

VERPLEEGDIENSSTANDAARDE VIR PRIVAATHOSPITALE

M E Muller, MC van Huyssteen and A-M Bruwer

Uittreksel

Die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering in privaathospitale blyk van kritiese belang te wees. Die doel van hierdie studie was om nasionale verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale te formuleer. 'n Gestruktureerde tweefase navorsingstechniek is gebruik waarvolgens die standaarde deur 'n verteenwoordigende nasionale groep kundiges gevalideer is. Statistiese geldigheid van die standaarde is aan die hand van 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks vir elke standaard bereken. Veertien (5%) standaarde (N=275) is deur die totale valideringsgroep verwerp en 25 (9%) standaarde benodig herformulering. Daar word aanbeveel dat hierdie standaarde as optimumstandaarde vir verpleegadministrateurs in privaathospitale moet dien en in gepubliseerde vorm beskikbaar gestel word.

Abstract

The formalisation of nursing quality assurance in private hospitals is of critical importance. The purpose of this study was to formulate national nursing service standards for private hospitals. A structured two phase research technique was utilised to validate the standards by a representative national group of experts. Statistical validity of the standards was calculated by means of a content validity index for each standard. Fourteen (5%) of these standards (N=275) were rejected and 25 (9%) require reformulation. It is recommended that these standards should serve as optimum standards for nurse administrators in private hospitals, and that these standards be published formally.

INLEIDING

Die Suid-Afrikaanse verplegingsprofessie het reeds in 1891 die verantwoordelikheid om voortrefflike dienslewering op 'n geordende wyse na te streef aanvaar, met die instelling van staatsregistrasie vir verpleegkundiges en vroedvroue. In 1944 het die Suid-Afrikaanse parlement deur die promulgering van 'n Wet op Verpleging die verantwoordelikheid vir die beheer oor beroepsake aan die verplegingsprofessie oorgeda.

Met die uitbreiding van gesondheidsdienslewering deur die privaatsektor in Suid-Afrika word die daarstelling van gehalteversekeringsmeganismes nie net 'n noodsaaklikheid nie, maar word dit deur verskeie ekonomiese en politici as 'n voorvereiste vir verdere privatisering voorgelou (Snyckers, 1986: 22). Finansies, die beskikbaarheid van mannekrag en gehalteversekering, blyk tans groot probleme in die lewering van gesondheidsdienste in Suid-Afrika te wees. Staatsbesteding aan gesondheidsdienste word krities beïnvloed deur die huidige bevolkingsgroei, verstedeliking en sosio-politieke faktore.

Gehalteversekering impliseer 'n waarborg van 'n hoë gehalte, toepaslike gesondheidsorg en is die formele meganisme waarvolgens die gehalte van dienslewering bepaal, geëvalueer en reggestel word (Sanazaro, 1986: 27). Gehalteversekering is 'n proses van standaardformulering, die evaluering van professionele werkverrigting en vergelyking met gestelde standaarde, en die neem van remediërende maatreëls om die praktyk te verbeter (Jernigan & Young, 1983: 9).

Die verpleegadministrateur is aanspreeklik vir die gehalte van verpleging wat in haar/sy diens gelewer word en hierdie aanspreeklikheid gaan dus toenemend in Suid-Afrikaanse privaathospitale 'n belangrike rol speel.

'n Klemverskuiwing in die Suid-Afrikaanse verpleegadministrateur se roluitlewering is deur verskeie navorsers bevestig. Die privatisering van gesondheidsdienste, ekonomiese knelpunte, groter spesialisering van gesondheidsdienste en bestuurstelsels, verwagtinge van die pasiënt, asook die verpolitiserings van gesondheidsdienste, maak die roluitlewering

en aanspreeklikheidsstruktuur van die verpleegadministrateur meer kompleks van aard.

Hierdie klemverskuiwing in roluitlewering van die verpleegadministrateur is ook in die privaatsektor merkbaar. Hoër eise word dus ook aan die verpleegadministrateur in privaathospitale gestel wat vereis dat sy/hy toereikend vir hierdie taak voorberei moet wees. Dit lyk voorts asof die privatisering van gesondheidsdienste toenemend gaan uitbrei, wat 'n groter verantwoordelikheid op die verpleegadministrateur in privaathospitale gaan plaas. 'n Pro-aktiewe, strategiese gehaltebestuursbenadering word benodig ten einde doelmatige diens van 'n hoë gehalte te kan verseker.

Die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering in Suid-Afrikaanse privaathospitale blyk dus van kritiese belang te wees. Standaarde vorm die hoeksteen van die gehalteversekeringsproses, soos deur Beyers (1988: 620) bevestig: "Building quality into the service is based on the standards for a quality service."

Standaardformulering is 'n sistematiese, wetenskaplike proses wat vanuit 'n nasionale generiese of 'n gedesentraliseerde spesifieke benadering uitgevoer kan word. Die WGO-werkgroep huldig die standpunt dat 'n verplegingsprofessie in 'n land eers nasionale generiese standaarde moet formuleer alvorens 'n gedesentraliseerde spesifieke benadering gevolg kan word. Generiese standaarde vir kliniese verpleging, verpleegonderwys, verpleegadministrasie en verpleegnavorsing word as kritiese areas beskou (World Health Organization, 1984: 2).

Standaarde rig die praktykvoering van die praktisyen en moet binne die konteks van 'n land se kultuur, filosofiese en etiese waardes, asook sy sosiale, ekonomiese en politieke ontwikkeling, opgestel word. Die Wêreldgesondheidsorganisasie is van mening dat die formulering van standaarde die spesifieke verantwoordelikheid van elke gesondheidsprofessie is (World Health Organization, 1982: 6). Daarom is die formulering van verpleegdiensstandaarde ook die verantwoordelikheid van die verplegingsberoep.

Die doel van hierdie studie was om verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale in Suid-Afrika te formuleer.

DEFINIËRING VAN TERME

Verpleegdiensstandaard

'n Verpleegdiensstandaard is 'n beskrywende verklaring van die verwagte vlak van werkverrigting (verpleegdiensbestuur) waarteen die gehalte van verpleegdiensbestuur beoordeel kan word.

Privaathospitaal

'n Privaathospitaal is 'n gesondheidsinstelling wat deur 'n private instansie met 'n winsmotief bedryf word.

NAVORSINGSMETODE

a) Navorsingsontwerp en -tegniek

In die formulering van verpleegdiensstandaarde is 'n beskrywende benadering gevolg waardeur die domeinveranderlikes verken, geïdentifiseer, beskryf en gevalideer is. Lynn (1986) se fase valideringsmodel, bestaande uit 'n ontwikkelings- en kwantifiseringsfase, is as navorsingstegniek geselekteer.

Tydens die ontwikkelingsfase is 'n omvattende literatuurstudie betreffende die bestuur van 'n verpleegdiens onderneem, waartydens die domeinveranderlikes geïdentifiseer en beskryf is. Die navorser het van 'n wye reeks bronne, hoofsaaklik Amerikaanse en Europese literatuur, gebruik gemaak. Toepaslike items (konstrukveranderlikes) is vervolgens gegeneer. Die samewerking van 'n domeinkundige, naamlik 'n nasionale verpleegadministrateur vir 'n groep privaathospitale in Suid-Afrika, is ook verkry. Kognitiewe analisering van die teoretiese konsepte en die logiese sistematisering van hierdie konsepte (konstruk) is uitgevoer en in die vorm van konsepstandaarde in albei landstale opgestel en vir portuurgroepbeoordeling voorberei. Die konsepstandaarde is soos volg in tien groepe verdeel:

1. Georganiseerde verpleegdiens
2. Filosofie
3. Doelstellings en doelwitte
4. Beleid
5. Bepaling van werkladingindeks
6. Verpleegpersoneel
 - 6.1 Personeelvoorsiening
 - Werwing
 - Keuring
 - Aanstelling en plasing
 - 6.2 Personeelbenutting
 - Toewysing
 - Posbeskrywing
 - Pasiënt-toewysingsmetodes
 - Personeelskedulering
 - 6.3 - Personeelbehoud
 - Griewe-prosedure
 - Dissiplinêre prosedure
 - Kommunikasie-prosedure

- Beroepsgesondheids- en veiligheidsprogramme

- 6.4 Personeelontwikkeling
 - Induksie en oriëntering
 - Personeelontwikkelingsprogramme
 - Voortgesette onderwys
 - Personeel-evaluering

- 6.5 Personeelrekords en -statistieke

- 6.6 Personeelidentifikasie

- 6.7 Agentskapooreenkomste

7. Wetenskaplike metode van verpleging

8. Rampplan

9. Gehalteversekeringsprogramme

10. Formele verpleegonderwys

Domeinkundiges vanuit die teikenpopulasie in Transvaal en Kaapstad is telefonies genader om aan 'n portuurgroepbespreking (werkswinkel) gedurende Maart en April 1989 onderskeidelik deel te neem. Die doel van die bespreking is telefonies deur die navorser aan die geselekteerde steekproefpersone verduidelik. Indien die steekproefpersoon op die betrokke datum beskikbaar was en ingestem het om aan die bespreking deel te neem, is die konsepstandaarde, met die nodige inligting, aan haar/hom versend.

