

# Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VIII)

## De wijkverpleegkundige en haar werk, gezien door de cliënten

H. F. J. M. CREBOLDER, HUISARTS TE VENLO

De wijkverpleegkundigen binnen en buiten het gezondheidscentrum Withuis worden met behulp van de registratiecijfers van de plaatselijke kruisvereniging en de gegevens van geënquêteerde cliënten, vergeleken. Zij verzetten ongeveer evenveel verpleegkundige arbeid. De relationele taak van de wijkverpleegkundige werd door de cliënten van het gezondheidscentrum sterker ervaren dan door de cliënten van de controlegroep. Van de starre structuur van de kruisorganisatie wordt melding gemaakt.

De taakomschrijving van de verpleegkundige (*Van Bergen en Hollands*) komt opvallend overeen met die van de huisarts. Continuïteit en coördinatie van patiënt gerichte zorg, waarin een agogisch en instrumenteel aspect zijn te onderkennen worden genoemd. Het woord „agogisch” zou men kunnen vervangen door „relationeel”. Voor de wijkverpleegkundige geldt bovendien dat haar zorg gericht is op cliënten in een omschreven wijk en dat naast verpleging van zieken, ook het bevorderen van sociale hygiëne in die wijk tot haar taak behoort. In het begrip „sociale hygiëne” is alles vergaard wat wij psychosociaal, preventief, anticiperend, signalerend en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding noemen. Kortom, het is een even onmogelijk takenpakket als dat van de huisarts.

Niettemin bestaat het beroep van wijkverpleegkundige, evenals dat van huisarts, al een eeuw en wordt ondanks de hooggestemde vaagheden van het takenpakket met veel inzet en inspiratie beoefend. Het merkwaardige feit doet zich voor dat wezenlijke samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige zeer moeizaam van de grond komt en op de meeste plaatsen nog veel te wensen overlaat. En dat terwijl huisarts en wijkverpleegkundige, ieder apart, een staat van dienst als eerstelijns werker achter zich hebben en hun werkgebieden nauw aan elkaar grenzen en zelfs ten dele overlappen.

Welke zijn de belemmerende factoren? De hinderpalen om tot samenwerking op gelijkwaardig niveau te komen vinden hun oorsprong in de historie. In de oude tijden was de wijkverpleegkundige veelal een ongehuwde, een religieuze en een vrouw.

Elk van deze kwalificaties bracht beperkingen met zich. Het ongehuwd zijn gaf (geeft) status-problemen. De religie leidde tot verzuiling. Een vrouw kreeg minder kansen (denk aan opleiding en salaris). Het betreft een verzorgend beroep en derhalve werd een stereotyp moederlijk rolpatroon als gewenst beschouwd. Een zekere slaafse gehoorzaamheid aan de man, die de dienst uitmaakte werd als ideaal gezien (*Krijn en Verest, Thiadens en anderen*). Zij was (is) eerder gewend vóór dan mét de arts te werken.

In de intramurale zorg, waar de hiërarchie nog sterk is, kan men deze relatie gemakkelijk herkennen. In de thuisgezondheidszorg is de hiërarchische relatie arts-verpleegkundige goeddeels vervangen door de relatie: plaatselijk bestuur kruisvereniging – wijkverpleegkundige. De plaatselijke besturen van kruisverenigingen zijn nogal eens samengesteld uit goedwillende, honorabele burgers, wier beleid meer is gericht op het in stand houden van de bestaande organisatiestructuur, dan dat het gedragen wordt door visie en een open oog voor deze tijd. Inspraak vanuit de basis wordt in het algemeen niet gestimuleerd, laat staan gewaardeerd.

### De lokale situatie

In Venlo, exclusief Blerick, is maar één kruisvereniging, het R.K. Groene Kruis. Begin 1973 heeft het bestuur van de kruisvereniging er in toegestemd vier verpleegkundigen (twee wijkverpleegkundigen en twee verpleegkundigen in de wijk\*)

\* Een verpleegkundige die haar opleiding in het ziekenhuis heeft voltooid, maar zonder diploma Maatschappelijke Gezondheidszorg (M.G.Z.) in de wijk werkt.

en één ziekenverzorgende bij het op te richten gezondheidscentrum te detacheren. De verpleegkundigen hadden zelf daarvoor gekozen en zouden alleen werken voor de cliënten van het gezondheidscentrum. Ten behoeve van het Withuis, dat (nog) geen wijkgezondheidscentrum is, werd een nieuwe wijkindeling gemaakt. In de rest van de stad (= controlegroep) werkten negen wijkverpleegkundigen en twee ziekenverzorgenden. De ziekenverzorgende is in deze studie niet opgenomen. In plaats van steeds onderscheid te maken tussen wijkverpleegkundige en verpleegkundige in de wijk, zullen wij voor beiden de term wijkverpleegkundige gebruiken.

Het bestand aan wijkverpleegkundigen in het Withuis is nogal aan mutaties onderhevig geweest. Van de oorspronkelijke vier wijkverpleegkundigen is er nog één over. Ten dele zijn de wisselingen veroorzaakt door huwelijk en verhuizing, ten dele ook door de extra belasting die het werken in een eerstelijns team met zich brengt. De tijdsinvestering is aanzienlijk. Er is een dagelijks koffie halfuur, er zijn teamvergaderingen en cliënten-besprekingen. Het aantal extra uren dat opgaat aan deelneming aan een team als het onze, bedraagt vier à vijf uren per wijkverpleegkundige per week. De grootste belasting is echter psychisch en emotioneel van aard. Het dienen van twee heren – het gezondheidscentrum en de kruisvereniging – trekt een geweldige wissel op de geestelijke spankracht van de wijkverpleegkundige. De loyaliteitskeuze waarvoor zij zich steeds geplaagd voelt, heeft erg remmend gewerkt op de harmonie binnen ons team. De loyaliteit voor de kruisvereniging betrof zowel het bestuur van die vereniging, als de „outgroup”, de collegawijkverpleegkundigen, die niet in het gezondheidscentrum werkten.

In *Evaluatie van het gezondheidscentrum Hoensbroek Noord* worden soortgelijke ervaringen vermeld. Ook in een rapport over opzet en functie van een aantal gezondheidscentra (*Itoba*) worden deze structurele moeilijkheden beschreven. In het gezondheidscentrum Ommoord heeft deze januskop-situatie zelfs tot het vertrek van drie wijkverpleegkundigen geleid (*Jaarverslag*). Het is zeer gewenst dat er landelijk een organisatorisch kader en klimaat wordt geschapen, waarin deze – in onze ogen – heilloze gespletenheid niet meer nodig is.

Ondanks alle hindernissen hebben wij de indruk dat de samenwerking voor de cliënten vruchten heeft afgeworpen. Wat is daarvan in de cijfers terug te vinden?

## Vraagstelling

Wat is het effect van het werken van de wijkverpleegkundige in een gezondheidscentrum, op de wijze waarop van haar deskundigheid gebruik wordt gemaakt? Wat gebeurt er met de beeldvorming van de cliënten ten aanzien van het takenpakket van de wijkverpleegkundige en wat denken de cliënten over samenwerking met de huisarts? Deze twee vragen zijn als volgt uitgewerkt:

*I. Op welke wijze en in welke mate is er gebruik gemaakt van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige?*

- a. aangegeven door de cliënten;
- b. zoals terug te vinden in de registratie van de kruisvereniging.

