overleg met andere wijkverpleegkundigen betrouwbaar hebben gemeten.

3. Vaste overlegsituaties buiten het kruiswerk. Hiermee worden overlegsituaties binnen een samenwerkingsverband (gezondheidscentrum, home-team, eerstelijnssteam e.d.) bedoeld, die regelmatig en op vaste tijden plaatsvinden. Elf wijkverpleegkundigen, die de vragenlijst invulden zijn werkzaam in een gezondheidscentrum of een home-team. Deze geven aan 1 tot 6 keer per maand overleg te hebben met de andere disciplines (bijvoorbeeld huisarts, maatschappelijk werker, fysiotherapeut) van het samenwerkingsverband. Tijdens dit overleg wordt over gemeenschappelijke patiënten en/of over organisatorische zaken gesproken. Zo'n overleg duurt gemiddeld 84 minuten, met een spreiding van 10 tot 180 minuten (zie tabel 4.3.a, bijlage IV).

Omdat slechts bij 3 wijkverpleegkundigen een eerstelijns-overleg werd geobserveerd, met een gemiddelde tijdsduur van 41 minuten en een spreiding van 19 tot 70 minuten, kan er geen betrouwbaarheidscoëfficiënt worden vastgesteld voor de tijdsduur van dit type overleg.

4. Overige overlegsituaties buiten het kruiswerk. Dit betreft het persoonlijk of telefonisch overleg van een wijkverpleegkundige/wijk-ziekenverzorgende met bijvoorbeeld de huisarts, gezinszorg, verpleegkundigen in het ziekenhuis, AGGZ, vrijwilligerswerk e.d. (zie voor een overzicht tabel 4.3.f, bijlage IV). Wijkverpleegkundigen overleggen het meest met de huisartsen, fysiotherapeut, gezinszorg en met de verpleging in een verzorgingstehuis, volgens de vragenlijstgegevens. We zien hier grote verschillen tussen wijkverpleegkundigen onderling: sommigen overleggen bijvoorbeeld nooit met een huisarts, terwijl anderen vrijwel iedere dag contact hebben met deze hulpverlener (wijkverpleegkundigen die in gezondheidscentra werkzaam zijn). Persoonlijk overleg tussen wijkverpleegkundigen en specialist, overleg met pastor en met de Gemeentelijke Sociale Dienst komen het minst voor. Ook het representeren van de kruisvereniging in bijvoorbeeld een begeleidingscommissie gebeurt zeer sporadisch.

Veel van deze overlegsituaties komen per wijkverpleegkundige slechts een aantal maal per jaar voor. Daardoor zijn er te weinig overlegsituaties geobserveerd, om de betrouwbaarheid van deze vragenlijstgegevens vast te stellen. Wel blijkt uit de bijbehorende observaties dat overleg met de huisarts en de gezinszorg het meest voorkomt.

Naast de vier genoemde groepen overlegsituaties heeft de wijkverpleging buiten huisbezoeken, spreekuren, consultatiebureaus e.d. om nog een aantal contacten met patiënten of zijn mantelzorg. Het betreft hier meestal korte contacten over het verzetten van een afspraak of bijvoorbeeld het doorgeven van een geboorte. Uit de vragenlijstgegevens (N=27) komt naar voren dat volgens de wijkverpleegkundigen deze contacten gemiddeld 9 minuten per dag in beslag nemen, met een spreiding van 2 tot 20 minuten. De bijbehorende observaties bij 17 wijkverpleegkundigen laten een gemiddelde zien van 4 minuten per dag, met een spreiding van 1 tot 8 minuten. De produkt-moment-correlatie tussen de beide gegevens is .79 ($p=.005$), hetgeen erop wijst dat de tijdsbesteding aan deze patiëntencontacten betrouwbaar gemeen is met de vragenlijst. Wel is er sprake van een systematische overschatting van gemiddeld 5 minuten. De kans dat dit gebeurt is echter groot omdat het hier om een activiteit gaat die erg weinig tijd kost.

7.4.4. Bijscholings- en studie-activiteiten

Alle 27 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verrichten bijscholings- en studie-activiteiten. Uit de vragenlijstgegevens blijkt, dat deskundigheidsbevordering binnen de basiseenheid of het subteam, literatuur lezen onder werktijd en literatuur lezen thuis de meest frequent voorkomende activiteiten zijn (zie tabel 4.4.c, bijlage IV). Onder deskundigheidsbevordering binnen een basiseenheid of subteam wordt bijvoorbeeld verstaan casuïstiekbesprekingen met collega's en de hoofdwijkverpleegkundige. De meeste wijkverpleegkundigen die binnen een gezondheidscentrum, home-team e.d. werkzaam zijn, hebben daar tevens bijeenkomsten met de andere disciplines van het samenwerkingsverband, met als doel deskundigheidsbevordering. De minst frequent voorkomende activiteit is het volgen van een bijscholingscursus georganiseerd door het kruiswerk.

Bij 6 wijkverpleegkundigen zijn bijscholings- en studie-activiteiten geobserveerd. Bij 2 wijkverpleegkundigen was dat deskundigheidsbevordering binnen een basiseenheid of subteam en bij 4 wijkverpleegkundigen was dat literatuur lezen onder werktijd. Dit zijn, zoals beschreven in het voorgaande, volgens de wijkverpleegkundigen zelf inderdaad de meest frequent voorkomende activiteiten.

Uit de vragenlijstgegevens blijkt dat deskundigheidsbevordering binnen een basiseenheid of subteam gemiddeld 7 uur per keer kost, inclusief de voorbereidingen, met een spreiding van 1 tot 50 uur. Vijftig uur lijkt erg veel, waarschijnlijk wordt hiermee bedoeld dat een aantal sessies over een bepaald onderwerp bij elkaar 50 uur ge-

duurd heeft. Uit de observaties blijkt dat deze activiteit gemiddeld 2 uur en 8 minuten duurt. De wijkverpleegkundige die zelf geregistreerd heeft alsmede de observator tenslotte hebben beide een tijdsduur gemeten van 3 uur.

Vanwege het geringe aantal observaties en zelf-registraties kunnen geen correlaties berekend worden tussen vragenlijstgegevens en observatiegegevens alsmede tussen de zelf-registratiegegevens en observatiegegevens.

7.4.5. Begeleiden stagiaires

Het begeleiden van stagiaires houdt in het begeleiden van toekomstige collega's, die in het kader van hun opleiding aan de HBOV of MDGO-Vp, de MGZ-opleiding en de applicatiecursus voor wijkziekenverzorgenden stage lopen in de praktijk. De activiteiten die wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hiertoe verrichten zijn bijvoorbeeld, contacten onderhouden met de school van de stagiaire en begeleidingsgesprekken houden met de stagiaire.

Acht van de 22 wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben in het afgelopen jaar één stagiaire begeleid en 5 van hen hebben er 2 begeleid. Twee van de 5 wijkziekenverzorgenden hebben een toekomstige collega tijdens haar stage begeleid.

Deze wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zeggen, dat de begeleiding van stagiaires hen in het afgelopen jaar gemiddeld 42 uur extra heeft gekost, met een spreiding van 0 tot 200 uur.

Omdat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden waarbij geobserveerd is, in die periode geen stagiaire hadden, zijn er geen observatie- en zelf-registratiegegevens voorhanden omtrent het begeleiden van stagiaires.

7.4.6. Reizen

Onder reizen wordt verstaan het reizen binnen werktijd, dus niet het reizen van huis naar het werk en andersom. Reistijd is de tijd die verstrijkt tussen het moment, dat de wijkverpleegkundige de deur bij de ene patiënt achter zich dichttrekt en bij de volgende patiënt het huis binnengaat. Ook de tijd die nodig is om van de patiënt naar het wijkgebouw te gaan en omgekeerd valt onder reistijd. Alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden reizen onder werktijd. De wijkverpleegkundigen zelf hebben in de vragenlijst een gemiddelde reistijd per dag genoteerd van 49 minuten, met een spreiding van 5 tot 150 minuten. De reistijd die gemeten is door de observatoren bij dezelfde wijkverpleegkundigen wijkt hier slechts licht van af. Zij hebben een gemiddelde tijd gemeten van 48 minuten, met een spreiding

van 0 tot 98 minuten.

Met de zelf-registratiemethode hebben de wijkverpleegkundigen een gemiddelde reistijd per dag gemeten van 72 minuten met een spreiding van 44 tot 165 minuten. Door de observatoren is bij deze wijkverpleegkundigen een iets lagere reistijd gemeten namelijk van 67 minuten, met een spreiding van 46 tot 102 minuten.

Er bestaat een verschil in reistijd van ongeveer 20 minuten per dag tussen de wijkverpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld en de zelf-registrerende wijkverpleegkundigen. Dit is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat van de laatsten een groter percentage werkzaam is op het platteland; de afstanden tussen de verschillende patiënten zijn daar groter.

Hoewel de vragenlijst en de bijbehorende observaties vrijwel eenzelfde gemiddelde reistijd per dag vermelden, is de correlatie tussen deze gegevens laag ($r=.23$). De correlatie tussen de zelf-registratiegegevens en observatiegegevens is daarentegen zeer hoog ($r=.81$, $p=.001$). Een aanvullende t-toets laat geen systematische verschillen zien tussen de metingen van de wijkverpleegkundigen en de observatoren. Dus de reistijd kan waarschijnlijk het best gemeten worden met de zelf-registratiemethode.

7.4.7. Samenvatting

De niet-patiëntgebonden activiteiten worden zowel door wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden verricht. De frequentie van de binnen deze categorie onderscheiden activiteiten varieert nogal: administratieve werkzaamheden en reizen binnen werktijd zijn dagelijks terugkerende bezigheden, terwijl overleg met sommige personen of instanties slechts een paar keer per jaar voorkomt.

Of wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden magazijnwerkzaamheden verrichten is afhankelijk van de aanwezigheid van een uitleenmagazijn in het wijkgebouw van de basiseenheid. De magazijnwerkzaamheden beperken zich dan voornamelijk tot het uitleenen van verpleegartikelen en hulpmiddelen en nemen per wijkverpleegkundige hooguit een half uur per week in beslag.

Administratieve werkzaamheden, met name de administratie rond het WAS, worden iedere dag gedurende een half uur tot een uur door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verricht. De tijdsduur van de administratieve werkzaamheden werd alleen met de zelf-registratiemethode betrouwbaar gemeten, terwijl voor het meten van de frequentie van de afzonderlijke activiteiten zowel de vragenlijst als de zelf-registraties betrouwbare resultaten opleverden. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden nemen aan een groot aantal

overlegsituaties deel. De meest voorkomende overlegsituaties binnen het kruiswerk zijn het basiseenheidoverleg, het subteamoverleg en informeel overleg met collega-wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden en de hoofdwijkverpleegkundige. De tijdsduur van deze overlegsituaties werd zowel met behulp van de vragenlijst als met de zelf-registratiemethode voldoende betrouwbaar gemeten. Buiten het kruiswerk overleggen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden het meest frequent met de huisarts, de gezinszorg en de verpleging van intra-murale instellingen. En indien ze werkzaam zijn binnen een samenwerkingsverband nemen ze ook deel aan vaste overlegsituaties met de andere disciplines van dat samenwerkingsverband. Omdat de meeste vormen van overleg slechts een aantal maal per jaar voorkomen, zijn deze activiteiten alleen met de vragenlijst gemeten. De vragenlijstgegevens laten echter wel grote verschillen tussen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden onderling zien. Alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn volgens de vragenlijst actief op het terrein van bijscholing en het lezen van vakliteratuur. Omdat deze activiteiten niet iedere week worden verricht, zijn zaken als deskundigheidsbevordering e.d. niet of nauwelijks geobserveerd en geregistreerd. De meeste wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden begeleiden één of soms twee stagiaires per jaar. En tenslotte wordt er binnen werktijd in verband met de vele huisbezoeken iedere dag gemiddeld 3 kwartier tot een uur gereisd door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Deze reistijd werd alleen met de registratiemethode betrouwbaar gemeten. De conclusie is dat de tijdsbesteding aan frequent voorkomende activiteiten als reistijd en administratieve werkzaamheden het meest betrouwbaar gemeten kunnen worden met zelf-registratiemethode. Voor het meten van de overige niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals vaste overlegsituaties binnen en buiten het kruiswerk, informeel overleg, magazijnwerkzaamheden, bijscholings- en studie-activiteiten en het begeleiden van stagiaires, is zoals uit dit vooronderzoek blijkt en uit praktische overwegingen (geringe frequentie) een vragenlijst de meest geschikte methode. Een uitzondering hierop vormen misschien de overige contacten buiten het kruiswerk die het meest frequent voorkomen, zoals overleg met de huisarts, gezinszorg e.d. Omdat in dit vooronderzoek voornamelijk vragenlijstgegevens hieromtrent zijn verzameld, die niet op betrouwbaarheid zijn getoetst, bestaat er een kans dat frequentie van deze overlegsituaties over- of onderschat wordt door de wijkverpleegkundigen. Daarom lijkt het zinvol dat deze overlegsituaties in ieder geval door een aantal wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gedurende een langere

periode dan een week worden geregistreerd.

