

**‘n Evaluering van die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn werksaam in primêre gesondheidsorginstansies van die Metropoolstreek van die Wes-Kaap: ‘n Verpleegkundige perspektief.**

**Maria C Earle**



**Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad van Magister in Verpleegkunde (MCUR) aan die Universiteit van Stellenbosch.**

**April 2004**

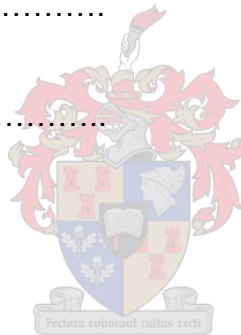
**Studieleier: Dr M.E. Bester**

## **Verklaring**

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is (tensy waar bewys van erkenning anders vermeld) en dat ek dit nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander universiteit ter verkryging van 'n graad, voorgelê het nie.

Handtekening: .....

Datum: .....



## OPSOMMING

Hierdie studie poog om 'n historiese agtergrond te skets van die kliniese verpleegpraktisyn. Areas is blootgelê vir potensiële konflik en wanpraktyke, sowel as areas vir toekomstige navorsing, dienslewering, onderrig en ondersteuning. Twee hoofemas, naamlik die huidige rol en funksie, asook die werkomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn in die Metropolstreek van die Wes-Kaap, is ondersoek.

Triangulasie is as navorsingsmetodiek aangewend. Gestruktureerde vraelyste is deur 60 kliniese verpleegpraktisyns wat hul kursus gedurende die tydperk 1994 tot 2002 voltooi het, ingevul. Voorafopgestelde kontrolelyste is by 8 verskillende primêre gesondheidsorginstansies aangewend. Kwalitatiewe data is verkry deur middel van kommentaar op die vraelyste, veldnotas, sowel as gestruktureerde en ongestruktureerde onderhoudsvoring met kliniese verpleegpraktisyns.

Uitkomsgebaseerde teoretiese en kliniese wyses van onderrig, aanvullende farmakologie, chroniese sorg, transkulturele verpleging, taalvaardigheid, asook die ontwikkeling van kriteria vir akkreditasie vir voorafleer en onderrig blyk onderrigbehoefte te wees. Leemtes op diensvlak sluit die verskil tussen diensverskaffing en diensbehoefte, daaglikse kontrolering van noodtoerusting en vennootskappe ter diensverbetering in. Aanwending, posbenamings en vergoeding benodig aandag.

Die ontwikkeling van aanvullende farmakologiekursusse vir die Wes-Kaap is as prioriteit geïdentifiseer asook indiensopleiding, die moontlikheid van 'n verpligte internskapjaar en die bespoediging van amalgamasie van gefragmenteerde dienste. Kliniese verpleegpraktisyns in bestuursposisies behoort meer betrokke te raak by die bevordering, motivering, ontwikkeling, audit en bemerking van die kliniese verpleegpraktisyn asook by die daarstel van 'n forum vir kliniese verpleegkundiges.

## SUMMARY

This study attempts to provide a historic background of the clinical nurse practitioner. Areas of potential conflict, malpractice, future research, service delivery, tuition and support are revealed. The current role and function and the work environment of the clinical nurse practitioner functioning on primary health care level in the Metropole Region of the Western Cape were examined as major themes.

Triangulation is applied as methodology. Structured questionnaires were completed by 60 clinical nurse practitioners that completed their training during the period 1994 to 2002. Pre-compiled checklists were completed at 8 different primary health care institutions. Qualitative data were obtained by comments on the questionnaires, field notes, as well as structured and unstructured interviews conducted with clinical nurse practitioners.

Needs identified include outcomes based theoretical and clinical methods of tuition, additional training in pharmacology and chronic care, transcultural nursing and the development of criteria for recognition of prior learning and experience. Disparities were identified on service level pertaining to the difference between service delivery and service needs, daily checking of emergency equipment and the establishing of partnerships on service level to improve service delivery. Utilisation, post-levels and remuneration need attention.

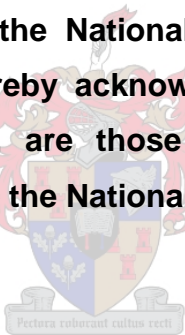
The development of courses in pharmacology for the Western Cape is identified as a priority as well as in service training, the possibility of a year of internship and the expedite of the amalgamation of fragmented services. Clinical nurse practitioners in managerial positions need to become more involved in promotion, motivation, development, audit and marketing of the clinical nurse practitioner and the establishment of a forum for clinical nurse practitioners.

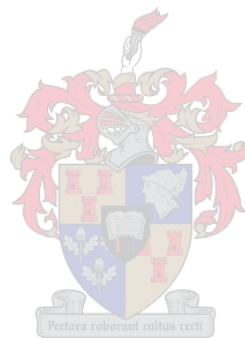
## DANKBETUIGINGS

Baie dankie aan:

- ❑ My Hemelse Vader vir die geleentheid en die deursettingsvermoë om hierdie taak te kon onderneem;
- ❑ Thys, Marieka en Douw vir die geduld en praktiese ondersteuning;
- ❑ Die NRF vir finansiële ondersteuning;
- ❑ My studieleier, Dr Estelle Bester vir volgehoue geduld, insette en aanmoediging;
- ❑ Vir my werkgewer, Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Departement Gesondheid: Metropoolstreek (Menslike Hulpbronontwikkeling en Op-  
leiding), vir gedeeltelike studieverlof;
- ❑ Die bestuur van Stad Kaapstad, Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Metropoolstreek en Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie vir toestemming tot die studie;
- ❑ My kollega, vriendin en navorsingsassistent, Danielle Jordaan, vir hulp en ondersteuning;
- ❑ Dr. Monica F. de Vries vir die finale taalversorging;
- ❑ Almal wat 'n aandeel gehad het aan die elektroniese versorging: Thys, Marieka, Greg en Johan; en
- ❑ Al die kliniese verpleegpraktisyns, wat my so na aan die hart lê, wat vrywillig deelgeneem het aan hierdie studie.

**The financial assistance of the National Research Foundation (NRF) towards this research is hereby acknowledged. Opinions expressed and conclusions arrived at, are those of the author and are not necessarily to be attributed to the National Research Foundation.**





Opgedra aan : "...Hom wat deur Sy krag wat in ons werk, magtig is om  
oneindig meer te doen as wat ons bid of dink, aan Hom kom die eer  
toe..." *Ef 3:20*

# INHOUDSOPGAWE

## **Titelbladsy**

<b>Verklaring</b> .....	ii
<b>Opsomming</b> .....	iii
<b>Summary</b> .....	iv
<b>Dankbetuigings</b> .....	v

## **Hoofstuk 1: Inleiding**

1.1 Rasionaal .....	1
1.2 Probleemstelling.....	8
1.3 Doelwitte van die navorsing .....	9
1.4 Navorsingsmetodologie.....	9
1.4.1 Navorsingsbenadering en navorsingsontwerp .....	10
1.4.2 Steekproefneming.....	10
1.4.3 Data-insameling.....	11
1.4.4 Etiese implikasies .....	11
1.5 Begripsomskrywings .....	12
1.6 Toestemming .....	13
1.7 Samevatting .....	13
1.8 Uiteensetting van hoofstukke .....	14

## **Hoofstuk 2: Literatuurstudie**

2.1 Inleiding.....	16
2.2 'n Geskiedkundige oorsig.....	20



2.2.1	Die sestigerjare .....	20
2.2.2	Die sewentigerjare .....	22
2.2.3	Inisiatiewe buite die Wes-Kaapse Metropool .....	24
2.2.4	Internasionale verwickelinge .....	25
2.2.5	Die tagtigerjare – 'n Groeiende kursus .....	27
2.2.6	As deel van ander kursusse.....	28
2.2.7	Die Diplomakursus in Kliniese Verpleegkunde Gesondheidsdiagnose Behandeling en Sorg.....	28
2.2.8	Bywerk van vroeëre kursusse.....	29
2.2.9	Die eenmaandbekendstellingskursus .....	29
2.2.10	Samewerking tussen die dienste .....	30
2.2.11	Studiemateriaal.....	31
2.2.12	Tersiëre inrigtings as rolspelers .....	32
2.3	Die benaming kliniese verpleegpraktisyn .....	34
2.4	Die bestaansrede vir die kliniese verpleegpraktisyn.....	34
2.5	Die rol en funksies van die kliniese verpleegpraktisyn .....	39
2.5.1	Internasionale perspektiewe .....	39
2.5.2	Gemeenskapsdeelname .....	42
2.5.3	Kultuur as 'n faktor .....	42
2.5.4	Wetlike parameters.....	44
2.6	Leemtes in die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn .....	46
2.6.1	Aanwending.....	46
2.6.2	Professionele eienaarskap.....	46
2.6.3	Ondersteuning .....	48
2.6.4	Internskap .....	50
2.6.5	Aanbevelings en kritiek.....	53

2.6.6	Gefragmenteerde dienste .....	55
2.6.7	Gemeenskapsbetrokkenheid .....	57
2.6.8	Voorrade en toerusting .....	58
2.7	Die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn.....	58
2.8	Samevatting .....	60

### **Hoofstuk 3: Navorsingsmetodologie**

3.1	Inleiding.....	62
3.2	Navorsingsontwerp .....	63
3.3	Navorsingsbenadering .....	63
3.3.1	Triangulasie .....	64
3.3.2	Kwalitatiewe benadering.....	65
3.3.3	Kwantitatiewe benadering.....	65
3.4	Steekproef .....	66
3.4.1	Kliniese verpleegpraktisyn .....	66
3.4.2	Werkomgewing .....	67
3.5	Instrumente .....	69
3.5.1	Vraelyste.....	70
3.5.2	Onderhoudvoering .....	72
3.5.3	Kontrolelyste .....	73
3.6	Data-insameling .....	74
3.7	Loodsstudie.....	75
3.8	Kenmerke van data-insamelingsinstrumente .....	76
3.8.1	Betroubaarheid en Geldigheid .....	76
3.8.1.1	Betroubaarheid.....	76
3.8.1.2	Geldigheid .....	76

3.8.2	Gevoeligheid .....	76
3.8.3	Geskiktheid.....	77
3.8.4	Objektiwiteit .....	77
3.8.5	Uitvoerbaarheid .....	77
3.8.6	Etiese aanvaarbaarheid.....	78
3.9	Etiese implikasies.....	78
3.10	Data-analise .....	79
3.11	Samevatting .....	79

## **Hoofstuk 4: Data-analise en Bevindings**

4.1	Inleiding.....	80
4.2	Metode van data-analise .....	80
4.3	Kwantitatiewe data .....	80
4.3.1	Die Vraelys .....	81
4.3.1.1	Afdeling A: Sosiografiese data .....	81
4.3.1.2	Afdeling B: Opleiding.....	86
4.3.1.3	Afdeling C: Take en funksies.....	90
4.3.1.4	Afdeling D: Kennis van siektetoestande .....	102
4.3.1.5	Afdeling E: Hantering van die kliënt .....	109
4.3.1.6	Afdeling F: Spanbenadering.....	114
4.3.2	Die Kontrolelyns .....	124
4.3.2.1	Sosiografiese data.....	124
4.3.2.1.1	Instansies.....	124
4.3.2.1.2	Bereikbaarheid van instansie .....	125
4.3.2.2	Dienslewering van dokter by instansie .....	125

4.3.2.3	Bestuur van instansie .....	126
4.3.2.4	Omskrywing van diens.....	126
4.3.2.5	Ouderdom van kliënte wat deur instansie bedien word .....	127
4.3.2.6	Mediese spesialisdienslewering by primêre gesondheidsorginstansies .....	127
4.3.2.7	Verpleegkundige spesialisdienslewering by primêre gesondheidsorginstansies .....	128
4.3.2.8	Dienslewering van ander gesondheidsberoepes by primêre gesondheidsorginstansies .....	129
4.3.2.9	Toestande of prosedures wat daagliks by instansies deur kliniese verpleegpraktisyns hanteer word.....	130
4.3.2.9.1	Immunisasies .....	130
4.3.2.9.2	Ander voorkomende aktiwiteite .....	130
4.3.2.9.3	Sekondêre voorkoming .....	131
4.3.2.9.4	Tersiêre voorkoming .....	132
4.3.2.10	Konsultasies per dag verwag van 'n kliniese verpleegpraktisyn.....	134
4.3.2.11	Toegang tot dokumentasie .....	134
4.3.2.12	Items sigbaar by instansies.....	137
4.3.2.13	Toegang tot lêers .....	138
4.3.2.14	Naslaanhulpmiddels vir kliniese verpleegpraktisyns .....	138
4.3.2.14.1	Boeke.....	138
4.3.2.14.2	Protokolle vir hantering van kinders .....	138
4.3.2.14.3	Immunisering .....	138
4.3.2.14.4	Protokolle vir hantering van volwassenes .....	139
4.3.2.14.5	Ander .....	139
4.3.2.15	Voorraad en toerusting .....	140

4.3.2.16 Lokale vir konsultasies.....	141
4.3.2.17 Skryfbehoeftes .....	142
4.3.2.18 Voorraadopname en herstelwerk .....	142
4.3.2.19 Ondersteuning aan kliniese verpleegpraktisyns .....	143
4.3.2.20 Onderrig deur kliniese verpleegpraktisyns .....	144
4.3.2.21 Veiligheid van kliniese verpleegpraktisyns .....	144
4.3.2.22 Hantering van medikasie en noodvoorraad .....	146
4.3.2.23 Reproductiewe Gesondheid .....	146
4.3.2.24 Apteek .....	147
4.4 Kwalitatiewe Data.....	147
4.5 Samevatting .....	155

## **Hoofstuk 5: Gevolgtrekkings en aanbevelings**

5.1 Inleiding.....	156
5.2 Ouderdom en ondervinding .....	157
5.3 Ondersoek na 'n modulêrekursus en afstandsonderrig .....	158
5.4 Mentorskap .....	159
5.5 Vennootskappe van privaatinstansies en die openbare sektor .....	160
5.6 Paradigmaskuif na primêre gesondheidsorg .....	161
5.7 Die dienslewering van verpleegspesialiste op primêre gesondheidsorgvlak .....	161
5.8 Aanwending van vaardighede .....	162
5.9 Verpleegkundiggedrewe dienste .....	164
5.10 Kliniese verpleegpraktisyns in bestuursposisies .....	165
5.11 Posbenamings .....	165
5.12 Vrywillige jaar van internskap.....	167