De verwachting was dat de wijkverpleegkundigen van het gezondheidscentrum, juist door hun veelvuldig contact met de huisartsen, meer cliënten zouden (gaan) behandelen dan de wijkverpleegkundigen van de controlegroep. Op welk gebied (curatief, preventief enzovoort) bestonden geen uitgesproken denkbeelden.

*II. Hoe verloopt de beeldvorming van de cliënten ten aanzien van:*

- a. de samenwerking huisarts-wijkverpleegkundige;
- b. de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige;
- c. haar taak – in algemene termen;
- d. haar taak – getoetst aan enige concrete gevallen.

De verwachting luidde dat de cliënten die met de wijkverpleegkundigen contact hadden gehad (ja-contacten) positiever zouden staan tegenover de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundigen en haar een breder takenpakket zouden toekennen. Eveneens meenden wij te kunnen verwachten dat van de neen-contacten de Withuis-clieñten de onderdelen Ila en I Ib gunstiger zouden beoordelen dan de cliënten van de controlegroep; en dat het takenpakket voor de neen-contacten zou groeien.

## Methode van onderzoek

In vorige artikelen is reeds een uitvoerige uiteenzetting gegeven over de wijze waarop het onderzoek via enquëtering onder de cliënten van het Withuis en een controlegroep is verricht (Crebolder 1976 en 1977).

Om vraag Ib te beantwoorden is van de registratie van de kruisvereniging\* gebruikgemaakt.

\* Veel dank aan de hoofdwijkverpleegkundige, Zr. W. van Bergen.

## Bijlage

Terwille van de leesbaarheid zijn de mees-te tabellen in een bijlage ondergebracht. Vanuit de tekst zal daarnaar worden verwezen.

## Beantwoording van de vraagstelling

*Ia. Wijze en mate van gebruik van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige, zoals aangegeven door de cliënten (tabel 1 bijlage).*

Slechts tweederde van de respondenten meldt lid te zijn van de kruisvereniging. Dit stemt overeen met het aantal aangesloten gezinnen volgens het jaarverslag (1975) van het Groene Kruis te Venlo. Verder blijkt dat zowel in 1974 als in 1976 de cliënten van de controlegroep aangaven vaker gebruik gemaakt te hebben van de wijkverpleging dan die van het Withuis. De samenwerking in het gezondheidscentrum heeft dus niet tot een – door de cliënten vermelde – toename van de dienstverlening van de wijkverpleegkundigen geleid. Scheffer vond eveneens dat de huisarts en de wijkverpleegkundige geen rol van belang spelen bij de totstandkoming van het lidmaatschap van een kruisvereniging. Het lijkt erop dat van de ja-contacten er tussen 1974 en 1976 in het Withuis relatief meer door de huisarts zijn verwezen dan in de controlegroep en dat bij die verwijzing het „eigen initiatief” in het Withuis een geringere rol speelde. Dit zou dan dezelfde bevinding zijn, als aangetroffen bij het gebruik maken van het maatschappelijk werk (Crebolder 1976). Het meer gebruik maken van de wijkverpleging in de controlegroep bleek te worden veroorzaakt door „eigen initiatief”, voornamelijk aangewend voor curatieve hulpverlening.

Met behulp van de vergaarde achtergrondkenmerken (tabel 2 bijlage) onderzochten wij in welke opzichten de cliënten, die met de wijkverpleegkundigen te maken hebben gehad, van de rest van de populatie afweken. Het zijn – uiteraard – vooral leden van de kruisvereniging en cliënten bij wie de huisarts zeer vaak een visite heeft afgelegd. Het betreft kennelijk vooral bedlegerigen en cliënten die slecht ter been zijn. Een wisselend verband wordt gevonden met vrouwen, gehuwden, weduwen en weduwnaars, gezinnen met kinderen; en voorts cliënten die ook al bij het maatschappelijk werk waren geweest, frequent het spreekuur van de huisarts hadden bezocht, ontevreden waren met hun gezondheid en hoog scoorden op de VOEG-lijst. Gezien de betrekkelijk kleine absolute getallen, is afgezien van een vergelijking 1974/1976 en uitspraken over

verschillen tussen Withuis en controlegroep.

*Ib. Het gebruik van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige, zoals terug te vinden in de registratie van de kruisvereniging.*

Wat werd in werkelijkheid aan werk verzet? De indeling die wij hebben aangebracht (tabel 3) is dezelfde als die van Knapen. De activiteiten zijn verdeeld in vier categorieën.

Verpleging en verzorging bevat al het curatieve werk dat bij de cliënten thuis gebeurt: injecties, wasbeurten en andere „instrumentele” verpleegkundige handelingen.

Onder de categorie bejaarden vallen de ouden van dagen die om sociaalhygiënische redenen werden bezocht. De wijkverpleegkundige lette dan met name op de sociale omstandigheden, de woon-situatie, de verzorging en conditie van het eigen lichaam en de aanpassing aan het dagelijks leven (A.D.L.). Men zou het een vorm van anticiperende of preventieve zorg kunnen noemen. Bij de specifieke diensten behoren de werkzaamheden ten behoeve van cliënten met tuberculose, reuma, kanker, diabetes, andere chronische ziekten en cliënten die bekend zijn bij de geestelijke gezondheidszorg. Het accent bij deze tak valt op begeleiding.

Tenslotte de kinderhygiëne. Hieronder valt alle zorg ten bate van zwangerschap, zuigelingen, kleuters en kinderruitzending. Het is een op preventie gerichte zorg. De werkzaamheden op de kleuter- en zuigelingenbureaus zijn hierin niet opgenomen.

Tabel 3 geeft slechts informatie over de hoeveelheid werk die gedaan is, niet over de kwaliteit.

Er zijn geen noemenswaardige verschillen tussen Withuis en controlegroep, behalve bij de categorieën bejaarden en specifieke diensten in 1973. Mogelijkerwijze is het geringere aantal cliënten in het Withuis in die jaren te wijten aan onderbezetting van de discipline wijkverpleegkunde en/of „underreporting” door de wijkverpleegkundigen. Ook hier blijkt, dat de samenwerking in het gezondheidscentrum niet tot een groter aantal verzorgde cliënten of verpleegkundige handelingen heeft geleid. Men kan het ook anders stellen en zeggen: de wijkverpleegkundigen van het gezondheidscentrum hebben erg hard gewerkt, gezien het grote aantal extra uren dat in team-bezigheden ging zitten, terwijl de „omzet” niet daalde.

In 1974 en 1975 zijn de wijkverpleegkundigen doende geweest een plan uit te werken om alle bejaarden van het Withuis regelmatig en systematisch te bezoeken.

Door tijdgebrek, mutaties en door onduidelijkheid over de vragen wat wij nu precies wilden en of de inspanningen in verhouding zouden staan tot de „opbrengst”, is het plan niet gerealiseerd.

