

Preventieve huisbezoeken bij ouderen door de wijkverpleging

De huidige stand van zaken in Nederland

Drs. E. Castelein heeft in het kader van haar afstudeerscriptie een onderzoekstage gelopen bij het NIVEL. Zij heeft Gezondheidswetenschappen gestudeerd aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht, met als afstudeerrichting Verplegingswetenschap.

Dr. A. Kerkstra is projectleider voor het onderzoek op het terrein van de extramurale verpleging bij het NIVEL. Zij studeerde Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Prof. dr. H. Philipson, hoogleraar Medische Sociologie aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht.

Correspondentie-adres: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), postbus 1568, 3500 BN Utrecht, Nederland.

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de stand van zaken met betrekking tot activiteiten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden op het gebied van preventieve huisbezoeken bij ouderen in Nederland. Als theoretisch kader is de zelfzorgtheorie van Orem gebruikt. In het onderzoek is een secundaire analyse toegepast op eerder verzamelde gegevens binnen het onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland' (Vorst-Thijssen, Van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990). De resultaten laten zien dat er in Nederland door de wijkverpleging erg weinig tijd wordt besteed aan preventieve ouderenbezoeken. Het al dan niet afleggen van deze huisbezoeken lijkt samen te hangen

met 'het beleid' van de betreffende lidinstelling of basiseenheid en vertoont geen samenhang met individuele kenmerken van de wijkverplegenden, noch met kenmerken van hun werksituatie. Zowel wijkverpleegkundigen als wijkziekenverzorgenden zijn gericht op het vergroten van het zelfzorgvermogen van de bezochte ouderen. Daarnaast besteden met name wijkverpleegkundigen veel aandacht aan het signaleren van (toekomstige) zelfzorgtekorten.

Inleiding

Ouderen vormen in vergelijking met andere leeftijdsgroepen in Nederland een belangrijke groep consumenten van de gezondheidszorg. Het totaal aantal ouderen zal in de toekomst nog verder toenemen. Deze toename hangt naast de verbeterde levensverwachting en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg samen met de demografische ontwikkelingen. De leeftijdscategorie 65+ groeit van bijna 1.9 miljoen op 1 januari 1989 tot tegen de 2.2 miljoen aan het einde van deze eeuw. Het aantal hoogbejaarden (80 jaar en ouder) neemt bovendien relatief nog sterker toe dan het totale aantal bejaarden; tussen 1988-2000 is een stijging te verwachten met ongeveer 110.000 hoogbejaarde personen (CBS middenvariant, 1990).

De vergrijzing vormt dan ook een belangrijke determinant voor het gezondheidsbeleid. In het Ontwerp-Kerndocument 'Doelgericht veranderen' (Ministerie van WVC, 1989a), wordt als doel geformuleerd tussen 1990 en 1995 een samenhangend beleid tot stand te brengen met betrekking tot preventie voor ouderen. In de discussienota 'Veroudering en Preventie' (Ministerie van WVC, 1989b) behorend bij het Ontwerp-Kern-

document wordt benadrukt dat zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid belangrijke aspecten zijn van de kwaliteit van leven van de ouder wordende mens.

De ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid vormen de achtergrond van het preventieve ouderenbezoek door de wijkverpleging. Onder een preventief ouderenbezoek wordt in navolging van Hoornstra & Van Druenen (1985) verstaan: 'Het op initiatief van de hulpverlener op systematische wijze thuisbezoeken van (groepen) ouderen die niet bekend of in zorg zijn, en daar een aantal werkwijzen toepassen die geacht worden bij te dragen aan de verbetering van de algemene gezondheidstoestand of van omstandigheden die daaraan kunnen meewerken'. Het doel van zo'n preventief ouderenbezoek wordt door de Nationale Kruisvereniging (1981, p. 14, 15) als volgt omschreven: 'Het geven van voorlichting, onder andere over het Kruiswerk als voorziening, signalering van dreigende tekorten en het leren kennen van de risicolopende bejaarden'. In de nota 'Preventieve ouderenzorg' (1987) onderschrijft de Nationale Kruisvereniging dit doel nog steeds. Een belangrijk verschil met de nota van 1981 is echter dat de bezoeken primair afgelegd zouden moeten worden naar aanleiding van signalen van de oudere of diens omgeving. De Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid staat eveneens zo'n risicobenadering voor (NFB, 1986). De discussie over zowel de vorm als de inhoud van het preventieve ouderenbezoek is echter nog niet afgerond. Voorstanders voeren als belangrijkste argument de gezondheidswinst aan. Tegenstanders zetten vooral hun vraagtekens bij de inbreuk op de privacy van de oudere en het medicaliserende effect dat van zo'n bezoek zou uitgaan (NFB, 1986). Onderzoeksgegevens uit het buitenland wijzen op een gunstig effect van het preventieve ouderenbezoek (Hendriksen, Lund & Stromgard, 1984; Luker, 1981; Vetter, Jones & Victor, 1984).

Theoretisch kader en vraagstelling

De theorie van zelfzorgtekort van Orem, beschreven in haar boek 'Nursing: concepts of practice' (Orem,

1985), is in dit onderzoek gebruikt als theoretisch kader voor het verpleegkundig handelen tijdens het preventieve ouderenbezoek. De vertalingen van de theoretische concepten zijn overgenomen uit een artikel van Brouns (1988), waarin de theorie van Orem uitgebreid wordt beschreven. Bij het preventieve ouderenbezoek dat plaatsvindt op initiatief van de verpleegkundige gaat het erom vast te stellen of het zelfzorgvermogen van de oudere groot genoeg is om aan zijn/haar zelfzorgbehoeften te voldoen. Met andere woorden vastgesteld wordt of er sprake is van een zelfzorgtekort, nu of in de toekomst.