Die doel van die portuurgroepbespreking was om die standaarde te analiseer, krities te bespreek, vervolgens te verfyn, verder te ontwikkel of uit te brei ten einde die inhoudsgeldigheid van die standaarde te versterk. Die standaarde is beoordeel betreffende hul realistiese toepassingswaarde, duidelike formulering en volledigheid.

'n Gestruktureerde vraelys is na afloop van die werkswinkel aan steekproefpersone uitgedeel om professionele inligting te versamel waarvolgens hul domeinkundigheid bevestig kon word.

Nadat die portuurgroepbeoordelings in Johannesburg en Kaapstad afgehandel was, is die nodige wysigings volgens die aanbevelings aangebring en die standaarde is vir die kwantifiseringsfase voorberei.

Kwantifisering (statistiese verrekening van die geldigheid) van die standaarde vereis die gebruik van 'n intervalskaal. 'n Vierpunt-ordinale Likertgraderingskaal is soos volg vir elke standaard aangebring.

- 1 irrelevant, glad nie toepaslik
- 2 onduidelik/toepassing bevaagteken
- 3 toepaslik maar benodig herformulering
- 4 volledig, duidelik, goed-geformuleer en hoogs toepaslik.

Hierdie standaarde is, met die nodige inligting en instruksies, aan vyf-en-vyftig steekproefpersone vir validering (kwantifiseringsfase) versend.

b) Populasie en steekproefneming

Die teikenpopulasie het uit die volgende bestaan:

- * Alle verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaathospitale.

- * Verpleegadministrateurs in openbaresektor-hospitale wat, op grond van hul vakkundigheid en bestuurservaring, geselekteer kan word om as kontrolegroep die graad van intersubjektiviteit deur die verpleegadministrateurs in privaathospitale te kontroleer.

- * Vakkundiges wat verpleegadministrasie op universiteitsvlak onderrig.

- * Verpleegadministrateurs wat die gehaltebeheerowerheid, naamlik die Departement van Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad (Subdirektoraat Verpleegdienste) verteenwoordig.

Die verpleegadministrateurs in privaathospitale, wat die standaarde moet implementeer, is outomaties in die teikenpopulasie ingesluit. Aangesien slegs 29% van alle verpleegadministrateurs in privaathospitale oor die professionele kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik, is verpleegadministrateurs vanuit die openbare sektor as kontrolegroep (domeinkundiges) ingesluit. Snyckers (1986: 22) beveel ook gesamentlike beraadslaging deur beide die openbare en private sektore, tydens die formulering en bekragtiging van nasionale standaarde, aan. Aangesien die privaathospitale in Suid-Afrika tans 'n maksimum grootte van ongeveer 350 beddens het, is verpleegadministrateurs vanuit die openbare sektor, wat die groter hospitale verteenwoordig, ook ingesluit ten einde die realistiese toepassingswaarde van standaarde in hierdie grootte hospitale te bepaal.

Kundigheid berus voorts ook op beide akademiese en ervaringsvereistes in die area van standaardformulering en -bekragtiging (Mason, 1978: 5; World Health Organization, 1984: 3). Die insluiting van vakkundiges (akademici) in die teikenpopulasie, behoort die nodige insette te verskaf betreffende die kritiese analisering van die inhoudsgeldigheid van die standaarde.

Oordeelkundige/doelgerigte en gerieflikheidssteekproefneming vanuit die teikenpopulasie is in beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases vir die validering van die standaarde gebruik. Tydens die ontwikkelingsfase is die steekproefneming tot verpleegadministrateurs in privaathospitale, asook verteenwoordigers van die Departement van Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad (Subdirektoraat Verpleegdienste) beperk. In Transvaal is 'n totaal van vyftien steekproefpersone genooi en in die Wes-Kaap is twaalf deelnemers genooi.

Die steekproef vir die kwantifiseringsfase van die valideringsproses is vanuit die totale teikenpopulasie geneem. Aangesien daar geen riglyne vir die nasionale validering van standaarde (kwantifiseringsfase) beskikbaar was nie, het die navorser op aanbeveling van die statistiese konsultant besluit om 'n minimum van veertig steekproefpersone te betrek. 'n Minimum van veertig tot vyftig steekproefpersone is nodig ten einde betroubare statistiese verrekening te verseker. 'n Steekproef van vyf-en-vyftig is getrek om die nodige voorsiening vir 'n uitvalsyfer te maak.

Stratifisering (volgens hospitaal grootte) is in ag geneem tydens die steekproefneming ten einde valideerders uit alle hospitaalgroottes in die steekproef in te sluit.

'n Seleksie van addisionele kundiges vanuit die openbare sektor, asook domeinakademici, is ter wille van bykomende vakkundigheid en eksterne kontrole oor die graad van intersubjektiviteit deur verpleegadministrateurs in privaathospitale, ingesluit. Oordeelkundige/doelgerigte (en gerieflikheids-) steekproefneming is soos volg vir hierdie valideringsfase uitgevoer:

- * Alle steekproefpersone wat aan die valideringsbesprekings tydens die ontwikkelingsstadium deelgeneem het (Transvaal en Kaapstad) en hul bereidwilligheid vir deelname aan die kwantifiseringsstadium aangedui het, is outomaties in hierdie steekproef ingesluit wat 'n totaal van vyftien uitmaak. Die herbenutting van kundiges vir die kwantifiseringsfase word deur Lynn (1986: 385) aanbeveel, mits daar 'n tydperk van ten minste tien tot veertien dae tussen die twee stadia verloop. In hierdie studie was daar 'n tydperk van minstens ses weke tussen die twee stadia.
- * 'n Verdere tien steekproefpersone is vanuit die teikenpopulasie (privaathospitale) in al vier die provinsies doelgerig geselekteer.
- * Agt akademici vanuit die Verpleegkunde-departemente aan universiteite wat Verpleegbestuur/-administrasie as vakwetenskap doseer, is ook as domeinkundiges geselekteer en in die steekproef ingesluit.
- * Die direktoraat (Subdirektoraat Verpleegdienste) in die provinsies (of afgevaardigde) wat verantwoordelik is vir gehaltebeheer van verpleegdienste (in die openbare sektor) in elke provinsie van wie toestemming ontvang is, is ingesluit.
- * Vier steekproefpersone vanuit die Departement Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad, wat verantwoordelik is vir verpleegkundige gehaltebeheer in privaathospitale, is doelgerig geselekteer om in die steekproef in te sluit.
- * 'n Verdere vyftien verpleegadministrateurs van akademiese en ander openbaresektorhospitale is in die steekproef ingesluit (afhanklik van provinsiale toestemming).