8. DISCUSSIE

In dit onderzoeksproject hebben we getracht het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kaart te brengen en zijn we nagegaan in hoeverre en op welke wijze de diverse werkzaamheden alsmede de tijdsbesteding daaraan op een betrouwbare wijze gemeten kunnen worden. Daartoe is in de eerste plaats een uitgebreide literatuurstudie verricht op grond waarvan de taken en de daaruit voortvloeiende werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn geïventariseerd. Vervolgens zijn in een vooronderzoek twee methoden, waarbij de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende als informatiebron dient, namelijk het afnemen van een schriftelijke vragenlijst en zelf-registratie vergeleken met observatie verricht door een buitenstaander.

Voordat we conclusies trekken en aanbevelingen zullen doen voor een landelijk onderzoek, plaatsen we eerst enige kanttekeningen bij het vooronderzoek.

8.1. Kanttekeningen bij het vooronderzoek

Zoals ieder onderzoek kent ook dit vooronderzoek een aantal beperkingen en tekortkomingen. Het zou van een weinig kritische houding getuigen als we hieraan voorbij zouden gaan.

In de eerste plaats kunnen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bij wie dit vooronderzoek is verricht niet als representatief worden beschouwd voor de wijkverpleging in Nederland. Dit was ook niet de bedoeling van dit vooronderzoek. Bij de selectie werden slechts eisen gesteld aan het vóórkomen van een aantal mogelijke varianten in werksituaties om een zo breed mogelijk scala aan activiteiten te bestrijken. Dit betekent dat de uitkomsten van dit vooronderzoek en hierbij doelen we op de frequentie waarmee de diverse werkzaamheden worden verricht, alsmede de tijdsbesteding daaraan **niet** kunnen worden gegeneraliseerd naar de wijkverpleging in het algemeen.

Een tweede beperking is dat de wijkverpleegkundigen alleen overdag zijn geobserveerd en niet tijdens hun werkzaamheden in de avonduren en in het weekend. Door de invoering van de 24-uurs beschikbaarheid wordt momenteel in circa 80% van de basiseenheden (Nationale Kruisvereniging, 1986b) ook 's avonds en eventueel 's nachts zorg ver-

leend aan patiënten. Uit de eerste studies (bijvoorbeeld Boom e.a., 1986) komen echter aanwijzingen naar voren dat het verschil tussen de zorgverlening overdag en 's avonds of 's nachts met name is gelegen in de **frequentie** waarmee de verschillende wijkverpleegkundige activiteiten worden verricht. Tijdens de avond- en nacht zorg ligt er een groter accent op het verlenen van hulp bij ADL-functies, het verpleegtechnische handelen, het toedienen van medicijnen en het geven van emotionele ondersteuning aan de patiënt en de mantelzorg (Boom e.a., 1986; Nationale Kruisvereniging, 1986b). Het is dus niet zo dat gedurende de avond en nacht wijkverpleegkundige activiteiten worden verricht die in ons onderzoek niet zijn onderscheiden.

Een tekortkoming is dat tijdens het observeren géén inter-observerbetrouwbaarheid werd vastgesteld. Dit was praktisch gezien niet mogelijk omdat het voor de wijkverpleegkundigen en voor de patiënten te belastend was indien er twee observatoren aanwezig zouden zijn. We hebben getracht deze tekortkoming op te vangen door de diverse activiteiten nauwkeurig te definiëren en door de observatoren alle twijfelgevallen te laten noteren. Deze twijfelgevallen werden naderhand door de observatoren en de projectleider besproken en alsnog bij een bepaalde activiteit genoteerd.

Een laatste kanttekening betreft de vraag of het feit dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geobserveerd werden invloed heeft gehad op de nauwkeurigheid waarmee ze de vragenlijst of de zelf-registratieformulieren invulden? Deze vraag is moeilijk met een volmondig 'ja' of 'nee' te beantwoorden op grond van ons vooronderzoek. We hebben echter enige aanwijzingen dat deze invloed wel wat meevalt. Sommige wijkverpleegkundigen vulden de registratieformulieren pas aan het eind van de dag in, waarmee ze de instructie dit meteen na ieder huisbezoek te doen niet opvolgden. Dit alles onder het toezicht van de observator. De tien wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden die de vragenlijst hebben ingevuld, zonder dat hun werkzaamheden werden geobserveerd hebben dit, voor zover we dat kunnen beoordelen op een nauwgezette wijze gedaan. Er zijn niet allerlei vragen overgeslagen of zeer extreme gegevens ingevuld.

8.2. Conclusies en aanbevelingen voor een landelijk onderzoek

Uit de voorafgaande hoofdstukken zal duidelijk zijn geworden dat wijkverpleegkundigen een groot scala aan activiteiten verrichten; ze hebben een breed takenpakket. Daarbij is het opvallend dat ondanks het feit dat slechts een beperkte groep wijkverpleegkundigen en

wijkzickenverzorgenden aan dit vooronderzoek hebben meegewerkt, vrijwel alle activiteiten die we hebben onderscheiden een of meerdere malen zijn waargenomen door de observatoren of door de wijkverpleegkundigen zelf zijn aangegeven in de vragenlijst of op het registratieformulier. Daarnaast werd bij de categorie 'overige activiteiten' slechts incidenteel iets ingevuld. Dit wijst er op dat de activiteiten die in de door ons ontwikkelde meetinstrumenten onderscheiden worden op een adequate wijze het werk van wijkverpleegkundigen weergeven en derhalve inhoudsvaliditeit bezitten.

Ook komt uit het vooronderzoek duidelijk naar voren dat het takenpakket van de wijkzickenverzorgenden smaller is dan dat van de wijkverpleegkundigen: wijkzickenverzorgenden leggen huisbezoeken af ten behoeve van patiënten van alle leeftijdscategorieën en sommigen van hen leggen preventieve bejaardenbezoeken af. Daarnaast verrichten ze een aantal niet-patiëntgebonden activiteiten zoals administratieve werkzaamheden, het deelnemen aan overlegsituaties, deskundigheidsbevordering en het begeleiden van stagiaires. Ook tussen wijkverpleegkundigen onderling kwamen verschillen naar voren. Dit betekent dat met behulp van de meetinstrumenten goed gedifferentieerd kan worden tussen de beide beroepsgroepen en tussen de wijkverpleegkundigen onderling, hetgeen een indicatie is voor een zekere (gelijktijdige) criteriumvaliditeit (de Zeeuw, 1978).

Na deze beschouwing over de validiteit van de door ons ontwikkelde meetinstrumenten komen we bij de vraag naar de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten. Het belangrijkste doel van het vooronderzoek was na te gaan in hoeverre en op welke wijze het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden betrouwbaar gemeten kan worden, in een landelijk onderzoek. Hiertoe zijn steeds de betrouwbaarheidsgegevens van twee methoden met elkaar vergeleken: een schriftelijke vragenlijst en zelf-registratie.

Op grond van de resultaten van het betrouwbaarheidsonderzoek concluderen we dat de twee genoemde methoden naast elkaar gebruikt moeten worden: Een aantal werkzaamheden kunnen het meest betrouwbaar met behulp van zelf-registratie gemeten worden, voor het in kaart brengen van werkzaamheden die minder frequent voorkomen is een vragenlijst in een landelijk onderzoek het meest geschikt. We zullen dit nader toelichten.

Voor het meten van de activiteiten tijdens de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën alsmede de tijdsbesteding daaraan levert de zelf-registratiemethode de meest betrouwbare resultaten op. Bovendien is het met deze methode, in tegenstelling tot de vragenlijst-

methode, mogelijk dat patiëntenkenmerken zoals leeftijd, geslacht en doelgroep worden gekoppeld aan de zorg die door de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden wordt verleend. Aangezien wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden een groot deel van de dag besteden aan het afleggen van deze huisbezoeken is het van groot belang deze activiteiten nauwkeurig in kaart te brengen. Gezien het grote aantal verschillende activiteiten dat wordt verricht tijdens deze huisbezoeken, denken we aan een registratieperiode van twee weken. Daarnaast is de zelf-registratiemethode het meest geschikt om de activiteiten tijdens de huisbezoeken voor specifieke leeftijdsgroepen, dat wil zeggen het prenatale huisbezoek, het zuigelingen- en peuter/kleuterhuisbezoek en het preventieve bejaarden bezoek te meten alsmede de activiteiten tijdens de consultatiebureaus, het intake-gesprek en het spreekuur. Omdat deze werkzaamheden veel minder frequent voorkomen dan de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën, zullen deze activiteiten gedurende een langere periode, daarbij denken we aan twee maanden, geregistreerd moeten worden. Op die wijze worden dan voldoende gegevens verzameld, om tevens verschillen tussen wijkverpleegkundigen onderling te onderzoeken.

Tot slot worden, zoals in dit onderzoek is gebleken, tevens twee niet-patiëntgebonden activiteiten het meest betrouwbaar gemeten met de zelf-registratiemethode: administratieve werkzaamheden en reizen binnen werktijd. Deze activiteiten komen vrijwel iedere dag voor, een registratieperiode van twee weken lijkt hierbij voldoende informatie op te leveren.

Een schriftelijke vragenlijst lijkt daarentegen een meer efficiënt middel om gegevens te verzamelen omtrent werkzaamheden die minder frequent voorkomen en waarbij minder verschillende activiteiten worden onderscheiden. Hierbij denken we aan het meten van de frequentie en tijdsbesteding aan gehoorscreeningen bij zuigelingen; GVO-activiteiten voor groepen, zoals oudercursussen, zwangerschapsgymnastiek, cursus ziekenverpleging thuis e.d.; magazijnwerkzaamheden; overleg-situaties binnen en buiten het kruiswerk; bijscholings- en studie-activiteiten; en het begeleiden van stagiaires.

Vanwege de geringe frequentie van een aantal van deze activiteiten, was het in het vooronderzoek niet altijd mogelijk om de betrouwbaarheid van de desbetreffende activiteiten te bepalen. Daarom lijkt het zinvol dat met name de contacten buiten het kruiswerk zoals overleg met huisarts, gezinszorg, fysiotherapeut, verpleging in intramurale instellingen e.d. tevens gedurende een periode van twee maanden worden geregistreerd.

Op deze wijze is het mogelijk in een landelijk representatief onder-

zoek de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden voldoende gedetailleerd in kaart te brengen en de verschillen tussen de beide beroepsgroepen te onderzoeken. De gegevens omtrent de werkzaamheden kunnen vervolgens gerelateerd worden aan individuele kenmerken van de betrokkenen zoals leeftijd, geslacht, all-round, gedifferentieerd of specifiek werkzaam zijn, en percentage dienstverband. Daardoor kunnen verschillen tussen wijkverpleegkundigen onderling en wijkzienenverzorgenden onderling worden onderzocht. Daarnaast kunnen de gegevens worden gerelateerd aan de urbanisatiegraad en de leeftijdsopbouw van de bevolking in het verzorgingsgebied en aan de mate van samenwerking met andere hulpverleners in de eerste lijn. Gegeven het feit dat momenteel in circa 80% van de basiseenheden avond- en/of nachtzorg wordt verleend, lijkt het relevant om na te gaan welke patiënten gebruik maken van deze avond- en nachtzorg en of de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen op deze tijdstippen verschillen van de werkzaamheden overdag. De bovenstaande aanbevelingen zullen nader worden uitgewerkt in een onderzoeksvorstel. Tot slot willen we op grond van de resultaten van het vooronderzoek een aantal zaken noemen, waar bij het meten van de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden in een landelijk onderzoek nog nadere aandacht aan moet worden geschonken.

- In de eerste plaats blijkt op grond van de vragenlijstgegevens dat de activiteiten die tijdens de intake-gesprekken worden verricht niet voldoende differentieëren tussen wijkverpleegkundigen. De observatiegegevens doen dit wel, tijdens het vooronderzoek is helaas geen enkel intake-gesprek door de wijkverpleegkundigen zelf geregistreerd.
- Er moeten nog exacte criteria worden opgesteld op grond waarvan wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden de patiënten in doelgroepen kunnen onderbrengen. Aangezien bijna 40% van de patiënten tijdens de registratieperiode niet is ingedeeld in een doelgroep, moeten er misschien enige doelgroepen worden toegevoegd.
- Met name bij de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën bleek dat hoe minder concreet een bepaalde activiteit is, des te minder betrouwbaar de desbetreffende activiteit werd gemeten. Dit betekent dat de activiteiten die onderscheiden worden bij bijvoorbeeld ingebouwde GVO, ondersteunen van de mantelzorg en begeleiden bij psycho-sociale problemen nauwkeuriger moeten worden omschreven.
- Een laatste, belangrijk aandachtspunt is dat aan het observeren en vroegtijdig onderkennen van symptomen (secundaire preventie) door wijkverpleegkundigen en wijkzienenverzorgenden, met name tijdens

de huisbezoeken voor alle leeftijdscategorieën in dit vooronderzoek te weinig aandacht is besteed. Het probleem hierbij is dat deze activiteit niet kan worden waargenomen door een buitenstaander, omdat 'het signaleren' meestal niet in concreet gedrag wordt vertaald. Gezien het belang van secundaire preventie zal naar nadere oplossingen gezocht moeten worden om deze activiteiten voldoende betrouwbaar in kaart te brengen.