Het vaststellen van zo'n (dreigend) zelfzorgtekort ofwel vroegsignalering gebeurt in de diagnostische fase van het verpleegkundig proces. Orem onderscheidt hierbij een aantal handelingen die de verpleegkundige moet beheersen om deze fase goed te kunnen doorlopen, waarbij ze het gevaar onderkent van een diagnose op basis van inadequate gegevens. De algemene vragen die een verpleegkundige zich in deze situatie onder andere moet stellen zijn:

- Heeft deze persoon voldoende zelfzorgvermogen om aan zijn zelfzorgbehoefte te voldoen?
- Zo nee, wat is de aard en de reden voor het bestaan van dit tekort?

Samengevat zijn deze vragen een hulpmiddel om vast te stellen waarom een persoon verpleegkundige zorg nodig zou hebben. Pas wanneer de diagnose 'zelfzorgtekort nu of in de toekomst' is gesteld kan de verpleegkundige overgaan naar de volgende fase van het verpleegkundig proces, het ontwerpen van een passende manier van verpleegkundig handelen waarna de planning en de uitvoering, respectievelijk de derde en de vierde fase van het verpleegkundig proces, zullen volgen. Orem onderscheidt in haar theorie drie mogelijke manieren van verpleegkundig handelen (nursing systems):

1. Geheel compenserend: de verpleegkundige neemt de zelfzorg van een persoon volledig over. De betreffende persoon heeft een volledig zelfzorgtekort.
2. Gedeeltelijk compenserend: de verpleegkundige neemt de zelfzorg van een persoon voor een bepaald

gedeelte over. Voor bepaalde zelfzorgbehoeften is het zelfzorgvermogen van de persoon nog wel toereikend.

3. Ondersteunend of adviserend: de verpleegkundige ondersteunt en adviseert de persoon die echter zelf in zijn/haar zelfzorg voorziet.

Deze laatste vorm van verpleegkundig handelen lijkt tijdens het preventieve ouderenbezoek het meest bruikbaar. Men mag immers verwachten dat de oudere, waarbij een verpleegkundige een preventief ouderenbezoek aflegt, niet zodanige zelfzorgtekorten heeft die een geheel of gedeeltelijk compenserend handelen van de verpleegkundige vereisen op het moment van het huisbezoek. De meest toepasselijke, door Orem beschreven, hulpmethoden die de verpleegkundige binnen deze situatie kan benutten zijn: 'het scheppen van een optimale omgeving' en 'instructie en voorlichting'. De eerstgenoemde hulpmethode is belangrijk aangezien de verpleegkundige thuiskomt bij een oudere en dus zelf binnenkomt in de omgeving van de oudere. De tweede hulpmethode is met name belangrijk om de kennis en vaardigheden van de oudere uit te breiden en zo het zelfzorgvermogen van de oudere te vergroten. Laatstgenoemde hulpmethode geeft heel duidelijk de preventieve functie van het huisbezoek weer: het vergroten van het zelfzorgvermogen voordat een zelfzorgtekort is ontstaan. Bij deze primaire preventie moet, bij het beoordelen van het vereiste zelfzorgvermogen, vooral de nadruk liggen op de zelfzorgbehoeften (ten gevolge van ontwikkelingsprocessen en algemene (of universele) zelfzorgbehoeften) die, wanneer er aan wordt tegemoet gekomen de gezondheid kunnen handhaven of verbeteren en die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van een individu.

Tijdens één huisbezoek kunnen niet alle genoemde fasen van het verpleegkundig proces aan de orde komen. De diagnostische fase kan echter niet worden overgeslagen, de verpleegkundige komt thuis bij een oudere, dit leidt tot een snelle inschatting van leefgewoonten en andere omstandigheden. Wanneer duidelijk sprake is van een zelfzorgtekort kan de verpleegkundige vervolgacties ondernemen. Wanneer dit niet het geval is kan de verpleegkundige in overleg met de oudere een

vervolgafpraak maken over een aantal maanden. Zo wordt tegemoet gekomen aan een voorwaarde van de eerste fase van het verpleegkundig proces, door Orem beschreven als een continue vaststelling van de reden waarom iemand verpleegkundige zorg nodig heeft. Toegevoegd zou kunnen worden: 'de reden waarom iemand geen verpleegkundige zorg nodig heeft', dit wordt overigens niet door Orem genoemd. In het kader van de theorie van Orem lijkt het echter meer voor de hand te liggen dat de verpleegkundige met de oudere afspreekt dat de oudere zelf contact opneemt met het kruiswerk wanneer in zijn/haar situatie een verandering is opgetreden (de oudere is nu immers op de hoogte van het bestaan van het kruiswerk als voorziening). De wijkverpleegkundige of wijkzorgenverzorgende die een preventief ouderenbezoek aflegt, levert op deze wijze dus een bijdrage aan het welzijn en zelfstandig functioneren van een oudere.