5.13	Werkslading .....	167
5.14	Verpligte internskapjaar .....	168
5.15	Motivering.....	169
5.16	Sertifisering .....	169
5.17	Onderhandelinge ten opsigte van praktyksveranderinge .....	170
5.18	Akkreditasie vir kursus in chroniese sorg .....	171
5.19	Veranderinge aan die aptekerswet.....	172
5.20	Toegerus vir noodsituasies .....	173
5.21	Indiensopleiding .....	173
5.22	Hantering van psigiatriese kliënte op primêre Gesondheidsorgvlak .....	174
5.23	Statistiek.....	174
5.24	Indiensopleidingsbehoefte .....	175
5.25	Terme.....	176
5.26	Kulturele inagneming .....	177
5.27	Taal .....	177
5.28	Spanbenadering.....	178
5.29	Werktevredeheid .....	179
5.30	Forum.....	179
5.31	Verhoudings met dokters .....	179
5.32	Gemeenskapsbetrokkenheid.....	180
5.33	Diensverbetering .....	180
5.34	Persoonlike ontwikkeling .....	183
5.35	Eenstopdiens .....	184
5.36	Naslaanhulpmiddels en protokolle .....	185

5.37	Dokumentasie .....	186
5.38	Toerusting en voorraad .....	187
5.39	Noodvervoer.....	189
5.40	Samevatting .....	189
<b>Verwysings .....</b>		<b>195</b>

### Lys van tabelle

Tabel 2.1:	Aanwending van die kliniese verpleegpraktisyn volgens Kapp (2000).....	38
Tabel 3.1:	Instansies besoek deur die navorser .....	68
Tabel 4.1:	Jaar van opleiding.....	86
Tabel 4.2:	Dienste by instansie gelewer .....	127
Tabel 4.3:	Verpleegkundige spesialisdienste by primêre gesondheidsorginstansies gelewer .....	129
Tabel 4.4:	Ander dienste by primêre gesondheidsorginstansies gelewer .....	129
Tabel 4.5:	Items sigbaar by instansies.....	137
Tabel 4.6:	Toerusting tot kliniese verpleegpraktisyns se beskikking by primêre gesondheidsorginstansies.....	140
Tabel 4.7:	Verbruiksartikels by instansies tot kliniese verpleegpraktisyns se beskikking .....	141
Tabel 4.8:	Indiensopleidingsbehoefte van kliniese verpleegpraktisyns .....	143
Tabel 4.9:	Veiligheid van kliniese verpleegpraktisyns by Instansies.....	145
Tabel 4.10:	Die hantering van medikasievoorraad deur kliniese verpleegpraktisyns .....	146
Tabel 4.11:	Noodtrollie.....	146
Tabel 4.12:	Aptek .....	147

Tabel 4.13:	Indiensopleidingsbehoefte van kliniese- Verpleegpraktisyns .....	149
Tabel 5.1:	Naslaanhulpmiddels .....	185

## Lys van figure


Figuur 1.1:	Die profiel van die kliniese verpleegpraktisyn .....	5
Figuur 2.1:	Leininger se Sunrise Model .....	44
Figuur 4.1:	Ouderdom van die kliniese verpleegpraktisyns.....	82
Figuur 4.2:	Instansies waar die kliniese verpleegpraktisyns werksaam was .....	83
Figuur 4.3:	Die hoedanigheid waarin die kliniese verpleegpraktisyns werksaam was .....	85
Figuur 4.4:	Posbenamings van kliniese verpleegpraktisyns.....	86
Figuur 4.5:	Rede vir die deurloop van die kursus.....	88
Figuur 4.6:	Skriftelike magtiging.....	88
Figuur 4.7:	Inskrywing (lysting) by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.....	89
Figuur 4.8:	Geskiedenisneming, fisieke ondersoek, beraming en diagnosering .....	91
Figuur 4.9:	Voorskryf van medikasie.....	91
Figuur 4.10:	Bestel van medikasie.....	93
Figuur 4.11:	Uitreik van medikasie.....	93
Figuur 4.12:	Opleiding in die hantering van medikasievoorraad .....	94
Figuur 4.13:	Betrokke by chroniese klubs .....	95
Figuur 4.14:	Hantering van trauma en noodtoestande.....	96
Figuur 4.15:	Kontrolering van noodtrollie .....	97
Figuur 4.16:	Wondsorg .....	98
Figuur 4.17:	Verskaf indiensopleiding aan personeel .....	99
Figuur 4.18:	Hantering van psigiatriese kliënte .....	99



Figuur 4.19:	Indiensopleiding in geestesgesondheid op primêre Gesondheidsorgvlak .....	100
Figuur 4.20:	Genetika .....	103
Figuur 4.21:	HIV / VIGS, Tuberkulose en ander seksueel oordraagbare infeksies .....	104
Figuur 4.22:	Dermatologie .....	105
Figuur 4.23:	Oor-, neus- en keeltoestande en respiratoriese Toestande.....	106
Figuur 4.24:	Endokrienetoestande.....	108
Figuur 4.25:	Muskulo-skeletale en neurologiese toestande.....	108
Figuur 4.26:	Oordraagbare siektes .....	109
Figuur 4.27:	Primêre voorkoming.....	110
Figuur 4.28:	Primêre voorkomingsdiens .....	110
Figuur 4.29:	Sekondêre voorkomingsdiens.....	111
Figuur 4.30:	Tersiêre voorkomingsdiens.....	111
Figuur 4.31:	Samewerking met gemeenskapsinstansies.....	112
Figuur 4.32:	Kulturele voorkeure.....	113
Figuur 4.33:	Tale.....	114
Figuur 4.34:	Werkstevredenheid.....	115
Figuur 4.35:	Goeie verhoudinge met dokters.....	116
Figuur 4.36:	Gemeenskapsbetrokkenheid .....	117
Figuur 4.37:	Skoolgesondheid .....	118
Figuur 4.38:	Kindermishandeling en verkragting.....	119
Figuur 4.39:	Beëindiging van swangerskap .....	120
Figuur 4.40:	Tegniese opleiding.....	120
Figuur 4.41:	Bejaardesorg en tuisversorging .....	121
Figuur 4.42:	Programme vir diensverbetering.....	122

Figuur 4.43:	Persoonlike ontwikkeling.....	123
Figuur 4.44:	Indiensopleiding deurloop.....	123
Figuur 4.45:	Behoeftte aan meer indiensopleiding.....	124
Figuur 4.46:	Instansies besoek.....	125
Figuur 4.47:	Voorkomende aktiwiteite deur kliniese verpleegpraktisyns.....	131
Figuur 4.48:	Kuratiewe dienslewering deur kliniese verpleegpraktisyns.....	133
Figuur 4.49:	Rehabilitasie (tersiêre voorkoming) op primêre gesondheidsorgvlak.....	133
Figuur 4.50:	Toegang van kliniese verpleegpraktisyns tot dokumentasie.....	135
Figuur 4.51:	Toegang van kliniese verpleegpraktisyns tot dokumentasie (vervolg).....	135
Figuur 4.52:	Toegang van kliniese verpleegpraktisyns tot dokumentasie (vervolg).....	136

## Bylaes

Bylae A:	Toestemming	
Bylae B:	Geyer N. (n.d.). Legal Limitations of Nurses' Practice in Primary Health Care	
Bylae C:	Vraelys	
Bylae D:	Kontrolelyns	

# HOOFSTUK 1

## INLEIDING

### 1.1 RASIONAAL

Soos die profiel van die gesondheidsdienste verander het om by die heersende politieke en sosio-ekonomiese ontwikkelinge van die Suid-Afrikaanse samelewing aan te pas, so ook het die rol en funksie van die verpleegkundige op primêre gesondheidsorgvlak verander om by hierdie dinamiese veranderende gesondheidsbehoefte van die openbare sektor aan te pas. Die feit dat die verpleegkundige hiermee die kuratiewe veld betree het, strook ook met die algemene geskiedenis van die verpleegkundige in Suid-Afrika, waar die verpleegkundige ook dikwels in die verlede multiprofessioneel aangewend is, weens 'n tekort in ander gesondheidsberoepes, soos byvoorbeeld die beroep van mediese praktisyn soos bespreek in Searle (1987:192).

Die konsep van die kliniese verpleegpraktisyn in Suid-Afrika, wat leemtes gevul het wat deur dokters gelaat is in die gesondheidsdienste, veral in die geografiese areas wat vroeër nie voldoende bedien is nie, is versterk deur die internasionale konferensie te Alma Ata in 1978. Internasionale verwikkelinge op die terrein van primêre gesondheidsorg, dit wil sê die eerste vlak van gesondheidsdienslewering, het in die sewentigerjare begin plaasvind. Gedurende 6 tot 12 September 1978 het die Alma Ata Konferensie in die destydse USSR plaasgevind en die Alma Ata Deklarasie is deur verskeie lande, asook deur Suid-Afrika, onderteken. Tydens hierdie konferensie het lande van oor die hele wêreld hul toewyding tot die sosiale doelstelling, *Gesondheid vir Almal*, herbevestig en primêre gesondheidsorg is as strategie geïdentifiseer om hierdie doel te bereik.

In 'n gesamentlike verslag deur die Wêreld Gesondheid Organisasie (WGO) en die Verenigde Volke se Kinderfonds, aan die Alma Ata Konferensie (1978), algemeen bekend as *UNICEF*, is die volgende definisie van primêre gesondheidsorg aanvaar:

*“Primêre gesondheidsorg is essensiële gesondheidsorg wat universeel toeganklik is vir individue en hul gesinne, geleë in die gemeenskap, aanvaarbaar vir hulle danksy*

*volle deelname teen 'n koste wat die gemeenskap en die land kan bekostig. Primêre gesondheidsorg vorm 'n integrale deel van die nasionale gesondheidstelsel en is die kern daarvan, asook van die sosiale en ekonomiese ontwikkeling van die land. Dit is dus 'n volhoubare gesondheidsdiens ten opsigte van die voorkomende, bevorderende, kuratiewe en rehabilitatiewe aspekte van gesondheid" (WGO, 1978:3).*

Volgens 'n studie deur Kapp (2000:5) en in oorstemming met die Alma Ata Deklarasie (WGO, 1978:24-25), was die rede vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne sedert die sewentigerjare in Suid-Afrika, wel deeglik om primêre gesondheidsorg meer toeganklik, bekostigbaar en aanvaarbaar te maak vir gemeenskappe waar daar nie voldoende dokters beskikbaar was om diens te verrig nie, of waar dokters reeds oorlaai was met groot getalle kliënte op primêre gesondheidsorgvlak. Hierdie rede word ook bevestig deur die geskiedenis van die kliniese verpleegpraktisyne, soos weergegee in skriftelike kommunikasie deur Ogilvie (2002:n.pag.) en Major (2000:n.pag.). Verder was dit, soos ook bevestig deur Kapp (2000:7) 'n ekonomiese oorweging in dié sin dat dit duur was om dokters op te lei en daarna hoë salarisse te betaal. Die navorser beskou hierdie rede egter eerder 'n uitvloeisel op die aanvanklike praktyk van kliniese verpleegkunde, aangesien die klem nie oorspronklik geval het op die ekonomiese oorweging vir praktisering vanuit 'n verpleegkundige oogpunt nie. Die ekonomiese voordeel hieraan verbonde het later, met die politieke en sosio-ekonomiese omwentelinge in die gesondheidsorgdienste, 'n al hoe groter rol begin speel in die relevansie van die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyne. Volgens die geskiedenis van die kliniese verpleegpraktisyne in die Wes-Kaapprovinsie se Metropolstreek, soos in detail weergegee in hoofstuk 2, was hulp aan die dokter die aanvanklike oorweging (Ogilvie, 2001:n.pag.). Volgens Kapp (2000:7) was 'n dokter oorgekwalifiseer en nie doelmatig genoeg opgelei om basiese primêre gesondheidsorg te lewer nie. Dokters was ook nie altyd gewillig om in die behoefstigste gebiede te werk waar die dienste broodnodig was nie. Die gevolgtrekking is uit Kapp se studie gemaak dat die kliniese verpleegpraktisyne nie alleen 'n meer koste-effektiewe diens gelewer het nie, maar ook voldoen het aan die behoeftes van 'n gemeenskap waar die dokter nie altyd gewillig was om diens te verrig nie.

Die bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyne verskil egter van dié van die dokter in die sin dat artikel 38A van die Wet op Verpleging (50 van 1978, soos gewysig 1981) en die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging se Regulasie 2418 die praktyk van

die kliniese verpleegkundige afbaken en slegs voorsiening maak vir die voorskrif van medikasie tot en met skedule 4. Die dokter wat op primêre gesondheidsorgvlak werksaam is se bestek van praktyk laat voorskrifte tot en met skedule 7 toe. Minder ernstige akute ongesteldhede word deur kliniese verpleegpraktisyns behandel. Die kliniese verpleegpraktisyn word wel opgelei om die meeste chroniese medikasie te herhaal waar daar nie komplikasies voorkom nie, op voorwaarde dat die kliënt se medikasie sesmaandeliks deur 'n dokter geëvalueer word wat weer 'n skriftelike voorskrif moet voorsien.

Hierdie idee om die verantwoordelikheid vir die lewering van primêre gesondheidsorg van die dokter na die verpleegkundige te verskuif, is ook in die sewentigerjare toegepas in ontwikkelende lande van Oos-Afrika en in ontwikkelde lande soos die Verenigde State van Amerika en Brittanje (Kapp, 2000:5). Colombië maak ook sedert 1984 van soortgelyke praktisyns gebruik. Alhoewel wetgewing nie aanvanklik voorsiening gemaak het vir die voorskrif van geneesmiddels deur hierdie praktisyns nie, word hulle meestal aangewend vir siftings, voorkomende gesondheid en navorsing. In Botswana is verpleegkundiges gebruik om omvattende moeder- en kindergesondheidsorg te lewer en terselfdertyd behandelings voor te skryf vir siektes en beserings op primêre gesondheidsorgvlak. In Jamaica is sedert 1978 gekonsentreer op die hantering van hipertensie en diabetes, insluitend die voorskrif van medikasie. In Korea en Thailand het verpleegpraktisyns reeds sedert 1982, na aflegging van 'n na-basiese kursus, ingestaan vir dokters en akute toestande, sowel as chroniese toestande behandel in gebiede waar daar geen dokters werksaam was nie (Maglacas in Salvage, 1991:3-4).

*An Abstract for Action* verwys na die *Lysaught-verslag van 1970* waarin aanbevelings gemaak is aangaande die bestek van praktyk van verpleegkundiges. Na aanleiding van die stygende aanvraag na gesondheidsorg en ook as gevolg van kritiese tekorte aan dokters, was daar voorstelle vir herstrukturering van die rol van die verpleegkundige, sodat die verpleegkundige soveel moontlik funksies van die geneesheer kon oorneem (Dolan, 1973:318).

In die Suid-Afrikaanse konteks het Mellish (1984:23) die verpleegkundige as 'n kernfiguur in die lewering van primêre gesondheidsorgdienste beskryf. Mellish noem dat die verpleegkundige aanvullend tot die dokter gewerk het en nie vir die dokter 'n be-

dreiging was nie. Volgens Mellish was die bestek van praktyk die bydraende faktor vir die behoud van die dokter en ter beskerming van die geregistreerde verpleegkundige.