Ondanks een aantal kanttekeningen mogen we op grond van de bevindingen in het vooronderzoek concluderen dat een landelijk onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden haalbaar lijkt.

GERAADPLEEGDE LITERAATUUR

- BESLUIT ERKENNINGSNORMEN KRUISORGANISATIES. Nederlandse Staatscourant; 1981, no. 107. p. 8-11
- BESTEMAN, A., H. DRESMÉ. Eindverslag van het experiment 24-uurszorgverlening. Goes, Nijmegen: Provinciale Vereniging het Zeeuwse Kruis, 1985
- BOERMA, W.G.W. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NIVEL, 1985
- BOOM, K.C., M. LEEMEIJER, T.P.B.M. SUURMEIJER, W.J.A. VAN DEN HEUVEL. Thuiszorg door 24-uurs kruis zorg. Groningen: R.U.G. vakgroep Medische Sociologie, 1986
- 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
- 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
- CREZEE, J. De wijkverpleegkundige tijdens het verpleegkundig consult op het zuigelingenconsultatiebureau. Rotterdam: z.n., 1984
- 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 dagelijks werk? Maastricht: z.n., 1983. Scriptie in het kader van de opleiding Sociale Gezondheidskunde, R.L.
- DIENST INFORMATIEVERZORGING KRUISWERK. Wijkadministratiesysteem en verpleegkundig-methodisch handelen. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1980
- DOPHEIDE, J.P. (red.), T.J.J.M.T. KERSTEN, F.P. NIJHOUT, G.D.J. VAN DER SPELD. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht: NIVEL, 1986
- ELLERBROEK-MUSTERD, L.M.B., C.E.Th. MAN, G. POLLING. De inhoud van het zuigelingen- en kleuterhuisbezoek. Haarlem: Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland, 1978
- HARTOG, A. DEN. Informatie over het wijkadministratiesysteem nu en in de toekomst. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986
- 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. Maat-

- schappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no. 1. p. 10-13
- Herkenbaarheid en toegankelijkheid van 1^e lijnszorg primair: commentaar van de Nationale Kruisvereniging op de 'schets eerstelijnsgezondheidszorg'. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 8, 1980, no. 9. p. 30-31
- HOEKSMa, B.H. Onderzoek Tijdsnormstelling Kruiswerk Twente. Hengelo: Hoeksma, Homans en Menting, 1985
- INSTITUUT VOOR SOCIALE GENEESKUNDE VAN DE VRIJE UNIVERSITEIT IN AMSTERDAM. Verplegen met de handen op de rug: de (on)mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg zoals ervaren door wijkverpleegkundigen. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, 1983, no. 2. p. 4-19
- JOHNSON, S.M., O.D. BOLSTAD. Methodological issues in naturalistic observation: some problems and solutions for field(research). In Hamerlynck, L.A., L.C. Handy, E.J. Masch (eds.). Behavior change: methodology, concepts and practice. Champaign: Research Press Company, 1973
- KERKSTRA, A., P.F.M. VERHAAK. Onderzoek naar de wijkverpleegkunde: stand van zaken. In Sluijs, E.M., J.P. Dopheide, J. van der Zee (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1985
- KNAPEN, M.H.J.M., W.C.M. SCHEFFER, J.M. HUTJES. Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg. Nijmegen: Instituut voor toegepaste sociologie, 1975
- KNAPEN, M.H.J.M. Naar een ledenorganisatie nieuwe stijl. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no. 1. p. 4-7
- KNAPEN, M.H.J.M. Ontwikkelingen en perspectieven van kruisverenigingen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, no. 1. p. 12-16
- Landelijk Kruiswerk en Structuurnota: voorlopig commentaar. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 2, 1974, no. 11. p. 664-666
- MEERDINK, H.B., J.G.M. FIJN. Chronisch zieken in de wijkverpleging. Leeuwarden: Provinciale Friese Kruisvereniging, 1984
- MERTENS, S.M.C. Ontwikkelingen in het werk van de wijkverpleegkundige. Verpleegkundige studies. Lochem, Poperinge: De Tijdstroom, 1983
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Gewijzigde herdruk. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980

- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Volksgezondheid bij Beperkte Middelen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983a
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerstelijnszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986
- MUSKENS, G.J. Wijkverpleging en G.V.O. Tilburg: Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek, 1984
- NATIONAAL CENTRUM VOOR KRUISWERK. Alleen Samen: discussienota van de Commissie 'Visie Lange Termijn'. Utrecht: Nationaal Centrum voor Kruiswerk, 1977
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Werkboek voor verpleegkundigen in de maatschappelijke gezondheidszorg. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1979
- NATIONALE KRUISVERENIGING. De wijkziekenverzorgende. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1980
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1981
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Beschrijving functie wijkziekenverzorgende. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1982
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Wij in de wijk: signalement van de functie van de wijkverpleegkundige. 2^e Druk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1983a
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Contouren Eerstelijns(gezondheids)zorg; discussienota. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1983b
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Opvattingen van het kruiswerk n.a.v. de discussienota Contouren Eerstelijns(gezondheids)zorg. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1983c
- Nationale Kruisvereniging in grote lijnen eens met Nota Eerstelijnszorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 12, 1984, no. 3. p. 36
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Algemene Informatie betreffende Ontstaan, Organisatie, Taak, Financiering Kruiswerk. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985a
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Algemeen Profiel van de Functie van wijkverpleegkundige; discussienota. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985b
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in Beeld: verantwoording 1981-1985, meerjarenraming 1987-1990. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986a
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk: feiten en cijfers. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986b

- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies verpleegkundig beroepsprofiel. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1984
- NEDERHOF, A.J. Beter onderzoek: bestrijding van foutenbronnen in sociaal-wetenschappelijk onderzoek. 's-Gravenhage: VUGA, 1981
- NEDERLANDSE FEDERATIE VOOR BEJAARDENBELEID. Preventief huisbezoek bij ouderen. 's-Gravenhage: Nederlandse federatie voor bejaardenbeleid, 1986
- NELSON, E.C., A.R. JACOBS, P.E. BREER. A study of the validity of the task inventory method of jobanalysis. Medical Care; 13, 1975, p. 104-113
- OOSTERHUIS, H.J.G.H. Klinische neurologie. 7^e Geheel herziene druk. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982
- OTTOLANDER, G.J.H. DEN. Interne geneeskunde. 7^e Herziene druk. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983
- PROVINCIALE KRUISVERENIGING NOORD-HOLLAND. Inventariserend onderzoek medisch-verpleegkundige handelingen. Haarlem: Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland, 1985
- PROVINCIALE KRUISVERENIGING ZUID-HOLLAND. De wijkverpleegkundige en het kleuterhuisbezoek. Zoetermeer: Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, 1982
- PROVINCIALE VERENIGING 'HET LIMBURGSE GROENE KRUIS'. Provinciale Ent-Administratie: vaccinatieprogramma 1985. Sittard: Provinciale vereniging 'Het Limburgse Groene Kruis', 1985
- SCHIEFFER, W.C.M., CL. WOLDRINGH. Wijkverpleegkundige en geestelijke gezondheidszorg: verslag van een oriënterende studie ter voorbereiding van een samenwerkingsexperiment. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975
- SCHLESINGER-WAS, E.A. Vroege opsporing van gehoorstoornissen. Leiden: Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg, T.N.O., 1986
- SEGERS, J.H.G. Sociologische onderzoeksmethoden: inleiding tot de structuur van het onderzoeksproces en tot de methoden van dataverzameling. Derde herziene druk. Assen: Van Gorcum, 1983
- SIEPKAMP, D. VAN DE. De basiseenheid, de wijkverpleegkundige en de multidisciplinaire samenwerking. Verpleegkundige studies. Lochem: De Tijdstroom, 1982
- SLUYS, E.M., J.P. DOPHEIDE, J. VAN DER ZEE, (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. Utrecht: NIVEL, 1985

- STOLK-VAN DELEN, H.W. Wijkverpleging in historisch perspectief. Verpleegkundig historische cahiers 2. Amsterdam, Rodopi B.V., 1983
- STOPETIE, J. Structuurnota 'Gezondheidszorg', schetst kruisorganisatie van twee jaar geleden. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 2, 1974, no. 8. p. 394-395
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: een kwart eeuw alleen in Noord-Holland. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 10, 1982a, no. 10. p. 31
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: de eerste verpleegsters in Nederland. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 10, 1982b, no. 11. p. 40
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: het begin van de kruisverenigingen. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 10, 1982c, no. 9. p. 30-31
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: de eerste wijkverpleegster. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 10, 1982d, no. 12. p. 35
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: die eerste besturen wisten wel wat ze doen moesten. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, 1983a, no. 1. p. 39
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: G.V.O. per drukwerk. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, 1983b, no. 7-8. p. 51
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: waarom de kruisvereniging kraamzorg ontwikkelde. Maatschappelijk Gezondheidszorg; 11, 1983c, no. 10. p. 50-51
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: het vervoer van de wijkverpleegster. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 12, 1984, no. 3. p. 34-35
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: we zijn 110 jaar oud. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985a, no. 3. p. 34-35
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: de ontsmettingsdiensten - in hun tijd van groot belang. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985b, no. 6. p. 42-43
- STOPETIE, J. Kruisgewijs door de historie: gezinszorg en kruiswerk horen ze bij elkaar? Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985c, no. 2. p. 36-37
- 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.
- VERHAAK, P.F.M. Aanbod en behandeling van psychosociale problematiek in een multidisciplinair team. Utrecht: NIVEL, 1984

Wat is CARA en welke factoren beïnvloeden ontstaan en verloop van klachten/symptomen. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986, no. 5. p. 9-12

Weinig hoop op voldoende toename van bevoegde wijkverpleegkundigen. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 8, 1980, no. 6. p. 12-19

WILLEMSSEN, R. Bibliografie wijkverpleging, kruisvereniging; jaargang 1. no. 1. Utrecht: NIVEL, 1986

ZEEUW, J. DE. Algemene Psychodiagnostiek II: testtheorie. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V., 1978

BIJLAGE I: FREQUENTIEVERDELINGEN VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE ACTIVITEITEN TIJDENS DE HUISBEZOeken VOOR ALLE LEEFTIJDSCATEGORIEËN

Tabel 1.1.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **lichamelijk-hygiënische zorg** voor de vragenlijstgegevens (N = 27) en de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen, in procenten

activiteit	vragenlijst (N = 27)*				obser- vaties (N = 271) **	obser- vaties (N = 597) ***
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal		
het wassen	0.0	0.0	44.4	55.6	88.9	40.4
haarverzorging	29.6	48.2	22.2	0.0	35.8	16.2
scheren	63.0	25.9	11.1	0.0	6.3	2.8
hand- en voet- verzorging	29.6	51.9	18.5	0.0	9.5	4.4
gebitverzorging	48.2	48.1	3.7	0.0	2.6	1.2
aan- en uit- kleden	0.0	18.5	59.3	22.2	74.1	33.7
uitscheiding	51.9	44.4	3.7	0.0	2.2	1.0
het verplaatsen	11.1	51.9	33.3	3.7	23.6	10.7
oefenen lede- maten	61.5	38.5	0.0	0.0	4.4	2.0
stimuleren zelf- zorg ADL	0.0	19.0	66.7	14.3	69.7	33.1

* De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen (N = 27) dat de vragenlijst invulde.

** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken bij 17 wijkverpleegkundigen waarin lichamelijke-hygiënische zorgverlening is geobserveerd (N = 271).

*** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken dat bij 17 wijkverpleegkundigen is geobserveerd (N = 597).

Tabel 1.1.b.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **lichamelijk-hygiënische zorg** voor de zelf-registratiegegevens en de observatiegegevens, in procenten

activiteit	zelf-registratie (N = 143)	observatie (N = 143)
het wassen	46.9	49.0
haarverzorging	21.7	23.8
scheren	.7	1.4
hand- en voetverzorging	9.1	4.9
gebitverzorging	-	6.3
aan- en uitkleden	43.4	45.5
uitscheiding	-	3.5
het verplaatsen	23.8	24.5
oefenen ledematen	11.2	4.2
stimuleren zelfzorg ADL	22.4	42.7

N.B. De activiteiten gebitverzorging en hulp bij uitscheiding zijn op het zelf-registratieformulier weggelaten, omdat deze activiteiten in de eerste observatieronde tijdens slechts 1% van de 597 huisbezoeken werden geobserveerd.

