
Deeltijdarbeid in de wijkverpleging

De gevolgen voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening

Dr. A. Kerkstra is projectleider voor het onderzoek op het gebied van de wijkverpleging bij het NIVEL; zij studeerde klinische psychologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Drs. G. D. J. van der Speld studeerde sociologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht en werkte als wetenschappelijk onderzoeker bij het NIVEL; momenteel is hij werkzaam bij het Ziekenfonds Amersfoort en omstreken.

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

Samenvatting Hoewel het verschijnsel deeltijdarbeid in de wijkverpleging in omvang toeneemt, wordt nog vaak nadruk gelegd op de mogelijke nadelen ervan. In dit artikel wordt nagegaan wat de gevolgen zijn van deeltijdarbeid voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening. Het betreft een landelijk representatief onderzoek onder (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Belangrijke bevindingen zijn: in verband met de continuïteit van zorg worden door (hoofd)wijkverpleegkundigen vooral klachten van cliënten gehoord omtrent het vaak wisselen van hulpverleners en over de slechtere bereikbaarheid van deeltijdwerkers. Echter, over de inhoud van de zorg die door deeltijdwerkers wordt verleend zijn weinig klachten. Wat de kwaliteit van de zorgverlening betreft kunnen er problemen ontstaan indien er veel

deeltijdwerkers in een basiseenheid aanwezig zijn. Met name de meer organisatie-gerichte taken en de intensievere vormen van hulpverlening worden dan moeilijker uitvoerbaar.

1

Inleiding

'In tien jaar tijd is het aantal deeltijdwerkers verdubbeld', schreef het *NRC-Handelsblad* in 1985 in een paginagroot artikel. In deze aanhef is zeer compact weergegeven hoe de belangstelling voor deeltijdarbeid in Nederland in relatief korte tijd is toegenomen. In 1985 had 14,7% van alle werknemers een deeltijdbaan. In 1985 was dat 23,5% (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1986).

Ook in de wijkverpleging heeft een sterke groei van het aantal deeltijdbanen plaatsgevonden. In 1978 werkte 15,7% van alle (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in een deeltijdbaan (CBS, 1980). In 1984 is dit aantal meer dan verdubbeld. In dat jaar blijkt 35% van deze functionarissen in deeltijd te werken (CBS, 1986). Dit percentage komt overeen met het gemiddelde cijfer voor de gehele kwartaire sector. In de wijkverpleging werken bijna uitsluitend vrouwen. Het aandeel van deeltijdbanen is lager dan het percentage (50,9%) dat geldt voor werkende vrouwen in het algemeen (Leynse, 1985). Derhalve mag verwacht worden dat in de wijkverpleging de belangstelling voor deeltijdbanen nog zal toenemen.

Probleemstelling en doel van het onderzoek

Hoewel het verschijnsel deeltijdarbeid in omvang toeneemt, wordt nog vaak nadruk gelegd op de mogelijke nadelen ervan. In de (wijk)verpleging wordt verondersteld dat deeltijdarbeid negatieve gevolgen kan hebben voor de continuïteit en de kwaliteit van de verleende zorg (Nationale Kruisvereniging, 1981; Appeldooren, 1982; Van Gorp, 1983; De la Haye, 1986). Om deze reden zijn het aantal toegestane deeltijdbanen en de omvang van een deeltijddienstverband in de wijkverpleging aan een beperking onderworpen. Dit is vastgelegd in het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties (1981).

In hoeverre de reserves ten aanzien van de gevolgen van deeltijdarbeid voor de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening terecht zijn, is tot nu toe niet onderzocht. Een uitzondering hierop vormt het exploratieve onderzoek van Appelman (1985). Zij vergeleek aan de hand van patiënt-dossiers, 21 wijkverpleegkundigen met een volledige baan met 21 wijkverpleegkundigen die in deeltijd werken. Uit haar onderzoek komt naar voren dat de coördinatie van zorg, dat wil zeggen de opzet en de organisatie rond het verpleegplan, bij degenen met een volledige baan beter verzorgd is. Uit de dossiers blijkt geen verschil in de (rapportage van) uitvoering van de werkzaamheden. Ook bij de houding tegenover de patiënt (stimuleren tot zelfzorg) kan geen verschil worden aangetoond. In deze studie worden derhalve geen grote effecten gevonden van deeltijdarbeid.

Door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg) en het IVA (Instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant) is onlangs een landelijk onderzoek verricht naar deeltijdarbeid in de wijkverpleging (Nuyens en Van der Speld, 1987). Het doel van het onderzoek was in de eerste plaats inzicht te krijgen in de huidige omvang en aard van deeltijdarbeid onder (hoofd)-

wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Daarnaast is onderzocht welke positieve en/of negatieve gevolgen deeltijdarbeid heeft voor het functioneren van de organisatie, voor de zorgverlening en voor de individuele medewerkers in de wijkverpleging. Ten derde is nagegaan wat de mogelijkheden zijn om deeltijdarbeid (verder) uit te breiden binnen de wijkverpleging.

In dit artikel willen we de resultaten van bovengenoemd onderzoek bespreken, die betrekking hebben op de gevolgen van deeltijdarbeid voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening door de wijkverpleging. Deeltijdarbeid wordt hierbij gedefinieerd als: Arbeid die vrijwillig is aangevaard en regelmatig wordt verricht gedurende periodes die (op jaarbasis bezien) korter zijn dan het normale aantal werkuren en die naar rato van de werktijd wordt beloond (ontleend aan Maas, Den Brok, Jehoel-Gijsbers en Bedaux, 1984). Dit betekent dat elk dienstverband dat kleiner is dan 38 uur als deeltijdarbeid wordt beschouwd.