Een verschuiving van curatieve naar preventieve zorg, zoals in een vergelijkbaar experiment in Assen (*Pijlman*) werd gevonden, treffen wij in *tabel 3* niet aan. In beide groepen is het aantal kinderhygiëne-cliënten dalende. Dit illustreert het afnemende geboortecijfer.

In verband met de kinderhygiëne, willen wij enige alinea's wijden aan een kleuterbureau-experiment in Venlo.

## Kleuterbureau-experiment

In de meeste steden worden de kleuterbureaus niet door huisartsen bemand, maar door schoolartsen, kinderartsen of zogenaamde „mevrouw-artsen” (vrouwelijke artsen die naast hun gezin, een gedeeltelijke dagtaak vinden in het leiden van één of meer bureaus). Op verzoek van de districts kinderarts van de provinciale kruisvereniging, zijn wij eind 1974 begonnen in een wijkgebouw vlak bij het gezondheidscentrum, het kleuterbureau te laten leiden door de eigen huisarts. Overeengekomen werd dat alle huisartsen van Venlo in dat bureau hun eigen kleuters uit die wijk periodiek (ten minste eenmaal per jaar) zouden onderzoeken.

Dit experiment loopt sedert 1974 tot volle tevredenheid van alle betrokkenen. De wijkverpleegkundige werkt in het veld samen met de huisarts en informatie over het gehele gezin kan worden uitgewisseld. De huisarts ziet zijn eigen cliënten, maar op een andere, op een gezondheidkundige manier (*Kuiper*), zou men kunnen zeggen. De cliënten hebben niet te maken met een vreemde arts die in het geheel niet op de hoogte is van de gezinssituatie en uiteindelijk elk advies toch via de huisarts moet laten lopen. Ook de reacties van de cliënten (moeders en kinderen) zijn uitgesproken positief.

Na meer dan twee jaren ervaring is, in het bijzonder door de wijkverpleegkundige, voorgesteld dit experiment tot andere kleuterbureaus in Venlo uit te breiden. De plaatselijke vereniging staat positief ten opzichte van dit plan, maar op provinciaal niveau is, om ondoorzichtige redenen, nog geen goedkeuring gegeven. Speelt de mogelijke komst van de jeugdarts daarbij een rol? Het is onze overtuiging dat de huisarts de meest aangewezen figuur is om zeker dit bureau, en wellicht ook het zuigelingenbureau, te leiden. Het is stellig wenselijk hem „bij te scholen” om de functie van het bureau volledig tot haar recht te laten komen. Er is immers een andere atti-

*Tabel 3. De geregisteerde cliënten en werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen van het Withuis en de controlegroep gedurende de jaren 1973, 1974 en 1975 - uitgedrukt in de eenheid: per wijkverpleegkundige per 1.000 van de populatie.*

	Withuis			Controle		
	1973	1974	1975	1973	1974	1975
<b>Verpleging/verzorging</b>						
aantal cliënten	12,6	12,4	11,2	13,0	13,0	12,7
aantal handelingen	1.207	1.337	1.326	1.149	1.374	1.569
<b>Bejaarden</b>						
aantal cliënten	13,2	20,0	24,4	22,3	23,7	23,7
aantal bezoeken	74	86	90	88	106	108
<b>Specifieke diensten</b>						
cliënten in zorg	16,2	27,4	27,8	22,8	31,2	26,8
aantal bezoeken	79	81	82	65	76	74
<b>Kinderhygiëne</b>						
aantal cliënten	85,6	81,2	68,4	91,5	85,8	64,3
aantal bezoeken	159	139	125	152	124	105
<b>Totaal</b>						
cliënten	127,6	141,0	131,8	149,6	153,7	127,5
handelingen/bezoeken	1.519	1.643	1.623	1.454	1.680	1.856
handelingen/bezoeken per cliënt	12	12	12	10	11	15

tude vereist dan tijdens het gewone spreekuur van de huisarts.

### II. De beeldvorming van de cliënten

#### a. De samenwerking huisarts-wijkverpleegkundige

Aan de cliënten werden – evenals ten aanzien van het maatschappelijk werk (*Crebolder*, 1976, 1) – drie uitspraken voorgesteld met betrekking tot de onderlinge samenwerking: over het nut van die samenwerking, over een eventueel advies van de huisarts om naar de wijkverpleegkundige te gaan en over de gang naar de wijkverpleegkundige in plaats van naar de huisarts (*tabel 4* en *5 bijlage*).

Uit de analyse van de antwoorden kwam het volgende naar voren. Tegen de samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige bestaat vrijwel geen bezwaar. Bijna alle respondenten zijn bereid naar de wijkverpleegkundige te gaan, als hun huisarts dat adviseert („Wat vader doet, is altijd goed”). Minder dan de helft van de cliënten kan zich voorstellen wel eens naar de wijkverpleegkundige te gaan in plaats van naar de huisarts!

Tussen 1972 en 1974 is de positieve houding ten aanzien van „samenwerking”,

„advies volgen” en „naar de wijkverpleegkundige gaan in plaats van naar de huisarts” bij de Withuis-cliënten gegroeid (de controlegroep deed pas in 1974 voor het eerst mee).

Zowel in 1974 als in 1976 is het oordeel over „samenwerking” en „naar de wijkverpleegkundige gaan in plaats van naar de huisarts” bij de Withuis-populatie gunstiger dan bij de controlegroep. Deze laatste bevinding – „naar de wijkverpleegkundige gaan in plaats van naar de huisarts” – achten wij van groot belang. Ook bleek dat degenen die ooit contact hadden met de wijkverpleegkundige, eerder geneigd waren naar haar te gaan in plaats van naar de huisarts, dan de zogenaamde neen-contacten (niet vermeld in *tabel 4*).

#### IIb. De beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige

Met beschikbaarheid bedoelen wij vooral directe toegankelijkheid. De wijkverpleegkundige dient (eerstelijns gezondheidszorg) of in het wijkgebouw, of per telefoon, of in het gezondheidscentrum, of in de wijk als het ware klaar te staan om hulp te verlenen. De bereikbaarheid staat hierbij centraal. Deze beschikbaarheid is onderzocht met behulp van de uitspraak in *tabel 6*.

*Tabel 6. De beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige - in procenten. (Withuis N=465; Controlegroep N=449).*

		Helemaal mee eens		Gedeeltelijk mee eens		Geen mening		Gedeeltelijk meeneens		Helemaal meeneens	
		W C		W C		W C		W C		W C	
		W	C	W	C	W	C	W	C	W	C
Als ik haar nodig heb, staat de wijkverpleegster dag en nacht voor me klaar	1974	20,9	17,8	11,5	8,7	65,0	70,2	1,7	1,3	0,9	2,0
	1976	20,4	17,0	10,4	10,2	67,0	70,4	0,9	1,3	1,3	1,1

Het eerste dat opvalt bij de antwoorden op deze uitspraak is het zeer hoge percentage dat „geen mening” heeft. Tweederde van de respondenten weet eigenlijk niet of de wijkverpleegkundige wel continue beschikbaar is! Ten dele is dat te verklaren uit het gegeven dat maar een betrekkelijk gering gedeelte van de respondenten ooit contact met haar heeft gehad. De ja-contacten oordelen al veel gunstiger ( $p < 0,001$ ) (niet in *tabel 6* weergegeven). Voor een ander deel is het gevoel om steeds bereikbaar te moeten zijn voor een bepaalde praktijk of populatie „at risk” bij de wijkverpleegkundige – evenals bij de maatschappelijk werker – slechts in geringe mate ontwikkeld.