Die term *verpleegpraktisyn* is nie spesifiek 'n formele titel nie; dis eerder 'n vorm van praktyk. Dit is beslis makliker om te probeer verduidelik wat 'n kliniese verpleegpraktisyn nie is nie, as wat dit is om te verduidelik wat 'n kliniese verpleegpraktisyn wel is. 'n Kliniese verpleegpraktisyn is nie die dokter se handlanger of assistent nie, maar is 'n onafhanklike praktisyn met 'n uitgebreide kennis van 'n gedefinieerde veld en kan bewys lewer van toepaslike na-basiese opleiding. Verantwoordelikhede wat voorheen deur dokters gedra is, behels die ondersoek, diagnosering en behandeling van persone met endemiese siektetoestande. Verpleegkundiges het hulself bevoeg bewys in bogenoemde areas en sodoende kontinuïteit op primêre gesondheidsorgvlak verseker (Maglacas in Salvage, 1991:1-3). Die benaming, *kliniese verpleegpraktisyn*, word nie in alle lande vir hierdie kategorie praktisyn gebruik nie. In die Republiek van Korea word hulle *gemeenskapsgesondheidpraktisyns* genoem en in die Soedan word hulle *mediese assistente* genoem (Maglacas in Salvage, 1991:1).

Alhoewel kliniese verpleegpraktisyns nie dokters is nie, verrig hul tog wel volgens Stillwell in Salvage (1991:67-73) mediese take. Stillwell maak in dié verband 'n kontroversiële stelling deur te sê dat hierdie verpleegkundiges eerder as deel van die mediese instelling gesien behoort te word in plaas van as deel van die verpleeginstelling. In Kapp (2000:19) word beskryf dat kliniese verpleegpraktisyns in diens van die Wes-Kaapprovinsie hulself egter steeds identifiseer met die verpleegprofessie en hulself nie as dokters sien nie. Daar bestaan egter geen twyfel nie dat die kliniese verpleegpraktisyn oor die tradisionele grense van die mediese professie beweeg en oor addisionele kennis en vaardighede buite die verpleegveld beskik. Die kliniese verpleegpraktisyn kan nie net meer funksies verrig as ander verpleegkollegas nie, maar kan ook meer rolle vervul en moet dikwels instaan vir lede van ander gesondheidsberoepes wat hul lede aansienlik beter vergoed as die verpleegberoep. Voorbeelde hiervan is veral die dokter en die apteker (GGDO, 2001:1-6), maar ook ander soos die maatskaplike werker, die radiografis en die fisioterapeut.

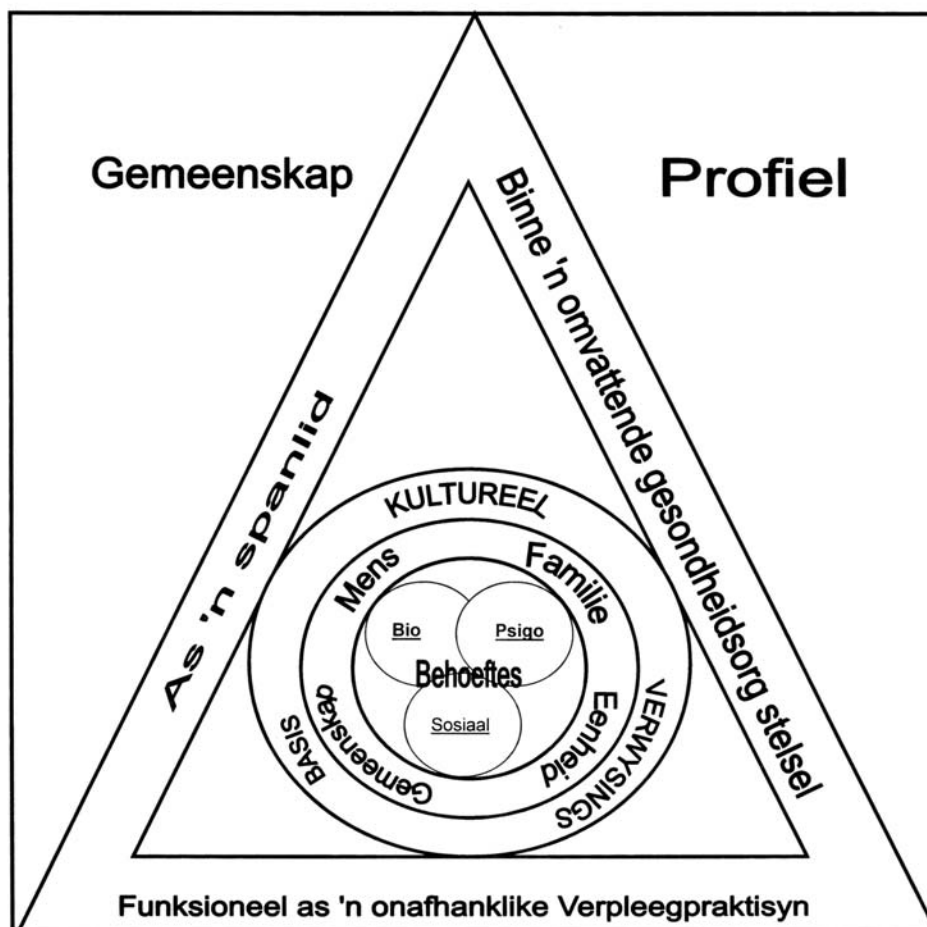
Die kurrikulum vir die sertifikaatkursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg van die Wes-Kaapprovinsie (PAWK, 2000:10) beskryf die kliniese verpleegpraktisyn as 'n onafhanklike praktisyn, verantwoordelik vir eie optredes en versuime,

met 'n afhanklike funksie in 'n multidissiplinêre spanverband. Die kliniese verpleegpraktisyn hanteer die kliënt as 'n individu, as 'n fisiese, psigiese en sosiale wese. Sodanige individu vorm egter ook deel van 'n gesin/familie en 'n spesifieke gemeenskap, met 'n spesifieke kulturele verwysingsraamwerk (Figuur 1.1).

In die Wes-Kaapprovinsie net soos in die ander provinsies van Suid-Afrika, staan die gesondheidsdienste steeds voor die uitdaging om aan die verbruiker van openbare gesondheidsdienste 'n toeganklike, bereikbare en bekostigbare diens van aanvaarbare kwaliteit te lewer, veral in tye waar finansiële hulpbronne al hoe minder word. Die basis van gehaltesorg is doeltreffende en veilige praktykvoering, gebaseer op wetenskaplik gefundeerde kennis eerder as op ekonomiese oorwegings. (Househam, in Departement Gesondheid Wes-Kaap, 2003:4).

### FIGUUR 1.1

Die profiel van die kliniese verpleegpraktisyn



(PAWK, 2000:10)

Die probleme wat in die Wes-Kaapprovinsie ervaar is met die begrotings van die 2001/2002 en die 2002/2003 finansiële jaar het 'n strategiese raamwerk, *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care*, die lig laat sien.

*Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* stel die volgende in die vooruitsig:

- 'n primêre gesondheidsorgbenadering;
- die verskuiwing van verbruikers na meer toepaslike vlakke van sorg;
- kostebesparing; en
- gelyke toeganklikheid tot kwaliteit gesondheidsorg.

Die 2003/2004 finansiële jaar sal gewy word aan gedetailleerde beplanning van *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care*, met hervorming wat in die 2004 / 2005 finansiële jaar sal begin (Househam, in Departement Gesondheid Wes-Kaap, 2003:4). Die strategiese visie van *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* blyk om te dien as konseptuele raamwerk om sodoende voort te bou op die herstrukturering van die gesondheidsdienste wat reeds sedert 1994 'n aanvang geneem het met die ingebruikneming van die Nasionale Gesondheidsplan, soos opgestel deur die *African National Congress (ANC)*, 1994.

*Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care*, as strategiese raamwerk, is in Maart 2003 deur die Kabinet goedgekeur en die implementeringsplan sal fokus op:

- dienste;
- personeel;
- finansies; en
- infrastruktuur.



Die voorsiening van meer distrikshospitale (tans 'n leemte in die Metropoolstreek) word in die vooruitsig gestel. Sodra 'n netwerk van distrikshospitale gevestig is, word daar beoog om die huidige doktergedrewe primêre gesondheidsorgdiens om te skakel na 'n kostebesparende verpleegkundiggedrewe diens, soos alreeds in die res van die provinsie figureer. Een van die grootste Menslike Hulpbronnuitdagings is om te verseker dat die personeel, insluitend die kliniese verpleegpraktisyn, die uitdagings van dienslewering sal kan hanteer.

*Doelwitte van Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care is soos volg* (Departement Gesondheid Wes-Kaap, 2003:9):

- verbetering van gesondheidsorg; en
- beperking van uitgawes binne volhoubare perke.

*Onderliggende beginsels van Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* (Departement Gesondheid Wes-Kaap, 2003:9):

- kwaliteitsorg op alle vlakke;
- toeganklikheid van dienste;
- koste-effektiewe dienslewering;
- primêre gesondheidsorgbenadering;
- samewerking tussen alle vlakke van sorg; en
- lewering van chroniese sorg buite hospitaalverband.



Met hierdie navorsing wou die navorser egter vanuit die perspektief van 'n kliniese verpleegpraktisyn evalueer of die rolle en funksies van die kliniese verpleegpraktisyn in ooreenstemming is met die verwagtinge van die gesondheidsowerhede van die Wes-Kaapprovinsie se Metropoolstreek.

## 1.2 PROBLEEMSTELLING:

Devereaux in Salvage (1991:21) is van mening dat indien die kliniese verpleegpraktisyn nie 'n rol speel in die lewering van gesondheidsorg in die een-en-twintigste eeu nie, veral in die ontwikkelende wêreld, die doelwitte van *Gesondheid vir Almal* 'n skrale kans het om te realiseer.

Terwyl *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* 'n realiteit in die Wes-Kaap is en herstrukturering van personeel op primêre gesondheidsorgvlak ter wille van kostebesparing in die onmiddellike vooruitsig gestel word, gaan die kliniese verpleegpraktisyn onteenseglik deur die herstrukturering geraak word.

*Met hierdie studie het die navorser die volgende vrae gevra:*

**Dra die leiers in gesondheidsorg, asook die kliniese verpleegpraktisyn in die Wes-Kaap se Metropoolstreek werklik kennis van die historiese agtergrond van die kliniese verpleegpraktisyn wat in die Metropoolstreek, werkzaam is?**

Om te kan bou op die toekoms moet daar 'n kennis van die verlede en 'n insig in die hede wees, om as basis te dien vir verdere studies en besluite oor die kliniese verpleegpraktisyn. Met die wisseling van personeel in die gesondheidsorgdienste wil dit soms voorkom of daar nie altyd die nodige kennis en begrip is vir die herkoms van die kliniese verpleegpraktisyn nie. Uit gesprekvoering met kliniese verpleegpraktisyns en na aanleiding van die navorser se persoonlike ervaring het die navorser reeds dikwels op grondvlak ervaar dat insig soms by individue ontbreek ten opsigte van die kliniese verpleegpraktisyn se rol en praktykvoering. Dit is 'n ontstellende feit, veral omdat sodanige persone dikwels 'n rol moet speel in besluitnemingsprosesse wat die kliniese verpleegpraktisyn raak.

**Hoe lyk die huidige praktykvoering van die kliniese verpleegpraktisyn in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie?**

**Hoe sien die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn daar uit?**

Die navorser ondersoek met hierdie studie die dag-tot-dag praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn wat op primêre gesondheidsorgvlak in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie, werksaam is. Die studie evalueer ook die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn deur dit te meet aan die norme en standaarde vir primêre gesondheidsorg soos opgestel deur die Nasionale Departement van Gesondheid, September 2001.

### 1.3 DOELWITTE VAN DIE NAVORSING

*Die doelwitte van die navorsing was om die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn te verken deur middel van:*

- ❑ evaluering van die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn werksaam by openbare primêre gesondheidsorginstansies in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie;
- ❑ evaluering van die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn werksaam by openbare primêre gesondheidsorginstansies in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie;
- ❑ identifisering van leemtes en behoeftes vanuit die oogpunt van die kliniese verpleegpraktisyn; en
- ❑ die maak van aanbevelings vir verdere navorsing en die verbetering van die praktyk en omgewing van die kliniese verpleegpraktisyn.

### 1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE

'n Nie-eksperimentele beskrywende studie is uitgevoer. Deur gebruik te maak van 'n ryke verskeidenheid benaderings en metodes, is 'n wetenskaplike basis daargestel. Volgens Polit & Hungler (n.d.:24) is die betroubaarheid en geldigheid van die studie sodoende versterk.

### 1.4.1 Navorsingsbenadering en navorsingsontwerp

Die studie het elemente van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes ingesluit. Die navorser het dus van triangulasie as tegniek gebruik gemaak deur meer as een metode te gebruik om die data in te samel. Die kwantitatiewe data is deur middel van gestruktureerde vraelyste en kontrolelyste ingesamel en was dus meetbaar en statisties verwerkbaar aangesien numeriese data gebruik is om inligting in te samel (Seaman 1987:169). Dit het aanleiding gegee tot die beskrywing van veranderlikes en die interaksies tussen veranderlikes. Afgesien van die verskaffing van inligting aan diensverskaffers en beplanners wat kan bydra tot hul kennisbasis, het uit die data ook navorsingsvrae ontstaan wat in die toekoms verder nagevors kan word.

Die kwalitatiewe data was aanvullend tot die kwantitatiewe data en dien om die kwantitatiewe data te versterk (De Vos, 2000:360). Die kwalitatiewe benadering verwys na 'n holistiese siening en die navorser het hiermee beoog om die kenmerke en onderliggende dimensies waar te neem, (dit wil sê die realiteite wat op persepsies gebaseer is) dit te beskryf, te vergelyk en te analiseer (Seaman, 1987:169).

### 1.4.2 Steekproefneming

Daar is van gerieflikheidseleksie gebruik gemaak, aangesien kliniese verpleegpraktisyns (opgelei 1994-2000), by die Metropoolstreek van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding, werksaam op primêre gesondheidsorgvlak in die Metropoolstreek, is versoek om 'n gestruktureerde vraelys in te vul. Vraelyste is aan 64 persone by 36 primêre gesondheidsorginstansies uitgedeel.

Daar is ook van gerieflikheidseleksie gebruik gemaak tydens die invul van die kontrolelyste deur die navorser om sodoende die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn te evalueer. Aspekte soos toeganklikheid, bereikbaarheid, verskeidenheid en koste-effektiwiteit is vooropgestel met die steekproefneming.