Hoewel de term 'continuïteit van zorg' vaak wordt gebruikt als het over deeltijdarbeid gaat, is het meestal onduidelijk wat ermee wordt bedoeld. In de wijkverpleging kan een globaal onderscheid worden gemaakt naar continuïteit in de organisatie van het totale zorgproces in de basiseenheid en continuïteit in de zorg rond de individuele cliënt. Een totaal andere invulling van dit begrip zien we bij de nazorg. Met continuïteit van zorg wordt dan een communicatiestructuur tussen ziekenhuis en kruisvereniging bedoeld, die de condities moet scheppen voor een adequate verpleegkundige zorg voor patiënten na opname in een algemeen ziekenhuis (Nationale Kruisvereniging, 1985a). Ook de 24 uren-beschikbaarheid wordt als een vorm van continuïteit opgevat. Deze verschillende betekenissen worden naast elkaar gebruikt. In dit onderzoek sluiten we ons aan bij Bachrach (1981) die continuïteit omschrijft als het aansluiten van de geboden zorg bij de individuele zorgbehoefte. Aan het begrip continuïteit onderscheidt Bachrach een aantal facetten zoals de toegankelijkheid van de zorg voor

de cliënt
betrokk
en hulp

Ook o
lijk prol
Het is e
kwalitei
zijn. We
voorwa
ten we
pen wo
deld.

Onde
waarin
wijkziek
richt.

3

Opzet v

3.1 Met
onderzo
gen en v
schriftel
zoeksm
welke w
perator

Continuï
was ge
wijkverp
leende
beeld te
voor de
Aan de
ziekenv
horen v
deeltijd
hebben
door te
formeer
verlener
te weini

rgenden.
/of nega-
: functio-
ening en
jkverple-
lijkheden
den bin-

n boven-
sing heb-
voor de
verlening
ordt hier-
; is aan-
ende pe-
dan het
o van de
aas, Den
Dit bete-
in 38 uur

rg' vaak
l gaat, is
bedoeld.
lerscheid
ganisatie
nheid en
de cliënt.

o zien we
ordt dan
nhuis en
ies moet
dige zorg
n zieken-

Ook de
orm van
etekenis-
nderzoek
continui-
geboden
iet begrip
n aantal
zorg voor

de cliënt, het aantal hulpverleners dat bij de zorg betrokken is, de informatievoorziening tussen cliënt en hulpverleners en tussen hulpverleners onderling.

Ook de kwaliteit van zorg wordt als een afzonderlijk probleem gezien in verband met deeltijdarbeid. Het is een interessante discussie of continuïteit en kwaliteit aan elkaar nevensgeschikt of ondergeschikt zijn. We kunnen ons voorstellen dat continuïteit een voorwaarde is voor kwaliteit. In dit onderzoek sluiten we aan bij het spraakgebruik. De beide begrippen worden als afzonderlijke kenmerken behandeld.

Onder kwaliteit van zorg verstaan we de mate waarin alle taken van de wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden naar behoren worden verricht.

3

Opzet van het onderzoek

3.1 Methode Aangezien het hier een landelijk onderzoek betreft onder (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden is gekozen voor een schriftelijke, gestructureerde vragenlijst als onderzoeksmethode. In het kort zal worden toegelicht, op welke wijze de belangrijkste begrippen werden geoperationaliseerd.

Continuïteit van zorg In de opzet van het onderzoek was geen ruimte aanwezig om cliënten van de wijkverpleging te ondervragen in hoeverre de verleende zorg aansluit bij hun behoeften. Om een beeld te krijgen van de effecten van deeltijdarbeid voor de cliënt, moesten we op indirecte wijze meten. Aan de (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden is gevraagd of ze klachten horen van cliënten die te maken hebben met deeltijdarbeid. Deze klachten kunnen betrekking hebben op de slechte bereikbaarheid; hulpverlening door teveel verschillende personen; het slecht geïnformeerd zijn over de patiënt; de manier van hulpverlenen; de vertrouwensrelatie met de patiënt; en te weinig tijd hebben voor de patiënt.

Kwaliteit van zorg Kwaliteit van zorg hebben we omschreven als de mate waarin alle taken van de wijkverpleegkundige en wijkzickenverzorgende naar behoren worden verricht. Voor een inventarisatie van de taken in de wijkverpleging diende de Nota 'Algemeen profiel van de functie van wijkverpleegkundige' (Nationale Kruisvereniging, 1985b) als uitgangspunt. Hierin worden negen taakgebieden onderscheiden: preventieve activiteiten, bijhouden van administratie, verzorgen van rapportage, coördinatie rond de zorgverlening, verzorgende taken, begeleiden van de cliënt en diens omgeving, geven van voorlichting, curatieve taken en huishoudelijke werkzaamheden. Uit elk van deze taakgebieden werd een selectie gemaakt uit de daarbij behorende wijkverpleegkundige activiteiten. Deze selectie is ter beoordeling voorgelegd aan een aantal deskundigen en een aantal (hoofd)wijkverpleegkundigen. Deze procedure resulteerde in 36 wijkverpleegkundige activiteiten (zie Tabel 4) die een representatief beeld vormen van wat een wijkverpleegkundige doet of behoort te doen.