'n Totaal van vyf-en-vyftig stelle standaarde is vir nasionale validering (kwantifiseringsfase) aan die geselekteerde steekproefpersone versend. Die beskrywing en verspreiding van die steekproefpersone word in tabel 1 weergegee.

c) Geldigheid van die standaard

Die inhoudsgeldigheid is deur die literatuur asook deur domeinkundiges bevestig. Statistiese inhoudsgeldigheid van die

TABEL 1
Beskrywing en verspreiding van steekproefpersone: validering van standaard tydens die kwantifiseringsfase (N=55)

Omshrywing van steekproefpersone	N
Deelnemers: ontwikkelingsfase	15
Bykomende verpleegadministrateurs: privaathospitale	10
Akademici	8
Openbare sektor: Subdirektoraat Verpleegdienste	3
Verpleegadministrateurs	15
Administrasie Volksraad: verteenwoordigers	4
TOTAAL	55

standaarde is gedurende die kwantifiseringsfase by wyse van 'n inhoudsgeldigheidsindeks verreken.

d) Betroubaarheid

Betroubaarheid van die valideringsresultate is soos volg deur die navorser gekontroleer:

- * 'n Gestruktureerde tweefase prosedure (ontwikkelings- en kwantifiseringsfases) vir die validering van die standaard is gebruik.
- * *Gestruktureerde en duidelike instruksies is skriftelik en/of mondelings deur die navorser aan die steekproefpersone in albei die valideringsstadia van die standaard gegee.
- * Die standaard is in albei landstale beskikbaar gestel.
- * Tydens die debattering van die standaard gedurende die ontwikkelingsfase is gepoog om 'n ewekansige geleentheid aan elke steekproefpersoon te gee waarvolgens opinies gelug en aanbevelings gemaak kon word. Geen steekproefpersoon (deelnemer) het 'n dominante invloed op die groep uitgeoefen nie. Lukrake eenstemmigheid is sodoende tot die minimum beperk.
- * 'n Relatief groot groep kundiges, waarvan 73% (N=40) nie tydens die portuurgroepbesprekings (ontwikkelingsfase) teenwoordig was nie, is geselekteer om die standaard nasionaal te valideer. Positiewe beïnvloeding deur die navorser is sodoende tot die minimum beperk.
- * 'n Woordelys is as 'n bylae aan die standaard geheg ten einde begrippe/terminologie wat in die standaard gebruik word te verduidelik en te beskryf.
- * Relatiewe anonimiteit is gedurende albei die valideringsstadia deur die navorser verseker om objektiewe, eerlike debatvoering en/of gradering van standaard te bevorder.

Die betroubaarheid van die valideringsresultate (kwantifiseringsfase) word bevestig deur die hoë Chi-kwadrat korrelasiekoëffisiënte

($P=0,8979$) wat tussen die onderskeie groepe verkry is.

e) Data-ontledingsplan

Die data betreffende die steekproefpersone is in die vorm van 'n frekwensie-ontleding en persentasies weergegee.

Die finale verpleegdiensstandaarde is in die vorm van 'n inhoudsgeldigheidsindeks-waardebepaling, deur middel van 'n vierpunt-ordinale skaal, uitgevoer en 'n standaardafwyking is per item bepaal. Die inhoudsgeldigheidsindeks van elke standaard is volgens die ordinale gegewens verwerk en weergegee.

Die veranderlikes wat moontlik 'n invloed op die valideringsresultate kon gehad het, se invloed is by wyse van Chi-kwadraattoetsing ontled.

f) Etiese oorwegings

Telefoniese toestemming is vanaf die Adjunk-direkteur: subdirektoraat verpleegdienste (Departement van Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad) verkry om verteenwoordigers van hierdie departement by beide valideringsfases van die standaard te betrek. Deelname deur verteenwoordigers was egter vrywillig.

Steekproefpersone vanuit die private sektor is persoonlik en/of telefonies deur die navorser versoek om aan die navorsing deel te neem. Deelname deur steekproefpersone was vrywillig en elke steekproefpersoon was verantwoordelik vir die verkryging van persoonlike toestemming, indien nodig, by haar/sy bestuur.

Skriftelike toestemming is by die vier provinsiale administrasies, tak Hospitaal- en Gesondheidsdienste, aangevra om steekproefpersone vanuit die openbare sektor by die finale validering van die verpleegdiensstandaarde te betrek. Toestemming is van drie provinsies verkry.

RESULTATE

Steekproefbeskrywing

a) Realisasie

Van die sewe-en-twintig steekproefpersone wat na die groepbesprekings (ontwikkelingsfase) uitgenooi was het 'n totaal van vier-en-twintig die besprekings bygewoon, wat 'n realisasiesyfer van bykans 89% verteenwoordig. Veertien (58%) steekproefpersone het aan die besprekings in Transvaal en tien (42%) aan die besprekings in Kaapstad deelgeneem.

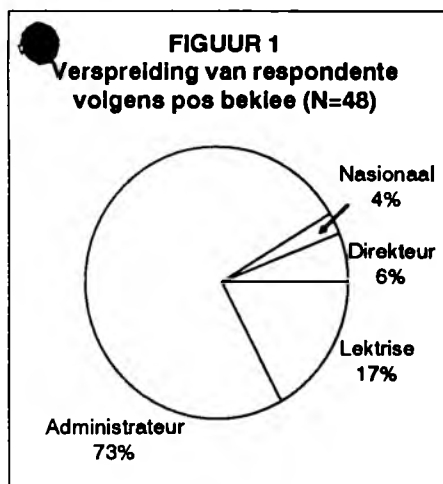
Die privaathospitale is deur twee-en-twintig (92%) verpleegadministrateurs (matrones) verteenwoordig terwyl die Departement van Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad, deur twee (8%) steekproefpersone in die groepbesprekings verteenwoordig is.

Die verpleegdiensstandaarde is dus in die ontwikkelingsfase deur 'n proporsionele getal domeinkundiges (privaathospitale) bespreek. Van die vier-en-tagtig privaathospitale het twee-en-twintig hospitale se verpleegadministrateurs aan die besprekings deelgeneem, wat 26% verteenwoordig. Lynn (1986: 383) beveel 'n minimum van vyf kundiges vir die plaaslike validering van 'n

instrument aan. Daar kan dus aanvaar word dat 'n getal van twee-en-twintig kundiges aanvaarbaar is vir die validering van nasionale standaarde gedurende die ontwikkelingsfase.

'n Totaal van agt-en-veertig gevalideerde standaarde (N=55) is in die kwantifiseringsfase terug ontvang wat 'n realisasiesyfer van 87% verteenwoordig. Drie respondente het, nadat die keurdatum verstryk het, verskoning aangebied omdat hulle op verlof was. Hierdie syfer verteenwoordig dus 'n besondere hoë realisasie.

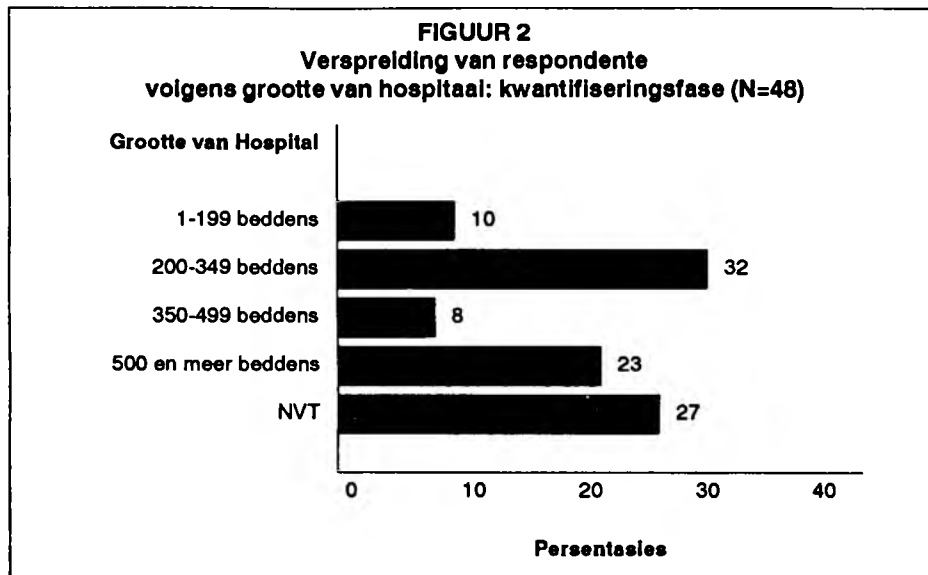
Die standaard is deur drie (6%) direkteure of adjunkdirekteure (verpleeghoofde openbare sektor), twee (4%) nasionale of streeksverpleegadministrateurs (privaatsektor), vyf-en-dertig (73%) verpleegadministrateurs en agt (17%) lektreses wat verplegingsbestuur/-administrasie aan 'n universiteit doseer, gevalideer (vergelyk figuur 1). Die verpleegadministrateurs is deur sewentien respondente vanuit die openbare sektor en agtien respondente vanuit die



privaatsektor verteenwoordig. Dit kan dus aanvaar word dat hierdie standaard deur 'n proporsioneel verteenwoordigende steekproef gevalideer is (N=48).