De filosofie die schuilgaat achter het voorvoegsel „wijk” bij wijkverpleegkundige heeft geen feitelijke betekenis. Meestal is er geen wijk die men als een samenhangende leefgemeenschap kan duiden; en zo die er al is, neemt de wijkverpleegkundige zelden actief deel aan het sociale leven in zo'n wijk. In dorpen is dit wellicht anders. De wijkverpleegkundige kan daar gemakkelijker tot een centrale figuur uitgroeien, die frequent wordt geraadpleegd. Tussen de beide groepen en de peildata zijn geen verschillen. Het functioneren van het gezondheidscentrum heeft het idee van de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige – in de ogen van de cliënten – tot op heden niet bevorderd.

*Ilc. De perceptie van de taak van de wijkverpleegkundige – in algemene termen.* De taak van de wijkverpleegkundige is onderzocht aan de hand van negen uitspraken, die vrijwel alle werkzaamheden omvatten waarmee de cliënt van doen heeft (*tabel 7 bijlage*). Deze reeks uitspraken werd in 1974 en 1976 aan de beide onderzochte groepen voorgelegd. Via factoranalyse (*tabel 8 bijlage*) werden drie goed benoembare, centrale elementen in de taak van de wijkverpleegkundige verkregen.

#### *Instrumentele taak*

verrichten van verpleegkundige handelingen  
geven van een spuit bij ziekte  
toezicht op medische voorschriften  
(assisteren op kleuter, en zuigelingenbureau)

#### *Relationele taak*

bemiddelen bij huwelijksproblemen  
begeleiden bij opvoedingsproblemen  
stervensbegeleiding

#### *Preventieve taak*

advies en begeleiding van zwangeren en jonge moeders

voorlichting op gebied van voeding  
assisteren op kleuter- en zuigelingenbureau

Assisteren op het bureau wordt door de cliënten zowel instrumenteel (denk aan immuniseren) als preventief geïnterpreteerd.

Over de uitspraken die behoren bij de instrumentele en preventieve taak bestaat bij de cliënten weinig twijfel. Ze worden zonder veel reserves (70 tot 90 procent is het er helemaal mee eens) tot de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige gerekend.

Bij de relationele taak ligt dat geheel anders. Voor bemiddeling bij huwelijksproblemen zien maar weinig cliënten (5 tot 7 procent) een reële taak voor de wijkverpleegkundige: bij opvoedingsproblemen al meer (ongeveer 25 procent) en bij stervensbegeleiding nog het meest (ongeveer 40 procent). Uit het omvangrijke onderzoek van *Scheffer* kwam eenzelfde onderdeel van de cliënten naar voren.

Via variantie-analyse (*Crebolder, 1977*) werden de verschillen tussen de groepen en tijdstippen getoetst (*tabel 9 en 10 bijlage*). Gevonden werd dat in het verloop van de tijd (van 1974 naar 1976) de instrumentele taak in de ogen van de Withuiscliënten en controlegroep tezamen, groeide. Er was wat deze taak betreft geen significant verschil tussen de beide groepen onderling (*tabel 10*).

Ook werd vastgesteld dat de relationele taak van de wijkverpleegkundige door de Withuiscliënten sterker werd ervaren dan door de cliënten van de controlegroep. In de preventieve sfeer werden geen verschillen waargenomen.

De vermelde verschillen zijn – hoewel significant – in feite klein.

*Ild. De taak van de wijkverpleegkundige – getoetst aan enige concrete gevallen.*

In een van de vorige bijdragen (*Crebolder, 1975*) is een reeks van dertien concrete probleemgevallen beschreven, die in 1972 aan de Withuiscliënten was voorgelegd. Zij werden toen verzocht die hulpverlener aan te kruisen die zij het meest geschikt achten om hulp te bieden. In 1974 en 1976 was dezelfde reeks in de enquête – van Withuis en controlegroep – opgenomen.

Reeds in 1972 bleek dat de wijkverpleegkundige bij de cliënten als meest geschikte hulpverlener een rol van betekenis speelde bij vier van de dertien gevallen. Deze waren: „Een kind dat niet goed wil eten”, „Huisvestingsprobleem”, „Begeleiding van een stervende” en „Hulp in de huishouding”.

Bij de andere, merendeels ernstige emo-

*Tabel 11. Resultaten – in procenten – van de antwoorden op vier vragen betreffende de respondenten die de wijkverpleegkundige als meest gewenste hulpverlener hebben aangegeven.*

	Withuis (N=465)	Controle (N=449)
Een kind dat niet goed wil eten	1972 22,6 1974 16,7 1976 19,0	16,3 15,6
Huisvesting van een bejaard echtpaar	1972 11,8 1974 11,8 1976 12,6	9,1 14,7
Begeleiding van een stervende	1972 10,5 1974 13,5 1976 9,4	8,7 8,0
Hulp in de huishouding	1972 32,9 1974 37,4 1976 35,8	31,8 30,7

tionele problemen – hetzij in de somatische, hetzij in de relationele sfeer – werd zij steeds door minder dan vijf procent van de cliënten als de meest aangewezen hulpverlener aangeduid. Wij beperken ons tot de vier probleemgevallen waarbij zij in de ogen van de cliënten een belangrijke taak heeft.

In *tabel 11* staat een overzicht van de score die de wijkverpleegkundige behaalde. De scores op de andere hulpverleners (huisarts, maatschappelijk werker, assistente, priester en „iemand anders”) zijn hier buiten beschouwing gelaten. Voor de volledige tekst van de gebruikte voorbeelden zij verwezen naar het eerder in deze paragraaf genoemde artikel.

De reeks van dertien probleemgevallen is natuurlijk niet volledig. Maar hij geeft toch een goede indicatie van de positie van de wijkverpleegkundige temidden van de andere hulpverleners in de eerste lijn. De voorbeelden waarbij zij niet aan bod kwam waren: opvoedingsprobleem, huwelijksprobleem, ernstige eenzaamheid, gewetensbezwaren om de „pil”, schoolkeuze, inlichten van ongeneeslijk zieke, abortus of niet?, gesomatiseerd probleem in arbeidssituatie en seksuele voorlichting. Het is onze indruk dat de cliënten menen dat de wijkverpleegkundige een taak heeft bij lichte somatische stoornissen en bij materiële hulpverlening, zoals ook voor de maatschappelijk werker geldt. In relatie tot huisarts en maatschappelijk werker zou men kunnen zeggen dat grote randgebieden van beide disciplines mede tot haar takenpakket mogen worden gerekend.