### **1.4.3 Data-insameling**

Data-insameling is gedoen tussen Februarie 2003 en April 2003. Soos reeds genoem, is data ingesamel deur middel van gestruktureerde vraelyste aan kliniese verpleegpraktisyne, gestruktureerde en ongestruktureerde onderhoudvoering met kliniese verpleegpraktisyne, asook deur middel van direkte waarneming by primêre gesondheidsorginstansies, met behulp van kontrolelyste. Die invul van die vrywillige vraelyste het ongeveer 10 minute in beslag geneem. Kontrolelyste is ingevul deur die navorser of 'n navorsingsassistent tydens 'n besoek aan 8 doelbewus geselekteerde instansies, soos vooraf met die betrokke toesighouer of verteenwoordiger van elk van die geselekteerde instansies gereël. Vrywillige onderhoudvoering is vooraf met die betrokke persone gereël en het ongeveer 20 tot 30 minute geduur.

Die 8 doelbewus geselekteerde primêre gesondheidsorginstansies in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie waar die kontrolelyste ingevul is, was die volgende: Wesfleur Hospitaal, Macassar Gemeenskapsgesondheidsentrum, Ikwezi Gemeenskapsgesondheidsentrum, Dirkie Uysplein Gemeenskapsgesondheidsentrum, Brackenfell Kliniek, Albou Gardens Kliniek, Table View Kliniek en Bothasig Kliniek. Soos reeds genoem, is hierdie instansies geselekteer op grond van hul toeganklikheid en bereikbaarheid. Hierdie instansies verteenwoordig 'n breë spektrum van primêre gesondheidsorgdienste, naamlik klinieke, gemeenskapsgesondheidsentrums, vier-en-twintig-uur-gesondheidsdienste en distrikshospitale, sommige waarvan onder beheer van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap staan, ander weer onder beheer van Stad Kaapstad se administrasies.

### **1.4.4 Etiese implikasies**

Hierdie studie het geen etiese implikasies vir die pasiënt ingehou nie, asook geen finansiële implikasies vir die instelling nie, aangesien geen tussentrede beoog was nie. Anonimiteit en vertroulikheid ten opsigte van die inligting verskaf deur elke deelnemer is gerespekteer. Die identiteit van die respondente van die vraelyste was wel aan die navorser bekend, maar resultate is anoniem in groepsverband hanteer. Die resultate van die kontrolelyste is volgens die onderwerpe op die kontrolelyste bespreek en nie in terme van individuele instansies nie.

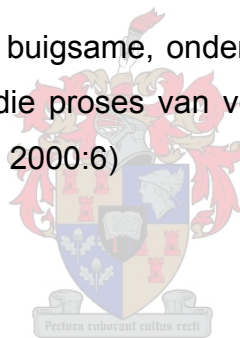
## 1.5 BEGRIPSOMSKRYWINGS:

- **Aanvaarbaar:** Die graad waaraan die 'redelike' verwagtinge van die kliënt voldoen word.
- **Effektief:** Die hoeveelheid beoogde voordeel as uitkoms.
- **Gemeenskap:** 'n Geografies afgebakende gebied, saamgestel uit interafhanklike stelsels van formele organisasies wat sosiale instellings weerspieël en wie se funksies of bedoeling die bereiking van 'n wye verskeidenheid gesamentlike behoeftes is (PAWK, 2000:5).
- **Gemeenskapsdeelname:** Sluit die individu in as betrokke by sy/haar eie gesondheid, asook die individu, as deel van 'n geografies afgebakende area se betrokke by besluitneming oor gesondheidsorg.
- **Kliniese verpleegpraktisyn:** 'n Onafhanklike praktisyn, verantwoordelik vir eie optredes en versuime, met 'n afhanklike funksie in multidissiplinêre verband. Die kliniese verpleegpraktisyn hanteer die kliënt as 'n individu, as 'n fisiese, psigiese en sosiale wese. Sodanige individu vorm egter ook deel van 'n gesin/familie en 'n spesifieke gemeenskap met 'n spesifieke kulturele vewysingsraamwerk (PAWK, 2000:10).
- **Onafhanklike praktyk:** 'n Professionele persoon wat onafhanklik van ander professionele persone praktiseer (PAWK, 2000:6).
- **Primêre gesondheidsorgbenadering:** Die voorsiening van eerste kontakdiens binne die struktuur van die vyf beginsels naamlik, regverdige verspreiding, gemeenskapsbetrokkenheid, fokus op voorkoming, toepaslike tegnologie en multi-sektorale benadering (PAWK, 2000:6).
- **Primêre gesondheidsorg:** "Primêre gesondheidsorg is essensiële gesondheidsorg wat universeel toeganklik is vir individue en hul gesinne, geleë in die gemeenskap, aanvaarbaar vir hulle danksy volle deelname teen 'n koste wat die gemeenskap en die land kan bekostig. Primêre gesondheidsorg vorm 'n inte-

grale deel van die nasionale gesondheidstelsel en is die kern daarvan, asook van die sosiale en ekonomiese ontwikkeling van die land. Dit is dus 'n volhoubare gesondheidsdiens ten opsigte van die voorkomende, bevorderende, kuratiewe en rehabilitatiewe aspekte van gesondheid.” (WGO, 1978:25-25).

- ❑ **Openbare primêre gesondheidsorginstansies:** Klinieke, gemeenskaps-gesondheidsentrums, vier-en-twintig-uur-instansies, asook distrikshospitale.
- ❑ **Regulasies:** Spesifieke verduidelikings van wette wat verband hou met die onderskeie artikels van wetgewing en dit verduidelik (PAWK, 2000:6).
- ❑ **Toeganklik:** Die gerief, beskikbaarheid en bereikbaarheid van dienste.
- ❑ **Toepaslik:** 'n Diens volgens die behoeftes van die gemeenskap.
- ❑ **Vennootskap:** “Ingeligte, buigsame, onderhandelde verspreiding van mag tussen alle deelnemers aan die proses van verandering ten opsigte van gemeenskapsgesondheid” (PAWK, 2000:6)

## 1.6 TOESTEMMING:



Toestemming vir die studie is aangevra van die Direkteur: Metropoolstreek, die Direkteur: Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie en die Uitvoerende Hoof van Stad Kaapstad (Bylae A).

## 1.7 SAMEVATTING:

Hoofstuk 1 wat as inleiding dien tot die navorsingsprojek verskaf in breë trekke 'n oorsig oor die studie vir die leser om sodoende 'n aanduiding te kry van die stappe wat gevolg is om die doelwitte te bestudeer en uitkomst te bereik.

## **1.8 UITEENSETTING VAN HOOFSTUKKE:**

### **Hoofstuk 1: Inleiding**

'n Algemene oorsig oor die navorsingsprojek en die rasionaal vir die studie is gegee. Die navorsingsbenadering en die navorsingsmetodologie word kortliks bespreek om sodoende die studie in konteks te plaas vir die leser. In hierdie hoofstuk verskyn die probleemstelling sowel as die doelwitte van die navorsing.

### **Hoofstuk 2: Literatuurstudie**

In hierdie hoofstuk verskyn 'n volledige uiteensetting van die bestudeerde literatuur. Dit behels vorige relevante navorsing, inligting uit tydskrifte en joernale, inligting uit boeke en studies deur die Departement van Gesondheid onderneem, asook relevante dokumentasie en kurrikulums. Alhoewel internasionale perspektiewe ook gebruik is, is vir die doel van hierdie studie meer gekonsentreer op plaaslike literatuur, dokumentasie en studies. Korrespondensie met verskeie kliniese verpleegpraktisyns is gevoer om die agtergrondgeskiedenis van die kliniese verpleegpraktisyn te wete te kom en te bevestig. Die navorser het tot en met die skryf van hierdie verslag nie kennis gedra van 'n gedetailleerde opgetekende geskiedenis oor die kliniese verpleegpraktisyn in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie nie.

### **Hoofstuk 3: Navorsingsontwerp**

Hierdie hoofstuk vorm die teoretiese basis van die studie. Die verskillende stappe wat gevolg is tydens die navorsing word meer breedvoerig bespreek.

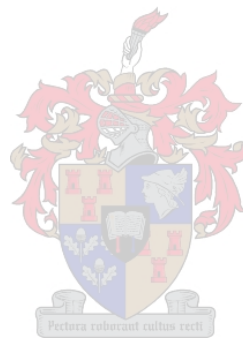
### **Hoofstuk 4: Data-analise**

Die resultate, gebaseer op die verwerking van al die versamelde kwantitatiewe en kwalitatiewe data, word in hierdie hoofstuk weergegee. Die numeriese data word grafies voorgestel in hierdie hoofstuk om sodoende interpretasie te vergemaklik en verbande te kan trek tussen veranderlikes.



## Hoofstuk 5: Gevolgtrekkings en aanbevelings

Die gevolgtrekkings dui aan in watter mate die navorsing aan die vooropgestelde doelwitte beantwoord het, sodat aanbevelings gemaak kan word om leemtes wat ontdek is vir verdere navorsingstudies in geleentheid te omskep.



## HOOFSTUK 2

### LITERATUURSTUDIE

#### 2.1 INLEIDING

Soos aanbeveel deur onder andere Katzenellenbogen, Joubert & Karim (1999:54), asook Uys & Basson (1983:25), is 'n literatuurstudie gedoen voordat met hierdie studie begin is, om te bepaal watter resente navorsing en perspektiewe reeds oor die betrokke onderwerp bestaan, om sodoende vanuit 'n sterk basis van kennis hierdie studie te onderneem.

*Aangesien die studieveld oor die kliniese verpleegpraktisyn so wyd is, het die literatuurstudie 'n rol gespeel om:*

- ❑ die jongste inligting oor die onderwerp in te samel om sodoende die navorser te help om die grense van die studie te bepaal;
- ❑ die navorsingstema af te baken;
- ❑ idees te ondersoek vir die navorsingsontwerp, teoretiese raamwerk, metodo-logie en die verwerking van die gegewens;
- ❑ 'n bepaalde ingesteldheid by die navorser te skep en sodoende die vermoë te ontwikkel om betekenisvolle feite raak te sien en uit te lig;
- ❑ ander persone se navorsing, sowel as eie navorsing krities te beskou;
- ❑ leemtes en te slaggate te identifiseer uit vorige navorsing en vroegtydig 'n herhaling van dieselfde foute uit te skakel; en
- ❑ die navorsing wetenskaplik en betekenisvol te beplan (Uys & Basson, (1983: 25), Seaman (1987:148), Polit & Hungler (n.d:87-89)).

*Daar is van die volgende hulpbronne gebruik gemaak om literatuur te vind vir hierdie studie:*

- Medline-soektog via rekenaar in die biblioteek van die Universiteit Stellenbosch se Mediese Skool;
- konvensionele soek tegnieke in biblioteke, byvoorbeeld in die biblioteek van die Universiteit Stellenbosch se Mediese Skool; Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Departement Gesondheid Metropoolstreek (Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding) se biblioteek; asook die biblioteke van die Kaapse Metropolitaanse Raad en Bellville se Openbare Biblioteek;
- ongepubliseerde navorsing op navraag gevind by die Universiteit Stellenbosch se Mediese Skool: Departement Huisartskunde. Dit is na telefoniese kontak met die navorser per e-pos aan die navorser gestuur;
- skriftelike korrespondensie met verskeie rolspelers wat betrokke was by hetsy die ontstaan of die ontwikkeling van die kliniese verpleegpraktisyn in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie.
- dokumentasie van die Nasionale, Provinsiale Administrasie Wes-Kaap en Metropoolstreek se Departement van Gesondheid;
- studies deur navorsers gedoen in opdrag van die Nasionale, Provinsiale Administrasie Wes-Kaap en Metropoolstreek se Departement van Gesondheid;

*Die proses het soos volg verloop:*

'n Aanvanklike rekenaarsoektog vir hierdie studie is onderneem met die hulp van verskeie biblioteekbeampies. In die universiteitsbiblioteek is beperkte inligting gevind oor die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn, veral vanuit 'n verpleegkundige perspektief. Ongepubliseerde navorsing deur 'n kliniese verpleegpraktisyn, Williamson (1995), wat tans by die Universiteit Wes-Kaap werksaam is, is in Kapp (2000) genoem, naamlik *The primary health care nurse clinician: evolution and future role*. Ten spyte van telefoniese navraag oor hierdie navorsing was dit ten tye van die skryf van hierdie

verslag nie tot die navorser se beskikking nie. Die navorser het wel inligting in boeke en artikels oor die onderwerp in joernale en tydskrifte gevind.

Tydens navraag by die Departement Huisartskunde by die Universiteit Stellenbosch se Mediese Skool is ongepubliseerde navorsing deur Kapp (2000) vir die graad M.Fam. Med. gevind oor die rol van die kliniese verpleegpraktisyn ten opsigte van die dokter se werkslading by gemeenskapsgesondheidsentrums van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap, Metropoolstreek.

Skriftelike inligting oor die geskiedenis van die kliniese verpleegpraktisyn is verkry van kliniese verpleegpraktisyns wat vanaf die ontstaan van die eerste kliniese verpleegpraktisyn al deel is van die proses, soos byvoorbeeld Ogilvie (2001:n.pag.). Hierdie inligting is ook gekontroleer aan die hand van inligting verkry van Major (2000:n.pag.). Hierdie twee kliniese verpleegpraktisyns speel steeds 'n rol in die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns. Die beskrywing van die geskiedenis is ook skriftelik aan 10 ander ervare kliniese verpleegpraktisyns en toesighouers voorgelê vir korrektheid.

Onlangse studies oor die kliniese verpleegpraktisyn deur lede van die gesondheidsberoepe in opdrag van die Departement Gesondheid: Provinsiale Administrasie Wes-Kaap se Gemeenskapsgesondheidsdien-organisasie (GGDO) is ook verkry en in die literatuurstudie gebruik. Verder is van dokumentasie van die Nasionale, Wes-Kaapse en Metropoolstreek se departemente van gesondheid gebruik gemaak.

Relevante joernale en tydskrifte is ook deur die navorser geraadpleeg vir opgetekende navorsing en artikels oor die onderwerp, sowel as boeke met toepaslike inligting.

Met hierdie literatuurstudie is daar beoog om 'n geskiedkundige oorsig te gee oor die ontstaan en ontwikkeling van die kliniese verpleegpraktisyn in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie, om sodoende die ontwikkeling van die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn uit te beeld.

*Dit het ingesluit:*

- 'n kennisname van die historiese klimaat;

- die benaming van die kliniese verpleegpraktisyn;
- die konkrete ervarings van navorsers ten opsigte van die huidige rol en funksies van die kliniese verpleegpraktisyn;
- internasionale menings in hierdie verband; en
- aspekte van die kliniese verpleegpraktisyn wat hieruit voortgespruit het.