Algemene houding tegenover deeltijdarbeid Aan de respondenten is een lijst voorgelegd met 28 algemene opvattingen over deeltijdarbeid. Deze lijst bleek twee factoren te bevatten: 1. waardering positieve gevolgen en 2. waardering negatieve gevolgen van deeltijdarbeid. Dit betekent dat zowel de positieve als de negatieve kanten van deeltijdarbeid worden onderkend. Het is dus niet zo dat degenen die deeltijdarbeid ondersteunen geen oog hebben voor de nadelen ervan en omgekeerd. Voorbeelden van positieve gevolgen zijn: door deeltijdarbeid is de teamgeest in de basiseenheid verbeterd; krijgen vrouwen meer kansen om te (blijven) werken; is er minder verloop van personeel. Voorbeelden van negatieve gevolgen zijn: door deeltijdarbeid worden collega's met een volledige baan extra belast; deeltijdwerkenden zijn te veel tijd kwijt aan overleg; hebben weinig contact met de collega's. Voor een volledige beschrijving van de 28 opvattingen over deeltijdarbeid en de gevolgde schaalconstructie verwijzen we naar Nuyens en Van der Speld (1987).

Achtergrondkenmerken Als achtergrondvariabelen dienden in dit onderzoek de leeftijd en het percentage dienstverband van de respondenten en de deeltijdratio van de basiseenheid waarin zij werkzaam zijn. De deeltijdratio werd gedefinieerd als het percentage deeltijdwerkers in een basiseenheid.

3.2 Beschrijving van de steekproef Het onderzoek is gehouden onder een landelijk representatieve steekproef van werknemers in de wijkverpleging, die overdag werkzaam zijn. In totaal is, conform de landelijke verhoudingen tussen de drie soorten functionarissen (Nationale Kruisvereniging, 1985c) aan 186 hoofdwijkverpleegkundigen, 992 wijkverpleegkundigen (inclusief de verpleegkundigen in de wijk) en 317 wijkzickenverzorgenden een schriftelijke vragenlijst gestuurd. Deze personen zijn werkzaam bij 120 erkende kruisorganisaties en verdeeld over 191 basiseenheden. Deze basiseenheden zijn verspreid over heel Nederland, met uitzondering van de provincie Zeeland omdat hier de lidinstelling niet aan het onderzoek wenste deel te nemen. Als reden werd opgegeven dat er reeds aan ander onderzoek werd meegewerkt.

De respons is voor de hoofdwijkverpleegkundigen 85,5%, voor de wijkverpleegkundigen 78,8% en voor de wijkzickenverzorgenden 72,5%.

Tabel 1. Percentage dienstverband (afgerond) per functie (in procenten)

functie:	% dienstverband:				N
	tot 50%	50-70%	80-90%	100%	
- hoofdwijkverpleegkundige	-	3	20	77	157
- wijkverpleegkundige	-	18	19	63	710
- verpleegkundige in de wijk	9	50	11	30	46
- wijkzickenverzorgende	1	12	17	70	221

In Tabel 1 is weergegeven in welke mate deeltijdarbeid voorkomt bij de verschillende functies. Het zijn vooral de verpleegkundigen in de wijk die in deeltijd werken. Meestal volgen deze naast hun werk nog de part-time opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg.

4 Resultaten

4.1 Deeltijdarbeid en continuïteit van zorg Aan de respondenten is gevraagd aan te geven of klachten van patiënten vaker worden geuit over deeltijdwerkers dan over voltijdwerkers in de basiseenheid. In Tabel 2 zijn deze mogelijke klachten weergegeven. Deze vraag is alleen beantwoord als in de desbetreffende basiseenheid deeltijdarbeid voorkomt. Daarnaast blijkt dat deze vraag niet is

Tabel 2. Het voorkomen van klachten van patiënten ten gevolge van deeltijdarbeid (in procenten), voor alle respondenten

	komen bij deeltijders vaker voor		komen bij deeltijders minder voor		N
	maakt geen verschil				
a. de slechte bereikbaarheid	19	79	2	902	
b. hulpverlening door teveel verschillende personen	46	51	3	934	
c. het slecht geïnformeerd zijn over de patiënt	12	84	4	906	
d. de manier van hulp verlenen	6	90	3	907	
e. geen vertrouwensrelatie met de patiënt	12	86	2	914	
f. te weinig tijd voor de patiënt	6	88	5	908	

beantwoorde werkende

De wiskundige patiënt wordt als nadeel gehelpt van gehoord genoemd, van deeltijdwerkers in de met de klachten raakende relatie met

Van de om na te deze vaker. Alleen de over de p kundigen

De beschaal te vier items. Daarom onderzoek kenmerken van die k van de p weergege

Het bli horen of volledige geen relatie (deeltijdwerkers) en l zien we ook meer van deelt

Het f dienstver is niet o positieve

de deeltijd-
cties. Het
ijk die in
taast hun
rappelijke

zorg Aan
of klach-
r deeltijd-
de basis-
klachten
woord als
tjidarbeid
ag niet is

tiënten ten
or alle res-

ten
deel-
ders
ider
or N

902

934

906

907

914

908

beantwoord door respondenten met weinig deeltijd werkende collega's.

De wisseling van gezichten aan het bed van de patiënt wordt, via deze indirecte methode, duidelijk als nadeel van deeltijdarbeid gesignaleerd. Bijna de helft van de respondenten heeft hierover klachten gehoord van cliënten. Als tweede kan worden genoemd, klachten over de slechtere bereikbaarheid van deeltijdwerkenden. Afgaande op de antwoorden in de categorie 'geen verschil' lijkt het verder met de klachten ten gevolge van deeltijdarbeid nogal mee te vallen. Het merendeel van de respondenten rapporteert dat deeltijdarbeid niet vaker tot klachten leidt van cliënten. De kwaliteit van de relatie met de cliënt geeft geen reden tot klachten.

Van deze mogelijke klachten is het interessant om na te gaan of de hoofdwijkverpleegkundigen deze vaker rapporteren. Dit bleek niet zo te zijn. Alleen de derde klacht, het slecht geïnformeerd zijn over de patiënt, wordt door de hoofdwijkverpleegkundigen wat vaker gehoord.

