

Die Funksie van die Gemeenskapsverpleegkundige in Kuratiewe Distriksgesondheidsdienste

The function of the community nurse in curative district health services.

H P SMIT
M Cur student
Randse Afrikaanse Universiteit

&

Dr S D Roos
D Cur (RAU)
Departement Verpleegkunde
Randse Afrikaanse Universiteit

**"Die Regering in 'n Witskrif getiteld
"White Paper for the Transformation
of the Health System in South
Africa"(Die Witskrif) gedateer 16 April
1997 stel 'n enkele omvattende,
regverdige en geïntegreerde Nasionale
Gesondheidstelsel wat op 'n primêre
gesondheidsorg beginsel gegrond is vir
Suid-Afrika in die vooruitsig."**

Research Article

Uittreksel

In Suid-Afrika word pasiënte vroeër uit hospitale ontslaan, aangesien hospitaalbeddens skaars is, gevolglik word al hoe meer pasiënte tuis verpleeg. Die gemeenskapsverpleegkundige sal dus 'n meer prominente rol in dié hoofsaaklik kuratiewe gesondheidsdienste moet vervul. In die studie word die funksie van die gemeenskapsverpleegkundige binne die konteks van die distriksgesondheidsdiens in Suid-Afrika verken en beskryf. Hierdie funksies wat in die artikel beskryf word is aan die hand van 'n analise van pligtestate asook die gebruik van vraelyste wat op 'n literatuurstudie gegrond is, bepaal. Enkele gevolgtrekkings en aanbevelings is gemaak waarop die gemeenskapsverpleegkundige hierdie verpleegdienste kan grond.

Abstract

In South Africa patients are discharged sooner from hospitals, because of a shortage in hospital beds, thus more patients are nursed at home. More prominence should be given to the function of the community nurse in these mainly curative health services. An explorative and descriptive study was performed in order to explore and describe the functions of the community nurse in the context of the district health service in South Africa. These functions described in this article were determined by means of an analysis of duty sheets as well as the use of questionnaires which was based on a literature study. Some conclusions and recommendations were made on which the community nurse can base these nursing services.

Inleiding

Die Regering in 'n Witskrif getiteld "White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa"(Die Witskrif) gedateer 16 April 1997 stel 'n enkele omvattende, regverdige en geïntegreerde Nasionale Gesondheidstelsel wat op 'n primêre gesondheidsorg beginsel gegrond is vir Suid-Afrika in die vooruitsig. Primêre gesondheidsorg is gerig op die bevordering van gesondheid deur voorkoming en opvoeding. Ten einde 'n enkele, regverdige en geïntegreerde Nasionale Gesondheidstelsel daar te stel, behoort so 'n diens toeganklik, doeltreffend, aanvaarbaar, bekostigbaar en regverdig te wees. Gemeenskapsverpleging sal geherstruktureer moet word ten einde aan dié vereistes te kan voldoen.

In Suid-Afrika is gemeenskapsverplegingsdienste gefragmenteerd en gedupliseerd, aangesien dit tans deur verskillende staatsdepartemente gelewer word, naamlik Provinsiale Administrasies, Departement van Gesondheid en

Plaaslike Owerhede. In gemeenskapsverplegingsdienste val die klem op bevorderende en voorkomende aspekte van gemeenskapsverpleging, terwyl kuratiewe en rehabilitatiewe aspekte buite hospitaalverband in 'n mindere mate aangespreek word. Pasiënte word vroeg uit hospitale ontslaan, aangesien hospitaalbeddens skaars is en gevolglik word meer pasiënte tuis verpleeg (van der Merwe en Smith, 1991:39). Volgens die Wet op Gesondheid, 1977 (Wet nr. 63 van 1977), soos gewysig, is plaaslike besture verantwoordelik vir die rehabilitasie van persone in die gemeenskap wat van 'n mediese toestand genees is. Dit blyk egter dat dié funksie hoofsaaklik deur die provinsiale administrasies vervul word met behulp van buite-pasiënt klinieke en distriksgemeenskapsverplegingsdienste. Die Witskrif (1997) ken steeds die rehabiliteringsfunksie toe aan die Distrikgesondheidsowerheid. Ten einde die hospitalisasietydperk van pasiënte te verkort en onnodige opnames te voorkom, behoort distriksgemeenskapsverplegingsdienste meer prominensie in gesondheidsdienste te verkry (O'Connor, 1994:24-25).

Daar bestaan tans egter relatief min distriksgemeenskapsverplegingsdienste in die Noordwes-, Gauteng-, Mpumalanga- en Noord-provinsies in Suid-Afrika. Die vraag ontstaan wat is die funksies van die Suid-Afrikaanse distriksgemeenskapsverpleegkundige? Die doel van die ondersoek is om die funksies van die distriksgemeenskapsverpleegkundige te verken en te beskryf.

Terminologie

Gemeenskapsverplegingsdiens

'n Omvattende verplegingsdiens wat gerig is op die bevordering, handhawing en herstel van gesondheid, maar veral klem lê op die bevordering en handhawing van gesondheid. Die diens word in die gemeenskap gelewer en is gerig op die fasilitering van die individu, gesin en gemeenskap se strewe na heelheid.