Aan die hand van die literatuurstudie is probleemareas en aspekte geïdentifiseer wat benewens hierdie studie in die toekoms verder nagevors behoort te word.

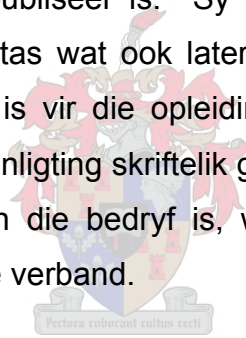
Daar is met hierdie studie gekonsentreer op die praktyk van kliniese verpleegpraktisyns in primêre gesondheidsorginstansies in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie in die algemeen en nie slegs, soos met ander navorsing, slegs op kliniese verpleegpraktisyns in diens van een instansie nie. Dit is gedoen in die lig van die amalgamerings van gefragmenteerde dienste, wat al geruime tyd in die vooruitsig gestel word, maar nog nie gerealiseer het nie. 'n Oorsig is dus verkry van die rolle en funksies van kliniese verpleegpraktisyns verbode aan Stad Kaapstad, sowel as die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap en ook ander instansies om sodoende 'n algemene oorsig van die praktyk en die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn te kry.

Die problematiek in die Metropoolstreek verskil van dié van ander streke en so ook verskil die problematiek van die Wes-Kaapprovinsie van dié van ander provinsies in Suid-Afrika. Suid-Afrikaanse problematiek verskil op sy beurt van dié van ander lande ten opsigte van aard en omvang. Hierdie studie het gekonsentreer op die kliniese verpleegpraktisyn wat in die Wes-Kaapprovinsie se Metropoolstreek werksaam is. Die verskille het hoofsaaklik te make met geskiedenis, tradisies, waardes, aard, behoeftes en verwagtinge van dienste, diensverskaffers en diensverbruikers. Internasionale modelle is wel in hierdie literatuurstudie gebruik, maar is beperk ten einde verwarring te voorkom, alhoewel universele ooreenkomste gerespekteer en wel deur die navorser uitgelig is. So byvoorbeeld is in Kapp (2000:29), die verskille in die praktykvoering van die kliniese verpleegpraktisyn in die Metropool en dié op die platteland uitgelig. Kapp sien byvoorbeeld die kliniese verpleegpraktisyn op die platteland as 'n "jack of all trades".

## 2.2 'N GESKIEDKUNDIGE OORSIG

Om die rol en funksies van die kliniese verpleegpraktisyn te verstaan, is dit belangrik om te kyk na die ontstaan en ontwikkeling van die kliniese verpleegpraktisyn werksaam op primêre gesondheidsvlak in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie.

Inligting oor die geskiedenis van die kliniese verpleegpraktisyn is verkry deur kliniese verpleegpraktisyns te nader wat reeds sedert die ontstaansjare van die kliniese verpleegpraktisyn deel was van die ontwikkelingsproses van hierdie kategorie van geregistreerde verpleegkundiges. Me. B.C. Ogilvie en me. V. Major was waardevolle bronne van inligting ten opsigte van die geskiedenis van die kliniese verpleegpraktisyn. Me. Ogilvie wat in die beginjare opleiding in hierdie veld deurloop en later opleiding gegee het saam met dr. Donald Turner, het ook 'n aandeel gehad aan die skrywe van sy boek, *Physical Examination for Clinical Nurse Practitioners*, wat deur die *King Edward Seventh Trustfonds* gepubliseer is. Sy het ook 'n aandeel gehad aan die opstel van gedeeltes van die notas wat ook later deur die eertydse Otto du Plessis Kollege van Verpleging gebruik is vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns. Alhoewel die korrektheid van die inligting skriftelik gekontroleer is met 10 ander kliniese verpleegpraktisyns wat al jare in die bedryf is, was Me. Ogilvie en Me. Major die hoofbronne van inligting in hierdie verband.



### 2.2.1 Die sestigerjare

Reeds in die sestigerjare is 'n behoefte geïdentifiseer aan 'n gesondheidsdiens wat toeganklik, beskikbaar en aanvaarbaar sou wees vir al die lede van die Wes-Kaapse gemeenskap. Gedurende hierdie tyd is aandag gegee aan die behoeftes van die laer sosio-ekonomiese individue en groepe in Kaapstad deur 'n gratis apteek, oftewel *free dispensary*, soos dit in die volksmond bekend gestaan het, in die lewe te roep. Hierdie *free dispensary* het toe die latere Robbie Nurock Daghospitaal geword. Met die toepassing van die groepsgebiedewet in die sestigerjare, was hierdie diens ook nie altyd maklik toeganklik vir die meerderheid van hierdie teikengroep-kliënte nie, aangesien die meeste van die woongebiede, ook bekend as *townships*, ver van hierdie diens geleë was, naamlik op die Kaapse Vlakte. Vervoer ná en ván hierdie diens was problematies en duur vir die gebruiker (Major, 2000:n.pag.).

Terselfdertyd het die mediese personeel van die Groote Schuur Hospitaal gevind dat hulle nie meer die stygende getal pasiënte kon hanteer wat die hospitaal se buitepasiënt-, trauma- en mediese ongevalle-afdelings besoek het nie. Die meeste van hierdie pasiënte was egter ook van die *townships* op die Kaapse Vlakte afkomstig waar die meeste armer gemeenskappe gedurende die sestigerjare 'n bestaan gevoer het. Dr. Robbie Nurock, die destydse bestuurder van die Kaapse Provinsiale Administrasie se gesondheidsdienste, het die erns van die situasie besef en in 1969 is die eerste daghospitaal op die Kaapse Vlakte in gebruik geneem om die groeiende gesondheidsbehoefte op die Kaapse Vlakte te akkomodeer. Hierdie eerste daghospitaal, die Dr. Abduraghman Daghospitaal te Athlone het geblyk uiters effektief te wees en daar is begin met die verdere oprigting van daghospitale in die behoeftige gemeenskappe. Met die oprigting van meer daghospitale is die Daghospitale Organisasie gestig, tans bekend as die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (Major, 2000:n.pag.).

Intussen het die veranderende behoeftes van die gesondheidsdienste in die Wes-Kaap ook aanleiding gegee dat die daghospitale se funksie en dienste uitgebrei het en tans funksioneer as Gemeenskapsgesondheidsentrums met 'n omvattende primêre gesondheidsorg-eenstopdiens as ideaal. Sommige van hierdie instansies lewer ook reeds 'n 24-uurdiens om sodoende in die behoeftes van die betrokke gemeenskappe te voorsien. Volgens Major was die verpleegkundige in diens van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie ook aanpasbaar by die veranderende gesondheidsbehoefte op primêre gesondheidsorgvlak in die Wes-Kaapprovinsie namate die profiel van die daghospitale verander het om by die gesondheidsbehoefte van die gemeenskappe wat hulle bedien aan te pas. (Major, 2000: n.pag.).

Namate al meer mense die Kaapse Vlakte betrek het, het al meer kliënte ook die daghospitale besoek. Dit het langamerhand ook by die daghospitale duidelik geword dat die dokters nie die groot getalle kliënte kon hanteer nie. Terselfdertyd is geregistreerde verpleegkundiges nie tot hul volle potensiaal aangewend nie. Dit was in breë trekke die aanloop tot die ontstaan van die kliniese verpleegpraktisyn op die gebied van primêre gesondheidsorg in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie. Daar is toe in die vroeë sewentigerjare as gevolg van hierdie hoë werklading van dokters by daghospitale 'n kursus vir geregistreerde verpleegkundiges in geskiedenisneming ingestel. Die primêre rede waarom geregistreerde verpleegkundiges aanvanklik die kura-

tiewe veld betree het, was ten einde die **dokters se werklading te verlig** (Ogilvie, 2001:n.pag.).

Die feit dat die verpleegkundige die kuratiewe veld betree het, strook baie goed met die algemene geskiedenis van die verpleegkundige in Suid-Afrika soos opgeteken deur Searle (1987:75), waar Mathilda Smith van die Londense Sendinggenootskap weens 'n tekort aan dokters, holisties, dit wil sê fisies en geestelik, na kliënte omgesien het. Ook in die Suid-Afrikaanse Oorlog (1899 tot 1902) is van verpleegsters gebruik gemaak toe die dokters probleme ondervind het om die uitbreek van aansteeklike siektes, soos byvoorbeeld tifoïdekoors, in die konsentrasiekampe te beheer en moes verpleegsters ook die tekort aan dokters aanvul (Searle, 1987:192).

### **2.2.2 Die sewentigerjare**

Tydens hierdie kursus in geskiedenisneming is geregistreerde verpleegkundiges wat by die daghospitale werksaam was, geleer om namens die dokters 'n geskiedenis van die wagtende kliënte te neem. Die mening het bestaan dat indien geregistreerde verpleegkundiges hierdie geskiedenisnemings kon doen, die dokters dan die fisiese ondersoek, diagnose en behandeling kon doen. Die verpleegkundiges het hierdie taak baie geniet en dit het ook aanleiding gegee tot beter kommunikasie tussen die verpleegpersoneel en die kliënte. 'n Geleentheid is ook sodoende geskep vir die verskaffing van gesondheidsinligting en 'n geleentheid vir berading, sou dit nodig blyk te wees. Dokters het egter nie altyd die geskiedenis gelees wat deur die verpleegkundiges verkry is nie en het dikwels die geskiedenisneming herhaal. Die een rede hiervoor was dat die dokter ook ervaar het dat die neem van 'n geskiedenis die verhouding met die pasiënt versterk. Tweedens het die verpleegkundiges ook nie altyd die presiese inligting verkry soos deur individuele dokters verlang is nie. 'n Argument deur die dokters was dat dit net so lank neem om 'n geskiedenis te lees as wat dit neem om dit self by die kliënt af te neem. Die navorser gee toe dat dit wel 'n grondige argument was (Ogilvie, 2001:n.pag.).

Hierdie geskiedenisnemingkursus is toe verder ontwikkel om die fisiese ondersoek, sekere diagnosering en die voorskryf van medikasie tot by skedule 4 by die bestaande kursus in te sluit. Die kursus was van groot waarde tydens die politieke onrus gedurende 1976 en 1977. Daar was dikwels tekorte aan dokters, weens periodieke ontoe-



ganklikheid van roetes. Verpleegkundiges het dikwels in die areas gewoon en baie van die kliënte het met siektetoestande gepresenteer wat suksesvol deur geregistreerde verpleegkundiges met toepaslike opleiding hanteer is. Die kursus was egter nog nie op voltydse of selfs deelydse basis aangebied nie. Twee geregistreerde verpleegkundiges was byvoorbeeld vir drie maande aan 'n dokter, (by die daghospitaal waar die dokter diens verrig het) toegewys. Hierdie verpleegkundiges het volgens 'n handleiding, met verskeie insette deur die dokters, gewerk. Die teoretiese gedeelte van die kursus is op Vrydagmiddae aangebied en die kliniese vaardighede wat aangebied is, is bepaal deur die betrokke mediese praktisyns aan wie die verpleegkundiges toegewys was. Die verpleegkundiges se taak was om pasiënte se lêers te ontvang, geskiedenisneming te doen en al die aanvanklike ondersoeke en observasies te doen, byvoorbeeld temperatuur-, bloeddruk-, pols-, massa-, lengte-, urien-, bloedsuikerbepaling en ook ander toepaslike take, soos byvoorbeeld berading, wat deur verpleegkundiges behartig kon word. Deur die loop van die dag het die dokters dan die verpleegkundiges onderrig in toepaslike kliniese vaardighede, soos byvoorbeeld die beluistering van die hart vir geruise en longe vir normale en bykomstige longklanke. Die verpleegkundiges het gewoonlik hierdie nuut aangeleerde vaardighede ingeoefen voordat die kliënte by die dokters se ondersoekkamers moes aanmeld. Die dokters het hul bes gedoen om die verpleegkundiges te onderrig, maar weer eens het daaglikse werkladings eerste prioriteit geniet en inoefening was dikwels sekondêr daaraan. Die verpleegkundiges het egter nog steeds gevorder en meer vaardig geraak (Ogilvie, 2001:n.pag.).

As gevolg van die probleem wat die mediese personeel se daaglikse werklading ten opsigte van kliniese onderrig aan geregistreerde verpleegkundiges geskep het, is as proeflopie toestemming verleen vir 'n eerste voltydse kursus by Dr. Abduraghman Daghospitaal. Die eerste voltydse kursus is toe in 1978 aangebied deur dr. Donald Turner en het drie maande geduur. Hierdie eerste kursus het baie suksesvol verloop en daar is toe besluit om die kursus aan te bied solank die behoefte daarvoor bestaan het. Die naam van hierdie eerste kursus was die *Primary Health Care Course* en geregistreerde verpleegkundiges wat die kursus suksesvol voltooi het, is genoem *Primary Health Care Nurses*. Die departement wat die kursus aangebied het, is die Opleidingsdepartement genoem (Ogilvie, 2001:n.pag.).

Ook die Rooikruis Oorloggedenhospitaal het sedert 1973 die eenjaar voltydse Diploma Kursus in Gevorderde Pediatrie aangebied, wat ongelukkig eers in 1981 formeel deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging erken is. Dit gebeur wel soms met kursusse, wanneer dit die eerste van sy soort in Suid-Afrika is, dat daar eers 'n proefperiode verloop waar die kursus eers getoets en ontwikkel word. Eers as daar dan algemene aanvaarding by die professie is, word aansoek vir amptelike erkenning by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging gedoen. 'n Deel van die Diploma Kursus in Gevorderde Pediatrie was 'n voltydse elektiewe module oor Pediatriese Primêre Gesondheidsorg wat vier weke geduur het. Hierdie Pediatriese Primêre Gesondheidsorgmodule is ongeveer vyf keer per jaar aangebied tot in Junie 2000, waarna dit gestaak is weens personeeltekorte wat ontstaan het as gevolg van besnoeiings in die begrotings van tersiêre gesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap en omdat dit 'n primêre gesondheidsorgkursus was. Die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Departement Gesondheid se Metropoolstreek, Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding, het reeds 'n proses aan die gang gesit om weer 'n hersiene sertifikaatkursus in Pediatriese Primêre Gesondheidsorg op die been te bring. Die kursus sal gedurende 2004 geloods word (Ogilvie, 2001: n.pag.).

### 2.2.3 Inisiatiewe buite die Metropoolstreek van die Wes-Kaap

Inligting oor hierdie inisiatiewe buite die Metropoolstreek van die Wes-Kaap word volledigheidshalwe weergegee en dek kursusse wat outonoom ontstaan het, wat nie uit reeds bestaande kursusse ontstaan het nie. Volgens Ogilvie (2001:n.pag.) is ander kursusse in Suid-Afrika, ook gerig op primêre gesondheidsorg, ongeveer in 1976 by die Baragwanath Hospitaal (nou bekend as die Chris Hani Baragwanath Hospitaal) en die Soweto Poliklinieke aangebied. Die kursus het een jaar lank geduur en is aanvanklik die Diploma in Primêre Gesondheidsorg genoem, maar is in 1982 by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as die *Diploma in Clinical Nursing Science, Health Assessment, Diagnosis, Treatment and Care* geregistreer.