De bedoeling was om van de items in Tabel 2 een schaal te maken. De scheve verdeling van de laatste vier items laat een schaalconstructie echter niet toe. Daarom werd slechts van de eerste twee items onderzocht of deze samenhangen met achtergrondkenmerken van de respondenten en of het vernemen van die klachten een relatie heeft met samenstelling van de personeelsformatie in de basiseenheid. Dit is weergegeven in Tabel 3.

Het blijkt dat deeltijdwerkenden minder klachten horen over deeltijdarbeid dan degenen met een volledige baan. Daarnaast is het opmerkelijk dat er geen relatie blijkt te zijn tussen het percentage deeltijdwerkenden in de basiseenheid (deeltijd-ratio) en het aantal vernomen klachten. Tenslotte zien we dat degenen die meer klachten vernemen ook meer nadruk leggen op de negatieve gevolgen van deeltijdarbeid.

Het feit dat respondenten met een beperkt dienstverband minder klachten horen over deeltijd is niet onlogisch, in het algemeen hebben ze een positieve opvatting over deeltijdarbeid (Nuyens en

Tabel 3. Correlaties* tussen het horen van klachten over deeltijdwerkenden, achtergrondkenmerken en opvattingen over deeltijdarbeid (alle respondenten)

	het horen van klachten van cliënten over:	
	bereikbaarheid	wisseling hulpverlener
<u>achtergrondkenmerken</u>		
leeftijd	-	-
percentage dienstverband	-.21	-.15
deeltijdratio van de basiseenheid	-	-
<u>opvattingen</u>		
waardering positieve gevolgen	-.16	-.16
waardering negatieve gevolgen	.29	.30
continuïteit daalt	.30	.35

* p kleiner dan .05

Van der Speld, 1987). Daar komt bij dat de cliënt waarschijnlijk wat meer geneigd is om eerlijk te zijn bij hun vaste hulpverlener. Bovendien meten we deels de interpretatie van de respondent of zij een klacht al dan niet opvatten als veroorzaakt door deeltijdarbeid. Het is opmerkelijk dat het aantal geregistreerde klachten los staat van het aantal deeltijdwerkenden in de basiseenheid. Er kan derhalve niet worden geconcludeerd dat een groter aantal deeltijdwerkenden ook meer klachten van cliënten over deeltijdwerkenden met zich brengt.

Tot slot leverde de uitspraak 'Door deeltijdarbeid gaat de continuïteit van de zorg achteruit' de volgende reacties op: 'mee eens' vindt 17% van de respondenten en 'mee oneens' geldt voor meer dan de helft (55%). Dus rechtstreeks gevraagd vindt een meerderheid dat de continuïteit van zorg door deeltijdarbeid niet wordt aangetast.

Omdat wij de klachten van de cliënten als ingang hebben gebruikt zijn we nagegaan of hiermee continuïteit is gemeten. Dit blijkt redelijk te kloppen. Degenen die de continuïteit zien dalen horen ook

vaker de beide klachten over deeltijdwerkenden ($r = .30$ en $.35$).

4.2 Deeltijdarbeid en kwaliteit van zorg Op de rechtstreekse vraag of de kwaliteit van de zorg achteruit gaat door deeltijdarbeid zegt nog geen 6%

van de respondenten het daarmee eens te zijn. Meer dan 75% van de respondenten vindt niet dat de kwaliteit van de zorg wordt aangetast door deeltijdarbeid.

Kwaliteit van zorg werd in dit onderzoek geoperationaliseerd als de mate waarin alle taken van de

wijkver-
Om
gemaakt
nemer
de eerste
scheid
werken
onderzo
van de
baseer
door de
de uitv
komen.

Gevolgen
Aan all
geven
door ee
weerge
quentie

Een
eerste k
taken zi
oplever
vindt d
fende ta
werken
soms m
'heel ge
ook ee
zorg ka

Toch
vraagte
tot de
responc
worden
van eer
Dit is e
zeer on
aire all
name a
matisch
ligt bij

Tabel 4. Individuele taakuitvoering door een deeltijdwerkende vergeleken met voltijdwerkenden in percentages

	kan niet goed	geen ver- schil	kan heel goed	\bar{x}	SD	N
1. lichamelijk/hygiënische verzorging	-	48	52	2.5	.5	1132
2. verpleegtechnische handelingen	-	52	48	2.5	.5	1132
3. reactivering/ADL-training	5	53	42	2.4	.58	1110
4. verzorging van chronische zieken en gehandicapten	2	53	45	2.4	.53	1123
5. individuele GVO	5	54	41	2.4	.58	1109
6. opvang/begeleiden bij problemen van cliënten	11	53	36	2.3	.64	1094
7. terminale zorg	11	53	37	2.3	.64	1094
8. vroegtijdige onderkenning van problemen	7	58	35	2.3	.58	1103
9. stimuleren van zelfzorg	2	59	39	2.4	.52	1118
10. stimuleren van mantelzorg	2	60	38	2.4	.52	1113
11. doen van intakegesprekken	3	60	37	2.3	.54	1116
12. opstellen van het verpleegplan	3	61	36	2.3	.53	1111
13. prenatale zorg	6	62	32	2.2	.56	1006
14. zuigelingen huisbezoek	2	63	35	2.3	.51	1048
15. kleuter huisbezoek	4	64	32	2.3	.53	1044
16. preventief bejaardenbezoek	5	61	34	2.3	.55	1071
17. zuigelingenbureau	2	63	35	2.3	.51	1050
18. kleuterbureau	2	62	35	2.3	.52	1045
19. inentingen	3	63	34	2.3	.52	1040
20. screeningszittingen	6	61	33	2.3	.57	1024
21. houden van spreekuur	6	62	32	2.3	.56	1113
22. geven van groeps-GVO	9	57	33	2.2	.61	1078
23. magazijn/uitleenactiviteiten	8	65	27	2.2	.56	1030
24. bijhouden WAS-systeem	2	67	31	2.3	.49	1107
25. bijhouden verpleegplan	3	66	31	2.3	.51	1111
26. overdracht schrijven	1	65	34	2.3	.50	1120
27. overleg over de organisatie (ook ondernemingsraad)	15	59	26	2.1	.63	1075
28. overleg over cliënten binnen de basiseenheid	3	67	30	2.3	.51	1092
29. overleg met de wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgenden van de basiseenheid	4	66	30	2.3	.53	1095
30. overleg met hulpverleners in de eerstelijns	6	64	30	2.2	.55	1086
31. literatuur bijhouden	14	62	25	2.1	.61	1092
32. begeleiden van stagiaires	29	45	26	2.0	.74	1063
33. volgen van bijscholingscursus	9	64	27	2.2	.58	1076
34. deelnemen aan commissie	20	55	25	2.0	.67	1063
35. individuele werkbespreking met hoofdwijkverpleegkundige	2	70	29	2.3	.48	1108
36. inwerken van nieuwe collega's	17	56	27	2.1	.65	1076