Tabel 1.2.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **verpleegtechnisch handelen** voor de vragenlijstgegevens (N = 27) en de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen, in procenten

activiteit	vragenlijst (N = 27)*				obser- vaties (N=398) **	obser- vaties (N=597) ***
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal		
Urogenitale stelsel/- maagdarmkanaal						
- catheteriseren/uritie	72.0	24.0	4.0	0.0	3.8	2.5
- verwisselen cath.zakje	48.0	20.0	28.0	4.0	1.3	0.8
- AP-verzorging, -controle	52.0	28.0	20.0	0.0	1.3	0.8
- UP-verzorging, -controle	79.1	16.7	4.2	0.0	0.5	0.3
- clysmata	60.9	34.8	4.3	0.0	0.5	0.3
- kunstmatig urineren opwekken	90.9	0.0	9.1	0.0	0.3	0.2
Wondverzorging						
- open wonden	7.4	40.7	44.5	7.4	17.8	11.9
- decubituspreventie	7.4	14.8	59.3	18.5	12.8	8.5
- decubitusverzorging	24.0	40.0	32.0	4.0	3.8	2.5
- steunverbanden steunkousen	4.0	28.0	56.0	12.0	15.6	10.4
Injecties						
- insuline	4.0	24.0	32.0	40.0	24.9	16.6
- andere injecties	29.2	45.8	25.0	0.0	5.3	3.5
Medicijnen toedienen						
- oraal, vaginaal etc.	44.0	40.0	12.0	4.0	2.0	1.3
- oog-, oor-, neus- druppels	20.0	44.0	32.0	4.0	7.5	5.0
Zalven	56.0	36.0	8.0	0.0	23.1	15.4
Poederen huid	47.6	23.8	28.6	0.0	8.5	5.7
Controle lichaams- functies						
Orth. corset	71.5	21.4	7.1	0.0	0.8	0.5
Stimuleren zelfzorg	33.3	50.0	16.7	0.0	1.0	0.7

- * De categorieën nooit en zelden zijn samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen (N = 27) dat de vragenlijst invulde.
- ** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken bij 17 wijkverpleegkundigen waarin verpleegtechnisch handelen is geobserveerd (N=398).
- *** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken dat bij 17 wijkverpleegkundigen is geobserveerd (N = 597).

Tabel 1.2.b.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **verpleegtechnisch handelen** voor de zelf-registratiegegevens en de observatiegegevens, in procenten

activiteit	zelf-registratie (N = 143)	observatie (N = 143)
Urogenitale stelsel/- maagdarmkanaal	12.6	13.3
- cathetiseren/uritip		.7
- verwisselen cath.zakje		3.5
- AP-verzorging/controle		4.2.
- UP-verzorging/controle		4.9
- clysmata		0.0
- kunstmatig urineren opwekken		0.0
Wondverzorging		
- open wonden	15.4	16.8
- decubituspreventie	11.2	14.0
- decubitusverzorging	2.8	2.8
- steunverbanden, steunkousen	9.1	8.4
Injecties		
- insuline	17.5	19.6
- andere injecties	4.2	4.9
Medicijnen toedienen	17.5	17.5
- oraal, vaginaal etc.		5.6
- oog-, oor-, neus- druppels		11.9
Zalven	13.3	15.4
Poederen huid	2.1	3.5
Controle lichaams- functies		.7
Orth. corset		0.0
Stimuleren zelfzorg		2.8

N.B. Op het zelf-registratieformulier zijn de activiteiten die vallen onder hulpverlening gericht op het urogenitale stelsel en het maagdarmkanaal samengevoegd, is medicijnen toedienen één categorie geworden en zijn de activiteiten controle lichaamsfuncties, orthopedisch corset aantrekken en stimuleren zelfzorg m.b.t. verpleegtechnisch handelen weggelaten. De reden hiervoor is de geringe frequentie van deze activiteiten in de eerste observatieronde tijdens 597 huisbezoeken.

Tabel 1.3.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **ingebouwde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding** voor de vragenlijstgegevens (N=27) en de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen, in procenten

activiteit	vragenlijst (N=27)*				obser-	obser-
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	(N=164) **	(N=597) ***
Informatie geven over:						
- aard ziekte, klachten	0.0	37.5	45.8	16.7	24.3	6.7
- problemen bij medicijn- gebruik	16.7	45.8	37.5	0.0	15.8	4.4
- manier waarop wv pa- tiënt gaat behandelen	8.7	17.4	39.1	34.8	5.4	1.5
- verwachting omtrent duur ziekte, klachten	43.5	47.8	8.7	0.0	2.4	0.7
- verwachting omtrent duur verzorging, hulp	26.1	52.2	17.4	4.3	4.2	1.2
- mogelijkheden zelfzorg	12.5	16.7	50.0	20.8	19.5	5.4
- mogelijkheden lotgeno- tencontact	25.0	62.5	12.5	0.0	0.0	0.0
- andere professionele hulp	20.8	41.7	29.2	8.3	7.3	2.0
- rechten, plichten pa- tiënt	50.0	20.8	29.2	0.0	0.6	0.2
- hulpmiddelen	25.0	25.0	41.7	8.3	14.6	4.0
- org. kruiswerk	44.4	16.7	33.3	5.6	2.4	0.7
Stimuleren en helpen bij het realiseren van:						
- gezonde voeding	21.7	43.5	34.8	0.0	2.4	0.7
- gebruik voorgeschreven medicijnen	12.5	50.0	29.2	8.3	20.7	5.7
- volhouden diëten	52.2	21.7	26.1	0.0	1.8	0.5
- gerichte ADL-training	21.7	39.2	26.1	13.0	2.4	0.7
- gebruik hulpmiddelen	21.7	34.8	34.8	8.7	4.2	1.2
- medische controle	25.0	45.8	25.0	4.2	3.6	1.0
- voorgeschreven of aan te raden leefwijze	25.0	54.2	20.8	0.0	6.1	1.7
- bezoek andere hulpver- leners	36.4	54.5	0.0	9.1	0.6	0.2

- * De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen (N=27) dat de vragenlijst invulde.
- ** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken bij 17 wijkverpleegkundigen waarin ingebouwde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is geobserveerd (N=164).
- *** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken dat bij 17 wijkverpleegkundigen is geobserveerd (N=597).

Tabel 1.3.b.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **ingebouwde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding** voor de zelf-registratiegegevens en de observatiegegevens, in procenten

activiteit	zelf-registratie (N = 143)	observatie (N = 143)
Informatie geven over:		
- aard ziekte, klachten	9.8	9.1
- problemen bij medicijngebruik	2.1	0.7
- manier waarop wv patiënt gaat behandelen	1.4	1.4
- verwachting omtrent duur ziekte, klachten	-	0.0
- verwachting omtrent duur verzorging, hulp	0.7	0.0
- mogelijkheden zelfzorg	1.4	2.8
- mogelijkheden lotgenotencontact	0.0	0.0
- andere professionele hulp	0.0	1.4
- rechten, plichten patiënt	-	0.0
- hulpmiddelen	3.5	4.2
- org. kruiswerk	0.0	0.0
Stimuleren en helpen bij het realiseren van:		
- gezonde voeding	2.8	0.7
- gebruik voorgeschreven medicijnen	1.4	2.1
- volhouden diëten	-	0.7
- gerichte ADL-training	0.7	0.0
- gebruik hulpmiddelen	0.7	2.1
- medische controle	0.7	0.7
- voorgeschreven of aan te raden leefwijze	3.5	0.0
- bezoek andere hulpverleners	1.4	1.4

N.B. De activiteiten voorlichting geven over verwachting omtrent duur ziekte, klachten', 'voorlichting geven over rechten, plichten patiënt' en 'stimuleren en helpen bij het realiseren van het volhouden van diëten', zijn op het zelf-registratieformulier weggelaten, omdat uit de eerste observatieronde was gebleken dat deze activiteiten slechts sporadisch voorkomen.

Tabel 1.4.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **begeleiden bij psycho-sociale problemen** voor de vragenlijstgegevens (N=27) en de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen, in procenten

activiteit	vragenlijst (N=27)*				observaties (N=128) **	observaties (N=597) ***
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal		
- negeren	95.2	4.8	0.0	0.0	3.9	0.8
- luisteren	0.0	0.0	7.4	92.6	97.6	20.9
- begrip/medeleven tonen	0.0	3.7	51.9	44.4	72.6	15.6
- troosten	4.0	60.0	20.0	16.0	3.1	0.7
- voorlichting/adviezen	7.7	50.0	34.6	7.7	31.2	6.7
- samen met patiënt oplossing bedenken	7.4	44.5	33.3	14.8	3.1	0.7
- zelf oplossing bedenken	40.7	48.2	11.1	0.0	7.8	1.7
- bemiddelen	46.2	34.6	19.2	0.0	0.8	0.2
- patiënt wijzen op eigen verantwoordelijkheid	3.8	42.4	34.6	19.2	2.3	0.5
- patiënt inzicht geven in probleem	3.8	26.9	50.1	19.2	7.8	1.7
- patiënt stimuleren tot bepaald gedrag	7.4	40.8	33.3	18.5	9.4	2.0
- patiënt wijzen op eigen aandeel in probleem	18.5	33.4	33.3	14.8	2.3	0.5
- patiënt wijzen op posi- tieve kanten probleem	35.0	15.0	45.0	5.0	3.1	0.7
- verwijzen	33.3	52.4	14.3	0.0	2.3	0.5

* De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen (N=27) dat de vragenlijst invulde.

** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken bij 17 wijkverpleegkundigen, waarin begeleiden bij psycho-sociale problemen is geobserveerd (N=128).

*** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken dat bij 17 wijkverpleegkundigen is geobserveerd (N=597).

Tabel 1.4.b.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **begeleiden bij psycho-sociale problemen** voor de zelf-registratiegegevens en de observatiegegevens, in procenten

activiteit	zelf-registratie (N = 143)	observatie (N = 143)
- negeren	0.7	1.4
- luisteren	17.7	16.8
- begrip/medeleven tonen	10.6	11.9
- troosten	-	1.4
- voorlichting/adviezen	5.0	4.9
- samen met patiënt oplossing bedenken	-	0.0
- zelf oplossing bedenken	0.7	0.0
- bemiddelen	-	0.0
- patiënt wijzen op eigen verantwoordelijkheid	0.0	0.0
- patiënt inzicht geven in probleem	5.0	0.7
- patiënt stimuleren tot bepaald gedrag	2.8	0.7
- patiënt wijzen op eigen aandeel in probleem	1.4	1.4
- patiënt wijzen op positieve kanten probleem	1.4	1.4
- verwijzen	0.7	0.0

N.B. De activiteiten 'troosten', 'samen oplossing bedenken' en 'bemiddelen' zijn op het zelf-registratieformulier weggelaten, omdat uit de eerste observatieronde was gebleken, dat deze activiteiten slechts sporadisch voorkomen.

Tabel 1.5.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **stimuleren en ondersteunen van mantelzorg** voor de vragenlijstgegevens (N=27) en de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen, in procenten

activiteit	vragenlijst (N=27)*				obser- vaties (N=65) **	obser- vaties (N=597) ***
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal		
- informatie mogelijk- heden mantelzorg voor verzorging patiënt	13.0	34.8	47.9	4.3	23.1	2.5
- bespreken toestand patiënt	21.7	34.8	34.8	8.7	43.1	4.7
- informatie over therapie patiënt	13.0	56.6	26.1	4.3	7.7	0.8
- instructie m.b.t. ver- zorging patiënt	30.4	34.8	26.1	8.7	26.2	2.8
- emotionele steun	4.5	36.4	45.5	13.6	29.2	3.2
- signaleren en bespre- ken overbelasting mantelzorg	17.4	30.4	43.5	8.7	4.6	0.5

* De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen (N=27) dat de vragenlijst heeft ingevuld.

** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken bij 17 wijkverpleegkundigen, waarin stimuleren en ondersteunen van mantelzorg is geobserveerd (N=65).

*** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken dat bij 17 wijkverpleegkundigen geobserveerd is (N=597).

Tabel 1.5.b.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **stimuleren en ondersteunen van mantelzorg** voor de zelf-registratiegegevens en de observatiegegevens, in procenten

activiteit	zelf-registratie (N = 143)	observatie (N = 143)
- informatie mogelijkheden mantelzorg voor verzorging patiënt	2.1	0.0
- bespreken toestand patiënt	9.1	3.5
- informatie over therapie patiënt	3.5	0.0
- instructie m.b.t. verzorging patiënt	2.8	2.1
- emotionele steun	9.1	6.3
- signaleren en bespreken overbelasting mantelzorg	2.1	2.8

Tabel 1.6.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **huishoudelijke activiteiten** voor de vragenlijstgegevens (N=27) en de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen, in procenten

activiteit	vragenlijst (N=27)*				obser-	obser-
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	vaties (N=130) **	vaties (N=597) ***
- eten, drinken verzorgen	61.6	23.1	11.5	3.8	8.5	1.8
- omgeving patiënt verzorgen	96.0	4.0	0.0	0.0	3.1	0.7
- bed verschonon, opmaken	18.5	59.3	22.2	0.0	21.5	4.7
- badkamer, gebruikte spullen opruimen	0.0	26.1	52.2	21.7	83.8	18.3

* De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen (N=27) dat de vragenlijst heeft ingevuld.

** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken bij 17 wijkverpleegkundigen, waarin huishoudelijke activiteiten zijn geobserveerd (N=130).

*** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken dat bij 17 wijkverpleegkundigen geobserveerd is (N=597).

Tabel 1.6.b.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **huishoudelijke activiteiten** voor de zelf-registratiegegevens en de observatiegegevens, in procenten

activiteit	zelf-registratie (N = 143)	observatie (N = 143)
- eten, drinken verzorgen	5.6	7.0
- omgeving patiënt verzorgen	-	0.0
- bed verschonen, opmaken	1.4	3.5
- badkamer, gebruikte spullen opruimen	18.2	27.3

N.B. De activiteit 'omgeving patiënt verzorgen' is op het zelfregistratieformulier weggelaten, omdat uit de eerste observatieronde was gebleken dat deze activiteit slechts sporadisch voorkomt.

Tabel 1.7.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **sociale en administratieve activiteiten** voor de vragenlijstgegevens (N=27) en de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen, in procenten

Activiteit	vragenlijst (N=27)*				obser- naties (N=484) **	obser- vaties (N=597) ***
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal		
- informeren naar toestand patiënt	0.0	4.8	28.6	66.6	35.1	28.5
- informeren naar wat er gedaan moet worden	30.8	15.4	38.4	15.4	2.7	2.2
- praatje maken	4.8	33.3	38.1	23.8	58.8	47.7
- administratie	45.0	30.0	15.0	10.0	38.6	31.3
- afspraak maken voor volgend huisbezoek	15.4	30.8	53.8	0.0	21.1	17.7

* De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen (N=27) dat de vragenlijst heeft ingevuld.

** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken bij 17 wijkverpleegkundigen waarin sociale en administratieve activiteiten is geobserveerd (N=484).

*** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal huisbezoeken dat bij 17 wijkverpleegkundigen is geobserveerd (N=597).

Tabel 1.7.b.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **sociale en administratieve activiteiten** voor de zelf-registratiegegevens en de observatiegegevens, in procenten

activiteit	zelf-registratie (N = 143)	observatie (N = 143)
- informeren naar toestand patiënt	37.8	53.1
- informeren naar wat er gedaan moet worden	1.4	0.0
- praatje maken	51.0	34.3
- administratie	65.0	51.7
- afspraak maken voor volgend huisbezoek	15.4	8.4

Tabel 1.8.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **intake-gesprekken** voor de vragenlijstgegevens (N=21) en de observatiegegevens bij 6 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=21)*				observaties (N=8)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
anamnese					
- personalia	0.0	0.0	14.3	85.7	25.0
- diagnose	0.0	0.0	9.5	90.5	50.0
- lichamelijke gesteldheid	0.0	4.8	4.8	90.4	75.0
- psychische gesteldheid	0.0	4.8	42.9	52.3	62.5
- mogelijke zelfzorg	0.0	0.0	19.0	81.0	62.5
- beschikbaarheid					
mantelzorg	0.0	4.8	38.1	57.1	37.5
- kennis patiënt ziekte	0.0	0.0	33.3	66.7	37.5
- kennis gezin ziekte	4.8	4.8	38.1	52.3	25.0
- woonsituatie	0.0	30.0	40.0	30.0	12.5
- lichamelijke afwijkingen	4.8	28.6	28.6	38.0	0.0
- medicijnen patiënt	0.0	0.0	14.3	85.7	50.0
- diëet patiënt	0.0	14.3	9.5	76.2	25.0
- andere hulpverleners	0.0	9.5	4.8	85.7	37.5
verpleegplan					
- hulpbehoefte	5.0	10.0	15.0	70.0	37.5
- doel wijkverpleegkundige zorg	0.0	15.0	10.0	75.0	0.0
- hulp wijkverpleegkundige	0.0	0.0	10.0	90.0	62.5
- hulp mantelzorg	0.0	15.0	20.0	65.0	12.5
- vaststellen zelfzorg	0.0	10.0	10.0	80.0	25.0
- planning hulp	0.0	21.1	31.6	47.3	75.0
- evaluatiedatum					
afspraken	31.3	31.2	25.0	12.5	12.5
overige activiteiten					
- afspraak volgend bezoek	0.0	0.0	9.5	90.5	100.0
- administratie	4.8	19.0	0.0	76.2	62.5
- voorlichting medicijnen, verzorging enz.	0.0	25.0	62.5	12.5	12.5

- * De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens intake-gesprekken te houden (N=21).
- ** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal intake-gesprekken (N=8) bij de wijkverpleegkundigen bij wie deze huisbezoeken zijn geobserveerd (N=6).

Tijdens de registratieperiode zijn geen intake-gesprekken gehouden.

BIJLAGE II: FREQUENTIEVERDELINGEN VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ACTIVITEITEN TIJDENS HUISBEZOEKEN AAN SPECIFIEKE LEEFTIJDGROEPEN PATIENTEN/CLIENTEN

Tabel 2.1.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de **prenatale huisbezoeken** voor de vragenlijstgegevens (N=10) en de observatiegegevens bij 2 wijkverpleegkundigen, in procenten

activiteit	vragenlijst (N=10)*				observaties (N=3)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
voorlichting geven/ praten over:					
- voeding moeder/baby	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
- lichaamshygiëne	40.0	40.0	0.0	20.0	0.0
- lichaamsverzorging,					
-beweging	30.0	30.0	30.0	10.0	0.0
- tandverzorging	50.0	30.0	20.0	0.0	0.0
- rusten	10.0	30.0	30.0	30.0	33.3
- kleding	40.0	60.0	0.0	0.0	0.0
- baby-uitzet	30.0	20.0	20.0	30.0	66.7
- benodigdheden bij partus	30.0	40.0	20.0	10.0	0.0
- bevalling	0.0	0.0	33.3	66.7	33.3
- kraamhulp	0.0	50.0	30.0	20.0	66.7
- kruiswerk en zuigelingenbureau	0.0	10.0	10.0	80.0	66.7
- andere kinderen	0.0	25.0	25.0	50.0	0.0
- beleving zwangerschap en a.s. ouderschap	0.0	0.0	0.0	100.0	66.7
overige activiteiten:					
- praatje	33.3	44.5	11.1	11.1	100.0
- signaleren problemen	0.0	22.2	11.1	66.7	0.0
- verwijzen	33.3	55.6	11.1	0.0	0.0
- afspraak volgend bezoek	66.7	11.1	0.0	22.2	0.0

- * De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt prenatale huisbezoeken te doen (N=10).
- ** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal prenatale huisbezoeken (N=3) van 2 wijkverpleegkundigen bij wie deze huisbezoeken zijn geobserveerd.

Tabel 2.1.b.: Verdeling van de activiteiten tijdens **prenatale huisbezoeken** bij de wijkverpleegkundige (N=1) die 2 van deze bezoeken tijdens de registratieperiode afgelegd heeft.

activiteit	zelf-registratie (N=2)	observatie (N=2)
voorlichting geven/ praten over:		
- voeding moeder/baby	100.0	100.0
- lichaamshygiëne	0.0	0.0
- lichaamsverzorging, - beweging	0.0	100.0
- tandverzorging	-	0.0
- rusten	50.0	0.0
- kleding	-	0.0
- baby-uitzet	100.0	100.0
- benodigdheden bij partus	100.0	0.0
- bevalling	50.0	100.0
- kraamhulp	100.0	100.0
- kruiswerk en zuigelingenbureau	100.0	50.0
- andere kinderen	-	0.0
- beleving zwangerschap en a.s. ouderschap	0.0	100.0
overige activiteiten:		
- praatje	50.0	50.0
- signaleren problemen	0.0	0.0
- verwijzen	0.0	0.0
- afspraak volgend bezoek	-	0.0

N.B. De activiteiten informatie geven over 'tandverzorging', 'kleding' en 'andere kinderen', alsmede 'afspraak maken voor volgend huisbezoek' zijn op het zelf-registratieformulier weggelaten, omdat uit eerdere metingen was gebleken, dat deze activiteiten slechts sporadisch voorkomen.

Tabel 2.2.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens **zuigelingenhuisbezoeken** voor de vragenlijstgegevens (N=14) en de observatiegegevens bij 11 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=14)*				observaties (N=24)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
voorlichting geven/ praten over					
- dagindeling baby	7.1	50.1	21.4	21.4	37.5
- lichamelijke verzorging baby	21.4	21.4	42.9	14.3	37.5
- (borst)voeding	0.0	0.0	23.1	76.9	75.0
- huilen	7.1	7.1	50.1	35.7	16.7
- temperatuur omgeving	0.0	40.0	40.0	20.0	12.5
- lichamelijke ontwikke- ling baby	7.1	21.4	57.2	14.3	12.5
- ontwikkeling zintuigen	0.0	42.9	42.8	14.3	4.2
- voorkómen ziekten	0.0	28.6	21.4	50.0	16.6
- band moeder/baby	9.1	9.1	18.2	63.6	4.2
- reacties andere kinderen	0.0	40.0	10.0	50.0	16.7
- hoe het bevalt ouder te zijn	10.0	10.0	20.0	60.0	20.8
- opvoedingsaspecten	0.0	28.6	21.4	50.0	8.3
- speelgoed	28.6	50.0	21.4	0.0	0.0
- bevalling	0.0	10.0	10.0	80.0	50.0
- kruiswerk en CB	7.7	7.7	30.8	53.8	45.8
- bereikbaarheid wijkver- pleegkundige	0.0	0.0	30.0	70.0	8.3
- oudercursus, gespreks- groep	50.0	14.3	14.3	21.4	0.0
overige activiteiten					
- PKU-onderzoek	42.9	21.4	7.1	28.6	8.3
- CHI-onderzoek	42.9	21.4	7.1	28.6	8.3
- navelstomp controleren	20.0	20.0	10.0	50.0	54.2
- praatje maken	53.8	7.7	0.0	38.5	50.0
- administratie	0.0	7.1	7.1	85.8	70.8
- afspraak over verwijzen	38.4	38.5	23.1	0.0	8.3
- herinneren aan CB	64.3	28.6	0.0	7.1	0.0

- * De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid (niet) samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens zuigelingenbezoeken te doen (N=14).
- ** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal zuigelingen-huisbezoeken (N=24) van 11 wijkverpleegkundigen bij wie deze huisbezoeken zijn geobserveerd.

Tabel 2.2.b.: Verdeling van de activiteiten tijdens **zuigelingenhuisbezoeken** bij de wijkverpleegkundige (N=1) die een dergelijk bezoek tijdens de registratieperiode heeft afgelegd.

activiteit	zelf-registratie (N=1)	observatie (N=1)
voorlichting geven/ praten over		
- dagindeling baby	0.0	100.0
- lichamelijke verzorging baby	100.0	100.0
- (borst)voeding	100.0	100.0
- huilen	100.0	0.0
- temperatuur omgeving	0.0	0.0
- lichamelijke ontwikkeling baby	0.0	100.0
- ontwikkeling zintuigen	100.0	0.0
- voorkómen ziekten	0.0	0.0
- band moeder/baby	0.0	100.0
- reacties andere kinderen	100.0	100.0
- hoe het bevalt ouder te zijn	100.0	0.0
- opvoedingsaspecten	0.0	0.0
- speelgoed	0.0	100.0
- bevalling	100.0	0.0
- kruiswerk en CB	0.0	0.0
- bereikbaarheid wijkverpleegkundige	0.0	0.0
- oudercursus, gespreksgroep	0.0	0.0
overige activiteiten		
- PKU-onderzoek	0.0	0.0
- CHT-onderzoek	0.0	0.0
- navelstomp controleren	0.0	0.0
- praatje maken	0.0	0.0
- administratie	100.0	100.0
- afspraak over verwijzen	0.0	100.0
- herinneren aan CB	0.0	0.0

Tabel 2.3.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de **peuter/kleuterhuisbezoeken** voor de vragenlijstgegevens (N=11) en de observatiegegevens bij 4 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=11)*				observaties (N=10)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
voorlichting geven/ praten over					
- voeding	11.1	0.0	33.3	55.6	80.0
- lichamelijke verzor- ging	50.0	37.5	12.5	0.0	40.0
- slaap	0.0	0.0	55.6	44.4	70.0
- spreken	0.0	22.2	22.2	55.6	70.0
- zindelijkheid	11.1	22.2	22.2	44.5	60.0
- voorkómen van ongeluk- ken	33.4	22.2	22.2	22.2	20.0
- voorkómen van ziekten	11.1	44.5	11.1	33.3	60.0
- ontwikkelingsverschijn- selen	11.1	0.0	66.7	22.2	70.0
- opvoedingsaspecten	20.0	0.0	40.0	40.0	30.0
- kleuter/peuterscholen	0.0	44.5	22.2	33.3	50.0
- spel	0.0	11.1	33.3	55.6	80.0
- kruiswerk en CB	37.5	12.5	25.0	25.0	20.0
- bereikbaarheid wijkver- pleegkundige	20.0	20.0	0.0	60.0	0.0
- peuter/kleutercursus	62.5	12.5	25.0	0.0	30.0
overige activiteiten					
- praatje maken	62.5	0.0	0.0	37.5	40.0
- administratie	0.0	0.0	22.2	77.8	80.0
- afspraak of verwijzen	22.2	11.1	44.5	22.2	30.0
- herinneren aan CB	75.0	25.0	0.0	0.0	10.0

* De categorieën nooit en zelden zijn samengevoegd voor de over-
zichtelijkheid. Het percentage heeft betrekking op het totaal
aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens
peuter/kleuterhuisbezoeken te doen (N=11).

** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal peuter/
kleuterhuisbezoeken (N=10) van 4 wijkverpleegkundigen bij wie
deze huisbezoeken zijn geobserveerd.

Tabel 2.3.b.: Verdeling van de activiteiten tijdens **peuter/kleuter-huisbezoeken** bij de wijkverpleegkundige (N=1) die 7 van dit soort bezoeken tijdens de registratieperiode heeft afgelegd.

activiteit	zelf-registratie (N=7)	observatie (N=7)
voorlichting geven/ praten over		
- voeding	100.0	100.0
- lichamelijke verzorging	42.9	42.9
- slaap	100.0	57.1
- spreken	100.0	100.0
- zindelijkheid	57.1	42.9
- voorkómen van ongelukken	42.9	42.9
- voorkómen van ziekten	14.3	71.4
- ontwikkelingsverschijnselen	100.0	100.0
- opvoedingsaspecten	85.7	71.4
- kleuter/peuterscholen	57.1	57.1
- spel	71.4	85.7
- kruiswerk en CB	14.3	0.0
- bereikbaarheid wijkverpleegkundige	0.0	0.0
- peuter/kleutercursus	14.3	0.0
overige activiteiten		
- praatje maken	57.1	85.7
- administratie	0.0	28.6
- afspraak of verwijzen	0.0	14.3
- herinneren aan CB	57.1	0.0

Tabel 2.4.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens **preventieve bejaardenbezoeken** voor de vragenlijstgegevens (N=14) en de observatiegegevens bij 8 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=14)*				observaties (N=19)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
voorlichting geven/ praten over					
- voeding	0.0	16.7	58.3	25.0	42.1
- medicijnen	0.0	16.7	41.7	41.6	63.2
- lichamelijke hygiëne	0.0	25.0	41.7	33.3	5.3
- verwarming	41.6	41.7	0.0	16.7	5.3
- veiligheid in en rondom het huis	16.7	49.9	16.7	16.7	10.5
- activiteiten t.b.v. bejaarden	8.3	41.7	16.7	33.3	15.8
- taak andere professies	8.3	66.7	16.7	8.3	26.3
- bejaardenhuis	22.2	33.3	44.5	0.0	15.8
- rechten en plichten patiënt	41.7	41.7	8.3	8.3	10.5
- kruiswerk	20.0	30.0	30.0	20.0	21.1
overige activiteiten					
- praatje	16.7	25.0	0.0	58.3	100.0
- informeren naar toe- stand patiënt	0.0	0.0	0.0	100.0	68.4
- bejaarde stimuleren	8.3	25.0	41.7	25.0	15.8
- administratie	25.0	8.3	16.7	50.0	52.6
signaleren en bespreken van:					
- somatische problemen	0.0	9.1	54.5	36.4	68.4
- psychische problemen	0.0	45.4	36.4	18.2	31.6
- sociale problemen	0.0	27.3	45.4	27.3	15.8
- materiële problemen	36.3	36.4	18.2	9.1	0.0
- verwijzen	9.1	72.7	18.2	0.0	15.8

- * De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens preventieve bejaardenbezoeken te doen (N=14).
- ** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal preventieve bejaardenbezoeken (N=19) van de wijkverpleegkundigen bij wie deze huisbezoeken zijn geobserveerd (N=8).

Tabel 2.4.b.: verdeling van de activiteiten tijdens **preventieve bejaardenbezoeken** bij de wijkverpleegkundige (N=1) die dit soort bezoeken (N=6) tijdens de registratieperiode heeft afgelegd.

activiteit	zelf-registratie (N=6)	observatie (N=6)
voorlichting geven/ praten over		
- voeding	50.0	50.0
- medicijnen	66.7	66.7
- lichamelijke hygiëne	16.7	16.7
- verwarming	0.0	0.0
- veiligheid in en rondom het huis	0.0	0.0
- activiteiten t.b.v. bejaarden	50.0	50.0
- taak andere professies	16.7	33.3
- bejaardenhuis	0.0	33.3
- rechten en plichten patiënt	16.7	16.7
- kruiswerk	33.3	16.7
overige activiteiten		
- praatje	83.3	66.7
- informeren naar toestand	100.0	100.0
- bejaarde stimuleren	50.0	50.0
- administratie	100.0	100.0
signaleren en bespreken van:		
- somatische problemen	16.7	100.0
- psychische problemen	16.7	33.3
- sociale problemen	0.0	50.0
- materiële problemen	0.0	0.0
- verwijzen	16.7	0.0

**BIJLAGE III: FREQUENTIEVERDELINGEN VAN PATIENTGEBONDEN ACTIVITEITEN,
DIE VERRICHT WORDEN IN HET WIJKGEBOUW**

Tabel 3.1.a.: verdeling van wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de **zuigelingenbureaus** voor de vragenlijstgegevens (N=16) en de observatiegegevens bij 10 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=16)*				observaties (N=130)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
- wegen/meten	68.7	6.3	12.5	12.5	12.3
- schedel meten	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- observeren gedrag kind	6.3	18.8	18.8	56.1	-
- observeren ouder-kind relatie	0.0	26.7	26.7	46.6	-
- van Wiechenschema	87.5	12.5	0.0	0.0	0.0
- verpl. anamnese	46.2	7.7	0.0	46.1	10.8
- voedingsadviezen	6.3	6.3	43.7	43.7	59.2
- voorlichting borstvoeding	0.0	71.4	28.6	0.0	1.5
- enting klaarmaken	11.1	11.1	22.2	55.6	18.5
- enten	25.0	8.3	58.4	8.3	22.3
- entadministratie	0.0	37.5	12.5	50.0	24.6
- signaleren ouder-kind problemen	25.0	18.8	56.2	0.0	0.8
- bespreken ouder-kind problemen	13.3	46.7	40.0	0.0	0.8
- afspraak voor huisbezoek ter begeleiding	13.3	66.7	20.0	0.0	0.8
- voorbereidingen	6.3	0.0	18.8	74.9	-
- afspraak volgend bureau	18.8	25.0	12.5	43.7	25.4
- verwijzen	80.0	13.3	6.7	0.0	0.0
- opruimen bureau	0.0	0.0	18.8	81.2	-
- arts vooraf informeren	12.5	50.0	6.3	31.4	-
- nabespreking arts	0.0	31.3	6.3	62.4	-
- bespreken groeicurve	33.3	33.3	16.7	16.7	26.9
- informeren lichamelijke toestand moeder en kind	8.3	25.0	41.7	25.0	10.8

- * De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens zuigelingenconsultatiebureaus te doen (N=16).
- ** Het percentage heeft betrekking op alle zuigelingen (N=130) die de geobserveerde consultatiebureaus (N=11) hebben bezocht.

N.B. Observeren van 'gedrag kind' en 'ouder-kind relatie' zijn bij de **observatiecategorieën** weggelaten, omdat deze activiteiten door een buitenstaander niet zijn waar te nemen.

De activiteiten 'voorbereiden bureau', 'opruimen bureau', 'arts vooraf informeren' en 'nabespreking arts' zijn niet te herleiden tot het totaal aantal kinderen dat de zuigelingenbureaus bezocht. Deze activiteiten zullen daarom in het kader van de observaties apart vermeld worden:

Voorbereiden bureau: Bij 5 zuigelingenbureaus (= 45%) deed de wijkverpleegkundige de voorbereidingen. Gemiddeld besteedde ze hieraan 9.2 minuten met een spreiding van 5 tot 15.

Opruimen bureau: Bij 8 zuigelingenbureaus (= 73%) ruimde de wijkverpleegkundige op. Zij deed hier gemiddeld 7.8 minuten over met een spreiding van 3 tot 9 minuten.

Besprekingen met arts: Bij alle zuigelingenbureaus (N=11) vonden besprekingen plaats tussen arts en wijkverpleegkundige. Gemiddeld duurden deze 13 minuten, met een spreiding van 2 tot 28 minuten.

Tabel 3.1.b.: Verdeling van de activiteiten tijdens **zuigelingenconsultatiebureaus** bij de wijkverpleegkundigen (N=3) bij wie deze bureaus tijdens de registratieperiode plaatsvonden

activiteit	zelf-registratie (N=48)*	observatie (N=48)*
- wegen/meten	37.5	2.1
- ogentest	0.0	0.0
- urine-onderzoek	0.0	0.0
- bespreken groeicurve kind	39.6	31.3
- informeren lichamelijke toestand	41.7	35.4
- voedings- en ontwikkelingsadviezen	45.8	43.8
- voorlichting afbouwen borstvoeding	2.1	4.2
- enting klaarmaken	14.6	16.7
- enten	8.3	8.3
- entadministratie	10.4	8.3
- signaleren en bespreken van ouder-kindproblemen	0.0	2.1
- afspraak begeleiding huisbezoek	2.1	2.1
- afspraak volgend CB	60.4	25.0
- afspraak screening	0.0	0.0

* De percentages hebben betrekking op het totaal aantal kinderen (N=48) dat tijdens de registratieperiode de consultatiebureaus heeft bezocht.

Tabel 3.2.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de **kleuterbureaus** voor de vragenlijstgegevens (N=16) en de observatiegegevens bij 3 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=16)*				observaties (N=27)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
- wegen/meten	66.7	0.0	0.0	33.3	22.2
- van Wiechenschema	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- observeren moeder-kind	6.7	13.3	26.7	53.3	-
- ogentest	40.0	0.0	6.7	53.3	33.3
- voedingsadviezen	6.7	33.3	40.0	20.0	25.9
- enting klaarmaken	28.6	14.3	0.0	57.1	14.8
- enten	37.5	12.5	12.5	37.5	11.1
- entadministratie	42.8	14.3	0.0	42.9	11.1
- signaleren ouder-kind problemen	30.8	30.8	38.4	0.0	0.0
- bespreken ouder-kind problemen	23.1	46.1	30.8	0.0	0.0
- afspraak huisbezoek	41.7	33.3	25.0	0.0	0.0
- voorbereiding CB	6.7	0.0	20.0	73.3	-
- afspraak volgend CB	42.9	7.1	14.3	35.7	7.4
- verwijzen	73.3	20.0	6.7	0.0	0.0
- opruimen bureau	0.0	0.0	20.0	80.0	-
- arts vooraf informeren	26.7	46.6	6.7	20.0	-
- nabespreking arts	6.7	20.0	13.3	60.0	-
- urine-onderzoek	81.8	9.1	9.1	0.0	7.4
- informeren toestand moeder-kind	20.0	10.0	50.0	20.0	0.0

- * De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens kleuterconsultatiebureaus te doen (N=16).
- ** Het percentage heeft betrekking op alle kinderen (N=27) die de geobserveerde consultatiebureaus (N=3) hebben bezocht.

N.B. 'Observeren moeder-kind relatie' is in de **observatiecategor**ieën weggelaten, omdat deze activiteit door een buitenstaander niet is waar te nemen.

De activiteiten 'voorbereiden bureau', 'opruimen bureau', 'arts vooraf informeren' en 'nabespreken arts' zijn niet te herleiden tot het totaal aantal kinderen dat de kleuterbureaus bezocht. Deze activiteiten zullen daarom in het kader van de observaties apart vermeld worden:

Voorbereiden bureau: Dit is niet gebeurd tijdens de observatieperiode.

Opruimen bureau: Dit is tijdens 1 kleuterbureau (33.3%) door een wijkverpleegkundige gedaan. Zij deed hier 5 minuten over.