Teen ongeveer 1976 het die destydse Oos-Kaap en Grensstreek van die Kaapse Provinsiale Administrasie 'n voltydse kursus aangebied wat oor ses weke gestrek het. Die kursus het bestaan uit 'n algemene inhoud wat vier weke beslaan het waarna twee weke opleiding in 'n spesialiteitsrigting gevolg het. Die geregistreerde verpleegkundiges sou nadat die opleiding deurloop is, slegs kliënte met probleme in die spesiali-

teitsrigting konsulteer, byvoorbeeld kliënte met veltoestande of oor-, neus- en keeltoestande, afhangende van die spesialiteitsrigting gevolg. Meer as een spesialiteitsrigting kon gevolg word, maar elke spesialiteitsrigting sou 'n verdere twee weke behels. Die kursus is te Port Elizabeth gekoördineer deur die kantore van die destydse Oos-Kaap en Grensstreek. Die algemene komponente van vier weke is aangebied by gemeenskapsgesondheidsentrums soos Dora Nginza en by Motherwell en die tweeweke-spesialiteitsrigtings is deur die Livingstone Hospitaal aangebied. In die vroeë tagtigerjare is 'n eenjaar voltydse kursus deur die Universiteit van die Witwatersrand ontwikkel en by die Tintswalo Hospitaal met oorsese befondsing begin. Ook die destydse Natalprovinsie het begin met 'n voltydse eenjaar diplomakursus. In 1983 het die Livingstone Hospitaal te Port Elizabeth geregistreerde verpleegkundiges opgelei om in hul buitepasiëntafdeling diens te verrig. Met 'n paar uitsonderings het al die verpleegkundiges wat die kursus voltooi het in die hospitaal se buitepasiëntafdeling gaan werk. Die primêre doel van hierdie kursus was egter om verpleegkundiges vir die hospitaal se buitepasiëntafdeling op te lei en nie om in die gemeenskap op primêre gesondheidsorgvlak diensbaar te wees nie (Ogilvie, 2001; n.pag.).

Die inhoud van hierdie kursusse is deur lede van die gesondheidsdienste van die onderskeie gebiede self saamgestel. Dit was meestal mediese praktisyns wat aan die spits gestaan het by die ontwikkeling van hierdie vroeëre kursusse. Ander kursusse het ook ontwikkel, maar het meestal ontstaan vanuit hierdie bestaande kursusse. 'n Voorbeeld hiervan is die kursusse wat deur die destydse Kaapse Provinsiale Administrasie: Wes-Kaapstreek, in Kimberley en Beaufort-Wes begin is met die toerusting en opleidingsmateriaal van die Daghospitale Organisasie van die Wes-Kaap (Ogilvie, 2001:n.pag.).

#### **2.2.4 Internasionale verwickelinge**

Internasionale verwickelinge op die terrein van primêre gesondheidsorg het ook terselfdertyd in die sewentigerjare plaasgevind. Primêre gesondheidsorg dui op die tipe diens wat deur die kliniese verpleegpraktisyn gelewer word, dit wil sê diens op die eerste vlak van gesondheid wat aan individue gelewer word. Gedurende 6 tot 12 September 1978 met die Alma Ata Konferensie in die destydse USSR, is die Alma Ata Deklarasie deur verskeie lande, asook deur Suid-Afrika, onderteken. Lande van oor die hele wêreld het hul toewyding tot die sosiale doelstelling, *Gesondheid vir Almal*,

herbevestig. Primêre gesondheidsorg is as strategie geïdentifiseer om hierdie doel te bereik.

Die konsep van die kliniese verpleegpraktisyn in Suid-Afrika, veral in die geografiese gebiede wat vroeër nie voldoende met gesondheidsorg bedien is nie, is verder versterk deur die internasionale konferensie te Alma Ata in 1978.

*Ag elemente van primêre gesondheidsorg is geïdentifiseer op die Alma Ata Konferensie, naamlik:*

- bevordering en voorsiening van voldoende voeding;
- veilige water en sanitasie;
- gesondheidsorg vir moeders en kinders (gesinsbeplanning ingesluit);
- bevordering en voorsiening van immunisasie teen ernstige aansteeklike siektes;
- voorkoming, behandeling en beheer van plaaslike endemiese siektes;
- voldoende voorkoming en behandeling van algemene siektetoestande en trauma;
- die voorsiening van essensiële medikasie; en
- toepaslike gesondheidsinligting, wat 'n sentrale deel van al genoemde elemente vorm (WGO, 1978:24-25).

Alhoewel al hierdie elemente ewe belangrik was, was dit op die diagnostiese en kuratiewe vlak waar die verpleegkundige se rol sou verander. Die ander elemente was reeds in 'n meerdere of mindere mate deel van die verpleegkundige se bestek van praktyk (SARV, Regulasie 2598).

Die sukses van primêre gesondheidsorg sou afhanklik wees van heroriëntering van alle gesondheidsorgpersoneel om sodoende te verseker dat die konsep van primêre

gesondheidsorg begryp word as voorbereiding om hierdie konsep te steun (Maglacas in Salvage, 1991:1).

Daar is ook gedurende hierdie tyd internasionaal geëksperimenteer met verskeie strategieë en metodes van gesondheidsorglewering, soos byvoorbeeld navorsing oor “kaalvoetdokters” in China, mediese assistente in sekere Afrikalande, opleiding van geregistreerde verpleegkundiges of ingeskrewe verpleegkundiges, die opleiding van tradisionele genesers, lekegesondheidsorgwerkers en ander as agente vir primêre gesondheidsorg. Gesondheidsakademië moes 'n paradigmaskuif maak en hul fokus van tersiêre gesondheidsorg, na primêre gesondheidsorg verskuif. Goed opgeleide akademië was egter steeds nodig vir tersiêre en opleidingshospitale, maar hul moes hul kennis op primêre gesondheidsorgvlak aanwend en sodoende ook 'n rol op primêre gesondheidsorgvlak speel. Dit het beteken dat akademië hul tyd moes benut om ook hul studente in primêre gesondheidsorginstansies te begelei en te onderrig en nie al hul kennis en vaardighede slegs tot tersiêre gesondheidsorginstansies te beperk nie. Akademië moes ook hul navorsing uitbrei na die primêre gesondheidsorgvlak (Ogilvie, 2001:n.pag.).

Die ontwikkeling van die kliniese verpleegpraktisyn in Suid-Afrika vergelyk ook goed met dié in die Verenigde State van Amerika. Hulle het ook begin met deurlopende indiensopleiding deur mediese personeel waarna kursusse later verskuif het na tersiêre inrigtings en opvoedkundige instansies (Devereaux in Salvage, 1991:21)

### **2.2.5 Die tagtigerjare – ‘n groeiende kursus**

Teen 1982 is die voltydse kursus van die Dr. Abduraghman Daghospitaal na die Robbie Nurock Daghospitaal verskuif omdat daar meer spasie was. Die kursus was reeds goed ontwikkel en het sewentien weke (vier maande) geduur. Vanaf 08:45 tot 13:00, met 'n halfuurteepouse, is tyd afgestaan aan konsultasies van kliënte. Van hierdie studente is verwag om teen die einde van hul kursus, gedurende hierdie toegekende tyd elk vyf kliënte te konsulteer. Tussen 13:00 en 14:00 was dit gewoonlik hul amptelike etenstyd en teoretiese insette is vanaf 08:00 tot 08:45 en weer van 14:00 tot 16:00 behartig. Daar is jaarliks twee voltydse kursusse aangebied met 5 tot 8 studente per kursus. Namate die Opleidingsdepartement vergroot het, het die aantal studente ook elke jaar vermeerder tot ongeveer twintig studente per kursus. Later is 'n

ander stelsel uitgetoets waar vir 'n totaal van sewentien weke, twee weke aan die kursus gespandeer is met twee weke weg van die kursus. Sodoende het twee kursus-se tergelykertyd plaasgevind – Groep A op kursus vir twee weke, gevolg deur Groep B op kursus vir twee weke. Dr. Turner het tot Maart 1983 die teoretiese onderrig in die klaskamer asook die kliniese onderrig behartig. As gevolg hiervan is van die studente verwag om ná 'n aanvanklike periode van begeleiding die fisiese ondersoek op hul eie te internaliseer (sonder die hulp van 'n mentor), 'n opdrag wat hulle dan ook wel so bemeester het (Ogilvie, 2001:n.pag.).

### **2.2.6 As deel van ander kursusse**

Daar was 'n tyd toe dr. Turner 'n week lank insette insake die fisiese ondersoek in ander diploma kursusse gelewer het. Hierdie insette het plaasgevind gedurende die tye toe studente nie klas geloop het nie. Die leemtes in hierdie tipe kortkursus het gelê in die feit dat die teoretiese inligting, sowel as die kliniese vaardighede binne so 'n kort tydperk nie toereikend geïnternaliseer en vasgelê kon word nie (Ogilvie, 2001:n.pag.).

### **2.2.7 Die Diplomakursus in Kliniese Verpleegkunde Gesondheidsdiagnose Behandeling en Sorg**



Die eerste diplomakursus is voltyds vir een jaar aangebied, vanaf 1 Februarie 1982 tot 31 Januarie 1983. Die sertifikaatkursus van sewentien weke (vier maande), het deel van die diplomakursus gevorm. Die kurrikulum is opgestel volgens die riglyne van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, met insette van dr. Donald Turner se voltydse sertifikaatkursus van sewentien weke. Terwyl dr. Turner voortgegaan het met die aanbieding van die sertifikaatkursus en die eenweekinsette vir ander diplomakursusse behartig het, het hy ook hulp verleen met die diplomakursus wat in 1982 'n aanvang geneem het. Na die voltooiing van die eerste diplomakursus het die Opleidingsdepartement volle verantwoordelikheid vir die diplomakursus aanvaar. Die diplomakursus is daarna ongeveer elke tweede jaar aangebied, parallel met die sertifikaatkursus. Die meeste studente het egter die sertifikaatkursus deurloop omdat dit die diensverskaffers beter gepas het. Slegs twee tot vier studente kon die diplomakursus binne die gegewe jaar doen, aangesien die diensverskaffers gewoonlik twee studente die geleentheid kon gee om die sertifikaatkursus te deurloop óf een student om die diplomakursus te deurloop. Vier studente het die eerste diplomakursus in 1982 deur-

loop. Die oorspronklike rede waarom hierdie vier verpleegkundiges die diplomakursus sou deurloop het, (slegs een is deur die destydse Daghospital Organisasie vir die kursus gestuur), was om werk te maak van die onderrig van die kliniese vaardighede wat so uiters nodig was op die platteland. Hierdie plan het toe uiteindelik nie gematerialiseer nie en na suksesvolle voltooiing van die diplomakursus, is hierdie vier verpleegkundiges elk hul eie rigting in. Een is terug na die Oos-Kaap en Grensstreek, waar sy vandaan gekom het, twee is terug na hulle poste in die Kaapse Provinsiale Administrasie se Hoofkantoor, te Waalstraat (nou Dorpstraat, alhoewel dieselfde gebou) en die vierde verpleegkundige, me. B.C. Ogilvie, 'n werknemer van die Daghospital Organisasie, is deur dr. Donald Turner genader om hom by te staan met die aanbieding van die kursusse (Ogilvie, 2001:n.pag.).

### **2.2.8 Bywerk van vroeëre kursusse**

Gedurende 1983 en 1984 is die kliniese verpleegkundiges wat die vroeër kursusse deurloop het se kennis opgedateer tot sertifikaatkursusvlak. Die pediatriese module van vier weke, aangebied deur die Rooikruis Oorloggedenkospitaal, is in 1984 ingesluit as 'n komponent van die sertifikaat- en diplomakursusse. Die voltydse sertifikaatkursus van sewentien weke (vier maande), is toe verleng na een-en-twintig weke (vyf maande). Daar was ook sprake om die sertifikaatkursus na ses maande te verleng en om die sesde maand as 'n periode van internskap te benut en dan die pasgekwalifiseerde kliniese verpleegkundiges saam met 'n dokters te laat werk en te monitor. As gevolg van verskeie redes het dit egter nie gerealiseer nie (Ogilvie, 2001:n.pag.).

### **2.2.9 Die eenmaandbekendstellingskursus**

Tydens 1984 is ook 'n voltydse kursus van een maand ontwikkel en geloods. Die een-en-twintig weke se sertifikaatkursus is deur sekere persone in bestuursposte beskou as te 'n lang periode vir so 'n kursus. Redenasies hiervoor was dat aan sekere aspekte van die kursus in basiese verpleegopleiding aandag gegee is en dat ander instansies, soos byvoorbeeld die Oos-Kaap en Grensstreek van die destydse Kaapse Provinsiale Administrasie reeds korter kursusse bedryf het. Daar is dus gevoel dat die Opleidingsdepartement van die Daghospital Organisasie dieselfde kon doen. Die eenmaandbekendstellingskursus is tot ongeveer 1987 aangebied benewens die eenweek-kursus vir ander diplomas, die sertifikaatkursus en die diplomakursus, toe die eenmaand-

bekendstellingskursus gestaak is, omdat dit baie ongewild was onder die verpleegkundiges. Verpleegkundiges wat die eenmaandbekendstellingskursus voltooi het, kon byvoorbeeld nie al die toestande behandel het soos diegene wat die sertifikaat- en die diplomakursusse deurloop het nie (Ogilvie, 2001 :n.pag.).

Deur die geskiedenis van die kliniese verpleegpraktisyn te bestudeer, het dit vir die navorser voorgekom of veilige praktykvoering en effektiewe dienslewering van tyd tot tyd deur persone in bestuursposisies veruil is vir kwantiteit dienslewering. Daar was pogings om vir korter opleidingstyd te onderhandel, maar die kliniese verpleegpraktisyns het dit as onvoldoende ervaar. Dit is faktore waarvan kennis geneem behoort te word wanneer daar vir die toekoms van die kliniese verpleegpraktisyn beplan en onderhandel word.