Distriksgemeenskapsverplegingsdiens

'n Omvattende distriksgemeenskapsverplegingsdiens wat gerig is op die bevordering, handhawing en herstel van gesondheid en gerig is op die fasilitering van die individu, gesin en gemeenskap se strewe na heelheid. Die distriksgemeenskapsverplegingsdiens is 'n komponent van die gemeenskapsverplegingsdiens.

Distriksgemeenskapsverpleegkundige

'n Verpleegkundige wat die bevordering, handhawing en herstel van gesondheid fasiliteer, maar veral 'n herstellende en rehabilitatiewe funksie verrig. Sy is lid van die gesondheidspan en verskaf gesondheidsorg aan pasiënte in die gemeenskap, meer spesifiek tuis.

Navorsingsontwerp en Metode

'n Verkennende en beskrywende studie is binne die konteks van distriksgemeenskapsverplegings-dienste wat in die Noordwes-, Gauteng-, Mpumalanga- en Noord-provinsies gelewer word, uitgevoer. Die studie is aan die hand van drie fases uitgevoer. In fase een is die pligtestate van distriksgemeenskapsverpleegkundiges wat werksaam is by distriksgemeenskapsverplegingsdienste in die Noordwes-, Gauteng-, Mpumalanga-, Noord-provinsies geanaliseer. Vervolgens is vraelyste in fase twee uitgedeel aan verpleegkundiges wat werksaam is by distriksgemeenskapsverplegingsdienste in die Noordwes-, Gauteng-, Mpumalanga- en Noord-provinsies om 'n analise van hul funksies te doen. Met die terugontvangs van die vraelyste is die data geanaliseer en laastens is riglyne vir die lewering van 'n distriksgemeenskapsverplegingsdiens neergelê.

Vir doeleindes van dié artikel sal slegs die funksies van die distriksgemeenskapsverpleegkundige beskryf word.

Metode

'n Gestruktureerde vraelyste is opgestel bestaande uit 67 vrae. Dié vrae is gebaseer op 'n literatuurstudie. Die sig- en inhoudsgeldigheid van die vraelyste is bevestig.

Vraelyste is aan alle distriksgemeenskapsverpleegkundiges wat werksaam is by distriksgemeenskapsverplegingsdienste in Noordwes-, Gauteng-, Mpumalanga- en Noord-provinsies uitgedeel. Distriksgemeenskapsverplegingsdienste wat by die studie ingesluit is, was in Oktober 1994 in bedryf. Vir die analise van die pligtestate is alle pligtestate van distriksgemeenskapsverpleegkundiges in distriksgemeenskapsverplegingsdienste in die Noordwes-, Gauteng-, Mpumalanga- en Noord-provinsies benut. Slegs dienste wat by staatshospitale gelewer word is in die studie ingesluit.

Alvorens data ingesamel is, is toestemming by die toepaslike owerhede bekom. 'n Loodsstudie is ook uitgevoer en veranderinge is dienooreenkomstig aan die vraelyste aangebring. Respondente wat in die loodsstudie ingesluit is, is nie in die steekproef ingesluit nie.

Die vraelyste is gelyktydig aan alle Hoofverpleegkundiges wat werksaam is by distriksgemeenskapsverplegingsdienste wat by die studie ingesluit is, gepos. Die Hoofverpleegkundiges is versoek om die vraelyste aan alle distriksgemeenskapsverpleegkundiges te versprei en om die ingevulde vraelyste, asook die pligtestaat vir die toepaslike area, terug te stuur.

Die opnamegids bestaan uit hoof- en subkategorieë wat uit die literatuurstudie geïdentifiseer is, asook hoof- en subkategorieë wat deur die navorser uit die analise van die pligtestate geïdentifiseer is en by die opnamegids bygevoeg is, is gebruik om die pligtestate te analiseer. Data wat met behulp van die vraelyste bekom is, word aan die hand van vooraf geïdentifiseerde hoof- (die wetenskaplike proses van verpleging) en subkategorieë gegroepeer. In beide die pligtestaat en vraelyste-analise is die frekwensie van elke kategorie bereken en die kumulatiewe frekwensiegetalle word tot persentasies verwerk.

Woods en Catanzaro (1988:136) beskryf vier gevare vir die betroubaarheid van inhouds-analise, naamlik die statusposisie van die navorser, keuse van respondente, sosiale konteks en prosedure. Hierdie aspekte is tydens data-insameling verantwoord. Geen statistiese betroubaarheidskoëfisiënt is bepaal nie.