Besprekingen met arts: Bij alle kleuterbureaus (N=3) vonden besprekingen plaats tussen arts en wijkverpleegkundige. Gemiddeld duurden deze besprekingen 27.7 minuten, met een spreiding van 20 tot 32 minuten.

Er zijn geen zelf-registraties verricht van kleuterconsultatiebureaus.

Tabel 3.3.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten tijdens de **gehoorscreeningszittingen** voor de vragenlijstgegevens (N=6) en de observatiegegevens bij 2 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=6)*				observaties (N=9)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
- afspraak	83.3	0.0	16.7	0.0	0.0
- andere organisatie- werkzaamheden	83.3	16.7	0.0	0.0	-
- screening	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
- administratie	66.7	0.0	0.0	33.3	100.0
- bureau opruimen	0.0	0.0	0.0	100.0	-
- nabespreking	49.9	16.7	16.7	16.7	-

* De categorieën nooit en zelden zijn voor de overzichtelijkheid samengevoegd. De percentages hebben betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens screeningszittingen te doen (N=6).

** Het percentage heeft betrekking op alle kinderen (N=9) die de geobserveerde screeningszitting hebben bezocht. Hoewel bij 2 wijkverpleegkundigen gehoorscreeningsactiviteiten zijn geobserveerd heeft slechts 1 wijkverpleegkundige een **screeningszitting** gehouden.

N.B. 'Andere organisatiewerkzaamheden', 'bureau opruimen' en 'bespreking' zijn niet te herleiden tot het totaal aantal kinderen dat de screeningszitting bezocht. Deze activiteiten zullen daarom in het kader van de observaties apart vermeld worden.

Andere organisatiewerkzaamheden: Dit is door de wijkverpleegkundige gedaan, die geen screeningszitting heeft gehouden. Zij deed hier 37 minuten over. De andere wijkverpleegkundige heeft deze activiteit eveneens uitgevoerd en deed er 3 minuten over.

Bureau opruimen: Dit is door de wijkverpleegkundige gedaan die wel een screeningszitting heeft gehouden. Zij deed er 2 minuten over.

Nabespreking: Ook dit is gedaan door de wijkverpleegkundige die een screeningszitting heeft gehouden. Zij deed hier eveneens 2 minuten over.

Tabel 3.3.b.: Verdeling van de activiteiten tijdens **screeningszittingen** bij de wijkverpleegkundigen (N=2) die dergelijke zittingen tijdens de registratieperiode hebben gehouden.

activiteit	zelf-registratie (N=2)*	observatie (N=2)*
- afspraak	0.0	0.0
- andere organisatie- werkzaamheden	50.0	50.0
- screening	100.0	100.0
- administratie	100.0	100.0
- bureau opruimen	100.0	100.0
- nabespreking	0.0	0.0

* De observatie- en zelf-registratiegegevens zijn zodanig dat zij niet te herleiden zijn tot het totaal aantal cliënten, maar tot het totaal aantal screeningszittingen tijdens de registratieperiode (N=2).

Tabel 3.4.a.: verdeling van de hulpvragen tijdens de **spreekuren** voor de vragenlijstgegevens (N=22) en voor de observatiegegevens bij 12 wijkverpleegkundigen

hulpvraag	vragenlijst (N=22)*	observatie (N=58)*
- inschrijven kraamzorg	44.4	5.2
- kind wegen	44.4	17.3
- informatie over voeding	61.1	15.5
- injectie	55.6	8.6
- psycho-sociaal probleem	5.9	1.7
- somatisch probleem	22.2	5.2
- uitleen	27.8	15.5
- afspraak maken	27.8	17.2
- overige hulpvragen	37.5	13.8

* In de vragenlijsten (N=22) is aangegeven of een hulpvraag de voorgaande week tijdens het spreekuur (of de spreekuren) is voorgekomen. Het aantal maal dat een bepaalde hulpvraag is voorgekomen is niet onderzocht met de vragenlijst.

** Tijdens de spreekuren zijn in totaal 58 hulpvragen geobserveerd. De percentages die achter de hulpvragen staan, zijn hiervan afgeleid. Bij de observaties is wel het aantal maal dat een hulpvraag is voorgekomen tijdens een spreekuur meegenomen in de berekeningen.

Tabel 3.4.b.: verdeling van de hulpvragen tijdens de **spreekuren** bij de wijkverpleegkundigen (N=3) die tijdens de registratieperiode spreekuur hebben gehouden

hulpvraag	zelf-registraties (N=10)*	observaties (N=10)*
- inschrijven kraamzorg	0.0	0.0
- kind wegen	0.0	0.0
- informatie over voeding	20.0	20.0
- injectie	30.0	30.0
- psycho-sociaal probleem	0.0	0.0
- somatisch probleem	0.0	0.0
- uitleen	60.0	70.0
- afspraak maken	20.0	20.0
- overige hulpvragen	50.0	40.0

* Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal spreekuren (N=10), dat tijdens de registratieperiode gehouden is. Het aantal maal dat een hulpvraag per spreekuur is voorgekomen is hierbij niet meegenomen; elk soort hulpvraag is per spreekuur slechts één maal geteld, omdat er in de regel maar één hulpvraag van hetzelfde type gesteld werd tijdens een spreekuur.

Tabel 3.5.a.: verdeling van de cursussen behorende tot de categorie **georganiseerde GVO** voor de vragenlijstgegevens (N=14)

cursussen	aantal cursussen	aantal w.v.'s	percentage*
- zwangerschap, opvoeding	10	9	64.3
- ziektegebieden zoals hart- en vaatziekten	4	3	21.4
- ziekenverpleging thuis	3	2	14.3
- voeding	1	1	7.1
- buitenlanders	4	4	28.6
- cursus voor de gezinszorg	1	1	7.1

* De percentages hebben betrekking op het aantal wijkverpleegkundigen dat aan een bepaalde cursus heeft meegewerkt in verhouding tot het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat aangeeft aan georganiseerde GVO mee te werken (N=14).

Tabel 3.5.b.: verdeling van de werkzaamheden behorende tot de categorie **georganiseerde GVO (cursussen)** voor de vragenlijstgegevens (N=14)

	vragenlijst (N=14)*
- voorbereiding	100.0
- leiding alleen	13.0
- leiding met anderen	60.8
- evaluatie	69.6
- administratie	47.8
- 'slechts' aanwezigheid	8.7
- andere werkzaamheden	21.7

* Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal cursussen (N=23) waaraan wijkverpleegkundigen in het jaar voorafgaande aan de vragenlijst hebben meegewerkt.

Tabel 3.5.c.: verdeling van de cursussen behorende tot de categorie **georganiseerde GVO** voor de observatiegegevens bij 5 wijkverpleegkundigen

cursus	aantal wijkverpleegkundigen
- werk wijkverpleegkundigen voor ouderen, buitenlanders	2
- peuterpraatgroep	1
- tips voor ouders die op CB komen over vakantie	1
- ziekenverzorging thuis	1
- onbekend	1

Tabel 3.5.d.: verdeling van de werkzaamheden behorende tot de categorie **georganiseerde GVO (cursussen)** voor de observatiegegevens bij 5 wijkverpleegkundigen

activiteit	bestede tijd	tijdspercentage*
- voorbereiding	671	99.3
- leiding, alleen	-	-
- leiding met anderen	-	-
- evaluatie	-	-
- administratie	-	-
- aanwezigheid	-	-
- overige activiteiten	5	0.7

Tabel 3.5.e.: verdeling van de **projecten** behorende tot de categorie **georganiseerde GVO** voor de vragenlijstgegevens (N=14)

projecten	aantal projecten	aantal wijkverpleegkundigen	percentage*
- nazorgproject	3	3	21.4
- onderzoeksproject**	1	1	7.1

* De percentages hebben betrekking op het aantal wijkverpleegkundigen dat een bepaald project gedaan heeft in verhouding tot het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat aangeeft aan georganiseerde GVO mee te werken (N=14).

** Dit is een onderzoeksproject op te zetten door consultatiebureau-team en gezondheidscentrum.

Tabel 3.5.f.: verdeling van de werkzaamheden behorende tot de categorie **georganiseerde GVO (projecten)** voor de vragenlijstgegevens (N=4)

activiteit	vragenlijst (N=4)*
- voorbereiding	50.0
- leiding alleen	0.0
- leiding met anderen	0.0
- evaluatie	0.0
- administratie	25.0
- 'slechts' aanwezigheid	50.0
- andere werkzaamheden	0.0

* Het percentage heeft betrekking op het aantal projecten (N=4) dat in het jaar voorafgaande aan de vragenlijst gegeven is.

Tijdens de observatieperiode (vragenlijsten) is geen medewerking aan projecten geobserveerd.

BIJLAGE IV: FREQUENTIEVERDELINGEN VAN NIET-PATIENTGEBONDEN ACTIVITEITEN

Tabel 4.1.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **magazijnwerkzaamheden** voor de vragenlijstgegevens (N=7) en de observatiegegevens bij 2 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=7)*				observaties (N=2)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
- aanvullingen magazijnvoorraad	83.3	0.0	0.0	16.7	0.0
- controle vaccin- voorraad	66.6	16.7	16.7	0.0	0.0
- onderhoud artikelen	83.3	16.7	0.0	0.0	0.0
- uitleen	33.3	16.7	33.3	16.7	100.0
- administratie	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0

* De categorieën nooit en zelden zijn samengevoegd voor de overzichtelijkheid. Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens magazijnwerkzaamheden te verrichten (N=7).

** Het percentage heeft betrekking op alle wijkverpleegkundigen (N=2) die tijdens de observaties magazijnwerkzaamheden hebben verricht.

Tabel 4.1.b.: verdeling van de activiteiten in het kader van **magazijnwerkzaamheden** bij de wijkverpleegkundigen (N=2) die deze activiteiten tijdens de **registratieperiode** hebben verricht

activiteit	zelf-registratie (N=4)*	observatie (N=5)**
- aanvullingen		
magazijnvoorraad	0.0	0.0
- controle vaccin- voorraad	75.0	60.0
- onderhoud artikelen	25.0	0.0
- uitleen	0.0	40.0
- administratie	0.0	0.0
- overige activiteiten	0.0	40.0

* Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal dagen waarop wijkverpleegkundigen zelf geregistreerd hebben dat zij magazijnwerkzaamheden verricht hebben (N=4).

** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal dagen waarop de observatoren genoteerd hebben dat de geobserveerde wijkverpleegkundigen magazijnwerkzaamheden gedaan hebben (N=5).

Tabel 4.2.a.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **administratieve werkzaamheden** voor de vragenlijstgegevens (N=26) en de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst (N=27)*				observaties (N=69)**
	nooit/ zelden	zo nu en dan	vrij vaak	meestal	
- administratie WAS	0.0	9.1	31.8	59.1	81.2
- schriftelijke overdracht avond-, nacht-, weekenddienst	27.3	22.7	31.8	18.2	5.7
- schriftelijke overdracht intramurale instellingen	63.7	31.8	4.5	0.0	0.0
- gezinskaarten opzoeken	26.6	26.7	26.7	20.0	24.6
- oproepen + administratie CB's	61.9	4.8	14.3	19.0	15.9
- administratie eigen registratiesysteem basiseenheid	33.4	8.3	25.0	33.3	14.5
- boodschappenschrift	7.7	15.4	15.4	61.5	36.2
- diversen	18.2	36.4	22.7	22.7	69.6

* Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat in de vragenlijst zegt wel eens administratieve werkzaamheden te verrichten (N=27).

** Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal dagen waarop bij wijkverpleegkundigen administratieve werkzaamheden zijn geobserveerd (N=69).

Tabel 4.2.b.: verdeling van de activiteiten in het kader van **administratieve werkzaamheden** bij de wijkverpleegkundigen (N=4) die deze activiteiten tijdens de **registratieperiode** hebben verricht

activiteit	zelf-registratie (N=16)*	observatie (N=16)*
- administratie WAS	62.5	56.3
- schriftelijke overdracht avond-, nacht-, weekenddienst	0.0	0.0
- schriftelijke overdracht intramurale instellingen	0.0	0.0
- gezinskaarten opzoeken	12.5	25.0
- oproepen + administratie CB's	0.0	0.0
- administratie eigen registratiesysteem basiseenheid	37.5	18.8
- boodschappenschrift	12.5	25.0
- diversen	62.5	100.0

* Het percentage heeft betrekking op het totaal aantal dagen, waarop wijkverpleegkundigen zelf geregistreerd hebben dat zij administratieve werkzaamheden verricht hebben, alsmede dat dit geobserveerd is (N=16).