zijn. Meer
et dat de
r deeltijd-

ek geope-
en van de

iges

N

1132

1132

1110

1123

1109

1094

1094

1103

1118

1113

1116

1111

1006

1048

1044

1071

1050

1045

1040

1024

1113

1078

1030

1107

1111

1120

1075

1092

1095

1086

1092

1063

1076

1063

1108

1076

wijkverpleging naar behoren worden verricht.

Om dit te onderzoeken werd een onderscheid gemaakt naar het niveau van de individuele werknemer en naar het niveau van de basiseenheid. In de eerste plaats is nagegaan in hoeverre de onderscheiden taken in voldoende mate door een deeltijdwerkende kunnen worden verricht. Daarna is onderzocht wat het gevolg is van de aanwezigheid van deelwerkenden voor de taakuitvoering door de basiseenheid als geheel. Met andere woorden, of door de aanwezigheid van (veel) deeltijdwerkenden de uitvoering van sommige taken in het gedrang komen.

Gevolgen voor de kwaliteit van de individuele taakuitvoering

Aan alle respondenten is gevraagd per taak aan te geven of deze naar behoren kan worden verricht door een deeltijdwerkende. In Tabel 4 zijn de taken weergegeven met de bijbehorende antwoordfrequenties.

Een snelle inspectie van de percentages in de eerste kolom ('kan niet goed') leert, dat er weinig taken zijn die voor een deeltijdwerkende problemen opleveren. Het merendeel van de respondenten vindt dat het geen verschil maakt of de desbetreffende taak door een deeltijdwerkende of een voltijdwerkende wordt uitgevoerd. Ongeveer eenderde (of soms meer) van de respondenten vindt zelfs dat het 'heel goed' kan in deeltijd. De eerste indruk is dat ook een deeltijdwerkende kwalitatief voldoende zorg kan bieden.

Toch zijn er enkele taken waar wat vaker een vraagteken bij wordt geplaatst. We beperken ons tot de taken waarbij bij meer dan 10% van de respondenten twijfels rijzen. De meeste problemen worden verwacht als het gaat om het begeleiden van een stagiaire of het inwerken van een collega. Dit is een voorstelbaar probleem. Het is natuurlijk zeer onpraktisch als een in voltijdwerkende stagiaire alleen 's morgens zou worden begeleid. Deelname aan gestructureerd overleg wordt ook problematisch gevonden. Onduidelijk is of het probleem ligt bij de deeltijdwerkende (onvoldoende geïnfor-

meerd) of dat het gaat om moeilijkheden met het vinden van een vergadertijdstip. Ook het bijhouden van vakliteratuur wordt voor een deeltijdwerkende moeilijker. Deze activiteit wordt kennelijk bij de werktijd gerekend en zal er in geval van deeltijdarbeid dus vaker bij in schieten.

Tot zover alleen overhead-taken die om praktische redenen wat lastiger door een deeltijdwerkende kunnen worden gedaan. Het valt op dat de cliëntgerichte taken (de eerste zestien items) nauwelijks ter discussie staan. Als we, wat betreft de kwaliteit van zorg, het werken met de cliënten het meest belangrijk vinden, dan lijken er weinig problemen te zijn. De wijkverpleegkundige taken tijdens huisbezoeken aan individuele patiënten kunnen zeer goed in deeltijd worden verricht. Dit geldt zowel voor curatieve, verzorgende als preventieve taken. Toch moet een kanttekening worden geplaatst. Het blijkt dat als er een groter beroep wordt gedaan op de wijkverpleegkundige, de deeltijdwerkende enigszins in het nadeel is. Bij opvang en begeleiding van patiënten met problemen en bij terminale zorg bespeuren we bij de respondenten een lichte aarzeling. We kunnen ons voorstellen dat bij dergelijke zorgprocessen niet te veel verschillende zorgverleners betrokken moeten zijn.

Als totaalbeeld uit deze takenlijst komt naar voren dat in deeltijd werken een handicap is bij overhead taken zoals inwerken van collega's en deelname aan gestructureerd overleg. Bij de directe patiëntgerichte zorg blijkt het nauwelijks een probleem te zijn.

Gevolgen voor de kwaliteit van de uitvoering van het werk door de basiseenheid als geheel Dezelfde 36 taken zijn aan de respondenten voorgelegd met de vraag per item aan te geven of de desbetreffende taak in de basiseenheid als geheel voldoende aandacht krijgt en voldoende wordt uitgevoerd wanneer er (veel) wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden in deeltijd werken.