Beide die openbare en privaatektor is deur twee-en-twintig (42%) respondente verteenwoordig terwyl die universiteite deur agt (16%) respondente (N=48) verteenwoordig is. Aangesien slegs 29% van die verpleegadministrateurs in privaathospitale oor die professionele kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik, was daar dus voldoende eksterne kontrole oor die validering van die standaard.

Die meeste respondente, naamlik sewe-en-twintig (57%) was in Transvaal



werksaam terwyl veertien (29%) die Kaapprovinsie verteenwoordig het. Natal is deur vier (8%) respondente en die Oranje-Vrystaat deur drie (6%) respondente verteenwoordig.

'n Analise van hierdie gegewens, volgens die respondente se indiensnemingssektor, toon dat Transvaal deur dertien respondente vanuit die openbare sektor en agt respondente vanuit die privaatektor verteenwoordig is (vergelyk tabel 2). Die Kaapprovinsie is ook deur agt respondente vanuit die privaatektor verteenwoordig terwyl Natalse privaathospitale deur vier respondente verteenwoordig is. Alhoewel 'n valideringsvraelys aan 'n verpleegadministrateur in 'n Oranje-Vrystaatse privaathospitaal gestuur is, is geen respons in hierdie verband ontvang nie en is die Oranje-Vrystaat deur slegs verpleegadministrateurs vanuit die openbare sektor verteenwoordig, te wete twee respondente. Die universiteitsektor is hoofsaaklik deur Transvaalse vakkundiges verteenwoordig, naamlik ses respondente, terwyl die Kaapprovinsie en die Oranje-Vrystaat onderskeidelik deur een respondent elk verteenwoordig is.

b) Verteenwoordiging volgens hospitaalgrootte

Die meeste steekproefpersone naamlik tien (42%), was ten tye van die groeibesprekings (ontwikkelingsfase) werksaam in hospitale wat oor 200 en meer beddens beskik. Die hospitale wat oor 1-49 beddens beskik was deur twee (8%) steekproefpersone verteenwoordig en die hospitaalgrootte 50-99 beddens was deur drie (12%) steekproefpersone verteenwoordig. In

die kategorie 100-199 beddens het vyf (21%) steekproefpersone aan die groeibesprekings deelgeneem.

Gedurende die groeibesprekings was daar dus geleentheid vir steekproefpersone van alle grootte privaathospitale in Suid-Afrika om die realistiese toepassingswaarde (geldigheid) van elke verpleegdiensstandaard te oorweeg en te debatteer.

Tydens die kwantifiseringsfase was die meeste respondente, te wete vyftien (32%), verpleegadministrateurs in die grootte hospitaal wat oor 200-349 beddens beskik, gevolg deur elf (23%) respondente wat in die kategorie 500 en meer beddens ressorteer. Die kleiner hospitale, te wete 1-199 beddens, is deur vyf (10%) respondente verteenwoordig terwyl vier (8%) respondente vanuit die kategorie 350-499 beddens afkomstig was. Die oorblywende dertien (27%) respondente, naamlik die nasionale en streeksverpleegadministrateurs, asook lektreses verbonde aan universiteite, is nie in ag geneem nie (vergelyk figuur 2). Al die grootte hospitale was dus verteenwoordig.

c) Domeinkundigheid

Die insette van kundiges is nasionaal in beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases verkry. In die ontwikkelingsfase (N=24) het die meeste (67%) steekproefpersone oor die kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik en 38% was as dosent geregistreer. Die steekproefpersone was ook klinies goed gekwalifiseer met registrasies in Verloskunde (96%), Psigiatriese Verpleegkunde (33%), Gemeenskapsverpleegkunde (50%), Intensiewe (21%) en Operasiesaalverpleegkunde (25%), asook Pediatriese Verpleegkunde (8%).

Alhoewel die meeste (79%) van hierdie steekproefpersone 'n basiese diploma-opleiding deurloop het, beskik 23% oor 'n na-basiese diploma, 21% oor 'n basiese baccalaureusgraad en 8% oor 'n honneurs- en/of magistergraad.

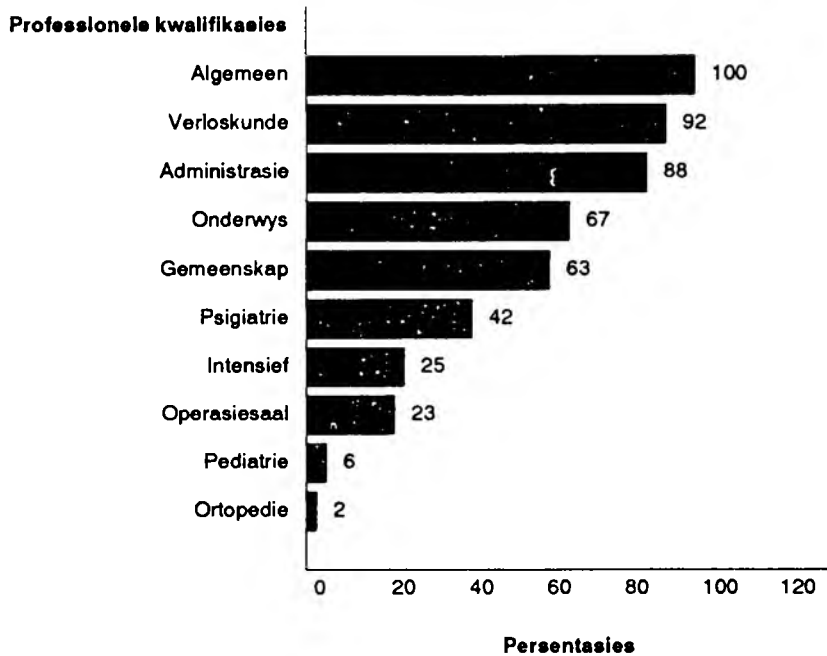
In die kwantifiseringsfase (N=48) het 88% oor die kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik en 67% was as dosent geregistreer (vergelyk figuur 3).

Die respondente se kliniese kundigheid is ook in hierdie fase bevestig met registrasies in Verloskunde (92%), Psigiatriese (42%), Gemeenskaps- (63%), Intensiewe (25%), Operasiesaal- (23%), Ortopediese (2%) en

TABEL 2
Provinsiale verspreiding van respondente volgens indiensnemingssektor: kwantifiseringsfase (N=48)

PROVINSIE	OPENBARE	PRIVAAT	UNIVERSITEIT	TOTAAL
Kaapprovinsie	5	8	1	14
Natal	0	4	0	4
Oranje-Vrystaat	2	0	1	3
Transvaal	13	8	6	27
TOTAAL	20	20	8	48

FIGUUR 3
Verspreiding van respondente se professionele kwalifikasies:
kwantifiseringsfase (N=48)



Pediatriese Verpleegkunde (6%). In hierdie fase het die meeste respondente (88%) oor na-basiese diplomas beskik terwyl 'n na-basiese baccalaureusgraad deur 46% besit is. 'n Honneurs- en magistergraad is deur 23% respondente aangedui terwyl 6% ook oor 'n doktorsgraad beskik het (vergelyk figuur 4).

Die kundiges wat aan beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases deelgeneem het, is ook ervare verpleegadministrateurs. In die ontwikkelingsfase het die meeste (37%) steekproefpersone oor tien jaar en meer bestuurservaring beskik en in die kwantifiseringsfase het 35% oor ses tot tien jaar en 23% oor meer as tien jaar bestuurservaring beskik.

d) Duurte

Die meeste steekproefpersone, naamlik sestien

(67%) het twee tot drie uur aan die voorbereiding van die standaard spandeer (ontwikkelingsfase). Ses (25%) steekproefpersone het egter aangedui dat hulle een tot twee uur voorberei het teenoor slegs twee (8%) wat een uur of minder tyd daaraan bestee het.