Deze constatering en de al eerder geschetste achtergronden van het preventieve ouderenbezoek leiden tot de vraag naar de huidige stand van zaken met betrekking tot de activiteiten van wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden op het gebied van preventieve ouderenbezoeken in Nederland. Om dit te kunnen inventariseren zijn een aantal onderzoeksvragen opgesteld, op vijf van deze vragen zal in dit artikel nader worden ingegaan:

1. Hoeveel procent van de wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden in Nederland brengt preventieve huisbezoeken bij ouderen?
2. Hoeveel tijd wordt er gemiddeld per maand aan preventieve huisbezoeken bij ouderen besteed?
3. Zijn er regionale of lokale verschillen in het voorkomen van preventieve ouderenbezoeken in Nederland?
4. Zijn er verschillen tussen wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden die wel preventieve ouderenbezoeken brengen en zij die dit niet doen?
5. Wat is de inhoud van het preventieve ouderenbezoek? Hoe is de verhouding tussen de signalerende activiteiten enerzijds en de activiteiten om het zelfzorgvermogen te vergroten anderzijds? Zijn er verschillen tussen de preventieve ouderenbezoeken die door wijk-

verpleegkundigen, respectievelijk door wijkziekenverzorgenden worden afgelegd?

Methode van onderzoek

Het onderzoek betrof een zogenaamde secundaire analyse, 'a form of research in which the data collected by one researcher are reanalyzed by another investigator usually to test new research hypothesis' (Polit & Hungler, 1987, p. 536). Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn de gegevens uit het al eerder afgeronde onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland' (Vorst-Thijssen, Van den Brink-Muinen & Kerkstra, 1990) gebruikt. De representatieve steekproef uit het bovengenoemde onderzoek bestond uit 108 wijkverpleegkundigen, 49 wijkziekenverzorgenden en 29 (wijk)-verpleegkundigen die avond- en/of weekenddiensten verzorgen afkomstig uit 47 basiseenheden verspreid over heel Nederland. De 29 (wijk)-verpleegkundigen die avond- en/of weekenddiensten verzorgen werden niet in dit onderzoek betrokken, aangezien preventieve ouderenbezoeken niet plaatsvinden tijdens de avonduren of weekenden. Gedurende acht weken hebben de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden registratieformulieren ingevuld over de door hen verrichte werkzaamheden (deze formulieren zijn in de eerste fase van het onderzoek onderzocht op hun betrouwbaarheid en validiteit (Kerkstra & De Wit, 1987)). Onder de in totaal zeven verschillende registratieformulieren was een apart formulier 'huisbezoeken voor specifieke leeftijdsgroepen' opgenomen. Hieronder viel het preventieve ouderenbezoek. De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden konden op dit formulier aangeven welke activiteiten tijdens het bezoek aan de orde waren gekomen, alsmede de tijdsduur van het huisbezoek. Deze activiteiten zijn in het kader van dit onderzoek gecategoriseerd naar de nagestreefde doelen van het preventieve ouderenbezoek aan de hand van de theorie van Orem (zie tabel 4).

Naast het specifieke formulier werd eveneens door alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden een-

malig een algemeen formulier ingevuld waarin zowel gevraagd werd naar individuele kenmerken alsook naar kenmerken van de werksituatie.

Resultaten

Aantal wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die in Nederland preventieve huisbezoeken bij ouderen afleggen

Van de in totaal 157 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn er 49 personen die, gedurende de registratieperiode één of meer huisbezoeken bij ouderen hebben gebracht (31%).

Het percentage wijkverpleegkundigen dat één of meer huisbezoeken heeft afgelegd is 26%, het percentage voor de wijkziekenverzorgenden ligt aanmerkelijk hoger, namelijk 43%. Hieruit blijkt dat meer wijkziekenverzorgenden preventieve ouderenbezoeken afleggen dan wijkverpleegkundigen (χ^2 -kwadraat= 4.5; $p=.03$). Verder blijkt dat wijkziekenverzorgenden gemiddeld meer huisbezoeken afleggen dan wijkverpleegkundi-

	percentage dat preventieve ouderenbezoeken aflegt	aantal preventieve ouderenbezoeken per verplegende	aantal preventieve ouderenbezoeken per verplegende die preventieve ouderenbezoeken aflegt
wijkverpleegkundigen (N=108)	26%	.9	3.5
wijkziekenverzorgenden (N=49)	43%	2.6	6
totaal (N=157)	31%	1.4	4.4

Tabel 1. Het percentage verplegenden (N=157) dat preventieve ouderenbezoeken aflegt, het gemiddeld aantal huisbezoeken per verplegende en het gemiddeld aantal huisbezoeken per verplegende die huisbezoek aflegt, gedurende acht weken.

	alleenstaand	samenwonen met:		
		partner (+ kinderen)	kinde- ren	totaal
wijkverpleegkundige	69	24	7	100 (N=99)
wijkzikenverzorgende	47	43	10	100 (N=116)
totaal	57	35	8	100 (N=215)

Chi-kwadraat = 10.47, $p = .005$

Tabel 2. De verdeling van de huisbezoeken ($N=215$) naar functie van de wijkverplegende en naar samenlevingsverband van de oudere, in percentages.

gen. De gemiddelden, 2.6 voor de wijkzikenverzorgenden en .9 voor de wijkverpleegkundigen in acht weken verschillen significant van elkaar ($t = -2.42$; $p = .019$). Dit verschil werd gevonden in de totale groep van 157 personen. Vervolgens is gekeken naar het gemiddeld aantal huisbezoeken per persoon binnen de groep die ook werkelijk huisbezoeken heeft afgelegd (49 personen). Hieruit kwam een trend naar voren dat wijkzikenverzorgenden gemiddeld meer huisbezoeken per persoon afleggen dan wijkverpleegkundigen respectievelijk 6.0 per persoon en 3.5 per persoon (gedurende acht weken).