In Tabel 5 valt direct op dat men voor de basiseenheid meer moeilijkheden ziet dan voor de individu-

Tabel 5. Collectieve taakuitvoering door de basiseenheid met deeltijdwerkers in percentages

	kan moeilijk	geen verschil	beter	\bar{x}	SD	N
1. lichamelijk/hygiënische verzorging	12	80	8	1.97	.44	1095
2. verpleegtechnische handelingen	11	83	6	1.94	.41	1089
3. reactivering/ADL-training	25	70	5	1.80	.51	1094
4. verzorging van chronische zieken en gehandicapten	15	74	11	1.95	.51	1086
5. individuele GVO	21	76	3	1.83	.45	1070
6. opvang/begeleiden bij problemen van cliënten	43	53	3	1.60	.56	1091
7. terminale zorg	42	50	8	1.67	.62	1088
8. vroegtijdige onderkenning van problemen	32	61	8	1.76	.58	1089
9. stimuleren van zelfzorg	16	78	6	1.90	.46	1087
10. stimuleren van mantelzorg	15	79	5	1.9	.44	1084
11. doen van intakegesprekken	20	78	2	1.82	.43	1089
12. opstellen van het verpleegplan	18	78	5	1.87	.46	1080
13. prenatale zorg	15	82	3	1.88	.41	965
14. zuigelingen huisbezoek	14	84	2	1.89	.39	1019
15. kleuter huisbezoek	16	80	2	1.86	.41	1013
16. preventief bejaardenbezoek	18	79	3	1.86	.44	1043
17. zuigelingenbureau	20	77	3	1.84	.46	1022
18. kleuterbureau	18	78	3	1.85	.44	1019
19. inentingen	11	85	4	1.92	.38	996
20. screeningszittingen	22	75	3	1.81	.46	994
21. houden van spreekuur	22	71	7	1.86	.52	1074
22. geven van groeps-GVO	33	57	10	1.77	.62	1062
23. magazijn/uitleenactiviteiten	16	77	5	1.89	.44	990
24. bijhouden WAS-systeem	14	83	2	1.88	.39	1070
25. bijhouden verpleegplan	21	75	3	1.82	.46	1076
26. overdracht schrijven	20	78	2	1.82	.44	1074
27. overleg over de organisatie (ook ondernemingsraad)	50	48	2	1.52	.54	1058
28. overleg over cliënten binnen de basiseenheid	41	56	3	1.62	.54	1065
29. overleg met de wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgenden van de basiseenheid	47	51	2	1.55	.53	1065
30. overleg met hulpverleners in de eerstelijns	46	52	2	1.56	.53	1073
31. literatuur bijhouden	27	69	4	1.76	.50	1058
32. begeleiden van stagiaires	62	33	5	1.44	.59	1073
33. volgen van bijscholingscursus	41	57	2	1.61	.53	1077
34. deelnemen aan commissie	53	44	3	1.51	.56	1071
35. individuele werkbespreking met hoofdwijkverpleegkundige	14	85	1	1.87	.37	1062
36. inwerken van nieuwe collega's	48	49	3	1.55	.56	1067

ele deeltijdwerkende. Overigens vindt ook hier een meerderheid dat het geen verschil maakt of er al dan niet veel deeltijdwerkers zijn in de basiseenheid. Toch is de teneur van de antwoorden duidelijk pessimistischer.

Als we als ondergrens aanhouden een negatieve

mening bij 30% van de respondenten, dan ontstaat het volgende beeld. De meeste moeilijkheden worden gesignaleerd bij het uitvoeren van overhead-taken. Het voeren van (alle vormen van) overleg wordt door bijna de helft van de respondenten als probleem aangemerkt. Ook het begeleiden en

inwerken
tijdwerkers
basiseenheid
directe pa
king met
blijkt ook
ning zorg
minale zo
vergt veel
zorg te kn
deeltijdwe
extra ber
vroegtijdi
patiënten
en -opvoe
beid word

De hoofd
die kan o
men ontst
gevende c
heeft. Hie
gen die in
ties oogste
13 (prena
(bijhoude
besprekin
gen negat
werden h
geven.

Bij alle
wijzen of
27 t/m 3
pessimisti

Binnen d
antwoorde
somscore
de individ
pectievelij
de gevolg
Nuyens er
We zijn

inwerken vraagt meer organisatie als er veel deeltijdwerkenden zijn. Voor het functioneren van de basiseenheid als geheel zijn de problemen met de directe patiëntenzorg betrekkelijk gering in vergelijking met de meer organisatiegerichte taken. Toch blijkt ook nu weer de meer belastende hulpverlening zorgen te baren. Opvang, begeleiding en terminale zorg zijn moeilijk overdraagbare taken. Het vergt veel coördinatie om hier een kwalitatief goede zorg te kunnen bieden. Als een basiseenheid veel deeltijdwerkenden kent, dan wordt deze coördinatie extra bemoeilijkt. Tenslotte signaleren we dat vroegtijdige onderkenning van problemen bij patiënten en het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding aan groepen tevens door deeltijdarbeid worden belemmerd.

De hoofdwijkverpleegkundige is bij uitstek degene die kan overzien waar in een basiseenheid problemen ontstaan. Daarom is nagegaan of deze leidinggevende op sommige punten een andere mening heeft. Hierbij maken we een onderscheid naar vragen die in totaal weinig en die veel negatieve reacties oogsten. Op de vragen 9 (stimuleren zelfzorg), 13 (prenatale zorg), 22 (screeningszittingen), 25 (bijhouden verpleegplan) en 35 (individuele werkbespreking) reageren de hoofdwijkverpleegkundigen negatiever. Door alle respondenten tezamen werden hier relatief weinig negatieve reacties gegeven.