Die volgende konseptuele raamwerk is van toepassing:

Individu Gesin Gemeenskap	
Interne omgewing	Eksterne omgewing
<ul style="list-style-type: none"> • Liggaam • Psige • Gees 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiek • Sosiaal • Geestelik

-Die distriksgemeenskapsverpleegkundige fasiliteer die individu, gesin en gemeenskap se strewe na heelheid (gesondheid)
-Die verpleegkundige is gerig op die: <ul style="list-style-type: none"> * Bevordering * Handhawing en * Herstel van gesondheid

Die distriksgemeenskapsverpleegkundige maak gebruik van die verpleegproses om die individu, gesin en gemeenskap te help in hul strewe na heelheid (gesondheid):

- Beraming
- Beplanning
- Implementering
- Evaluering

Resultate van die Onderzoek

Tien pligtestate van vyftien distriksgemeenskapsverplegingsdienste (66.7%) in die Noordwes-, Gauteng-, Mpumalanga- en Noord-provinsies wat tans bedryf word, is terug ontvang. Daar is ses-en-veertig vraelyste uitgestuur na vyftien distriksgemeenskapsverplegingsdienste in die Noordwes-, Gauteng-, Mpumalanga- en Noord-provinsies. Sewe-en-dertig (80%) vraelyste is terug ontvang.

Funksies van die distriksgemeenskapsverpleegkundige

Die distriksgemeenskapsverpleegkundige se funksies fokus op die fasilitering van gesondheid, wetenskaplike verpleging, onderrig/administrasie en tuisversorging.

(a) Die distriksgemeenskapsverpleegkundige fasiliteer die individu, gesin en gemeenskap se gesondheid. Die verpleegaksies wat gerig is op die bevordering, handhawing en herstel van gesondheid.

*Die distriksgemeenskapsverpleegkundige maak gebruik van die verpleegproses om die individu, gesin en gemeenskap te lei in die bevordering van hul gesondheid deur beraming, beplanning, implementering en evaluering daarvan.

(b) Die distriksgemeenskapsverpleegkundige praktiseer wetenskaplik gefundeerde verpleging (Toms, 1992:1489-95) naamlik:

Beraming

- Die verpleegkundige is bewus van die pasiënt se gesondheidstoestand, asook die behandeling wat hy/sy reeds in die hospitaal ontvang het, alvorens hul besoek word. (Baly, Robottem en Clark, 1988:118).
- Verskeie metodes word gebruik om die behoeftes van die individu en gesin, asook die omgewing te beraam (Ross & Bower, 1995:303-310).
- 'n Verpleegdiagnose word gemaak na aanleiding van die gesondheidsstatusdata wat ingesamel is (ANA, 1980:11; Cartlidge & Harrison, 1995:63-72).

Beplanning

- Stel 'n verpleegsorgplan op ten einde geïdentifiseerde verpleegprobleme op te los (ANA, 1980:11).
- Is primêr verantwoordelik vir verpleegsorg tuis (ANA, 1978:6).
- Werk saam met die saalpersoneel aan die ontslagbeplanning van die pasiënt.
- Verrig 'n koördinerende-, verwysende- en skakel funksie in die verwysing na pasiënte na ander lede van die multi-professionele span en na gemeenskapshulpbronne (Vlok, 1988:258).

Implementering

- Die ideale aantal pasiënte wat per dag besoek behoort te word is: 11-15, met in ag neming van die konteks waarin die diens gelewer word.

- 11-20 minute is die ideale besoektyd per pasiënt, maar daar is gesondheidstoestande wat 'n langer besoektyd vereis.
- Die verpleegkundige behoort onder aanwysing van die geneesheer te werk.
- Die verpleegkundige behoort voorsiening te maak vir pasiëntdeelname ten opsigte van die bevordering, handhawing en herstel van gesondheid (ANA, 1989:11).
- Verpleegsorg is omvattend en gerig op die interne omgewing (liggaam, psige en gees) en eksterne omgewing (fisiek, sosiaal en geestelik) (RAU 1992).
- Die verpleegkundige doen voorspraak by die multi-professionele span namens die pasiënt.

Evaluering

- Die pasiënt se gesondheidsbehoefte word deurlopend geëvalueer en die verpleegsorgplan word verander volgens die veranderende gesondheidsbehoefte van die pasiënt (Green en Driggers, 1989:86) en (AHA, 1972:4; Rapport & Maggs, 1997: 673-80).

(c) Onderrig/administrasie

- Pasiënte word aan die hand van bepaalde kriteria geselekteer.
- Die verpleegkundige spoor ook self gevalle op (Green en Driggers, 1989:86).
- Die nuwe verpleegkundige behoort 'n oriënterings tydperk van ten minste 1 week te deurloop (Humphrey en Milone-Nuzzo, 1993:20).
- Onderrig word aan die nuwe verpleegkundige gegee ten opsigte van wetlike aspekte, hantering van gevalle, produktiwiteit en die filosofie van die diens.
- Verpleegstudente wat die diens besoek behoort ook onderrig te ontvang.
- Die verpleegkundige behoort ook haar eie kennis te verbreed ook deel te neem aan navorsing.

- Onderrig aan die individu en gesin moet volgens hul behoeftes wees (Turton en Orr, 1985:91) die riglyne van Freeman en Heinrich (1981) kan in die verband gebruik word.
- Volgens behoefte behoort daar ook hulpmiddels, byvoorbeeld skaapvelle aan pasiënte voorsien word (Horrocks, 1986:324).
- Die verpleegkundige behoort ook aandag aan die volgende aspekte te gee:
 - Dienslewering
 - Funksies wat die verpleegkundige verrig wanneer sy terug is van die area.
 - Administratiewe funksies.