57% van de preventieve huisbezoeken wordt afgelegd bij alleenstaande ouderen (tabel 2).

69% van de preventieve huisbezoeken door wijkverpleegkundigen wordt bij alleenstaande ouderen afgelegd. Voor de wijkzikenverzorgenden is dit percentage 47%. Alleenstaande ouderen worden dus vaker bezocht door een wijkverpleegkundige dan door een wijkzikenverzorgende.

Er werden in totaal meer vrouwen bezocht dan mannen, respectievelijk 70% en 30% van de bezochte ouderen. De groep alleenstaanden bij wie een huisbezoek is afgelegd, bestaat voor het grootste gedeelte uit vrouwen namelijk 82% ($\text{chi-kwadraat} = 21.1$, $p = .000$). Een verklaring hiervoor is dat de groep alleenstaande vrouwen groter is dan de groep alleenstaande mannen: in de

categorie 'niet in gezinsverband wonende personen van 75 jaar of ouder', is 80% vrouw en 20% man (CBS, 1990), dit komt overeen met het hierboven gevonden resultaat.

Tijdsinvestering in preventieve ouderenbezoeken door wijkverpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden

De duur van een preventief ouderenbezoek varieert van 13 minuten tot een maximum van 2 uur en 5 minuten. De gemiddelde duur van een huisbezoek, ongeacht de persoon die dit huisbezoek aflegt is 50 minuten. Er bestaat echter een verschil in duur van de huisbezoeken die door wijkverpleegkundigen en die door wijkzikenverzorgenden worden afgelegd.

De gemiddelde duur van een huisbezoek afgelegd door een wijkverpleegkundige is 45 minuten, voor de wijkzikenverzorgende is dit 54 minuten. Het verschil van 9 minuten per huisbezoek is significant ($t = -3.33$, $p = .001$).

De gemiddelde tijdsbesteding aan preventieve ouderenbezoeken per maand (exclusief reistijd) is voor wijkverpleegkundigen 21 minuten, voor wijkzikenverzorgenden 64 minuten. Dit betekent dat wijkzikenverzorgenden ongeveer één procent van hun werktijd besteden aan het afleggen van preventieve ouderenbezoeken, voor wijkverpleegkundigen is dit nog minder.

Regionale en lokale verschillen in het vóórkomen van preventieve ouderenbezoeken in Nederland

Uit tabel 3 blijkt dat van de toenmalige twaalf lidinstellingen van de Nationale Kruisvereniging (waarvan het werkgebied meestal een gehele provincie bestrijkt) die in de steekproef vertegenwoordigd zijn alleen binnen Amsterdam door geen enkele basiseenheid een huisbezoek werd afgelegd gedurende de registratieperiode. In totaal werden in 17 van de 47 basiseenheden geen huisbezoeken afgelegd.

Wanneer men per lidinstelling het werkelijk aantal gebrachte huisbezoeken vergelijkt met het verwachte aantal huisbezoeken berekend op grond van het totaal aantal preventieve huisbezoeken in de steekproef en

	basis- eenhe- den	perso- nen	ver- wachte aantal huisbe- zoeken	werke- lijk aan- tal huis- bezoeken
Groningen	2	6	8	20
Friesland	2	7	10	1
Drenthe	2	7	10	2
West-Overijssel	3	10	14	21
Flevoland	1	3	4	1
Gelderland	8	27	37	51
Utrecht	3	9	12	21
Noord-Holland	7	23	31	5
Zuid-Holland	8	25	34	21
Noord-Brabant	6	21	29	58
Limburg	3	11	15	14
Amsterdam	2	8	11	0
Totaal	47	157	215	215

Chi-kwadraat = 117.2, $p < .001$

Tabel 3. Verdeling van het aantal basiseenheden, het aantal personen (verplegenden) en het verwachte aantal preventieve ouderenbezoeken en het werkelijk aantal huisbezoeken per lidinstelling binnen de steekproef (gedurende acht weken).

het aantal verplegenden werkzaam binnen de lidinstelling, komt naar voren dat er verschillen bestaan tussen de lidinstellingen.

In Groningen werd bijna driemaal het verwachte aantal preventieve ouderenbezoeken gebracht, in Noord-Brabant tweemaal het verwachte aantal huisbezoeken. In Friesland, Drenthe, Noord-Holland en Amsterdam werden daarentegen minder preventieve ouderenbezoeken afgelegd dan op grond van het aantal verplegenden verwacht zou mogen worden.

Een verklaring voor deze verschillen werd niet gevonden in het verschillende aantal deel- of voltijds werken de wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden per lidinstelling.

Wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden die preventieve huisbezoeken brengen vergeleken met collega's die dit niet doen

Uit het onderzoek is gebleken dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die huisbezoeken afleggen ten aanzien van persoonskenmerken niet verschillen van zij die dit niet doen. Gekeken is hierbij naar de leeftijdsopbouw, het aantal jaren werkervaring, opleiding en het deel- of voltijds werken binnen de twee groepen. Hierbij zijn geen verschillen gevonden. Ditzelfde geldt voor de kenmerken van hun werksituatie, zoals wijkgericht of buurtgericht werken, omvang, leeftijdsopbouw en urbanisatiegraad van het werkgebied, al dan niet werken in een samenwerkingsverband en de organisatie van de 24-uurs bereikbaarheid/beschikbaarheid.