Tydens die kwantifiseringsfase het die meeste respondente, te wete drie-en-veertig (90%), een tot drie uur geneem om die standaard te valideer. Slegs vyf (10%) het aangetoon dat hulle langer tyd aan die validering spandeer het.

e) Resultate: ontwikkelingsfase

Na intensiewe debattering van die konsepstandaarde tydens die twee portuurgroepbesprekings in Transvaal en Kaapstad, is enkele aanbevelings deur die steekproefpersone gemaak. Die volgende

wysigings is aan die konsepstandaarde aangebring:

- * enkele taalkundige/terminologiese veranderinge;
- * agentskapooreenkomste is as 'n standaard geskrap en in 'n verkorte formaat by die standaard oor beleid ingevoeg;
- * die standaard oor formele verpleegonderwys is in geheel geskrap.

f) Valideringsresultate: kwantifiseringsfase
 Die verpleegdiensstandaarde is in nege hoofgroepe saamgestel met afsonderlike substandaarde en/of kriteria (vereiste kenmerke) wat elk deur die respondente op 'n Likertverspreidingskontinuum, wat van een tot vier strek, gevalideer moes word. Die sleutel vir die verspreidingskontinuum (skaal) is soos volg:

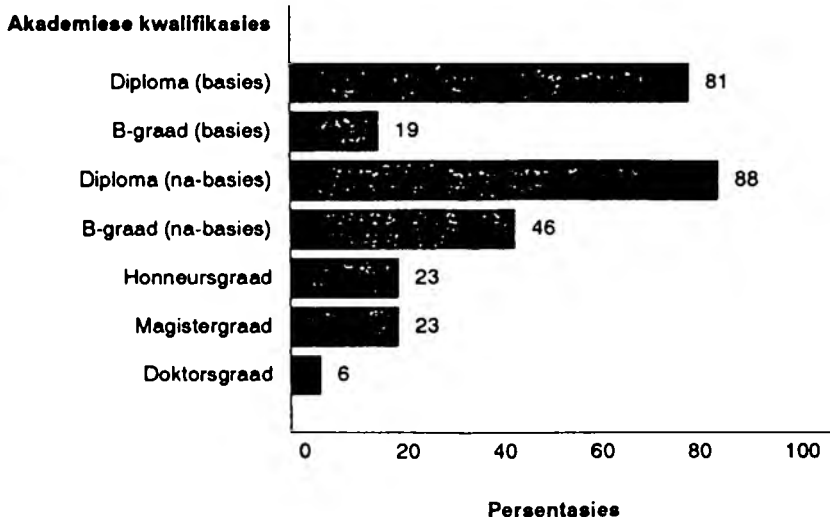
- 1 = irrelevant, glad nie toepaslik vir die bestuur van 'n verpleegdiens in privaathospitale nie;
- 2 = onduidelik en die toepassing daarvan word bevraagteken;
- 3 = toepaslik maar vereis herformulering;
- 4 = volledig, duidelik, goed-geformuleer en realisties om as 'n minimumstandaard in enige privaathospitaal te gebruik.

Die hoofindelings van die standaard is soos volg:

- 1 Georganiseerde verpleegdiens
- 2 Filosofie
- 3 Doelstellings en doelwitte
- 4 Beleid
- 5 Bepaling van werkladingindeks
- 6 Verpleegpersoneelbestuur
 - personeelvoorsiening
 - personeelbenutting
 - personeelbehoud
 - personeelontwikkeling
 - personeelrekords en -statistieke
 - personeelidentifikasie
- 7 Wetenskaplike metode van verpleging
- 8 Rampplan
- 9 Gehalteversekeringsprogramme

Aangesien daar nog geen nasionale norm vir die validering van standaard (kwantifiseringsfase) bestaan nie, is vir die doeleindes van hierdie studie 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,5 (uit 'n moontlike 4,0) op aanbeveling van die statistiese konsultant as minimum vir aanvaarding van die standaard/kriterium aanvaar. 'n Standaardafwyking van 0,100 en hoër toon 'n relatief swak konsensus tussen die respondente en vereis dat die standaard herformulering en/of hervalidering benodig, na gelang van die tipe gradering wat deur die respondente toegeken is. Indien die hoër standaardafwyking te wyte is aan graderings van 3,0 deur die respondente, benodig die standaard herformulering, al is dit op grond van

FIGUUR 4
Verspreiding van respondente se akademiese kwalifikasies:
kwantifiseringsfase (N=48)



die inhoudsgeldigheidsindeks as geldig aanvaar.

Die standaard is in die vorm van inhoudsgeldigheidsindeks (IGI) en standaardafwyking (SD) weergegee. Eerstens is 'n somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks soos deur al die respondente (N=48) gegradeer, bereken en 'n gemiddelde standaardafwyking (SD) weergegee. 'n Onderskeiding is vervolgens getref tussen die gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks soos deur die respondente vanuit die openbare, privaat- en universiteitsektore gegradeer. Elke standaard en kriterium is deur alle respondente (N=48) gevalideer.

Verpleegdiensstandaard 1: Georganiseerde verpleegdiens

Hierdie standaard bestaan uit die hoofstandaard en veertien afsonderlike kriteria (vereiste kenmerke).

Standaard

Daar is 'n georganiseerde verpleegdiens, met die magtiging om alle redelike stappe te neem wat volgens 'n hoë gehalteverpleging voorsien en optimale professionele gedrag en professionele praktykvoering van personeel gefasiliteer en gehandhaaf kan word.

Hierdie hoofstandaard is geldig verklaar op grond van 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,93 (op 'n een-tot vierpuntskaal) met 'n geringe standaardafwyking van 0,035 wat op 'n hoë graad van konsensus tussen die respondente dui.

In hierdie kategorie is die standaard wat handel oor 'n verpleegonderwyskwalifikasie vir die verpleegadministrateur (verkielik maar nie 'n vereiste nie), met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,27 verwerp. Die standaard wat handel oor die verpleegadministrateur se gesag om die verpleegdiens se begroting voor te berei en te bestuur, het 'n lae vlak van konsensus tussen die respondente getoon met 'n standaardafwyking van 0,107. Alhoewel hierdie standaard 'n somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,52 verkry het, is dit nie deur die respondente vanuit die privaatsektor aanvaar nie, vanweë 'n inhoudsgeldigheidsgradering van 3,35.

Swak konsensus tussen die respondente was ook opmerklik by die standaard wat vereis dat die organisasieplan van die verpleegdiens voorsiening moet maak vir die bestuur van verpleegdienste op alle skofte. Die standaard wat vereis dat die verpleegadministrateur voorsiening maak vir enige nodige formele skakeling tussen die ander professionele gesondheidspraktisyns en administratiewe personeel, het ook 'n hoë standaardafwyking getoon en benodig dus herformulering.

Verder is al die standarde in hierdie kategorie met 'n relatief hoë vlak van konsensus tussen die respondente aanvaar. Die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks vir hierdie kategorie standarde, was 3,84 (vergelyk tabel 3).

'n Georganiseerde verpleegdiens dra by tot die lewering van 'n hoë gehalte van verpleging in 'n hospitaal. Uit die analisering van hierdie gegewens lyk dit asof hierdie beginsel, soos in die standarde verbeeld, deur die respondente aanvaar word. Slegs een standaard

TABEL 3
Verspreiding van die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks volgens die kategorie standarde

STANDAARD	GEMIDDELDE IGI-WAARDE			
	Som	O/S	P/S	Univ
Georganiseerde verpleegdiens	3,84	3,79	3,88	3,84
Filosofie	3,86	3,95	3,87	3,77
Doelstellings en doelwitte	3,76	3,68	3,81	3,79
Beleid	3,80	3,86	3,73	3,82
Werkloadingsindeks	3,75	3,81	3,66	3,79
Personeelbestuur	3,85	3,85	3,84	3,87
Wetenskaplike metode	3,85	3,84	3,83	3,89
Rampplan	3,94	3,96	3,91	3,94
Gehalteversekering	3,84	3,87	3,78	3,86

IGI = Inhoudsgeldigheidsindeks
Som = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
O/S = Openbare sektor
P/S = Privaatsektor

(onderwyskwalifikasie/ervaring) is deur die totale groep verwerp en een standaard (voorbereiding en bestuur van begroting) is deur die respondente vanuit die privaatsektor verwerp.

Verpleegdiensstandaard 2: Filosofie

Hierdie standaard bestaan uit die hoofstandaard en 'n bykomende ses vereiste kenmerke.

Standaard

Daar is 'n verpleegdiensfilosofie.

Hierdie standaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,95 en 'n minimale standaardafwyking van 0,035 aanvaar. Met die uitsondering van die standaard wat handel oor filosofiese verklarings betreffende verpleegonderwys as 'n komponent van 'n verpleegdiensfilosofie (standaardafwyking 0,111), het al hierdie standarde 'n relatief hoë gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks verkry. Die standaardafwykings toon egter 'n relatief hoë variasie tussen die respondente wat moontlik toegeskryf kan word aan die feit dat verpleegadministrateurs (veral in privaathospitale), nie vertrou is met die doel en gebruiksnut van 'n verpleegdiensfilosofie nie. Die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks vir hierdie kategorie standarde was 3,86 (vergelyk tabel 3).