(d) Aspekte ten opsigte van tuissorg wat nog aandag moet geniet

- Die tuisversorging van VIGS-pasiënte.
- Die primêre gesondheidsorg funksie wat die distriksgemeenskapsverpleegkundige behoort te verrig.
- Die voorskryf van medikasie deur die distriksgemeenskapsverpleegkundige tot skedule 3.
- Opleiding van die distriksgemeenskapsverpleegkundige om psigiatriese pasiënte tuis te versorg.
- Die duplisering van tuissorgdienste moet uitgeklaar word.

Implementering

Die volgende verpleegaksies wat uitgevoer word en pasiënte met bepaalde gesondheidstoestande wat besoek word is in beide die pligtestate en vraelyste geïdentifiseer.

Monitering van die effektiwiteit, korrekte gebruik en simptome en nuwe-effekte van medikasie. Toediening van medikasie,

neem van monsters vir laboratorium ondersoek, wondversorging, hemi- en paraplegie, vervanging van kateters, hipertensie, diabetes mellitus, hardlywigheid, kolostomies, versorging van chroniese ulkuse, terminale kanker pasiënte en roetine puerperiumsorg: moeder en baba (Vlok, 1981: 198-200), Nolte, Slabbert, Brummer en Visser, 1987: 170-217, 472), Keet, Harrison en Shore, 1986:36-43 & Tomms, 1992:1489-95).

Pasiënte met bepaalde gesondheidstoestande wat in die praktyk versorg word of verpleegaksies wat uitgevoer word, maar nie in die pligtestate beskryf is nie, was die volgende: Uitplasing van medikasie by die pasiënt, uitvoer van longondersoek, perifere vasculêre siekte, amputasies, brongitis, fekale- en urinêre inkontinensie, urinêre retensie, artritis en kardio-vasculêre siektes (Vlok, 1981:199) en (Imhoff, 1990:1530).

Daar was ook gesondheidstoestande wat nie in die toepaslike literatuurstudie geïdentifiseer kan word nie, maar wel in die pligtestate en vraelyste geïdentifiseer is. Gesondheidstoestande wat volgens data verkry vanuit die vraelyste en pligtestate, selde of ooit uitgevoer of behandel word is:

Die uitspuit van ore, neem van EKG's, pediatriese ortopediese toestande, VIGS en langtermyn bewustelose pasiënte.

Intellektuele aspekte van verpleegsorg geniet geen aandag in die pligtestate nie, maar is in 89,2% en meer vraelyste aangespreek. Die aspekte wat aangespreek is, is as volg:

-ondersteuning van die gesin ten opsigte van die realiteitsoriëntasie van die pasiënt en gedragsveranderinge by die pasiënt (Imhof, 1990:153).

-die identifisering van aanpassingsprobleme van die pasiënt wat tuis versorg word (Frish, 1993:64).

Uit data verkry vanuit die vraelyste blyk die volgende menings van die respondente: Die persone wat die pasiënt versorg behoort deur die verpleegkundige ondersteun te word as hul stres ervaar (Imhof, 1990:153), en die verpleegkundige behoort ook gevoelens en angs en vrees by die pasiënt te beraam en ondersteuning aan die pasiënt te gee ten einde gevoelens aan ander te verbaliseer (Frish, 1993:64).

Psigiatriese toestande wat tuis (Harper in Kozlak en Thobaben, 1994:149) hanteer word is depressie (N = 28 75%); Parkinsonisme (N = 26 70,3%); Geïrriteerde en vyandige gedrag (N = 23 62,2%); Selfmoordpogings en -gedagtes (N = 22 59,5%); Disoriëntasie as gevolg van wisselwerking van psigotropiese medikasie (N = 20 54,1%); Alzheimer se siekte (N = 18 48,6%); Delirium (N = 16 43,2%).

Die hantering van psigiatriese toestande deur die distriksgemeenskapsverpleegkundige word nie in die pligtestate wat ge-analiseer is aangespreek nie. Volgens respondente is enkele aspekte waaraan die verpleegkundige aandag behoort te gee:

-Ondersteuning ten opsigte van die pasiënt se geloof in eie toekoms.

-Terapeutiese aanwending van die verpleegkundige in die verpleegkundige/pasiënt verhouding.

-Beraming aan die bejaarde vir aanpassing ten opsigte van bejaardheid.

-Beraming van die pasiënt se geestestoestand (Imhof, 1990:153) en (Wilson en Kneisl, 1988:730-733).

Die verpleegkundige ondersteun die pasiënt en gesin om hulp te kry vir die versorging van die pasiënt (deur 94,6% van die respondente aangespreek) en doen ook voorspraak by die multi-professionele span (is in 60% pligtestate en deur 94,6%

van die respondente aangespreek) (Imhof, 1990:153).

Die sosiale aspekte van pasiënte is in geen pligtestate aangespreek nie, maar wel deur 64,8% van die respondente. Die verpleegkundige behoort die volgende verpleegaksies met betrekking tot die sosiale aspekte van pasiënte te kan uitvoer:

-Hulp aan die versorger om te beplan ten einde weg te breek van die versorgingsroetine.

-Die skep van 'n gestruktureerde omgewing vir bejaardes (Imhof, 1990:153).