Inhoud van het preventieve ouderenbezoek

Tabel 4 geeft een overzicht van de activiteiten (inge-deeld naar de doelen van het preventieve ouderenbezoek aan de hand van de theorie van Orem) die tijdens de huisbezoeken zijn verricht.

Een aantal activiteiten wordt vaker uitgevoerd door wijkverpleegkundigen dan door wijkziekenverzorgenden. Bij de activiteiten die gericht zijn op het vergroten van het zelfzorgvermogen van de oudere komt naar voren dat wijkverpleegkundigen tijdens de preventieve huisbezoeken vaker voorlichting geven over voeding of dieet en serviceflat of bejaardenhuis dan wijkziekenverzorgenden. Ook stimuleren wijkverpleegkundigen de bezochte ouderen vaker tot activiteiten. Verder signaleren en bespreken wijkverpleegkundigen vaker psychische of sociale problemen dan wijkziekenverzorgenden.

Binnen de categorie 'vaststellen van een zelfzorgtekort nu of in de toekomst' ofwel signalering kunnen maximaal vier activiteiten voorkomen. Het gemiddeld aantal voorgekomen signalerende activiteiten is voor de groep wijkverpleegkundigen, die huisbezoeken hebben afgelegd, 1.8 per huisbezoek, voor de groep wijkziekenverzorgenden is dit 1.2. Deze gemiddelden verschillen significant van elkaar ($t=3.98$, $p=.00$). Bij

Tabel 4. Overzicht van de activiteiten die zijn verricht tijdens de preventieve huisbezoeken afgelegd door wijkverpleegkundigen en door wijkzickenverzorgenden in percentages van het aantal huisbezoeken.

wijkverpleegkundigen komen signalerende activiteiten vaker voor dan bij wijkzickenverzorgenden. In de categorie 'zelfzorgvermogen van de oudere vergroten' ofwel de 'GVO functie' kunnen meer activiteiten worden onderscheiden. Hier geldt een maximum aantal van twaalf, wat overigens geen enkele keer is voorgekomen. Het maximum aantal voorgekomen activiteiten binnen deze categorie is tien. Binnen de groep wijkverpleegkundigen is het gemiddeld aantal voorgekomen zelfzorgvergroten activiteiten 4.1 per huisbezoek, bij wijkzickenverzorgenden is dit 3.5 per huisbezoek. Er is hier alleen sprake van een trend dat wijkverpleegkundigen meer zelfzorgvermogen vergroten activiteiten uitvoeren dan wijkzickenverzorgenden.

Eerder bleek dat alleenstaande ouderen vaker worden bezocht door een wijkverpleegkundige dan door een wijkzickenverzorgende. Er bestaat derhalve de mogelijkheid dat de gevonden verschillen in activiteiten (zie tabel 4) samenhangen met het feit dat wijkverpleegkundigen een andere populatie bezoeken dan wijkzickenverzorgenden, en minder met het verschil in functie. Daarom is nagegaan of de verschillen tussen wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden blijven bestaan indien gecontroleerd wordt voor het samenlevingsverband van de bezochte ouderen. Uit deze analyse komt naar voren dat voor drie van de vijf genoemde activiteiten de verschillen tussen wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden gehandhaafd blijven: wijkverpleegkundigen signaleren en bespreken vaker psychische problemen met de bezochte ouderen, geven vaker voorlichting over voeding/dieet en stimuleren de ouderen vaker tot activiteiten dan wijkzickenverzorgenden, ongeacht het samenlevingsverband van de bezochte ouderen. De verschillen tussen wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden verdwijnen echter met betrekking tot het signaleren en bespreken van

	huisbezoeken van wijkverpleegkundigen (N=99)	huisbezoeken van wijkzickenverzorgenden (N=116)
Vaststellen van een zelfzorgtekort nu of in de toekomst/signalering		
<i>signaleren en bespreken van problemen op het:</i>		
somatische vlak	61	48
psychische vlak	63	37*
sociale vlak	44	29*
materiële vlak	11	4
Het zelfzorgvermogen van de oudere vergroten / GVO-functie		
<i>voorlichting geven/praten over:</i>		
voeding/dieet	65	49*
medicijnen	58	45
lichamelijke verzorging	59	61
verwarming	6	1
veiligheid in/om huis	35	32
hulpdiensten/activiteiten	32	36
taak andere professies in de gezondheidszorg	24	18
serviceflat/bejaardenhuis	25	13*
rechten van ouderen	4	5
kruiswerk	33	41
andere zaken	26	24
stimuleren tot activiteiten	43	26*
Verwijzen	9	10
Administratieve werkzaamheden	20	18
Gewoon een praatje maken	54	47
Andere activiteiten	24	17

(een * geeft een significant verschil aan tussen de wijkverpleegkundigen en de wijkzickenverzorgenden, Chi-kwadraat ≥ 4.6 , $p \leq .03$)

sociale problemen (Chi-kwadraat = 2.89, $p = .08$) en het geven van voorlichting over serviceflat/bejaardenhuis (Chi-kwadraat = 3.16, $p = .07$). Dit betekent dat zowel door wijkverpleegkundigen als door wijkzickenverzorgenden deze twee activiteiten vaker bij alleenstaanden dan bij ouderen die samenwonen worden uitgevoerd.