Speciale aandacht willen wij vestigen op de stervensbegeleiding. Hier lijkt een heel bijzondere en specifieke taak te liggen voor de wijkverpleegkundige. Door haar lichamelijke nabijheid (zoals wasbeurten) verkeert zij, meer dan enige andere pro-

fessionele helper, in de positie om van grote, ook emotionele, betekenis te zijn voor de ernstig zieke en stervende. Het is onze ervaring in het gezondheidscentrum dat het profijt van het team-gebonden werken van huisarts en wijkverpleegkundige juist bij stervensbegeleiding erg groot is.

In *tabel 11* blijkt bij de desbetreffende vraag dat in 1974 een opmerkelijk en significant ( $p < 0,025$ ) verschil is tussen Withuis en controlegroep. In 1976 is dat verschil vrijwel verdwenen. Vermoedelijk is de hoge score van 13,5 procent door de Withuis-cliënten in 1974, mede het gevolg van de Withuiskrant die enige weken vóór de enquête was uitgegeven. Daarin werd aan de hand van een voorbeeld het gezamenlijke optreden van huisarts en wijkverpleegkundige bij een ernstige, bedlegerige zieke beschreven.

Bij het eerste geval, een kind dat niet goed wil eten, hadden wij verwacht dat de wijkverpleegkundige in toenemende mate de rol van de huisarts zou gaan overnemen. Dat blijkt echter niet te gebeuren. Toch is het onze ervaring in het team – hoewel dit niet in de cijfers tot uitdrukking komt – dat ook de kinderhygiëne een belangrijk en veelbelovend gezamenlijk werktoneel van huisarts, wijkverpleegkundige en ook maatschappelijk werker is.

Resumerend mogen wij vaststellen dat noch bij het Withuis noch bij vergelijking van de beide groepen verschuivingen of verschillen van betekenis optreden.

## Conclusies aan de hand van de vraagstelling

### *I. De mate van gebruik van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige*

Door de cliënten van het gezondheidscentrum werd niet frequenter gebruik gemaakt van de diensten van de wijkverpleegkundige dan door de cliënten van de controlegroep.

### *II. De beeldvorming van de cliënten*

*a. De samenwerking huisarts – wijkverpleegkundige.* Tegen de samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige bestaat vrijwel geen bezwaar. Bijna alle cliënten zijn bereid naar de wijkverpleegkundige te gaan, als hun huisarts dat adviseert. Minder dan de helft van de cliënten kan zich voorstellen wel eens naar de wijkverpleegkundige te gaan, in plaats van naar de huisarts!

In de periode 1972-1974 is de houding van de Withuis-cliënten (nog) positiever geworden ten aanzien van „samenwerking huisarts – wijkverpleegkundige”, „advies volgen van de huisarts om naar de wijkverpleegkundige te gaan” en „naar de

wijkverpleegkundige in plaats van naar de huisarts”.

Zowel in 1974 als in 1976 is het oordeel over „samenwerking” en „naar de wijkverpleegkundige gaan in plaats van naar de huisarts” bij de Withuis-populatie gunstiger dan bij de controlegroep. Ook werd gevonden dat degenen die ooit contact hadden met de wijkverpleegkundige, eerder geneigd waren naar haar te gaan in plaats van naar de huisarts, dan de zogenaamde neen-contacten.

*b. De beschikbaarheid.* De beschikbaarheid is – in de ogen van de cliënten – niet bevorderd door het functioneren van het gezondheidscentrum. Tweederde van alle cliënten weet eigenlijk niet of de wijkverpleegkundige wel voortdurend beschikbaar is!

*c. De taak van de wijkverpleegkundige – is algemene termen.* Voor de cliënten van Withuis en controlegroep tezamen groeide in het verloop van de tijd (1974-1976) de instrumentele taak van wijkverpleegkundige. De relationele taak werd door de cliënten van het gezondheidscentrum sterker ervaren dan door de cliënten van de controlegroep.

*d. De taak van de wijkverpleegkundige – getoetst aan enige concrete gevallen.* Getoetst aan enige concrete gevallen, blijken er noch bij het Withuis noch bij de controlegroep verschillen van betekenis te zijn wat betreft de taak die aan de wijkverpleegkundige wordt toegekend.

## Beschouwing

De meest opvallende conclusie is dat – ondanks de schijnbaar optimale situering van de wijkverpleegkundige in een gezondheidscentrum – van haar diensten niet aantoonbaar méér gebruik werd gemaakt. Er is vanaf de oprichting van het gezondheidscentrum naar gestreefd de wijkverpleegkundige zoveel mogelijk in de behandeling en begeleiding van cliënten te betrekken. En ook zijzelf waren steeds bereid tot overleg, gezamenlijke aanpak en/of overname van de verzorging.

De dagelijkse uitwisseling van informatie over zieke cliënten zal zeker bijgedragen hebben tot een kwalitatief betere zorg.

Het is waarschijnlijk dat vrijwel alle daarvoor in aanmerking komende cliënten, die via de normale signalering daarvoor worden aangemeld, zowel in de Withuis-populatie als in de controlegroep, bij de wijkverpleegkundige „in zorg” zijn. Ook in de toekomst zijn er dus geen grote kwantitatieve verschillen tussen beide groepen te verwachten.

Een gezondheidscentrum biedt echter de kans om verder dan die incidentele samenwerking te komen. Met een systema-

tische, gezamenlijke aanpak van problemen in het grensgebied van gezond en ziek-zijn, verkeren wij echter nog maar aan het begin. Enige belemmerende factoren werden in de inleiding beschreven. Uit onderzoek van *Huygen* bleek dat een gezamenlijk bejaardenonderzoek zeer de moeite waard is. De zuigelingen- en kleuterzorg kan heel goed aan huisarts en wijkverpleegkundige worden overgelaten. De wijkverpleegkundige zou een veel actievere rol kunnen spelen op het gebied van geboortenregelingsadviezen. Terreinen als anticiperende geneeskunde – een verbinding van curatieve zorg in het eerste echelon met de resultaten van epidemiologisch onderzoek (*Van den Dool*) – en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (G.V.O.) gaan tot de dagelijkse kost van huisarts en wijkverpleegkundige behoren. Deze taken kunnen het beste in onderlinge samenwerking worden aangepakt. Het is stimulerend dat de cliënt zeer positief staat tegenover die samenwerking en dat het functioneren van het gezondheidscentrum het oordeel van de cliënten omtrent specifieke deskundigheden van de wijkverpleegkundige gunstig lijkt te beïnvloeden.