Tabel 4.3.a.: frequentie en tijdsduur van de **vaste overlegsituaties** binnen en buiten het kruiswerk voor de vragenlijstgegevens

overlegsituaties	gem. aantal maal per maand	spreiding	gem. tijdsduur	spreiding
- basiseenheidoverleg (N=26)	3.7	1-8	103 min.	10-260 min.
- subteamoverleg (N=23)	5.3	3-12	98 min.	15-240 min.
- werkbespreking met de hoofdwijkverpleegkundige (N=16)	.8	0.1-3.0	76 min.	45-180 min.
- andere vaste overlegsituaties binnen het kruiswerk (N=9)	2.8	1-10	108 min.	15-240 min.
- overleg binnen samenwerkingsverband (N=13)	2.7	1-6	84 min.	10-180 min.
- ander vast overleg buiten het kruiswerk (N=10)	1.2	0.1-4.0	102 min.	30-60 min.

* Het aantal wijkverpleegkundigen/wijkzickenverzorgenden dat volgens de vragenlijstgegevens aan de desbetreffende overlegsituaties deelneemt.

Tabel 4.3.b.: frequentie en tijdsduur van de **vaste overlegsituaties** binnen en buiten het kruiswerk, volgens de observatiegegevens bij wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden die de vragenlijst hebben ingevuld (N=17)

overlegsituaties	percentage wijkverpleeg-	gem. tijd	spreiding kundigen
- basiseenheidoverleg (N=9)	52.9	111 min.	20-205 min.
- subteamoverleg (N=14)	82.4	80 min.	15-150 min.
- werkbepreking hoofdwijk- verpleegkundige (N=3)	17.6	31 min.	30- 32 min.
- eerstelijnsverleg (N=3)	17.6	41 min.	19- 70 min.

N.B. Iedere soort overlegsituatie werd per wijkverpleegkundige nooit meer dan één keer tijdens de onderzoekswaek geobserveerd.

Tabel 4.3.c.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten behorende tot de categorie **informele overlegsituaties** voor de vragenlijstgegevens en de observatiegegevens

overlegsituaties	vragenlijsten N=27		observaties:	
	gem. tijdsduur per week	spreiding	gem. tijdsduur per week	spreiding
- hoofdwijkverpleeg- kundige (inform.)	27 min.	0- 90	14 min.	2- 29 (N= 9)
- andere wijkverpleeg- kundigen (inform.)	106 min.	0-320	118 min.	55-214 (N=17)

Tabel 4.3.d.: frequentie en tijdsduur van de overige overlegsituaties **binnen** het kruiswerk volgens de vragenlijstgegevens (N=27)

overlegsituaties	gem. aantal maal per jaar	spreiding	gem. tijdsduur	spreiding
- bestuur, directie kruisvereniging (N=5)	1.6	1- 3	108 min.	90-120
- lidinstelling	-	-	-	-
- op niveau e.k.o. (N=2)	1.5	1- 2	90 min.	60-120
- districtsverpleegkundige tel. (N=20)	7.2	2-24	14 min.	5- 45
- districtverpleegkundige pers. (N=18)				
- GVO-consul. tel. (N=4)	8.0	2-18	6 min.	3- 10
- GVO-consul. pers. (N=4)	9.0	2-23	58 min.	20- 90
- diëtiste tel. (N=16)	6.3	1-45	14 min.	5- 60
- diëtiste pers. (N=9)	1.9	1- 5	43 min.	10-120
- kraamc. tel. (N=15)	6.1	1-25	17 min.	3- 60
- kraamc. pers. (N=19)	12.7	1-90	29 min.	10- 60
- anderen binnen kruiswerk (N=7)	21.6	1-100	80 min.	1-240

Tabel 4.3.e.: gemiddelde tijdsbesteding van de wijkverpleging aan **contacten met de patiënt en mantelzorg** buiten bureaus, spreekuren, huisbezoeken e.d. om, voor vragenlijstgegevens en observatiegegevens

	vragenlijst (N=27)		observaties (N=17)	
	gem. duur/dag	spreiding	gem. duur/dag	spreiding
contact met patiënt	9 min.	2-20 min.	4 min.	1-8 min.

Tabel 4.3.f.: frequentie en tijdsduur van de overige overlegsituaties **buiten** het kruiswerk volgens de vragenlijstgegevens (N=27)

overlegsituaties	gem. aantal maal per jaar	spreiding	gem. tijdsduur	spreiding
- huisarts tel. (N=20)	59.3	8-360	8 min.	3- 20
- huisarts pers. (N=19)	48.4	3-360	21 min.	5- 60
- specialist tel. (N=14)	6.8	1-24	9 min.	3- 15
- specialist pers. (N= 3)	2.7	1- 4	10 min.	5- 15
- verpleeghuisarts tel. (N= 4)	6.8	1- 12	10 min.	geen
- verpleeghuisarts pers. (N= 4)	2.3	1- 4	33 min.	10- 45
- andere arts tel. (N= 5)	2.8	2- 6	15 min.	10- 30
- andere arts pers. (N= 1)	1.2	geen	5 min.	geen
- fysiotherapeut tel. (N=12)	11.2	2- 72	9 min.	5- 30
- fysiotherapeut pers. (N=11)	40.9	1-360	12 min.	4- 20
- pastor tel. (N= 1)	2.0	geen	10 min.	geen
- pastor pers. (N= 1)	3.0	geen	15 min.	geen
- maatschappelijk werk tel. (N=13)	10.5	1- 24	13 min.	3- 30
- maatschappelijk werk pers. (N=10)	16.6	1-108	21 min.	5- 60
- gezinszorg tel. (N=20)	22.0	2- 60	10 min.	3- 20
- gezinszorg pers. (N=21)	17.0	1-120	35 min.	5- 60
- vrijwilligers tel. (N=11)	5.0	2- 12	10 min.	3- 15
- vrijwilligers pers. (N=7)	5.7	1- 12	24 min.	10- 90
- bejaardenwerk tel. (N=9)	9.8	1- 24	8 min.	3- 15
- bejaardenwerk pers. (N=6)	7.0	2- 12	20 min.	10- 60
- dienstencentrum tel. (N= 4)	10.5	2- 24	9 min.	3- 15
- dienstencentrum pers. (N= 4)	7.0	1- 12	25 min.	10- 60
- gem. soc. dienst tel. (N= 6)	5.5	2- 12	6 min.	2- 10

Tabel 4.3.f. vervolg		gem. aan- tal maal per jaar	spreiding	gem. tijdsduur	sprei- ding
- gem. soc. dienst pers. (N= 1)	1.0	geen	10 min.	geen	
- AGGZ tel. (N=11)	5.2	1- 24	10 min.	5- 15	
- AGGZ pers. (N= 5)	1.6	1- 3	40 min.	20- 60	
- verpleging ziekenhuis tel. (N=21)	17.1	2- 48	11 min.	2- 30	
- verpleging ziekenhuis pers. (N=11)	6.2	1- 12	15 min.	5- 60	
- verpleging ver- pleeghuis tel. (N=12)	6.3	2- 12	12 min.	3- 50	
- verpleging ver- pleeghuis pers. (N=12)	3.4	1- 12	23 min.	5- 60	
- verpleging verzor- gingshuis tel. (N= 4)	16.8	1- 60	8 min.	5- 10	
- verpleging verzor- gingshuis pers. (N= 5)	43.8	1-192	42 min.	15- 90	
- representatie kruisvereniging (N= 6)	3.5	1- 12	222 min.	10-960	
- tel. contacten anderen (N= 3)	3.7	1- 6	10 min.	5- 15	
- pers. contacten anderen (N= 4)	11.8	4- 24	55 min.	4-145	

Tabel 4.3.g.: frequentie en tijdsduur van overige overlegsituaties binnen en buiten het kruiswerk, volgens de observatiegegevens bij 17 wijkverpleegkundigen

overlegsituaties	% van 17 w.v.'s*	gem. aantal keer	totaal tijd per week	spreiding
- huisarts (N=9)	52.9	2.2	26 min.	2- 98
- verpleging ziekenhuis (N=3)	17.6	2.3	8 min.	2- 20
- gezinszorg (N=6)	35.3	1.5	5 min.	2- 10
- kraamzorg (N=3)	17.6	1	14 min.	4- 32
- maatschappelijk werk (N=1)	5.9	1	7 min.	geen
- apotheker (N=4)	23.5	1.5	9 min.	2- 17
- bejaardenhuis (N=3)	17.6	1	18 min.	1- 53
- boodschappen-centrale (N=7)	41.2	1.5	6 min.	1- 11
- overige contacten binnen kruiswerk (N=13)	76.4	-	36 min.	1-158
- overige contacten buiten kruiswerk (N=10)	58.8	-	53 min.	1-300

* Het percentage heeft betrekking op het aantal wijkverpleegkundigen waarbij bepaalde overlegsituatie is geobserveerd, in verhouding tot het totaal aantal wijkverpleegkundigen (N=17) waarbij geobserveerd is.

Tabel 4.3.h.: verdeling van de activiteiten in het kader van **overleg-situaties** voor zelf-registratie- en observatiegegevens

overlegsituatie	zelf-registraties (N=10)*			
	gemiddeld aantal/dag	spreiding	tijdsduur	spreiding
- grote overleg-situaties (N= 5)	1	geen	47 min.	25-73
- overige overleg-situaties (N=10)	4.5	1-7	43 min.	10-97

overlegsituatie	observaties (N=16)**			
	gemiddeld aantal/dag	spreiding	tijdsduur	spreiding
- grote overleg-situaties (N= 5)	1	geen	61 min.	30- 82
- overige overleg-situaties (N=16)	5.3	1-11	37 min.	2-135

* 1 Is het aantal dagen waarop overlegsituaties geregistreerd zijn.

** 16 Is het aantal dagen waarop overlegsituaties geobserveerd zijn.

Tabel 4.4.: verdeling van de wijkverpleegkundige activiteiten ten behoeve van de categorie **bijscholings- en studie-activiteiten** voor de vragenlijstgegevens (N=27) voor het afgelopen jaar, en de observatiegegevens voor een periode van 1 week van 17 wijkverpleegkundigen

activiteit	vragenlijst deelname**	N*	gemiddelde tijdsbest.	spreiding
- bijscholing georganiseerd door kruiswerk	12.0 (N= 3)	25	4 uur	2- 7
- excursies	56.0 (N=14)	25	8 uur	2-50
- deskundigheids bevordering in basiseenheid	84.0 (N=21)	25	7 uur	1-50
- deskundigheids- bevordering bin- nen samenwer- kingsverband	32.0 (N= 8)	25	13 uur	1-90
- vakliteratuur onder werk	82.6 (N=19)	23	2 uur	1- 4
- vakliteratuur thuis	83.3 (N=20)	24	3 uur	1- 9
- andere activi- teiten	32.0 (N= 8)	25	24 uur	3-72

De tabel voor de observatiegegevens volgt op de volgende bladzijde.

activiteit	observaties (N=17)***		
	deelname	duur	spreiding
- bijscholing georganiseerd door kruiswerk	-	-	
- excursies	-	-	
- deskundigheidsbevordering in basiseenheid	11.8 (N=2)	128 min.	105-150
- deskundigheidsbevordering op lokaal niveau	-	-	
- vakliteratuur onder werk	23.5 (N=4)	4 min.	1-5
- vakliteratuur thuis	-	-	
- andere activiteiten	-	-	

* Het aantal wijkverpleegkundigen dat heeft ingevuld dat zij de afzonderlijke bijscholings- en studie-activiteiten al dan niet verrichten.

** Percentage van het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat aangeeft bijscholings- en studie-activiteiten te hebben gedaan het jaar voorafgaande aan de invulling van de vragenlijst.

*** Het percentage onder 'deelname' heeft betrekking op het aantal wijkverpleegkundigen waarbij een bepaalde activiteit geobserveerd is in verhouding tot het totaal aantal wijkverpleegkundigen waarbij geobserveerd is (N=17)

N.B. Literatuur lezen buiten werktijd is niet geobserveerd.

Er is slechts één wijkverpleegkundige geweest die tijdens de registratieperiode bijscholings- en studie-activiteiten verricht. Zowel de wijkverpleegkundige als de observator geven aan dat zij in dit kader 180 minuten heeft besteed aan deskundigheidsbevordering plaatsvindend binnen een basiseenheid/subteam.

Tabel 4.5.a.: gemiddelde tijdsbesteding aan **reistijd** per dag voor vragenlijstgegevens met bijbehorende observatiegegevens, en zelf-registratiegegevens met bijbehorende observatiegegevens

vragenlijst (N=23)		observaties (N=77)*		zelf-registraties (N=16)**		observaties (N=16)**	
tijd	sprei- ding	tijd	sprei- ding	tijd	sprei- ding	tijd	sprei- ding
49 min.	5-150	48 min.	0-98	72 min.	44-165	67 min.	46-102

* 77 Is het totaal aantal dagen waarop bij de wijkverpleegkundigen tijdens de 'vragenlijstperiode' reizen is geobserveerd.

** 16 Is het totaal aantal dagen waarop bij de wijkverpleegkundigen tijdens de 'registratieperiode' reizen is geregistreerd en geobserveerd.