Wanneer het totaal aantal huisbezoeken wordt bekeken op het al dan niet voorkomen van de twee categorieën blijkt dat in 87% van de huisbezoeken die zijn afgelegd door een wijkverpleegkundige aandacht wordt besteed aan de categorie 'vaststellen van een zelfzorgtekort nu of in de toekomst', doordat één of meer activiteiten binnen deze categorie worden verricht. Dit percentage is voor wijkzickenverzorgenden 68% (chi-kwadraat=9.5, $p = .002$). Hieruit blijkt nogmaals dat wijkverpleegkundigen vaker signaleren tijdens een preventief ouderenbezoek. Bovendien blijft dit verschil gehandhaafd indien het signaleren en bespreken van problemen op het sociale vlak buiten beschouwing wordt gelaten: in dat geval verrichten wijkverpleegkundigen tijdens 84% van de huisbezoeken signalerende activiteiten en wijkzickenverzorgenden tijdens 63% van de huisbezoeken (Chi-kwadraat = 10.7, $p = .001$).

Voor de 'zelfzorgvermogen-vergroten' categorie geldt dat de wijkverpleegkundige hieraan in 93% van de huisbezoeken aandacht besteedt en de wijkzickenverzorgende in 94% van de door haar afgelegde huisbezoeken.

Discussie

Een belangrijke conclusie die uit het onderzoek naar voren komt, is dat er door de wijkverpleging weinig tijd wordt besteed aan het brengen van preventieve huisbezoeken bij ouderen. Gemiddeld besteden wijkzickenverzorgenden slechts één procent van hun werktijd aan het brengen van preventieve huisbezoeken bij ouderen, voor wijkverpleegkundigen is dit nog minder. Het belang van preventieve zorg voor ouderen wordt, zoals uit de inleiding blijkt, in verschillende beleidsnota's onderkend. Preventie beoogt het gezonde bestaan van de oudere te handhaven. Het preventieve ouderen-

bezoek draagt hieraan bij door het zelfzorgvermogen van de oudere te vergroten voordat er een zelfzorgtekort is ontstaan (Orem, 1985). Wanneer (tijdens het bezoek) na de diagnostische fase van het verpleegkundig proces, het zelfzorgvermogen van de oudere toereikend blijkt te zijn, hoeft de verpleegkundige haar verpleegkundig gedrag niet te gebruiken. Wanneer dit niet het geval is, dus wanneer de verpleegkundige een mogelijk zelfzorgtekort (nu of in de toekomst) signaleert, kan ze met behulp van ondersteunend of adviserend gedrag het zelfzorgvermogen van de oudere vergroten zodat dit (mogelijke) zelfzorgtekort niet zal ontstaan of zal verdwijnen. De verpleegkundige/zickenverzorgende levert dus door het brengen van een preventief ouderenbezoek een bijdrage aan het handhaven van het gezonde bestaan van de oudere.

Toch wordt zoals blijkt uit dit onderzoek aan deze belangrijke taak van de wijkverpleging zeer weinig tijd besteed. De Nationale Kruisvereniging signaleert in het rapport 'Kruiswerk: voor zorg en voorzorg' (N.K., 1990) dat er zich in de periode 1985-1988 een daling heeft voorgedaan van het aantal preventieve huisbezoeken door de wijkverpleging ten gunste van de meer curatieve activiteiten. Uit de in het rapport aangehaalde gegevens van het Peilstations Projekt Kruiswerk blijkt dat tussen september 1985 en oktober 1987 voor de categorie 65 jaar en ouder het percentage preventieve zorgcontacten vanuit de wijkverpleging is teruggelopen van 3.3% tot 2.8% (N.K., 1990, p. 13). Als verklaring voor dit verschijnsel wordt het niet toekennen van de benodigde volumegroei in de voorgaande jaren en de nog steeds toenemende curatieve werkdruk gegeven, eveneens is er sprake van een toegenomen intensiteit van zorg. Deze verklaringen zullen zeker ook (ten dele) gelden voor het geringe aantal afgelegde ouderenbezoeken gedurende de registratieperiode van dit onderzoek. Men kan zich afvragen of, wanneer de volumegroei wel zou zijn toegekend er inderdaad veel meer preventieve ouderenbezoeken zouden zijn afgelegd. Waarschijnlijk zou deze volumegroei dan voornamelijk worden aangewend om de curatieve werkdruk te verlichten. Hier wordt, hoe dan ook, gepleit voor

meer tijd en aandacht voor preventieve ouderenbezoeken, gezien de gunstige effecten van deze bezoeken zoals uit buitenlandse onderzoeken is gebleken en de nog steeds toenemende vergrijzing.

De geringe tijdsbesteding aan preventieve ouderenbezoeken geldt voor heel Nederland. Wel bestaan er verschillen tussen de lidinstellingen. In de provincies Groningen en Noord-Brabant worden relatief veel preventieve huisbezoeken afgelegd, in Amsterdam, Friesland, Drenthe en Noord-Holland daarentegen weinig. Voor dit feit is in het onderzoek geen verklaring gevonden. Eveneens blijft onduidelijk waarom de ene wijkverpleegkundige of -ziekenverzorgende wel preventieve ouderenbezoeken brengt en de andere niet. Wijkverplegenden die huisbezoeken brengen verschillen noch ten aanzien van persoonskenmerken noch ten aanzien van kenmerken van hun werksituatie van hun collega's die geen preventieve ouderenbezoeken brengen. Kennelijk speelt 'het beleid' van de betreffende lidinstelling of basiseenheid een rol. Gelet op het onvoorspelbare karakter ervan moet geconstateerd worden dat deze voorziening van gezondheidszorg - het preventieve ouderenbezoek - zeer ongelijk in Nederland wordt aangeboden.