Bij alle vragen die naar een overlegsituatie verwijzen of naar een vorm van samenwerking (vraag 27 t/m 34) is de hoofdwijkverpleegkundige nog pessimistischer dan de overige respondenten.

Binnen de beide takenlijsten zijn vervolgens de antwoorden op de 36 taken opgeteld. Een hoge somscore betekent een goede taakuitvoering door de individuele wijkverpleegkundige in deeltijd, respectievelijk door de basiseenheid als geheel. Voor de gevolgde schaalconstructie verwijzen we naar Nuyens en Van der Speld (1987).

We zijn nagegaan hoe de samenhang is van de

twee schalen. Verder is gekeken naar verband met achtergrondkenmerken en met opvattingen van de respondenten. In Tabel 6 is dit weergegeven.

Tabel 6. Correlaties* tussen gevolgen van deeltijdarbeid voor de taakuitvoering, achtergrondkenmerken en opvattingen over deeltijdarbeid (alle respondenten)

	taakuitvoering individueel	taakuitvoering door basiseenheid
1. taakuitvoering door individuele deeltijd- werkende	1.00	
2. taakuitvoering door basiseenheid	.19	1.00
<u>achtergrondkenmerken</u>		
3. deeltijdratio	.16	.16
4. percentage dienst- verband	-.16	-.24
5. leeftijd	-	-.19
<u>opvattingen</u>		
6. kwaliteit daalt	-.18	-.36
7. continuïteit daalt	-.21	-.41
8. waardering positieve gevolgen	.14	.33
9. waardering negatieve gevolgen	-.25	-.39

* p kleiner dan .05

We zien dat de verwachte gevolgen voor de taakuitvoering niet hetzelfde zijn voor de individuele deeltijdwerkende en voor de totale basiseenheid ($r = .19$). Het individuele en het collectieve gevolg van deeltijdarbeid moeten dus gescheiden worden beoordeeld.

Een belangrijk punt is natuurlijk in hoeverre de mening over de taakuitvoering verband houdt met de aanwezigheid van deeltijdwerkenden in de basiseenheid. We kunnen constateren dat respondenten uit basiseenheden waar veel deeltijdwerkenden aanwezig zijn positiever denken over deze gevolgen voor de taakuitvoering. Vervolgens blijkt dat deel-

tijdwerkenden en voltijdwerkenden vooral verschillen in hun inschatting van de taakuitvoering door de basiseenheid. De deeltijdwerkenden denken hier positiever over.

Dit bij elkaar genomen vragen we ons af of het zo is dat in basiseenheden met een hoge deeltijdratio positiever wordt geoordeeld doordat we uit die basiseenheden meer deeltijdwerkenden in onze steekproef hebben. Anders gezegd: wordt de positieve samenhang met de deeltijdratio verklaard door het individuele effect van de mening van de deeltijdwerkenden.

De correlatie tussen de deeltijdratio en de beide schalen voor de taakuitvoering zijn daarom afzonderlijk berekend voor voltijd- en voor deeltijdwerkenden. De correlatie bleek bij de voltijdwerkenden afwezig. De correlatie bij de deeltijdwerkenden bleef bestaan (respectievelijk .12 en .11). Het blijkt dus dat het voor de mening van voltijdwerkenden over taakuitvoering op de twee niveaus geen verschil uitmaakt of ze veel of weinig in deeltijd werkende collega's hebben. De respondenten die in deeltijd werken hebben een meer positieve mening over de taakuitvoering naarmate ze meer collega's hebben die ook in deeltijd werken. De opinie wordt derhalve bepaald door de eigen werksituatie, het al dan niet in deeltijd werken.

We keren terug naar Tabel 6. We merken op dat de oudere respondenten vooral meer problemen zien voor de basiseenheid als geheel. Aan de hand van de correlaties van de algemene opvattingen over deeltijdarbeid wordt nogmaals onderstreept dat deeltijdarbeid vooral voor het functioneren van de basiseenheid negatief wordt beoordeeld. Dege- nen met een lage dunk van deeltijdarbeid uiten dat vooral op de schaal voor de collectieve taakuitvoering.

Verder zien we dat de beide opinies over kwaliteit en over continuïteit van zorg eveneens sterker samenhangen met de mening over de taakuitvoering van de basiseenheid als geheel.

We willen terzijde opmerken dat de opvattingen over continuïteit en over kwaliteit van zorg onder-

ling vrij sterk samenhangen. De correlatie bedraagt .61. Mede gezien hun relatie met de beide schalen van de taakuitvoering lijkt het erop dat deze beide termen inhoudelijk niet sterk van elkaar verschillen. We hadden in deze tabel mogen verwachten dat de mening over de taakuitvoering sterker samenhangt met de opvatting over de gevolgen voor de kwaliteit van zorg dan met de opvatting over de gevolgen voor de continuïteit van zorg. Dit blijkt niet het geval.

8

Conclusie

In dit onderzoek is continuïteit van zorg opgevat als het aansluiten van de zorg bij de behoefte van de cliënten. Volgens (hoofd)wijkverpleegkundigen wordt er door de cliënten relatief weinig geklaagd over in deeltijd werkende wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Wel wordt het vaak wisselen van hulpverleners vervelend gevonden. Echter, over de inhoud van de zorg komen weinig klachten. Overigens dienen deze bevindingen met een zekere voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. In de eerste plaats zijn de cliënten niet zelf ondervraagd. Het kan dus zijn dat de hulpverleners, met name degenen die in deeltijd werken, de klachten van de patiënten onderschatten. Verder is uit onderzoek bekend dat cliënten in het algemeen weinig klachten uiten over geboden zorg. Dit beeld kan dus te rooskleurig zijn. Dat neemt niet weg dat over de slechtere bereikbaarheid van deeltijdwerkenden en de wisseling van personen toch wel klachten worden gemeld.