-Die bevordering van interpersoonlike interaksie in die gesin (Frish, 1993:64).

-Die identifisering van tekens van sosiale isolasie by die pasiënt (Frish, 1993:64).

-Die hantering van die dag-tot-dag probleme van gesinne wat psigiatriese pasiënte tuis versorg. Verpleegtussentredes moet gerig wees op die hantering van probleemgedrag van psigiatriese pasiënte wat tuis versorg word, as die hantering van simptome (Platt, 1990 in Poggenpoel, 1993:36).

Freeman en Heinrich, 1981 (in Turton en Orr, 1985:91-93) stel die volgende algemene beginsels in die beraming van die bejaarde en sy/haar gesin se onderrig behoeftes.

-Fisiese afhanklikheid van die bejaarde.

-Terapeutiese bevoegdheid.

-Kennis van die gesondheidstoestand.

-Toepassing van beginsels van persoonlike en algemene higiëne en veiligheid.

-Die mening van die gesin oor die gesondheidsorg en dienste wat hul ontvang?

-Emosionele bevoegdheid.

-Gesinslewenstyl.

Onderrigfunksie van die distriksgemeenskapsverpleegkundige ten opsigte van die individu en gesin

Die onderrigfunksie fokus op fisiese verpleegsorg, intellektuele, emosionele, wils- en sosiale aspekte.

Fisiese verpleegsorg

•Algemene versorging, drukdeel versorging, wondversorging en mobilisasie van die pasiënt.

Intellektuele aspekte

•Verduidelik die aard en omvang van dienslewering.

•Voorsien 'n inligtingsleer aan die gesin en verduidelik die doel daarvan.

•Maak seker dat die gesin weet hoe om op te tree in 'n noodsituasie.

Emosionele aspekte

•Aan die gesin ten opsigte van die progressiewe agteruitgang van die persoon wat verpleeg word.

•Voorligting aan die gesin van 'n bejaarde pasiënt wat angstig en verward is.

Wilsaspekte

•Vind uit wie verantwoordelik is vir die pasiënt se versorging en lig hul deeglik in ten opsigte van wat van hul verwag word.

•Kontroleer die pasiënt se buite-pasiënte afspraakkaart en maak seker dat die pasiënt verstaan waar en wanneer sy opvolg afspraak is.

•Maak seker dat die pasiënt weet wanneer om u weer te verwag.

•Wys die pasiënt dat dit belangrik is om by bestaande behandeling te hou.

Sosiale aspekte

- Fasiliteer kommunikasie en uitruiling van inligting tussen gesinslede.
- Voorligting aan die gesin ten opsigte van ontspanning is ook belangrik.

In die pligtestate is daar ook nuwe hoof- en subkategorieë geïdentifiseer, wat nie in die aanvanklike opnamegids vervat is nie.

Bygevoegde hoof- en subkategorieë volgens die pligtestaat-analise (N = 10)

Aspekte ten opsigte van dienslewering, rapportering na tuisbesoeke en administrasie is bygevoeg.

Dienslewering

- 'n Omvattende gemeenskapsverplegingsdiens behoort gelewer te word (N = 2 20%).
- Slegs genoeg voorraad tot die volgende besoek moet voorsien word (N = 3 30%).
- Die distriksgemeenskapsverpleegkundige se optrede in 'n noodsituasie behoort flink en doeltreffend te wees (N = 3 30%).
- 'n Wye spektrum van verplegingsprobleme kan tuis hanteer word mits die gesin bevoegd is om die verantwoordelikheid te aanvaar (N = 2 20%).
- Die diens is hoofsaaklik kuratief, maar ook bevorderend, voorkomend en rehabilitatief (N = 2 20%).

Funksies wat die verpleegkundige verrig wanneer sy terug is van die area

Daaglikse verslaggewing van 'n toesighouer (senior- of hoofverpleegkundige) ten opsigte van:

- Bespreking van probleem-situasies (N = 7 70%).
- Nuwe pasiënte en evaluasiebesoeke (N = 1 10%).
- Stres word by die area verpleegkundige verlig, deurdat sy die dag se gebeure verbaliseer (N = 3 30%).
- Voorbereiding van toerusting en voorraad vir die volgende dag se besoeke (N = 7 70%).
- Hanteer telefoonoproep ten einde afspraak vir pasiënte te maak (N = 4 40%).
- Navrae in verband met pasiëntsorgaangeleenthede te hanteer (N = 7 70%).
- Verwys navrae in verband met suurstofvoorsiening (N = 4 40%).
- Besoek distriks-pasiënte wat in die hospitaal opgeneem is (N = 1 10%).