Een ander opvallend resultaat uit het onderzoek is dat wijkziekenverzorgenden vaker preventieve ouderenbezoeken afleggen dan wijkverpleegkundigen. Van de wijkziekenverzorgenden legt 43% preventieve ouderenbezoeken af en van de wijkverpleegkundigen 26%. Wijkverpleegkundigen blijken echter weer meer preventieve huisbezoeken af te leggen bij alleenstaande ouderen dan wijkziekenverzorgenden. Beide soorten functionarissen zijn volgens de Nationale Kruisvereniging capabel deze bezoeken af te leggen, hoewel voor de wijkziekenverzorgenden extra bijscholing noodzakelijk wordt geacht (N.K., 1981).

Volgens het Verpleegkundig Beroepsprofiel (NRV, 1988), behoren binnen de extramuraal verpleging, de verpleegkundigen met een HBO-V of met een MGZ-opleiding tot het eerste deskundigheidsniveau en alle andere verplegenden of verzorgenden tot het tweede deskundigheidsniveau. Als uitgangspunt voor de toe-

wijzing van patiënten aan een verpleegkundig beroepsbeoefenaar geldt de mate van 'complexiteit van de verpleegsituatie'. In het Verpleegkundig Beroepsprofiel wordt dit begrip niet nader gedefinieerd, wel worden een aantal aspecten genoemd die van belang zijn bij het vaststellen van de mate van complexiteit. Bijvoorbeeld de mate van bedreiging van de gezondheidstoestand van de patiënt, de snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand van de patiënt. Voor het proces van patiënttoewijzing binnen de verpleging is de verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau verantwoordelijk. Tot slot blijkt uit het Verpleegkundig Beroepsprofiel dat de verplegenden van het eerste en van het tweede deskundigheidsniveau wel dezelfde taken toebedeeld krijgen maar dat de taken van het eerste deskundigheidsniveau meer verrichtingen omvatten. Dit blijkt onder andere uit de beschrijving van de verrichtingen behorend bij de preventieve en voorlichtende taak. Bij verpleegkundigen worden hierbij onder andere de volgende verrichtingen genoemd:

- Het observeren en signaleren bij de patiënt (of groep patiënten of patiëntenpopulaties) van specifieke kenmerken van risicopopulaties (primaire preventie).
- Het observeren en signaleren bij de patiënt van symptomen van ziekte en handicap op lichamelijk, geestelijk en sociaal terrein (secundaire preventie).
- Het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) aan de patiënt of groep patiënten.' (NRV, 1988, p. 30).

De eerste twee genoemde verrichtingen wordt niet beschreven als verrichtingen voor de beroepsbeoefenaar op het tweede deskundigheidsniveau, de derde wel.

Uit het feit dat meer ziekenverzorgenden (tweede deskundigheidsniveau) preventieve ouderenbezoeken afleggen kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat het gaat om een niet zo complexe verpleegsituatie. Werkzaamheden binnen de jeugdgezondheidszorg en het houden van intake-gesprekken worden vrijwel uitsluitend door wijkverpleegkundigen gedaan (Vorst-Thijssen, e.a., 1990). Deze tijd is voor hen dus al niet meer beschikbaar voor het afleggen van preventieve ouderenbezoeken.

Een mogelijke verklaring voor het feit dat wijkverpleegkundigen relatief meer (in vergelijking met wijkziekenverzorgenden) preventieve huisbezoeken brengen bij alleenstaande ouderen, is dat wijkverpleegkundigen dit zien als een complexe verpleegsituatie, in de zin dat er eerder sprake kan zijn van een zelfzorgtekort dan bij samenwonende ouderen. Derhalve zullen ze deze huisbezoeken niet zo snel delegeren aan wijkziekenverzorgenden. Over de complexiteit van een preventief ouderenbezoek zijn nog geen criteria vastgesteld. Dit is echter wel van groot belang voor het bereiken van een doelmatige patiënttoewijzing waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar.

Bij het bekijken van de resultaten over wat tijdens het preventieve ouderenbezoek inhoudelijk aan de orde komt moet vooraf een opmerking worden gemaakt. In één preventief ouderenbezoek is het niet nodig en ook onmogelijk alle op het registratieformulier onderscheiden activiteiten aan de orde te laten komen. De wijkverplegende moet zelf inschatten welke activiteiten voor een bepaald huisbezoek relevant zijn. Dit is immers zeer afhankelijk van het zelfzorgvermogen van de oudere (of het eventueel aanwezige zelfzorgtekort) bij wie het huisbezoek wordt afgelegd. Zowel bij wijkverpleegkundigen als bij wijkziekenverzorgenden komen 'zelfzorgvermogen-vergrotende' activiteiten in bijna alle afgelegde preventieve ouderenbezoeken voor. Een aantal specifieke zelfzorgvermogen-vergrotende activiteiten, zoals het geven van voorlichting over voeding of dieet en het stimuleren van de ouderen om activiteiten te ondernemen, worden echter vaker door wijkverpleegkundigen gedaan.