Die inhoudsgeldigheid van die standaard betreffende verpleegonderwysverklarings word deur Potec (1988: 31) bevestig. Hierdie outeurs is die mening toegedaan dat enige verpleegdiens 'n filosofiese verklaring oor verpleegonderwys behoort te hê waarvan die volgende 'n voorbeeld is: "We believe nurses should be given the opportunity to keep current on advances in their field of practice" (Potec, 1988: 31).

Verpleegdiensstandaard 3: Doelstellings en doelwitte

Hierdie standaard het sewe afsonderlike substandarde (vereiste kenmerke) wat oor doelstellings en doelwitte vir die verpleegdiens en verpleegeenhede handel.

Standaard

In ooreenstemming met gedecleerde gesag, het

die Verpleegadministrateur die verantwoordelikheid en gesag om te verseker dat verpleegdoelstellings en -doelwitte opgestel en bereik word.

Hierdie standaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,93 en 'n standaardafwyking van 0,046 aanvaar.

'n Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,76 (vergelyk tabel 3) bevestig dat die respondente nie hierdie kategorie standarde as 'n prioriteit bestuurshandeling beskou nie. Alhoewel al die standarde as geldig aanvaar is, is hoë standaardafwykings by standarde rakende bewys van geskrewe lang- en korttermyn doelstellings, verpleegeenheid doelstellings, meetbare doelstellings en doelwitte, doelwitte in posbeskrywings vermeld, 'n bewys dat herformulering van hierdie standarde benodig word.

Geskrewe doelstellings en doelwitte reflekteer die bestaansreg van 'n verpleegdiens en is 'n bewys van doelgerigte bestuur of dienslewering (Stevens, 1983: 84). Alhoewel hierdie bestuurshandeling moontlik deur verpleegadministrateurs as onnodig en tydrowend beskou kan word is al die standarde in hierdie afdeling, ten spyte van relatief hoë standaardafwykings, deur die respondente aanvaar.

In hierdie kategorie is die standarde deur die respondente vanuit die openbare sektor oor die algemeen laer gegradeer as die privaat- en universiteitsektor-respondente. Graderings deur die respondente vanuit die privaat- en universiteitsektore toon 'n hoë graad van ooreenstemming.

Robertson (1984: 408 en 412) is van mening dat die verpleegadministrateur van die toekoms meer intensief by langtermynbeplanning (en doelwitformulering) betrokke sal moet raak.

Verpleegdiensstandaard 4: Beleid

In hierdie standaard word nege afsonderlike substandarde (vereiste kenmerke) gestel wat handel oor die bestuurshandeling van

beleidbepaling, wat ook in die vorm van beleidshandleidings daargestel word.

Standaard

'n Stel omvattende beleidsverklarings, wat besluitneming in verpleging rig, word in die verpleegdiens geformuleer en in stand gehou.

Hierdie kernstandaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,85 en 'n standaardafwyking van 0,057 aanvaar.

Die meeste standaarde in hierdie kategorie is met 'n redelike hoë mate van konsensus tussen die respondente aanvaar, met die uitsondering van die standaard wat handel oor 'n agentskappooreenkoms en met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 2,81 verwerp is. 'n Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,80 vir hierdie kategorie standaarde (vergelyk tabel 3) toon die mate van variasie tussen die respondente. Standaarde wat handel oor begroting- en aankopebeleid benodig, op grond van 'n standaardafwyking van 0,109, herformulering of besinning. Die meeste standaarde in hierdie afdeling is dus met 'n redelike hoë mate van konsensus tussen die respondente aanvaar.

Uit die voorafgaande kan die afleiding dus gemaak word dat die respondente beleidbepaling as 'n bestuurshandeling aanvaar wat noodsaaklik is vir konsekwente besluitneming en om die nodige geborgenheidsbelewering aan die verpleegpersoneel te voorsien.

Verpleegdiensstandaard 5: Bepaling van werkladingindeks

Die bepaling en voorspelling van verpleegwerklading dien as 'n basis vir die effektiwiteit van personeel en 'n hoë gehalte verpleging. Dit vereis die benutting van 'n wetenskaplike stelsel (pasiëntklassifikasiestelsel), waarvolgens die hoeveelheid verpleegure wat benodig word, bepaal kan word. Hierdie standaard is in vyf substandaarde (vereiste kenmerke) verdeel volgens die wetenskaplike beginsels van die bepaling van 'n werkladingindeks in verpleging.

Standaarnd

Daar is 'n wetenskaplik gefundeerde stelsel waarvolgens die behoefte aan verpleging, volgens gedemonstreerde pasiëntbehoefes, toepaslike verpleegtussentredes en prioriteit van verpleging bepaal word.

Hierdie kernstandaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,87 en 'n standaardafwyking van 0,057 aanvaar. Hierdie kategorie standaarde verkry die laagste somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks, naamlik 3,75 (vergelyk tabel 3). Die standaard wat vereis dat die pasiënte se akuutheidsvlakke bepaal word is aanvaar, maar 'n lae graad van konsensus tussen die respondente (standaardafwyking 0,126) toon dat herformulering van hierdie standaard vereis word. Die lae graad van konsensus tussen die respondente is ook in die standaard wat handel oor die hospitaal se pasiënte-toelatingstelsel, met 'n standaardafwyking van 0,111 bevestig, wat dus herformulering benodig.

'n Pasiëntklassifikasiestelsel is 'n wetenskaplike metode waarvolgens pasiënte volgens die kompleksiteit en intensiteit van

verpleging benodig, gegroep word. Die pasiënt se afhanklikheidsgraad speel 'n bepalende faktor (Gillies, 1982: 221), wat die noodsaaklikheid van die standaard rakende die bepaling van die pasiënte se akuutheidsvlakke, bevestig.

Privaathospitale word met 'n winsmotief bedryf wat kan lei tot swak koördinerings van pasiënt-toelatings ten einde die bedbesetting so hoog as moontlik te hou. Hierdie praktyk kan 'n direkte invloed op die werklading van verpleegkundiges hê wat weer die gehalte van verpleging kan benadeel. Dit vereis dus dat die verpleegadministrateur 'n inset in die koördinerings van pasiënt-toelatingstelsels behoort te hê. Aangesien oor hierdie standaard 'n lae graad van konsensus bereik is, is herformulering daarvan belangrik.

Verpleegdiensstandaard 6: Verpleegpersoneel

Die doelmatige en doeltreffende bestuur van verpleegmannekrag kan nie oorbeklemtoon word nie. Hierdie standaard is in die vier hoofkomponente van personeelbestuur, te wete personeelvoorsiening, -benutting, -behoud en personeelontwikkeling verdeel. Standaarde oor personeelrekords en -statistieke, asook personeelidentifikasie, is ook geformuleer en vir validering voorgelê. Die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks vir hierdie kategorie standaarde is 3,85 (vergelyk tabel 3).

Standaard 6.1 Personeelvoorsiening

Standaarnd

Verpleegkundige personeelvoorsiening is gebaseer op die wetenskaplike beginsels van mannekragvoorsiening.

Hierdie kernstandaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,83 en 'n standaardafwyking van 0,075 aanvaar. Enkele respondente het, met 'n gradering van 3,0 aangedui dat die standaard herformulering benodig. Die standaard wat 'n formele werwingsprogram vereis, is met geldigheidsindeks van 2,85 verwerp. 'n Goeie werwingsprogram lei tot hoër retensie van personeel wat 'n direkte invloed op gehalteverpleging het. Lang- en korttermynwerwingsprogramme kan selfs die oorlewing van 'n organisasie bepaal (Mackey, 1988: 25-26; Douglas et al. 1985: 207).

Die standaarde wat handel oor keuring, aanstelling en plasing van personeel is almal aanvaar. 'n Relatiewe hoë konsensus tussen die respondente is in hierdie afdeling bespeur.

Standaard 6.2 Personeelbenutting

Personeelbenutting impliseer die handhawing van 'n optimale vlak van produktiwiteit by personeel (Andrews, 1985: 19). Hierdie standaard is verdeel in die toekenning van personeel, posbeskrywings, pasiënt-toelatingsmetodes, en personeelskedulering.