Administratiewe funksies

- Kontroleer die besonderhede op die verwysingsvorm, aangesien dit dikwels onvolledig of onakkuraat is (N = 8 80%).
- Voltooiing van opname- en ontslagprosedures volgens die interne beleid, op pasiëntrekords (N = 8 80%).
- Akkurate en volledige rekordering ten opsigte van vorderingsverslae en toepaslike verpleegdokumente (N = 7 70%).
- Kontroleer die volgende dag se roetelys (N = 6 60%).
- Bestel toepaslike voorraad, skryfbehoeftes en pasiënte se medikasie (N = 6 60%).
- Hanteer korrespondensie met geneesheer in verband met pasiënte (N = 5 50%).
- Die volgende moet op die roetelys ingevul word: (N = 5 50%)
- *Reistyd
- *Pasiëntsorgtyd
- *Behandeling wat by elke pasiënt uitgevoer is

- *Kilometerafstand aan die einde van die dag
- *Die toepaslike statistiek moet vanaf die roetelys ingevul word (N = 5 50%).
- *Daaglikse opdatering van: (N = 4 40%)
- *Roetekaartjies
- *Besoekdatums
- *Algemene besonderhede
- *Geografiese ligging en verblyf
- *Geneesheer-afspraakdatums
- *Medikasie en voorraad
- *Herhalingsdatums

Vervolgens is daar aspekte ten opsigte van verpleegsorg wat nog aandag moet geniet, soos tuisversorging van die VIGS-pasiënt, voorskryf van medisyne en opleiding van die distriks-gemeenskapsverpleegkundige om psigiatrisiese pasiënte te versorg.

Tuisversorging van die VIGS-pasiënt

VIGS is vinnig aan die versprei in ontwikkelende lande, met beduidende gevolge vir individue, gemeenskappe en die ekonomie. Die WGO voorspel dat daar teen die jaar 2000, 40 miljoen mense sal wees wat met die MIV-virus besmet is. In lande waar daar 'n hoë voorkoms van VIGS is, het die voorkoms van tuberkulose ook vermeerder, in sommige gebiede het die getal tuberkulose gevalle die afgelope 5 jaar verdubbel (WGO, 1994:4). In Suid-Afrika is VIGS nie 'n aanmeldbare siekte nie en in November 1994, was daar reeds 5480 aangetekende VIGS-gevalle in Suid-Afrika, waarvan 'n beduidende persentasie in die ouderdomsgroep 30-34 jaar was (National Health and Population Development, 1994:246). In Amerika stel die VIGS-epidemie reeds 'n uitdaging aan gemeenskappe om versorgingsnetwerke te mobiliseer vir persone wat met die MIV-virus besmet is. 'n Groot deel van die mobilisering van dienste vind in die gemeenskap plaas (Salsberry, Nickel & O'Connell et al. 1993:39). Daar behoort dus nou reeds beplan te word vir die tuisverpleging van die VIGS-pasiënt.

Primêre gesondheidsorg

As inaggeneem word dat die distriksgemeenskapsverpleegkundige primêr verantwoordelik is vir verpleegsorg tuis (70,3% respondente) en hul pasiënte sif vir verwysing na die multi-professionele span (100% respondente), (ANA, 1978:6) en gemeenskaphulbronne (94,6% respondente), (Imhof, 1990:153) is dit noodsaaklik dat die verpleegkundige se primêre gesondheidsorg funksie uitgeklaar word.

Die mate waarin die verpleegkundige onder aanwysing van die geneesheer (91,9% respondente), (Vlok, 1988:258) werk behoort uitgeklaar te word. Daar moet in gedagte gehou word dat die verpleegkundige 60%-80% van die take aan die algemene praktisyn kan uitvoer sonder om hom/haar te konsulteer (Anon, 1993:69).

Voorskryf van medikasie tot skedule 3

Die Wet op die Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe (Wet nr. 101 van 1965) is gewysig en sluit nou die verpleegkundige as praktisyn in (hierdie wysiging is nog nie in werking nie) en is onderhewig aan regulasies wat deur die Medisynebeheerraad en Verpleegstersvereniging opgestel sal word (SAVV, 1994:6). Hierdie wysiging stel die verpleegkundige in staat om medikasie te besit. As inaggeneem word dat ongeveer 90% van chroniese geriatrisiese pasiënte op onderhouds-geneesmiddels is, sal die besluit 'n belangrike invloed op die praktyk van die distriksgemeenskaps-verpleegkundige uitoefen (Vlok, 1981:199). Vier-en-dertig (91,9%) respondente het aangedui dat hul medikasie tot skedule 3 wil voorskryf.

Opleiding van die distriksgemeenskapsverpleegkundige om psigiatriese pasiënte tuis te versorg

In Suid-Afrika is daar 'n hoë terugvalsifer van psigiatriese pasiënte wat op 'n buite-pasiëntbasis behandel word en 'n tekort aan personeel in psigiatriese hospitale (Poggenpoel, 1994:35). Die distriksgemeenskapsverpleegkundige het 'n belangrike funksie in die verband, aangesien tussen 43,2% en 75,5% respondente die psigiatriese toestande wat in die vraelys vevat is, tuis behandel. Die verpleegkundige is in die ideale posisie om gemeenskapshulpbronne te mobiliseer ten einde terugval te voorkom, maar is sy voldoende opgelei vir haar taak?