Bij preventieve ouderenbezoeken afgelegd door wijkverpleegkundigen komt het signaleren van een zelfzorgtekort vaker voor dan bij ouderenbezoeken die zijn afgelegd door wijkziekenverzorgenden. Volgens Orem (1985) is het signaleren van (mogelijke) zelfzorgtekorten als eerste fase van het verpleegkundig proces essentieel en kan deze diagnostische fase niet worden overgeslagen. Echter dit gevonden verschil tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is

wel in overeenstemming met de al eerder genoemde verrichtingen behorend bij de preventieve en voorlichtende taak van het eerste en tweede deskundigheidsniveau. Het signaleren van een zelfzorgtekort wordt namelijk niet tot de taak van de (wijk)ziekenverzorgende gerekend. Uit bovenstaande kan derhalve geconcludeerd worden dat het doel van een preventief ouderenbezoek, namelijk het vergroten van het welzijn van de oudere door de wijkziekenverzorgende, wanneer ze handelt volgens de richtlijnen van het Verpleegkundig Beroepsprofiel, niet in alle opzichten gewaarborgd is. Wanneer wijkziekenverzorgenden deze huisbezoeken blijven afleggen, is het dus van belang dat binnen hun opleiding aandacht wordt besteed aan deze signalerende activiteiten.

Literatuur

- Brouns, G. 'Orem's zelfzorgtheorie'. *Verpleegkunde* 1988/89, 1, 27 - 32, 1988.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch jaarboek 1990*. 's-Gravenhage: SDU-Uitgeverij, 1990.
- Hendriksen, C., E. Lund, E. Stromgard. 'Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial'. *British Medical Journal*, 289, 1522 - 1524, 1984.
- Hoonstra, R., H. van Druenen. 'Preventieve huisbezoeken aan ouderen: een geschikt instrument voor het juiste doel?' *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 13, no. 9, 24 - 28, 1985.
- Kerkstra, A., A.M.G.J. de Wit. *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden: instrumentontwikkeling*. Utrecht, NIVEL, 1987.
- Luker, K.A. 'The role of the health visitor'. In: Kinnaird, J., J. Brotherston, J. Williamson (eds). *The provision of care for the elderly*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 154 - 158, 1981.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995; Doelgericht veranderen*. Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989a.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Veroudering en preventie*. Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989b.
- Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid. *Preventief huisbezoek bij ouderen*. 's-Gravenhage, Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid, 1986.

- Nationale Kruisvereniging. *Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging*. Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1981.
- Nationale Kruisvereniging. *Preventieve ouderenzorg door het kruiswerk*. Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1987.
- Nationale Kruisvereniging. *Kruiswerk: voor zorg en voorzorg*. Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Verpleegkundig Beroepsprofiel*. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988.
- Orem, D.E. *Nursing: Concepts of Practice*. New York, McGraw Hill Book Company, 1985.
- Polit, D.F., B.P. Hungler. *Nursing research; principles and methods*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1987.
- Vetter, N.J., D.A., Jones, C.R. Victor. 'Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomised controlled trial'. *British Medical Journal*, 288, 369 - 372, 1984.
- Vorst-Thijssen, T., A. v.d. Brink-Muinen, A. Kerkstra. *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland*. Utrecht, NIVEL, 1990.

Aanvaard november 1990

OPROEP

SWV Congres 'Wetenschappelijk onderzoek in de verpleging: noodzaak voor kwaliteitszorg' zaterdag 23 november 1991 te Leuven

Dit congres wordt georganiseerd door de Stichting tot Bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek in de Verpleging in Nederland en Vlaanderen (SWV) in samenwerking met het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven. De Wetenschappelijke Vereniging van Verpleegkunde en Voedkunde in Vlaanderen (WVVV) en het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Voedvrouwen (NVKVV) verbinden er hun naam aan en roepen hun leden op deel te nemen.

De voornaamste doelstellingen van het congres zijn het uitwisselen van informatie over wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de verpleging dat in Nederland of België is of wordt uitgevoerd en het stimuleren van Vlaams-Nederlandse samenwerking op het terrein van verpleegkunde en verplegingswetenschap.

Tijdens het congres kunnen onderzoeken gepresenteerd worden over verpleegproblemen, verpleegkundige interventies, management- en organisatieproblemen van de verplegingsdiensten, over de opleiding van verpleegkundigen alsmede over historische, culturele en ethische aspecten van verpleging. Alleen eigen onderzoek kan worden gepresenteerd. Ook lopend onderzoek en uitgewerkte onderzoeksvoorstellen kunnen voor presentatie in aanmerking komen. De presentatie kan maximaal twintig minuten duren. De voertaal is Nederlands.

Call for abstracts

Zij die een voordracht willen houden dienen een abstract in te zenden dat aan de volgende eisen voldoet: niet meer dan één pagina A4 enkelzijdig in machineschrift, ten hoogste 400 woorden tekst, inclusief titel, naam en correspondentieadres van de auteur(s). De abstracts zullen beoordeeld worden door een onafhankelijke wetenschappelijke commissie, te installeren door de SWV. Deze commissie bepaalt welke voordrachten op het programma zullen worden gezet. De kosten bedragen Bfrs. 1900,- of f 110,- per deelnemer.

De abstracts dienen vóór 1 mei 1991 ingezonden te worden aan: Wetenschappelijke Commissie SWV, p/a Ambtelijk secretariaat SWV, Vlasland 8, 3833 CM Leusden, Nederland, onder vermelding van Congres SWV 1991.