Standaarde wat oor die toekenning van personeel handel, is almal aanvaar. 'n Standaarde wat vereis dat die verpleegpersoneelratio betreffende professioneel en subprofessionele kategorieë met die werkladingindeks- en postebeepaling moet ooreenstem, toon 'n hoë standaardafwyking van 0,115. Die enigste standaard betreffende posbeskrywings wat

verwerp is, is 'n standaard wat vereis dat die werksomstandighede en spesiale risiko's in die posbeskrywings vermeld moet word.

Die benutting van die spantoe wysingsmetode as voorkeurmetode in verpleegeenheid is verwerp. Hierdie resultate kan moontlik toegeskryf word aan die tekort aan verpleegpersoneel wat tans deur die gesondheidsdienste ervaar word en wat ideale pasiënt-toewysingsmetodes in verpleegeenheid onrealisties maak.

Standaarde betreffende personeelskedulering, byvoorbeeld dat daar genoeg toepaslik gekwalifiseerde personeel aan diens moet wees en dat die ratio tussen geregistreerde en subprofessionele personeel optimaal moet wees, is aanvaar. Die beskikbaarheid van geregistreerde verpleegkundiges blyk dus 'n bepalende faktor te wees. Die respondente vanuit die openbare sektor het hierdie kategorie standaarde egter laer gegradeer.

Standaard 6.3 Personeelbehoud

Werksbevrediging dra by tot die lewering van 'n hoë gehalte van verpleging. Die voorkoming van konflik en die effektiewe bestuur van konflik bevorder 'n tevrede verpleegtaakmag en die behoud van personeel om tot 'n hoë gehalte van verpleging by te dra. In hierdie afdeling is standaarde rakende grieweprosedure, dissiplinêre prosedure, kommunikasieprosedure, beroepsgesondheid en veiligheidsprogramme opgestel en vir validering voorgelê. In hierdie afdeling was daar minimale variasie tussen die respondente se graderings, en al die standaarde is aanvaar.

Standaarde betreffende kommunikasieprosedures is met relatief hoë konsensus tussen respondente aanvaar. Doeltreffende kommunikasie lei tot hoër produktiwiteit en gehaltesleuering in 'n organisasie (Gerber et al., 1987: 348). Standaarde betreffende beroepsgesondheids- en veiligheidsprogramme het egter probleme opgelewer. Veiligheidsopleiding blyk nie belangrik te wees nie en hierdie standaard is verwerp. Die resultate in hierdie afdeling verklaar word vanuit die vermoede dat sommige respondente nie vertrouwd is met die bepalinge van die Wet op Masjinerie en Beroepsveiligheid nie.

Standaard 6.4 Personeelontwikkeling

Standaarde oor induksie en oriëntering, personeelontwikkelingsprogramme, voortgesette onderwys en personeelvaluering is in hierdie afdeling geformuleer. 'n Standaarde wat vereis dat loopbaangeleenthede in die organisasie tydens oriëntering aan personeel uitgelig word, is met 'n inhoudsgeldigheid van 3,39 verwerp. Standaarde betreffende personeelontwikkelingsprogramme en voortgesette onderwys is egter almal met relatiewe hoë graderings aanvaar.

Voorts is daar standaarde oor personeelvaluering geformuleer wat almal met 'n relatiewe hoë konsensus tussen die respondente aanvaar is. Personeelvaluering is 'n integrale komponent van personeelontwikkeling. Gedurende die evalueringproses word tekortkominge geïdentifiseer en personeelontwikkelingsprogramme daarvolgens saamgestel.

Verpleegdiensstandaard 7: Wetenskaplike metode van verpleging

Die verpleegkundige wat in Suid-Afrika praktiseer is aanspreeklik vir die lowering van 'n hoë gehalte verpleging. Die professionele verantwoordelikhede word in die regulasies betreffende die bestek van praktyk van persone wat kragtens die Wet op Verpleging, 1978, geregistreer of ingeskryf is, uiteengesit (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1984). Hierdie regulasie vereis dat die verpleegkundige 'n wetenskaplike metode van verpleging toepas. Die kernstandaard is met tien vereiste kenmerke aangevul en vir validering voorgelê.

Standaard

Die wetenskaplike metode van verpleging word benut aan die hand van 'n dokumentasiesistiel wat die wetenskaplike metode van verpleging, in ooreenstemming met die bestek van praktyk van geregistreerde verpleegkundiges (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, R2598) reflekteer.

Hierdie kernstandaard is met 'n geldigheidsindeks van 3,91 en 'n standaardafwyking van 0,065 aanvaar. Enkele standaarde in hierdie afdeling is met relatief lae geldigheidsindeksbepalings aanvaar terwyl die ander standaarde met relatief hoë geldigheidsindeksbepalings aanvaar is.

In hierdie afdeling is al die standaarde aanvaar. Die standaard wat vereis dat pre-ontslagbeplanning ook pasientonderrigdoelwitte moet insluit, toon egter 'n hoë graad van variasie met 'n standaardafwyking van 0,151.

Verpleegdiensstandaard 8: Rampplan

'n Goedbeplande rampplan dra by tot 'n hoë gehalte verpleging tydens 'n ramp of onvoorsiene gebeurtenis. Hierdie standaard is in sewe verskillende substandaarde (vereiste kenmerke) verdeel.

Standaard

Daar is 'n hospitaalrampplan wat die rol van die verpleegdiens in die plan reflekteer.

Slegs een (2%) respondente het 'n gradering van 3 aan hierdie standaard toegeken met 'n gevolglike hoë graad van konsensus (standaardafwyking 0,021) tussen die respondente (inhoudsgeldigheidsindeks 3,97). Al die standaarde in hierdie afdeling is ook voorts met 'n relatief hoë graad van konsensus en geldigheidsindeksbepalings aanvaar.

Verpleegdiensstandaard 9: Gelhalteversekeringsprogramme

Een van die kenmerke van professionalisme is die strewende na voortreflikheid. Dit vereis 'n goed beplande gelhalteversekeringsprogram waarvolgens die gehalte van verpleging in 'n privaathospitaal gemoniteer en voortdurend verbeter kan word. Behalwe die kernstandaard is dertien verskillende substandaarde (vereiste kenmerke) opgestel en vir validering voorgelê.

Standaard

Daar is 'n geformaliseerde verpleegkundige gelhalteversekeringsprogram teenwoordig.

Hierdie kernstandaard is met 'n geldigheidsindeks van 3,93 en 'n lae standaardafwyking van 0,035 aanvaar. In hierdie afdeling is daar drie standaarde verwerp, te wete jaarlikse ouditering van verpleegrekords as deel van die gelhalteversekeringsprogram, die

jaarlikse analisering van gelhalteversekeringsstatistieke, asook die jaarlikse beoordeling van die vlak of graad van gelhalteverbetering in die organisasie. Hierdie resultate kan moontlik toegeskryf word aan die respondente se onvertroudeheid met die ontwerp en implementering van gelhalteversekeringsprogramme in hospitale.

Alhoewel die formalisering van gelhalteversekering, veral in privaathospitale, nog nie die nodige momentum gekry het nie is die meerderheid standaarde in hierdie afdeling met relatief hoë geldigheidsindeksbepalings deur die respondente aanvaar.

g) Faktore wat die resultate betekenisvol beïnvloed het.

Alhoewel die respondente se domeinkundigheid deur hul professionele en akademiese kwalifikasies, asook die omvang van hul bestuurservaring bevestig is, is dit moontlik dat sekere faktore 'n invloed op die validering van die standaarde kon gehad het. Die respondente se pos, die indiensnemingsektor, provinsie van indiensneming en hospitaalgrööte, is as moontlike faktore geïdentifiseer (onafhanklike veranderlikes) en die inhoudsgeldigheidsindeks as afhanklike veranderlike.

'n Somtotaal van die gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van elke standaard en gepaardgaande kriteria is bereken en na 'n totale gemiddeld per kategorie standaard verwerk. Hierdie gemiddelde inhoudsgeldigheidswaardes word in tabel 3 weergegee. Geen statisties betekenisvolle verskille is betreffende die respondente se pos, indiensnemingsektor ($p=0,8979$) of provinsie van indiensneming ($p=0,9125$) verkry nie.