### **2.2.10 Samewerking tussen die dienste**

Gedurende 1984 het die administratiewe aspekte van die Daghospitale Organisasie en dié van die Karl Bremer Hospitaal saamgesmelt, met 'n Senior Mediese Superintendent as hoof. Die Opleidingsdepartement het toe verskuif na die geboue van die Wes-Kaapstreek van die Kaapse Provinsiale Administrasie, op die terrein van die Karl Bremer Hospitaal. Probleme wat hiermee gepaard gegaan het, was dat die kantore van die opleidingspersoneel sowel as die teoretiese lokale vir die eerste keer nie op dieselfde terrein as die kliniese lokaal geleë was nie. Die kliniese lokaal word toe Bishop Lavis Daghospitaal, wat die besigste daghospitaal van daardie tyd was met genoeg spasie vir 'n hele paar studente op 'n keer. Omdat die teoretiese insette en die kliniese sessies aanvanklik steeds op dieselfde dae was, was die opleidingspersoneel self daarvoor verantwoordelik om studente elke dag met bussies na Bishop Lavis Daghospitaal te vervoer. Met verloop van tyd het hierdie modus operandi verander na twee dae lange teoretiese insette in die klaskamer te Wes-Kaapstreekkantoor, op die terrein van die Karl Bremer Hospitaal en drie dae per week kliniese werk te Bishop Lavis Daghospitaal. Dr. Donald Turner het die hoof van die Departement gebly, tot by sy dood in Junie 1987 en dr. John Frankish het by hom oorgeneem. Tot 1992 was buiten 'n dokter, kliniese verpleegpraktisyns en 'n apteker die ander fasiliteerders van die kursus (Ogilvie, 2001:n.pag.). Tans is daar geen dokter of apteker op die diensstaat nie en moet vir insette van gewillige dokters en aptekers uit die dienste gebruik



gemaak word. Vanweë die werklading op die dienste is dit nie altyd realisties nie en ly opleiding daaronder.

Tot en met 1989 was die personeel van die Opleidingsdepartement ook die kliniese mentore van al die studente (insluitend dr. Turner). Die inname per groep was egter klein. Soms is vier tot selfs ses studente op een dag deur een fasiliteerder klinies begelei. Dit was eers in 1989 toe die Opleidingsdepartement versoek is om meer studente op te lei, dat kliniese verpleegpraktisyns in diens van die daghospitale versoek is om ook op te tree as mentore in die kliniese veld. Die personeel by die Opleidingsdepartement het egter voortgegaan om drie dae per week as mentore op te tree (Ogilvie, 2001: n.pag.). Die voordeel hieraan verbonde was dat die fasiliteerders ook hul eie kliniese vaardighede bygewerk kon hou en vir die studente die teorie en die praktyk beter kon integreer. Dit is aan die navorser bekend dat die fasiliteerders van die kursus in die Metropoolstreek van die Wes-Kaap steeds optree as mentore, tesame met vrywillige kliniese verpleegpraktisyns uit die dienste. Die gebruik van kliniese verpleegpraktisyns uit die dienste lyk deesdae 'n al groter probleem te word weens die werklading op die dienste.

Gedurende 1987 is die Opleidingsdepartement as 'n geheel oorgeplaas as 'n komponent van die Wes-Kaapstreek van die Kaapse Provinsiale Administrasie. As rede is aangevoer dat nie alle persone wat opleiding hier ontvang het, in die diens van die Daghospitale Organisasie was nie, aangesien ook werknemers van ander sektore/instellings opleiding hier deurloop het. Die Driekamerstelsel van die Parlement het ook die Daghospitale Organisasie in drie verdeel, naamlik Huis van Verteenwoordigers, Huis van Afgevaardigdes en Administrasie Volksraad (Ogilvie, 2001 :n.pag.). Dit het meegebring dat drie verskillende instansies werknemers binne dieselfde instansie gehad het. Dit was problematies ten opsigte van aspekte soos beleidstoepassing, vergoeding, verantwoordbaarheid en dienslewering in die algemeen.

### **2.2.11 Studiemateriaal**

Dr. Donald Turner het die studente van notas voorsien, aangesien daar geen geskikte boeke vir die studente beskikbaar was nie. Hierdie lesingnotas was ook deur die *Cape Town Post-Basic School of Primary Clinical Nursing Practice* gebruik. Hierdie notas was in twee dele verdeel: die een deel het siektetoestande bevat en die ander deel het

die fisiese ondersoek van 'n kliënt bevat. Laasgenoemde is later deur die *King Edward the Seventh Trustfonds* as 'n boek gepubliseer (1985), getiteld *Physical Examination for Clinical Nurse Practitioners*. Die boek is in 1989 deur P.D. Nel in Afrikaans vertaal. Ongelukkig vir toekomstige studente het die Trustfonds, sonder wye konsultasie van kliniese verpleegpraktisyne op grondvlak in die Wes-Kaapprovinsie, besluit om die boek nie verder te hersien en 'n derde uitgawe te publiseer nie. Vele skrywers is al namens die fasiliteerders van die Wes-Kaapprovinsie aan die Trustfonds gerig met die versoek om die publikasieregte met 'n ander uitgewer te onderhandel wat wel bereid sou wees om die taak te onderneem, maar sonder enige sukses. Vyftien jaar later is die boek steeds gewild en leen studente nog steeds oud-studente se boeke vir hul eie studiedoeleindes.

### **2.2.12 Tersiere inrigtings as rolspelers**

Sedert 1986 is die Diploma in Kliniese Verpleegkunde Gesondheidsdiagnose Behandeling en Sorg amptelik goedgekeur deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Volgens die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging se regulasies kon 'n diplomakursus slegs by 'n goedgekeurde verpleegkollege aangebied word. Daarom is die kursus van die Wes-Kaapstreek oorgeplaas na die Otto du Plessis Kollege van Verpleging. Die sertifikaatkursus het steeds deel van die diplomakursus gevorm (Brown, 2003:n.pag.). In die laat negentigerjare het die Otto du Plessis Kollege gesluit en die Wes-Kaap Kollege van Verpleging te Athlone, tans die enigste verplegingskollege in die Wes-Kaapprovinsie, bied nie die kursus aan nie.

Die Verpleegkunde Departement van die Skiereilandse Technikon het die uitdaging aanvaar wat deur die Provinsiale Gesondheidsplan en die Distriksgesondheidstelsel daargestel is en het in 1996 begin om die Technikon se verpleegprogramme daarvolgens te transformeer. By alle na-graadse verpleegprogramme is byvoorbeeld modules in kliniese vaardighede en farmakologie ingesluit. Vennootskappe is gesluit met die provinsiale en plaaslike owerhede se gesondheidsdiensverskaffers om te verseker dat leerders inligting ontvang oor die jongste gesondheidsorgpraktyke en aangemoedig word om praktyke te standaardiseer. Dit sluit die voorsiening van internskap in. Sodoende kan hul rolle en funksies suksesvol vervul na voltooiing van hul kursusse. Insette word ook gelewer oor alle inisiatiewe rakende gemeenskapsgesondheidonderrig, soos byvoorbeeld die ontwikkeling van protokolle, riglyne vir die hante-

ring van siektetoestande by kinders en volwassenes op primêre gesondheidsorgvlak. Verteenwoordiging uit die gemeenskap, die verskaffers van gesondheidsorgdienste, huidige en oud-studente en lede van ander opvoedkundige instansies tree op in 'n raadgewende hoedanigheid ten opsigte van formulering en monitering van die teknikon se kurrikulums van verpleegprogramme. Daar word in die behoeftes van die leerders voorsien deur aan hul 'n voltydse mentor te verskaf wat hul volgens hul behoefte begelei, hetsy by hulle werksinstansie of by 'n gemeenskapsgesondheidsentrum (Major, 2000:n.pag.).

Ook die **Universiteit van Stellenbosch**, Departement Verpleegkunde, het begin om die fisiese ondersoek alreeds voorgraads deel te maak van Gemeenskapsgesondheidsverpleegkunde. Die siektetoestande word ook as deel van die algemene module ingesluit en reeds op tweedejaarsvlak word begin met farmakologie. Die ander modules in die voorgraadse program is eweneens aangepas as voorbereiding vir dienslewering binne die konsep van primêre gesondheidsorg, soos vereis sedert 1994. Sedert 1999 kan ook 'n kwalifikasie in Gesondheidsdiagnose Behandeling en Sorg verwerf word aan die Universiteit van Stellenbosch. Aangesien die medium afstandsonderrig is, kan die studente die kursus deurloop binne die gebied waar hulle werkzaam is. Die dosent en die student kommunikeer via satellietuitsendings. Wat die praktiese werk betref, word die studente deur mentors begelei en assessering geskied onder toesig van die kursusaanbieder. Die kursus vorm ook deel van die graad: Hons.B.Cur (Gemeenskapsverpleegkunde) wat aan genoemde universiteit gevolg kan word (van der Walt, 2002:n.pag.).

Ander instansies wat ook die kursus of 'n ekwivalent aangebied het (soos goedgekeur deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging) was, *United Pharmaceutical Distributors* sedert 1996, *Robin Trust*, asook die *Clothing Industry Health Care Fund*, wat in 1999 begin het om die kursus aan te bied. Die *Clothing Industry Health Care Fund* en die Kaapse Technikon het in 2000 'n samewerkingsooreenkoms gesluit en die studente kon hiervolgens Kaapse Technikon-status verwerf en die sertifikaat kursus kon as krediete dien vir die graad: B.Tech. (Coetzee, 2003:n.pag.).

## 2.3 DIE BENAMING KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN:

Die benaming *kliniese verpleegpraktisyn* is die eerste keer in 1985 offisieel in Suid-Afrika gebruik nadat dr. Donald Turner se boek *Physical Examination for Clinical Nurse Practitioners* deur die *King Edward the Seventh Trustfund* gepubliseer is. Aanvanklik is hierdie kategorie geregistreerde verpleegkundiges “primêre gesondheidsorg verpleegkundiges” genoem (Ogilvie,2001:n.pag.). In die *Health Sector Strategic Framework 1999-2004*, soos uitgereik deur die Departement van Gesondheid (1999:19), word die benaming *primary healthcare nurses* steeds gebruik, alhoewel dit nie stipuleer wat presies met die benaming bedoel word nie. In ‘n konsepverslag ten opsigte van die evaluering van die posvlak van die kliniese verpleegpraktisyn deur die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap se Metropoolstreek, word die benaming kliniese verpleegpraktisyn deurlopend gebruik, wat vir die navorser daarop dui dat dit, ten minste in die Wes-Kaapprovinsie, teen hierdie tyd ‘n aanvaarde benaming is (GGDO, 2001:1-6). Al blyk dit ‘n aanvaarde benaming te wees, het die navorser nêrens op literatuur of dokumentasie afgekom wat spesifiek hierdie benaming vir die betrokke kategorie geregistreerde verpleegkundiges bespreek nie. Volgens Maglacas in Salvage (1991:1) wissel die titels van primêre gesondheidsorgverpleegkundiges ook in verskillende lande. In Korea word hulle byvoorbeeld *gemeenskapsgesondheidspraktisyns* genoem en in die Soedan staan hulle weer bekend as *mediese assistente*.

## 2.4 DIE BESTAANSREDE VIR DIE KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN

Maglacas in Salvage (1991:2) maak melding dat gesondheidsorgdienste soos gelewer deur kliniese verpleegpraktisyns meer **koste-effektief** is as die dienste wat tradisioneel deur dokters gelewer word. Dit word ook deur genoemde konsepverslag bevestig by die evaluering van die posvlak van kliniese verpleegpraktisyns. Die doel van hierdie ondersoek was juis om die bekostigbaarheid te toets om so ‘n beroepsgroep in die diens te akkomodeer en bykomend dokters en kliniese verpleegpraktisyns by die vier-en-twintiguur gemeenskapsgesondheidsentrums en die vroedvrou-kraameenhede te vestig, om daardeur hierdie dienste so bekostigbaar moontlik te maak vir die Wes-Kaapprovinsie (GGDO, 2001:1-6). Hierdie skrywe noem ook dat waar daar nie ‘n apteker by die instansie werk nie, ook hierdie taak deur kliniese verpleegpraktisyns behartig word. Dit bevestig weereens dat kliniese verpleegpraktisyns vanweë die aard van hul bykomende opleiding multiprofessioneel aangewend kan word. Projek

90/2001, uitgevoer in 2001, geliasseer as BA 3/1/7, is 'n konsepverslag vir die Korporatiewe Dienste Tak Direkoraat: Organisasie Ontwikkeling, Hoofdirekoraat Metropoolstreek: Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (GGDO), insake 'n ondersoek na die skep van poste vir kliniese verpleegpraktisyns by gemeenskaps-gesondheidsentrums. Na ongeveer vyf-en-twintig jaar van die kliniese verpleegpraktisyn se bestaan, word steeds geen voorsiening vir 'n beroepsgroep genaamd kliniese verpleegpraktisyns gemaak nie; ook nie vir enige werknemer of geregistreerde verpleegkundige met daardie funksie nie, al bestaan die beroepsgroep reeds sedert 1978. Hierdie stelling word ook bevestig in die werksbeskrywing vir kliniese verpleegpraktisyns van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie.

Volgens genoemde konsepverslag deur GGDO (2001:1-6) was daar klagtes van die kant van die kliniese verpleegpraktisyns dat hulle in vergelyking met hul verpleegkollegas ondervergoed word wat hulle verantwoordeliksvlak betref. Daarteenoor was die gesondheidsorgbestuurslui, van mening dat kliniese verpleegpraktisyns die grootste kliëntlading by primêre gesondheidsorginstansies behoort te dra. 'n Evaluasie-oefening is in samewerking met drie kliniese verpleegpraktisyns gedoen om sodoende deurlopende koste-effektiwiteit te verseker waarna 'n definitiewe posvlak 8 en 'n aanvaarbare posvlak 9 vir hierdie kategorie werknemer aanbeveel is. Hierdie aanbeveling word ook bevestig deur 'n skrywe van Moelich, die posevalueringskoördineerder. Posvlak 9 kon egter nie in hierdie beroepsklas geïmplementeer word nie aangesien die huidige maksimum vlak, 'n posvlak 8 (hoofverpleegkundige) is. Die gevolg was dat in die konsepverslag aanbeveel is dat 'n nuwe beroepsklas vir die kliniese verpleegpraktisyn ontwikkel word. Dit sal egter 'n uitgerekte proses behels en moet eers nasionaal goedgekeur word. As gevolg hiervan is aanbeveel dat kliniese verpleegpraktisyns aangestel word op posvlak 8, derde kerf, op daardie stadium die hoogste kerf van posvlak 8 (GGDO, 2001:1-6).