Samevattende Gevolgtrekkings en Aanbevelings

Die funksie van die distriksgemeenskapsverpleegkundige is hoofsaaklik kuratief en rehabilitatief van aard, maar ook bevorderend en voorkomend. Dit blyk duidelik uit die navorsing dat die distriksgemeenskapsverpleegkundige wel 'n omvattende diens lewer. Die diens is ook dinamies deurdat dit siektetendense in ag neem en dienslewering dienoreenkomstig aanpas. Die diens het 'n belangrike funksie om te verrig ten opsigte van die voorkoming van oorbesetting van hospitaalbeddens en die terugval by pasiënte wat reeds uit die hospitaal ontslaan is, asook die vroeë opsporing van toestande wat behandeling vereis. Ten einde te verseker dat die diens in Suid-Afrika lewensvatbaar is, behoort dit op die laagste vlak teen die laagste koste gelewer te word.

Daar word aanbeveel dat 'n nasionale funksieverrekening van die distriksgemeenskaps-verpleegkundige uitgevoer word en dat die impak en koste-effektiwiteit van hierdie dienslewering bepaal word.

Funksies wat die distriksgemeenskapsverpleegkundige verrig	
Beraming	
•Die verpleegkundige is bewus van die pasiënt se gesondheidstoestand, asook die behandeling wat hy/sy reeds in die hospitaal ontvang het, alvorens hul besoek word.	
•Verskeie metodes word gebruik om die behoeftes van die individu en gesin, asook die omgewing te beraam.	•'n Verpleegdiagnose word gemaak na aanleiding van die gesondheidstatusdata wat ingesamel is.
Beplanning	
•Stel 'n verpleegsorgplan op ten einde geïdentifiseerde verpleegprobleme op te los.	
•Is primêr verantwoordelik vir verpleegsorg tuis.	
•Werk saam met die saalpersoneel aan die ontslagbeplanning van die pasiënt.	
•Verrig 'n koördinerings-, verwysings- en skakelfunksie in die verwysing van pasiënte na ander lede van die multi-professionele span en na gemeenskapshulpbronne.	
Implementering	
•Die ideale aantal pasiënte wat per dag besoek word is: 1-15, met inagneming van die konteks waarin die diens gelewer word.	•11-20 minute is die ideale besoektyd per pasiënt, maar daar is gesondheidstoestande wat 'n langer besoektyd vereis.
•Die verpleegkundige behoort onder aanwysing van die geneesheer te werk.	
•Die verpleegkundige behoort voorsiening te maak vir pasiëntdeelname ten opsigte van die bevordering, handhawing en herstel van gesondheid.	
•Verpleegsorg is omvattend en gerig op die interne omgewing (liggaam, psige en gees) en eksterne omgewing (fisiek, sosiaal en geestelik).	
•Die verpleegkundige doen voorspraak by die multi-professionele span namens die pasiënt.	
Evaluering	
•Die pasiënt se gesondheidsbehoefte word deurlopend ge-evalueer en die verpleegsorgplan word verander volgens die veranderende gesondheidsbehoefte van die pasiënt.	
Ander verpleegsorgkomponente	
•Pasiënte word aan die hand van bepaalde kriteria geselekteer.	•Die verpleegkundige spoor ook self gevalle op.
•Die nuwe verpleegkundige behoort 'n oriënteringstydperk van ten minste 1 week te deurloop.	
•Onderrig word aan die nuwe verpleegkundige gegee ten opsigte van wetlike aspekte, hantering van gevalle, produktiwiteit en die filosofie van die diens.	
•Verpleegstudente wat die diens besoek behoort ook onderrig te ontvang.	
•Die verpleegkundige behoort ook haar eie kennis te verbreed.	•Die verpleegkundige behoort ook deel te neem aan navorsing.
•Onderrig aan die individu en gesin moet volgens hul behoeftes wees; Freeman & Heinrich (1981) kan in die verband gebruik word.	
•Volgens behoefte behoort daar ook hulpmiddels, byvoorbeeld skaapvelle aan pasiënte voorsien te word.	
•Die verpleegkundige behoort ook aandag aan die volgende aspekte te gee: -Dienslewering -Funksies wat die verpleegkundige verrig wanneer sy terug is van die area. -Administratiewe funksies.	
Aspekte ten opsigte van tuissorg wat nog aandag moet geniet	
•Die tuisversorging van VIGS-pasiënte.	
•Die primêre gesondheidsorgfunksies wat die distriksgemeenskapsverpleegkundige behoort te verrig.	
•Die voorskryf van medikasie deur die distriksgemeenskapsverpleegkundige tot skedule 3.	
•Opleiding van die distriksgemeenskapsverpleegkundige om psigiatriese pasiënte tuis te versorg.	
•Die duplisering van tuissorgdienste moet uitgeklaar word.	