GEVOLGTREKKINGS

* Uit 'n totaal van 275 standaarde en substandaarde (gepaardgaande kriteria) wat vir validering voorgelê is, is veertien (5%) nie aanvaar nie en benodig 25 (9%) herformulering. 'n Bykomende drie standaarde is nie deur die respondente vanuit die privaatsektor aanvaar nie en die respondente vanuit die openbare sektor het 'n verdere twee standaarde verwerp.

* Verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale is nasionaal deur 'n verteenwoordigende groep domeinkundiges vanuit die privaatsektor gevalideer. Aangesien 'n minimum van vyf en 'n maksimum van tien kundiges vir die plaaslike validering van standaarde aanbeveel word, kan 'n getal van twintig kundiges as aanvaarbaar beskou word vir die nasionale validering van verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale.

* Die verpleegdiensstandaarde is afsonderlik deur die valideerders vanuit die privaathospitale as geldig bekragtig.

* Toereikende kontrole oor die intersubjektiwiteit deur verpleegadministrateurs (valideerders)

vanuit die privaatsektor is deur die kontrolegroep (openbare sektor) uitgeoefen.

* Die valideringsresultate is betroubaar met geen faktore wat 'n betekenisvolle invloed op die resultate gehad het nie.

AANBEVELINGS

Ten einde die formalisering van verpleegkundige gelhalteversekering in Suid-Afrikaanse privaathospitale meer momentum te gee, word die volgende aanbevelings gemaak:

* Die herformulering en hervalidering van standaarde wat 'n lae graad van konsensus tussen die valideerders bereik het.

* Die publisering van die finale standaarde vir gebruik deur verpleegadministrateurs as riglyne vir die verbetering van die gehalte van verpleegdiensbestuur in privaathospitale.

* Die benutting van hierdie verpleegdiensstandaarde as optimumstandaarde vir privaathospitale in Suid-Afrika as 'n eerste stap in die nasionale formalisering van gelhalteversekering in die privaatsektor.

* Die gebruik van hierdie standaarde as 'n self-evalueringsinstrument deur die verpleegadministrateurs ten einde die gehalte van verpleegdiensbestuur in privaathospitale te rig.

* Die ontwerp en standaardisering van 'n evalueringsinstrument, gebaseer op die standaarde en gepaardgaande kriteria, soos in hierdie studie aanvaar.

* Die opstel van riglyne vir die ontwerp en implementering van 'n verpleegkundige gelhalteversekeringsprogram in hospitale.

* Die norm van 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks, op 'n vierpunt-verspreidingskontinuum, van 'n minimum van 3,50 vir die bekragtiging van nasionale (generiese) verpleegstandaarde.

BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Die volgende beperkinge is tersaaklik:

* Veertien steekproefpersone het aan die portuurgroepbesprekings (ontwikkelingsfase) in Transvaal deelgeneem (teenstrydig met die aanbevole maksimum van tien kundiges). Die moontlikheid van lukrake eenstemmigheid en beïnvloeding van deelnemers tydens die ontwikkelingsfase van die standaarde, het dus bestaan.

* Die validering van standaarde is 'n tydsame, vermoeiende proses wat 'n gemiddeld van drie ure per steekproefpersoon in beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases geneem het. Die valideringsresultate van veral die laaste standaarde, kon moontlik hierdeur beïnvloed gewees het.

- * Die gebruik van 'n intervalskaal is subjektief en kon die finale valideringsresultate (kwantifiseringsfase) beïnvloed het: "Likert-type items are easy to develop but are highly subjective" (Treece & Treece, 1982: 297).
- * Die navorser is goed bekend aan die verpleegadministrateurs in Transvaalse privaathospitale wat moontlik hul gradering van die standaard gedurende die kwantifiseringsfase, kon beïnvloed het.
- * Die taal van die valideerders (Engels of Afrikaans) is nie as 'n onafhanklike veranderlike geïdentifiseer nie. In die kwantifiseringsfase is 'n gradering van drie toegeken indien die valideerder van mening was dat die standaard toepaslik is maar herformulering vereis. Aangesien die standaard in beide Afrikaans en Engels beskikbaar gestel is, kon hierdie faktor die valideringsresultate (kwantifiseringsfase) moontlik beïnvloed het. Hierdie afleiding word gemaak vanweë die feit dat Engelssprekende valideerders telkens kommentaar gelewer het oor die Engels van sommige standaarde en herformulering aanbeveel het.
- * Die gebruik van 'n kontrolegroep (valideerders vanuit die openbare en universiteitsektore) kon moontlik die konsensusresultate (standaardafwykings) in die kwantifiseringsfase vertroebel het.
- * Konstruktiewe waarde van die standaard is, weens die omvang daarvan, nie tydens hierdie studie verreken nie.

VERWYSINGS

- ANDREWS, Y 1985: Die personeelfunksie. Pretoria: HAUM.
- BEYERS, M 1988: Quality: the banner of the 1980's. *The Nursing clinics of North America*, September 1988: 617-623.
- BRINK, HIL 1984: The registered nurse tutor in the Republic of South Africa. Pretoria: University of South Africa (D.Litt et Phil. thesis).
- CARRELL, MR & KUZMITS, FE 1986: Personnel human resource management; Second edition. Ohio: Merrill Publishing Company.
- DEPARTEMENT GESONDHEIDSDIENSTE EN WELSYN, ADMINISTRASIE: VOLKSRAAD 1989: Statistieke privaathospitale (ongepubliseerd).
- DOUGLAS J, KLEIN S, & HUNT D, 1985: The strategic managing of human resources. New York: John Wiley & Sons.
- DOUGLASS L M 1984: The effective nurse. Leader and manager; Second edition. St Louis: CV Mosby.
- GERBER PD; NEL, PS & VAN DYK, P S 1987: Manekragbestuur. Johannesburg: Southern Boekuitgewers.
- GILLIES, DA 1982: Nursing management: a systems approach. Philadelphia: WB Saunders.
- HOSPITAL & NURSING YEARBOOK OF SOUTHERN AFRICA 1988. Johannesburg: Thomson Publications.
- JERNIGAN, DK & YOUNG, AB 1983: Standards, job descriptions, and performance evaluations for nursing practice. Norwalk: ACC.
- LYNN, MR 1986: Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), November/December 1986: 382-385.
- MACKEY, CL 1988: Creative retention and recruitment. *Nursing Management*, 19(2), February 1988: 25-27.
- MASON, EJ 1978: How to write meaningful nursing standards. New York: John Wiley & Sons.
- POTEET, GW 1988: Identifying the components of a nursing service philosophy. *Journal of Nursing Administration*, 18(10), October 1988: 29-33.
- ROBERTSON, B 1984: The nurse administrator in South Africa. Past and present - perspectives, future predictions. Pretoria: University of South Africa (D. Litt. et Phil. thesis).
- SANAZARO, PJ 1986: The principles of quality assurance in health care. *World Hospitals*, XXII(1), March 1986: 27-29.
- SNYCKERS, H 1986: Privatisation and deregulation of health care in South Africa. Consolidated report of the four working groups on privatisation and deregulation to the health services advisory council (unpublished).
- STEVENS, BJ 1983: First line patient care management; Second edition. London: Aspen.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 1982: Development of standards of nursing practice. Report on a WHO meeting. Sundvollen Norway: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 1983: The principles of quality assurance. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe (EURO Reports and Studies no. 94).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 1984: Preparation of guidelines for standards of nursing practice. Report on a working group. Brussels: WHO.

Erkennings

Erkenning word hiermee verleen aan die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing en RAU Verpleegkunde Navorsingsfonds vir finansiële steun. Dankbetuigings aan al die verpleegadministrateurs en akademië vir u harde werk tydens die debatvoeringsessies en kwantifiseringsfase wat elk 'n gemiddeld van drie uur in beslag geneem het.

Hierdie artikel is gebaseer op navorsing wat vir die graad D.CUR. aan die Randse Afrikaanse Universiteit gedurende 1989 onderneem is. Die standaard is in Afrikaans en Engels in publikasievorm (Akademië) beskikbaar.

M E Muller

M C van Huyssteen

Spesiale Professor

Departement Verpleegkunde RAU

D.CUR. (Universiteit Pretoria)

A-M Bruwer

Adjunk-direkteur Verpleegkunde

Tygerberg Hospitaal

D.CUR. (Universiteit Port Elizabeth)