*Samenvatting. Het functioneren van de wijkverpleegkundige werd vanuit de gezichtshoek der cliënten onderzocht. In tegenstelling tot de verwachting, bleken de cliënten van het gezondheidscentrum niet frequenter gebruik te maken van de diensten van de wijkverpleegkundige dan de cliënten van een controlegroep. Zoals te verwachten, bestond er tegen de samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige vrijwel geen bezwaar, evenals tegen het advies van de huisarts om naar de wijkverpleegkundige te gaan. Minder dan de helft van alle cliënten kan zich voorstellen wel eens naar de wijkverpleegkundige te gaan, in plaats van naar de huisarts!*

*Het oordeel over „samenwerking” en „naar de wijkverpleegkundige gaan, in plaats van naar de huisarts”, is bij de Withuis-populatie sterker dan bij de controlegroep. Ook degenen die ooit contact hadden met de wijkverpleegkundige oordeelden gunstiger dan de zogenaamde neen-contacten. De idee van beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige is niet bevorderd door het functioneren van het gezondheidscentrum. Tweederde van alle cliënten weet eigenlijk niet of de wijkverpleegkundige wel voortdurend beschikbaar is! Haar relationele taak werd door de cliënten van het Withuis sterker ervaren dan door de cliënten van de controlegroep.*

*Getoetst aan enige concrete gevallen, bleken er tussen de beide groepen geen verschillen van betekenis te zijn voor wat*

betreft de taak die door de cliënten aan de wijkverpleegkundige wordt toegekend. Melding wordt gemaakt van de starre structuur van de kruis-organisatie.

*Summary. Studies concerning the Withuis health centre in Venlo. (VIII). The district nurse and her work as evaluated by the clients. A study was made of the work of the district nurse as evaluated by the clients. Contrary to expectation, the health centre clients proved not to make more frequent use of the services of the districts nurse than the clients in a control group. As expected, there were virtually no objections to the collaboration between general practitioner and district nurse, nor to the general practitioner's advice to see the district nurse. Less than 50 per cent of the clients could conceive of seeking, of their own accord, the district nurse's advice instead of the general practitioner's. The Withuis population took a more positive view of „collaboration” and „going to the district nurse instead of to the family doctor” than the control group. Those who had ever been in touch with the district nurse took a more positive view than the so-called no-contacts. The notion of the availability of the district nurse was not promoted by the activities of the health centre. Two-thirds of all clients really do not know whether the district nurse is always available. Her relational task was better understood by the Withuis clients than by those in the control group. As tested in a number of actual cases, the two groups were found to show no significant difference as regards the task assigned to the district nurse by the clients. Mention is made of the rigid structure of the Cross organization.*

Bergen, B. van en L. Hollands. Naar een profiel van de verpleegkundige. Deel 12 uit de Reeks Verpleegkundige Studies. Uitgeversmaatschappij de Tijdstroom b.v., Lochem, 1975.

Crebolder, H. F. J. M. (1975) huisarts en wetenschap 18, 73. (1976,1) Ibidem 19, 94; (1976,2) Ibidem 19, 145; (1977) Ibidem 20, 178-188.

Dool, C. W. A. van den, Anticiperende geneeskunde. Het medisch jaar 1977. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1977.

Evaluatie 1973 Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord.

Huygen, F. J. A. (1972) huisarts en wetenschap 15, 41.

Itoba. Opzet en functie van een aantal gezondheidscentra. Eindrapport uitgebracht door Stichting Itoba. Uitgegeven door het Praeventiefonds, 's Gravenhage, 1976.

Jaarverslag 1975 R.K. Vereniging Het Groene Kruis.

Jaarverslag 1975 Gezondheidscentrum Ommoord.

Knapen, M. H. J. M. Wijkverpleegkundige (1977) huisarts en wetenschap 20, 226

en huisarts in de thuisgezondheidszorg. Instituut voor toegepaste sociologie, Nijmegen. 1975.

Krijn, E. en L. Verest. Geringe professionalisering? als reden voor het „achterblijven” van de wijkverpleegkundige in het eerste echelon. Scriptie, 1975.

Kuiper J. P. (1976) Medisch Contact 31, 1323.

Pijlman, H. R. Samen Zorgen. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1969.

Scheffer, W. C. M. Beeld en gebruik van de Kruisverenigingen. Instituut voor toegepaste sociologie, Nijmegen. 1973.

Thiadens, A. J. H. en M. J. Smulders-Aghina. De verpleegkundige die ons toe-komt. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1971.

## Bijlage

Tabel 1. De wijze en mate van gebruik van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige, aangegeven door de cliënten - in procenten.

		Withuis N=465	Controle N=449
Lidmaatschap van de kruisvereniging	1974 1976	66,7 66,2	70,8 70,6
Gebruik diensten wijkverpleging* wel eens	1974	16,7	24,3 $\chi^2=7,86$ df=1 p=0,005
de afgelopen 2 jaren	1976	6,2	9,8 $\chi^2=3,91$ df=1 p<0,05
		1974 N=78 1976 N=29	1974 N=109 1976 N= 44
Verwezen door:			
huisarts wel eens	1974	46	42
de afgelopen 2 jaren eigen initiatief	1976	55	39
wel eens	1974	31	44
de afgelopen 2 jaren iemand anders	1976	21	39
wel eens	1974	16	11
de afgelopen 2 jaren onbekend	1976	10	16
	1974	7	3
	1976	14	6
Waarvoor?			
curatief wel eens	1974	48	54
de afgelopen 2 jaren preventief wel eens	1976	55	61
de afgelopen 2 jaren psychosociaal	1974	34	35
	1976	29	29
wel eens	1974	4	0
de afgelopen 2 jaren anders wel eens	1976	0	0
de afgelopen 2 jaren onbekend	1974	7	4
	1976	10	2
	1974	7	7
	1976	6	8

\* De vraag luidde letterlijk in 1974: „Hebt u voor uzelf of voor één van uw gezinsleden wel eens gebruik gemaakt van de diensten van een wijkverpleegster?”. In 1976 stond er in plaats van „wel eens”: „sinds het invullen van de vorige vragenlijst in mei 1974”.

Tabel 2. De achtergrondkenmerken – onderverdeeld naar cliënten die aangaven wel (= ja-contacten) en geen (= neen-contacten) gebruik te hebben gemaakt van de dienstverlening van de wijkverpleegkundige – in procenten.