Bibliografie

- ANON, 1993. Nursing practitioners emerge as key players in the debate over reform: MD'S will fight inroads on practice. *American Journal of Nursing*, :69. Jul.
- BALY, M.E.,[]; ROBOTOM, B., & CLARK, J.M. 1988. District nursing. Second Edition. Oxford: Heineman Nursing. pp.116-129.
- BROOKS, A., & MACKAY, K. 1997. An assessment of need for district nursing. *Nursing Times*, 4-10; 94(5). Feb.
- CARTLIDGE, A., & HARRISSON, S. 1995. Nursing activities of district nursing sisters and practice nurses in selected practices in a family health services authority in Northern England. *International Journal of Research and Practice*, 1(2): 63-72. May.
- CLAUSEN, H. 1994. A country practice... rural practice/community nurse providing district nursing services. *Nursing New Zealand*, 2(4). 29. May.
- DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND POPULATION DEVELOPMENT. 1994. AIDS in South Africa. *Epidemiological Comments*. 21(11): 246, 247. Nov.
- FRISH, N. 1993. Home Care Nursing and Psychosocial Emotional Needs of Clients. *Home Healthcare Nurse*, 11(2):64- 65.
- GREEN, J.L., & DRIGGERS, B. 1989. All nurses are not alike: home health and community health nursing. *Journal of Community Health Nursing*, 6(2):86.
- GOODMAN, C. 1996. District nursing and the national health service reforms: a case for clarification. *Journal of Nursing Management*, 4(4): 207-12. Jul.
- GORDON, M. 1996. Package deals district nursing ... workload analysis. *Nursing Times*, 20-26; 92(47) 42-3. Nov.
- HORROCKS, P 1986. The components of a comprehensive district health service for elderly people: a personal view. *Age and Ageing*, : 322-324. Nov.
- HUMPHREY, C.J., & MILONE-NUZZO, P. 1993. Home care nursing orientation model: justification and structure. *Home Healthcare Nurse*, 10(3):18-25.
- IMHOF, G.P. 1990. Nursing care in the community: a proposed model. University of the Orange Free State (D. Soc. Sc. in Nursing). pp. 90, 119, 153.
- JANES, J. 1993. Support to show they are not alone: stress in district nursing. *Professional Nurse*, 8(4): 259-60. Jan.
- KEET, M.P., HARRISON, V.C., & SHORE, S.C.L. 1986. Die pasgebore baba. Johannesburg: Juta en Kie. Bpk. pp. 36 - 43.
- KOZLAK, J., & THOBABEN, M. 1994. Psychaitric home health nursing of the aged: a selected literature review. *Geriatric Nursing*, 15(3):149. May/Jun.
- McINTOSH, J. 1996. The question of knowledge in district nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33(3): 316-324. Jun.
- NOLTE, A.G.W., SLABBER, C.F., VISSER, A.A., & BRUMMER, W.E. 1987. Verloskunde vir verpleegkundiges. Kaapstad: Academica. pp. 179-217, 472.
- O'CONNOR, T. 1994. District nursing faces change. *Nursing New Zealand*, 2(2): 24-25. Mar.
- POGGENPOEL, M. 1993. Trends in Community Psychiatry. *Nursing RSA Verpleging*, 8(4): 35-36. Apr.
- RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT. 1992. Departement Verpleegkunde. Verplegingsteorie vir mensheelheid. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit. pp. 1-16.
- RAPPORT, F., & MAGGS, C. 1997. Measuring care: the case of district nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4): 673-680. Apr.
- ROSS, F.M., & BOWER, P. 1995. Standardized assessment for elderly people (SAFE): a feasibility study in district nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 4(5): 303-310. Sep.
- SALSBERRY, P.H., NICKEL, J.T., O'CONNEL. 1993. Home health care services for AIDS patients: one community's response. *Journal of Community Health Nursing*, 10(1): 39-49.
- SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING. 1994. Medication control in the future. Pretoria. *Verpleegnuus*, 18(9): 6.
- TOMS, EC 1992: Evaluating the quality of patient care in district nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17(12): 1489-1495. Dec.
- TURTON, P. & ORR, J. 1985. Learning to care in the community. London: Hodder and Slough. pp. 61, 91-93.
- VAN DER MERWE, M.M., & SMITH, J.E. 1991. Die gemeenskapsverpleegster in die volgende dekades. *Verpleging RSA*, 6(6) 38-41. Jun.
- VLOK, M.E. 1981. Gemeenskapsverpleegkunde: 'n handleiding. Kaapstad: Juta. pp. 161-200.
- VLOK, M.E. 1988. Gemeenskapsverpleegkunde en -psigiatrie: 'n handleiding. Kaapstad: Juta. pp. 4, 191, 192, 195, 258, 259.
- WILLIAMSON, Y.M. 1981. Research methodology and its application to nursing. New York: Joane Wiley and Sons. pp.154, 162.
- WILSON, H.S. 1989. Research in nursing. Second Edition. California: Addison-Wesley Publishing Company. pp. 357.
- WILSON, H.S., & KNEISL, C.R. 1988. Psychiatric nursing. Third Edition. California: Addison-Wesley Publishing Company. pp. 316-317, 730-733, 1007-1172.
- WOODS, N.F., & CATANZARO, M. 1988. Nursing research: theory and practice. St. Louis: Mosby. pp. 136, 453.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1994. Nursing beyond the year 2000. Report of the WHO study group. Geneva: World Health Organization. pp. 3-4.
- WORTH, A. 1996. Focus: identifying need for district nursing: towards a more proactive approach by practitioners. *NT Research*, 1(4): 260-269. Jul/Aug.
- YOUNG, G. 1996. A district perspective ... district nursing.. Wound care. *Nursing Times*,92(39): 76,78. Sep/Oct.