Jacobs (1985) deed in Eindhoven onderzoek naar tevredenheid van cliënten die in zorg zijn bij de wijkverpleging. Onder andere werd daarbij gekeken naar het vaak wisselen van hulpverleners. Van de 65 ondervraagde cliënten kwamen bij 30% verschillende hulpverleners. Van deze groep gaf de helft aan dat ze dit vervelend vond. Toch waren zij tevreden over de geboden zorg. Het wisselen van de wijkverpleegkundigen wordt niet gewaardeerd

maar lijkt dering va uit ons o Wat de k den voor verpleeg Het is las tig aan o zorg kan den verr cliënten o nadeel.

Een ho functione tot deelt deeltijda eenheid Vooral l bemoeiij hebben Tijds van cli onder d zorgende ten aan ook hier intensie

De co kwalitei nauwelij voorwaes ganiseer torische met bet

Aanvaar

Literatu

Appeldo Krui

maar lijkt nauwelijks afbreuk te doen aan de waardering van de geboden zorg. Ditzelfde beeld komt uit ons onderzoek naar voren.

Wat de kwaliteit van de zorgverlening betreft worden voor de individuele in deeltijd werkende wijkverpleegkundige niet veel knelpunten gesignaleerd. Het is lastig voor een deeltijdwerkende om regelmatig aan overleg deel te nemen. De directe patiëntenzorg kan ook door een deeltijdwerkende goed worden verricht. Voor het geven van begeleiding aan cliënten en voor terminale zorg is deeltijdarbeid een nadeel.

Een heel ander beeld zien we als het gaat om het functioneren van de gehele basiseenheid in relatie tot deeltijdarbeid. De vraag naar de gevolgen van deeltijdarbeid voor de zorgverlening door de basiseenheid als geheel, leidt tot meer sombere reacties. Vooral het onderlinge overleg wordt er zeer door bemoeilijkt, hetgeen overigens ook gevolgen kan hebben voor de continuïteit van de geboden zorg. Tijdens het overleg vindt bijvoorbeeld overdracht van cliënten plaats en worden (nieuwe) cliënten onder de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verdeeld. Er zijn relatief minder reserves ten aanzien van de directe patiëntenzorg. Echter ook hier geldt een reserve ten aanzien van de meer intensieve hulpverlening.

De conclusie is derhalve dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening door deeltijdarbeid nauwelijks wordt aangetast. Daarbij is het wel een voorwaarde dat de zorgverlening goed wordt georganiseerd en gecoördineerd. Juist op het organisatorische vlak doen zich de meeste knelpunten voor met betrekking tot deeltijdarbeid.

Aanvaard december 1987

Literatuur

Appeldooren, H., *Deeltijdarbeid*. Provinciale Utrechtse Kruisvereniging, Utrecht, 1982.

- Appelman, A. N., *Deeltijdarbeid bij de wijkverpleging: patiënt de dupe?* Maastricht: z.n., 1985. Doctoraalscriptie in het kader van de studie Gezondheidswetenschappen, R.U. Limburg.
- Bachrach, L. L., 'Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis', *American Journal of Psychiatry*, 138, 1981, no. 11, 1449-1456.
- Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties, Nederlandse Staatscourant*, 1981, no. 107, 8-11.
- Centraal Bureau Statistiek, *Maandstatistiek van de bevolking*, 28, 1980, no. 7, 50.
- Centraal Bureau Statistiek, *Maandbericht gezondheidsstatistiek*, 5, 1986, no. 3, 29.
- De La Haye, P. J. H., *Deeltijdarbeid, beleidsopvattingen en een handboek*, Sittard, Provinciale Vereniging het Limburgse Groene Kruis, 1986.
- Gorp, J. van, *De functie van wijkverpleegkundige en deeltijdarbeid*, Tilburg, Provinciale Noordbrabantse Kruisvereniging, 1983.
- Jacobs, I., *'Ik ben tevreden, maar...': Een impressie van de patiënten/cliëntentevredenheid in de wijk*, Maastricht, z.n., 1985. Doctoraalscriptie in het kader van de studie Gezondheidswetenschappen, R.U. Limburg.
- Leynse, F., *Bevordering van deeltijdarbeid*, Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1985.
- Maas, A., M. den Brok, G. Jehoel-Gijsbers, L. Bedaux, *Deeltijdarbeid onder verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. IVA/NZI, Tilburg/Utrecht, 1984.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Rapportage arbeidsmarkt*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1986.
- Nationale Kruisvereniging, *Deeltijdarbeid*, Nationale Kruisvereniging, Bunnik, 1981.
- Nationale Kruisvereniging, *Kruiswerk en continuïteit van verpleegkundige zorg*, Verslag Nationale Kruisvereniging, Bunnik, 1985a.
- Nationale Kruisvereniging, *Algemeen profiel van de functie van wijkverpleegkundige*. Discussienota. Nationale Kruisvereniging, Bunnik, 1985b.
- Nationale Kruisvereniging, *Kruiswerk in beeld: Verantwoording 1981-1985*. Meerjarenraming 1987-1990, Nationale Kruisvereniging, Bunnik, 1985c.
- Nuyens, W. J. F. I., G. D. J. van der Speld, *Deeltijdarbeid in de wijkverpleging*, NIVEL/IVA, Utrecht/Tilburg, 1987.