	Withuis				Controle			
	tot 1974		tussen 1974 en 1976		tot 1974		tussen 1974 en 1976	
	ja N=78	neen N=387	ja N=29	neen N=436	ja N=109	neen N=340	ja N=44	neen N=405
Geboortjaar 1944 t/m 1954	15,4	19,8	31,0	17,2	10,1	19,5	18,2	16,4
1943 t/m 1928	25,6	32,6	13,8	33,3	29,4	30,8	27,3	30,7
1927 t/m 1909	42,3	35,1	31,1	36,4	49,5	38,2	36,3	43,0
1908 en eerder	16,7	12,5	24,1	13,1	11,0	11,5	18,2	9,9
Geslacht man	38,5	53,4	51,7	52,2	30,3	50,4	34,1	46,5
vrouw	61,5	46,6	48,3	47,8	68,7	49,6	65,9	53,5
	$\chi^2=5,79$ df=1 p<0,05				$\chi^2=13,42$ df=1 p<0,001			
Burgerlijke staat gehuwd	76,9	83,3	86,3	84,2	93,5	82,3	86,4	86,6
ongehuwd + gescheiden	7,7	10,4	3,4	8,0	3,7	12,1	0,0	8,4
weduwe/weduwnaar	15,4	6,3	10,3	7,8	2,8	5,6	13,6	5,0
	$\chi^2=7,71$ df=2 p<0,05				$\chi^2=8,48$ df=2 p<0,05		$\chi^2=8,86$ df=2 p<0,05	
Kinderen wel	88,3	79,6	78,6	83,1	95,4	76,8	95,3	82,7
geen	11,7	20,4	21,4	16,9	4,6	23,2	4,7	17,3
					$\chi^2=18,63$ df=1 p<0,001		$\chi^2=4,62$ df=1 p<0,05	
Gezin* jong	15,5	22,2	39,3	25,9	25,0	20,2	34,9	23,5
midden	41,6	23,0	10,7	20,4	44,5	20,5	25,5	21,1
oud	31,2	34,4	28,6	36,8	25,9	36,1	34,9	38,1
	$\chi^2=8,74$ df=2 p<0,05				$\chi^2=15,75$ df=2 p<0,001			
Wijze van verzekering particulier	32,2	26,9	13,8	29,4	48,6	38,2	34,1	39,6
ziekenfonds	67,8	73,1	86,2	70,6	51,4	61,8	65,9	60,4
Lidmaatschap kruisvereniging ja	84,6	66,1	89,7	65,7	91,7	66,0	97,7	69,8
neen	15,4	33,9	10,3	34,3	8,3	34,0	2,3	30,2
	$\chi^2=10,47$ df=1 p<0,01		$\chi^2=7,09$ df=1 p<0,01		$\chi^2=27,29$ df=1 p<0,001		$\chi^2=15,53$ df=1 p<0,001	
Gebruik van maatschappelijk werk ja	12,8	9,7	10,3	6,9	21,2	9,2	22,7	4,2
neen	87,2	90,3	89,7	93,1	78,8	90,8	77,3	95,8
					$\chi^2=10,88$ df=1 p<0,001		$\chi^2=23,94$ df=1 p<0,001	
Spreekuurconsumptie in het afgelopen jaar niet	9,1	11,5	10,3	9,4	5,5	11,2	4,5	12,4
1 maal	7,8	10,2	3,4	10,3	10,1	13,0	9,1	12,1
2-5 maal	42,7	43,3	20,7	42,6	48,6	46,9	40,9	51,0
meer dan 5 maal	40,4	35,0	65,6	37,7	35,8	28,9	45,5	24,5
					$\chi^2=9,81$ df=3 p<0,05		$\chi^2=9,77$ df=3 p<0,05	
Visites in het afgelopen jaar niet	30,8	47,6	17,2	53,6	26,6	42,0	27,3	48,3
1 maal	16,7	18,3	10,3	16,3	26,6	19,5	11,4	19,6
2-5 maal	33,3	28,3	27,6	22,8	30,3	30,8	38,6	26,7
meer dan 5 maal	19,2	5,8	44,9	7,3	16,5	7,7	22,7	5,4
	$\chi^2=19,40$ df=3 p<0,001		$\chi^2=47,2$ df=3 p<0,001		$\chi^2=13,57$ df=3 p<0,01		$\chi^2=23,81$ df=3 p<0,001	
Tevredenheid met de eigen gezondheid zeer tevreden	11,5	20,1	20,7	17,4	17,4	21,9	20,5	21,3
tevreden	51,3	51,2	41,4	47,2	48,7	44,4	36,3	50,5
niet tevreden en niet ontevreden	26,9	21,1	27,6	27,1	22,9	23,3	27,3	18,8
ontevreden	10,3	6,0	10,3	6,7	6,4	8,9	4,5	7,7
zeer ontevreden	0,0	1,6	0,0	1,6	4,6	1,5	11,4	1,7
	$\chi^2=17,34$ df=4 p<0,01							
VOEG laag	38,5	54,3	51,7	49,4	46,8	51,5	34,1	55,0
hoog	61,5	45,7	48,3	50,6	53,2	48,5	65,9	45,0
	$\chi^2=6,52$ df=1 p<0,025				$\chi^2=6,93$ df=1 p<0,01			
Sociaal economische status 1 + 2	60,2	58,0			65,0	52,2		
3	16,7	24,3			13,8	26,6		
4 + 5 + 6	23,	17,7			21,2	21,2		

\* (1977) huisarts en wetenschap 20, 178-188.



Tabel 4. De samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige - in procenten Withuis (N=465 en controlegroep N=449).

W=Withuis; C=Controlegroep		Helemaal mee eens		Gedeeltelijk mee eens		Geen mening		Gedeeltelijk mee oneens		Helemaal mee oneens	
		W	C	W	C	W	C	W	C	W	C
Het lijkt mij nuttig voor de behandeling van veel patiënten dat mijn huisarts samenwerkt met een wijkverpleegster	1972	76,4		12,0		9,0		1,3		1,3	
	1974	80,3	72,3	11,8	15,4	6,6	8,5	0,4	1,8	0,9	2,0
	1976	77,6	66,9	11,1	20,0	10,0	9,6	0,9	1,1	0,4	1,8
Als mijn huisarts mij adviseert naar de wijkverpleegster te gaan, dan doe ik dat	1972	75,0		9,9		11,2		1,7		2,2	
	1974	84,5	82,2	6,8	8,9	7,9	6,0	0,2	0,7	0,6	2,2
	1976	81,4	82,9	11,1	8,7	5,8	6,0	0,2	0,9	1,7	1,3
Ik kan mij best voorstellen dat ik in de toekomst wel eens uit mijzelf naar de wijkverpleegster ga in plaats van naar mijn huisarts	1972	19,6		14,2		38,7		5,6		21,9	
	1974	23,3	22,7	23,3	18,7	27,4	20,9	5,3	5,6	20,7	32,1
	1976	22,2	20,7	20,0	21,4	32,4	24,5	4,5	6,5	21,1	26,7

Om ordening in de reeksen cijfers van tabel 4 aan te brengen, hebben wij beide groepen per peildatum vergeleken en getoetst en ook elke groep apart in relatie tot de drie respectievelijk twee peildata. De resultaten zijn weergegeven in tabel 5.

(Tabel 7) De respondenten die „geen mening” hadden, zijn beschouwd als liggend in het continuum van „helemaal mee eens” tot „helemaal niet mee eens” en zijn derhalve meegenomen in de analyse (Crebolder, 1977). Het percentage respondenten dat niets had ingevuld en dus als echte onbekenden mag worden beschouwd, bedroeg per vraag steeds minder dan vijf. Zij zijn ondergebracht in de „geen mening”-categorie. De antwoorden van alle respondenten (N=1828) in 1974 en 1976 op de uitspraken in tabel 7 werden onderworpen aan factoranalyse (tabel 8).

Tabel 5. Onderlinge toetsing van Withuis en controlegroep en van elke groep in relatie tot de peildata (W=Withuis; C=Controlegroep).

Samenwerking huisarts en wijkverpleegster nuttig	1972	W		$\chi^2 = 10,64$ $p < 0,05$
	1974	W	C	$\rightarrow \chi^2 = 10,9$ $p < 0,05$
	1976	W	C	$\rightarrow \chi^2 = 18,0$ $p < 0,005$
Zal advies volgen	1972	W		$\chi^2 = 16,75$ $p < 0,005$
	1974	W	C	
	1976	W	C	
Wel eens naar wijkverpleegster in plaats van naar huisarts	1972	W		$\chi^2 = 25,02$ $p < 0,000$
	1974	W	C	$\rightarrow \chi^2 = 17,48$ $p < 0,005$
	1976	W	C	$\rightarrow \chi^2 = 9,9$ $p < 0,05$

Tabel 7. De taak van de wijkverpleegkundige, in algemene termen - in procenten (Withuis N=465 en controlegroep N=449).

W=Withuis; C=Controlegroep		Helemaal mee eens		Gedeeltelijk mee eens		Geen mening		Gedeeltelijk mee oneens		Helemaal mee oneens	
		W	C	W	C	W	C	W	C	W	C
Geven van een spuit bij ziekte	1974	69,2	63,3	18,2	23,6	8,5	8,2	1,5	2,0	2,6	2,9
	1976	72,2	64,4	19,0	22,0	6,4	9,6	0,9	1,3	1,5	2,0
Assisteren op het kleuter- en zuigelingenbureau	1974	81,4	82,0	7,1	8,5	10,0	7,3	0,4	0,0	1,1	2,2
	1976	84,5	83,8	5,5	5,8	9,0	8,9	0,6	1,1	0,4	0,4
Bemiddelen bij huwelijksproblemen	1974	7,3	5,8	20,3	18,8	28,8	24,8	7,7	8,7	35,9	41,9
	1976	4,9	4,9	17,3	17,8	31,0	25,4	9,2	9,9	37,6	42,0
Toezicht en begeleiding bij het opvolgen van medische voorschriften, bijvoorbeeld bij innemen van medicijnen, dieet, oefeningen	1974	68,7	65,0	17,5	19,2	8,5	9,8	1,9	2,7	3,4	3,3
	1976	69,0	61,9	17,5	23,9	10,7	9,5	1,1	1,8	1,7	2,9
Advies en begeleiding van zwangere vrouwen en jonge moeders	1974	76,3	78,2	11,5	12,7	9,2	7,1	1,9	0,9	1,1	1,1
	1976	75,4	74,4	12,4	14,5	10,7	8,0	0,9	1,3	0,6	1,8
Begeleiden bij opvoedingsproblemen met kinderen	1974	28,6	24,5	27,8	30,5	16,7	16,3	8,1	10,0	18,8	18,7
	1976	26,2	21,6	26,2	29,6	21,3	15,6	7,0	9,4	18,3	23,8
Verrichten van verpleegkundige handelingen zoals verbinden, wondverzorging	1974	87,8	86,6	5,8	8,5	5,3	4,0	0,2	0,2	0,9	0,7
	1976	90,9	86,0	5,1	9,1	3,6	3,8	0,2	0,4	0,2	0,7
Geven van voorlichting op het gebied van voeding	1974	70,0	68,8	16,2	17,6	10,3	9,8	1,1	1,1	2,4	2,7
	1976	68,9	68,8	17,7	18,0	9,6	9,4	1,9	2,0	1,9	1,8
Begeleiding en steun van sterfgevallen	1974	44,0	41,4	23,1	25,6	19,2	16,0	5,6	6,5	8,1	10,5
	1976	42,1	40,9	24,7	26,6	19,0	16,7	5,5	6,0	8,7	10,1



De variantie-analyse (ANOVA programma) (Crebolder, 1977) werd uitgevoerd met invoering van de volgende vijf achtergrondkenmerken: leeftijd, lidmaatschap van de kruisvereniging, contact met wijkverpleegkundige, spreekuurconsumptie en tevredenheid over de eigen gezondheid.

De stress-maten bedroegen: 0,11, 0,09, 0,16, 0,10.

Getoetst werd de vraag of er tussen de beide groepen (=groepseffect) en de beide tijdstippen (=tijdseffect) een (significants) verschil in gepercipieerd gedrag bestond ten aanzien van de drie onderscheiden taken (instrumenteel, relationeel en preventief). In tabel 9 zijn de uitkomsten van de variantie-analyse weergegeven.

Tabel 8. Resultaten van factoranalyse\* van de antwoorden van alle respondenten in 1974 en 1976 tezamen (N=1828) op de uitspraken over de taak van de wijkverpleegkundige. De belangrijkste scores ( $\pm 0,40$  of hoger) van elke factor zijn gecursiveerd.

	Factor I Instrumentele taak	Factor II Relationele taak	Factor III Preventieve taak
1. Geven van een spuit	0,47	0,03	0,09
2. Assisteren op bureau	0,39	0,02	0,38
3. Bemiddelen bij huwelijksproblemen	0,03	0,69	-0,06
4. Toezicht op medische voorschriften	0,43	0,14	0,25
5. Advies zwangere vrouwen enzovoort	0,28	0,11	0,65
6. Helpen bij opvoedingsproblemen	-0,08	0,67	0,31
7. Verpleegkundige handelingen	0,64	-0,01	0,27
8. Voorlichting voeding	0,33	0,21	0,47
9. Stervensbegeleiding	0,26	0,43	0,14

\* Hoofdassenmethode; rotatiecriterium Varimax; SPSS-programma.

Tabel 9. Toetsing van de variantie van Withuis en controlegroep (=groepseffect) en van 1974 en 1976 (=tijdseffect). N=1828. De significante waarden zijn gecursiveerd.

		Instrumentele taak	Relationele taak	Preventieve taak
<b>GROEPSEFFECT</b>		Withuis gemiddelde -0,03 Controle gemiddelde +0,03	Withuis gemiddelde -0,05 Controle gemiddelde +0,05	Withuis gemiddelde +0,01 Controle gemiddelde -0,01
Withuis 1974	Withuis 1976	F=2,773 df=1 p=0,092	F=6,449 df=1 p=0,011	F=0,150 df=1 p=0,999
Controle 1974	Controle 1976			
<b>TIJDSEFFECT</b>		1974 gemiddelde +0,04 1976 gemiddelde -0,04	1974 gemiddelde -0,03 1976 gemiddelde +0,03	1974 gemiddelde -0,01 1976 gemiddelde +0,01
Withuis 1974	Withuis 1976	F=4,408 df=1 p=0,034	F=2,644 df=1 p=0,100	F=0,505 df=1 p=0,999
Controle 1974	Controle 1976			
<b>Interactie groep-tijd</b>		F=0,316 df=1 p=0,999	F=0,052 df=1 p=0,999	F=1,875 df=1 p=0,167
<b>Verklaarde variantie van groep en tijd</b>		R <sup>2</sup> =0,024	R <sup>2</sup> =0,021	R <sup>2</sup> =0,014

Tabel 10. Toetsing van de variantie van de score-verschillen 1974-1976 van Withuis en controlegroep (N=914).

Instrumentele taak	Relationele taak	Preventieve taak
Withuis gemiddelde -0,02 Controle gemiddelde +0,02	Withuis gemiddelde +0,01 Controle gemiddelde -0,01	Withuis gemiddelde -0,05 Controle gemiddelde +0,05
F=0,454 df=1 p=0,999 R <sup>2</sup> =0,003	F=0,057 df=1 p=0,999 R <sup>2</sup> =0,003	F=2,445 df=1 p=0,114 R <sup>2</sup> =0,004