Die werksbeskrywing vir kliniese verpleegpraktisyns in diens van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap se Metropoolstreek, soos opgestel deur die Gemeenskaps-gesondheidsdienste-organisasie, maak egter twee jaar later steeds voorsiening vir die aanstelling van kliniese verpleegpraktisyns op posvlak 7 (senior verpleegkundige). Volgens hierdie konsepverslag word genoem dat primêre gesondheidsorg in die Wes-Kaapprovinsie se Metropoolstreek doktergedrewe is en dat die diens wat deur 'n kliniese verpleegpraktisyn gelewer word, gunstig vergelyk met dié van 'n dokter,

alhoewel kliniese verpleegpraktisyns slegs medikasie tot skedule 4 mag voorskryf en die dokter vir meer komplekse gevalle tot skedule 7. Die verslag noem onder andere ook dat die persentasie verwysings deur die kliniese verpleegpraktisyn na dokters 9% is, 'n feit wat dui op suksesvolle diagnosering met 'n lae verwysingspersentasie. Geen mediesgeregtelike risiko's is in die voorafgaande jaar van die konsepverslag by gemeenskapsgesondheidsentrums in die Metropoolstreek aangemeld ten opsigte van kliënte deur kliniese verpleegpraktisyns gekonsulteer nie. Die kliniese verpleegpraktisyn aanvaar volle verantwoordelikheid vir alle gevalle gediagnoseer (GGDO, 2001:1-6). Hierdie bevinding is vergelyk goed met die feit dat die kliniese verpleegpraktisyn 'n onafhanklike praktisyn is, wat verantwoordelik vir hulle eie optrede (n SARV Regulasie 387). Die kliniese verpleegpraktisyn is ook lid van die multidissiplinêre span bestaande uit lede van verskillende gesondheidsorgberoepes, wat saamwerk met die kliënt tot sy voordeel (PAWK: Kurrikulum, 2000:8).

Volgens die konsepverslag (GGDO, 2001:1-6) diagnoseer praktiserende kliniese verpleegpraktisyns gemiddeld 27 kliënte per dag in die Metropoolstreek. Dit verskil egter van praktisyn tot praktisyn en die uitset verhoog met ondervinding. Volgens die nasionale norm behoort die kliniese verpleegpraktisyn egter 35 kliënte gedurende 'n normale werksdag te diagnoseer (GGDO, 2001:1-6). Dus praktiseer slegs 23% van die kliniese verpleegpraktisyns ten volle by die gemeenskapsgesondheidsentrums van die Wes-Kaapprovinsie se Metropoolstreek. In teenstelling hiermee bepaal die werksbeskrywing vir kliniese verpleegpraktisyns in diens van die gemeenskapsgesondheidsentrums van die Wes-Kaapprovinsie se Metropoolstreek dat die kliniese verpleegpraktisyn 30 kliënte per dag behoort te konsulteer, met dien verstande dat geen ander pligte van die individu verwag word, soos byvoorbeeld die uitdeel van medikasie of dienslewering in die verbandkamer of behandelingskamer nie. Die goedgekeurde poste van mediese interns, dokters en kliniese verpleegpraktisyns is tans 88% gevul. Die ideale situasie sal volgens die genoemde konsepverslag wees as die kliniese verpleegpraktisyn die meeste van die kliënte by die gemeenskapsgesondheidsentrums konsulteer en die dienste van die dokters slegs in meer komplekse gevalle en slegs op afspraakbasis aangewend word. Die ratio van 80% kliniese verpleegpraktisyns en 20% dokters word effektief in ander dele van Suid-Afrika aangewend (GGDO, 2001:1-6).

Bogenoemde studie het na verskillende scenario's gekyk om die diens wat deur die dokter en die kliniese verpleegpraktisyn gelewer word meer koste-effektief te maak as wat tans die geval is.

*Vier scenario's is tydens die studie ontwikkel met die volgende aannames:*

- 'n dokter kan oor 'n kliniese verpleegpraktisyn toesig hou;
- een hoof mediese beampte per gemeenskapsgesondheidsentrum is aanvaarbaar vir toesighouding oor kliniese dienste; en
- 'n kliniese verpleegpraktisyn kan 35 kliënte per dag diagnoseer en 'n dokter 50.

Die eerste scenario het die reeds aanvaarde posverdeling tussen dokter en hoofverpleegkundige se poste verdeel in 'n verhouding 20%:80% (die norme ten opsigte van diagnoseering van kliënte is nie in ag geneem nie). Die tweede scenario het ook toegelaat vir 'n 20%:80%-verhouding tussen dokters en hoofverpleegkundiges, maar die ideale getal poste is bereken deur die onderlinge norme ten opsigte van diagnoseeringsgetalle by te voeg; dit wil sê, 35 kliënte gekonsulteer deur die kliniese verpleegpraktisyn en 50 deur die dokter. Die derde en vierde scenario's was ook gebaseer op die ideale situasie, met die verskil van 'n 40%:60%-verhouding en 'n 50%:50%-verhouding tussen dokters en hoofverpleegkundiges. Die eerste scenario was die enigste scenario wat 'n besparing getoon het danksy die afskaffing van oortollige poste vir dokters en dit is ook so aanbeveel deur die konsepverslag (GGDO, 2001:1-6). 'n Skrywe (BA 4/1/7GESBED37-39) gedateer 3 Desember 2001 deur die posevaluerings-koördineerder, Moelich, bevestig bogenoemde bevindings. Hierdie scenario's is op die salarisskaal van 'n hoofverpleegkundige bereken en die navorser is egter ook bewus daarvan dat alle hoofverpleegkundiges in diens van die Wes-Kaapprovinsie nie noodwendig kliniese verpleegpraktisyns is nie en dat alle kliniese verpleegpraktisyns nie noodwendig hoofverpleegkundiges is nie. Met die gefragmenteerde dienste verskil die benamings van poste van die onderskeie kliniese verpleegpraktisyns, asook die salarisskale van diegene in diens van die Wes-Kaapprovinsie en diegene in diens van Stad Kaapstad. Die navorser voorsien egter praktiese probleme as die kliniese verpleegpraktisyn tesame met ander geregistreerde verpleegkundiges op posvlak 8 (of enige ander posvlak) funksioneer en aan dat 'n

geheel nuwe posvlak, met eie (billike en toepaslike) salarisskale vir 'n kategorie bekend as *kliniese verpleegpraktisyns* geskep word om verwarring heeltemal uit die weg te ruim en sodoende sal indelings van personeel op primêre gesondheidsorgvlak ook ook duideliker kan plaasvind.

Na aanleiding van 'n beskrywende studie gedateer 15 September 2000 wat deur dr. Ronald Kapp, vir die graad M.Fam.Med., Universiteit Stellenbosch, gedoen is, is die volgende bevind: Gedurende 2000 was uit 88 kliniese verpleegpraktisyns, in diens van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap en werksaam in die gemeenskapsgesondheidsentrums van die Wes-Kaapse Metropolstreek wat almal deel uitgemaak het van die studie, 56,8% totaal onaktief ten opsigte van konsultering van kliënte, 14,8% is slegs deelyds (dit wil sê, die meeste dae, maar nie elke dag nie) as kliniese verpleegpraktisyns aangewend en 28,4% is voltyds aangewend deur die dienste. Dit dui daarop dat in 2000 5,4% kliniese verpleegpraktisyns in diens van die Wes-Kaapprovinsie se Metropolstreek, meer effektief aangewend is, as die 23% in 2001 wat Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (GGDO) se studie uitgewys het.

**TABEL 2.1**

**Aanwending van die kliniese verpleegpraktisyn volgens Kapp (2000)**

<b>Voltydse aanwending</b>	<b>Gedeeltelike aanwending</b>	<b>Praktiseer glad nie</b>
<b>28,4%</b>	<b>14,8%</b>	<b>56,8%</b>

Volgens Kapp het sy resultate op **oneffektiewe aanwending** van menslike en opleidingshulpbronne gedui. Bevindings van Kapp se studie strook ook met die navorsers se eie mening van wanaanwending van die kliniese verpleegpraktisyn en die **negatiewe finansiële impak** wat dit het op die besteding van fondse vir opleidingsdoeleindes deur die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap, veral in die lig van die feit dat die Wes-Kaapprovinsie alreeds onder finansiële laste gebuk gaan.

*Kapp se studie het verskeie redes gemeld waarom kliniese verpleegpraktisyns nie ten volle deur die gemeenskapsgesondheidsentrums van die Metropolstreek benut is nie:*

- personeeltekorte;



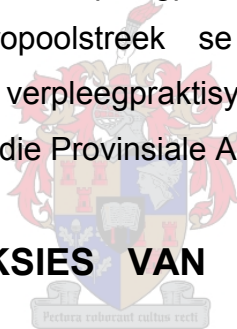
- onwilligheid om te praktiseer as gevolg van 'n tekort aan vergoeding; en
- vrees vir die kliniese praktyk (Kapp, 2000:25).

*Kapp se studie het spesifiek drie areas bestudeer, naamlik:*

- die huidige aanwending van die kliniese verpleegpraktisyns;
- die impak van die kliniese verpleegpraktisyns op die dokter se werkslading; en
- die faktore wat die effektiewe funksionering van die kliniese verpleegpraktisyns beïnvloed (Kapp, 2000:9).

Kapp en Gemeenskapdienstegesondheid-organisasie se studies was egter, soos reeds genoem, beperk tot kliniese verpleegpraktisyns in diens van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap, Metropoolstreek se gemeenskapgesondheidsentrums. Hierdie studie sluit egter kliniese verpleegpraktisyns in diens van Stad Kaapstad ook in, sowel as diegene in diens van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap.

## **2.5 DIE ROL EN FUNKSIES VAN DIE KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN**



### **2.5.1 Internasionale perspektiewe**

In Brittanje het daar van tyd tot tyd die vraag ontstaan of daar genoeg dokters was om die werk te doen. In 'n artikel in 'n *British Medical Journal* het 'n konsultant in primêre ongeluk- en nood sorg die vraag gestel of deel van die oplossing op die gebied van 'n tekort aan dokters in hierdie veld nie dalk die aanwending van verpleegpraktisyns op primêre gesondheidsorgvlak sou wees nie, aangesien kliënte dikwels met primêre gesondheidsorgprobleme na-ure by nood- en ongelukseenhede opdaag (Robertson-Steel, 1998:409BMJ). Dis dus nie net in Suid-Afrika waar verpleegkundiges in die loop van jare die gapings gevul het wat deur dokters gelaat is nie.

Daar was ander Europese lande wat van die standpunt uitgegaan het dat indien die verpleegpraktisyn slegs gesien word as een meer in 'n reeks pogings om in te meng in

ander beroepe, veral waar daar 'n oormaat verskaffers was, die kans vir aanvaarding minder was. Die uitdaging vir Europa was egter om die voordeel vir die kliënt te bepaal en die uitkomst te bepaal ten opsigte van effektiewe dienste (Farrell in Salvage, 1991:37).

Die Amerikaanse *An Abstract for Action* verwys na die *Lysaught Verslag van 1970* waarin aanbevelings gemaak is oor die bestek van praktyk van verpleegkundiges. Na aanleiding van die stygende aanvraag na gesondheidsorg en ook as gevolg van kritiese tekorte aan dokters, was daar voorstelle vir herstrukturering van die rol van die verpleegkundige sodat die verpleegkundige so veel funksies moontlik van die geneesheer kon oorneem. Alhoewel erkenning gegee is aan die verpleegkundige wat, soos Dolan (1973:318) dit noem, op 'n 'hoër vlak van behandeling' saam met die dokter gewerk het, het hierdie verslag steeds aangedring op 'n definitiewe skeiding tussen die mediese en die verpleegberoep. Die verslag verwys na die beskouing van die verpleegkundige in 'n onderdanige posisie teenoor die dokter. Alhoewel die Amerikaanse Mediese Vereniging duisende verpleegkundiges aangemoedig het om onder die toesig van die dokter te praktiseer, is die Amerikaanse Verpleegstersvereniging nie geken in die saak nie. Dit het gelei tot teenkating van die kant van die verpleegberoep dat verpleegkundiges as die dokter se assistent moes funksioneer, tog was hulle wel ten gunste van erkenning deur die mediese beroep as mede-kollegas. Daar is erken dat die **verpleegberoep die reg en verantwoordelikheid het om hul eie rolle te omskryf**, maar die kritiese behoefte aan samewerking tussen die twee beroepe moes hanteer word. Verskeie gesamentlike konferensies is hierna deur die twee liggame gehou en uiteindelik is aanbeveel dat 'n gesamentlike praktykkommissie gestig word om aanbevelings te maak rakende die dokter en verpleegkundige se rolle om sodoende kwaliteit gesondheidsorg te kan verleen, met spesifieke verwysing na die rol van die verpleegkundige wat as "meesterpraktisyn" kan optree.

*Vier basiese prioriteite is deur die gesamentlike praktykkommissie bepaal, aldus Dolan (1973:318):*

- navorsing;
- verbetering in verpleegonderwys;

- die omskrywing van rolle tesame met ander gesondheidsorgberoepe om sodoende optimale gesondheidsorg te verseker; en
- finansiële ondersteuning om sodoende geskikte persone aan te moedig om tot die spesifieke kategorie toe te tree, 'n stap wat kwaliteitsorg te weeg sal bring.

Ander internasionale voorbeelde van kliniese verpleegpraktisyns (soos reeds genoem, verskil die benamings in verskillende lande) kan gevind word, soos reeds genoem in Korea en Soedan, maar ook in Colombië, Botswana, Jamaika, Vanuatu en Thailand (Maglacas in Salvage 1999:3-6)

Die kliniese verpleegpraktisyn het gesondheidsorglewering, opvoedkundige programme, verhoudings met dokters en ander gesondheidsorgvoorsieners, beheerstelsels, akkreditasie en sertifisering van die verpleegberoep en professionele verenigings van die mediese en verpleegberoep in die Verenigde State van Amerika so dramaties geaffekteer soos geen ander verandering in onlangse tye dit reggekry het nie (Devereaux in Salvage, 1999:12). Volgens Devereaux was een van die kritiese faktore in die sukses van die kliniese verpleegpraktisyn in Amerika die toenemende toeganklikheid tot primêre gesondheidsorg en die beskikbaarheid van gesondheidsorgdienste aan gemeenskappe waar gesondheidsorg nie tevore beskikbaar was nie.

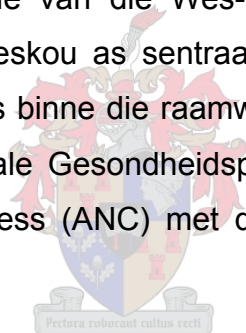


Met die nuwe rolle wat ontwikkel het in die verpleeg- en mediese beroepe in die Verenigde State van Amerika, was daar 'n behoefte aan samewerking om sodoende omvattende gesondheidsorg te lewer. Teleurstellend vir goeie verhoudings het dokters later verpleegkundiges as 'n ekonomiese bedreiging ervaar en in 'n studie deur Mclain in 1988, soos beskryf deur Devereaux in Salvage (1991:15), is daarop gewys dat verpleegkundiges tradisionele hiërargiese posisies behou het en die dokter gesien is as 'n outoritêre en dominante lid van die multidissiplinêre span, ten koste van goeie verhoudings. Ook aan die ekonomiese front was daar 'n surplus van 150 000 dokters wat gelei het tot intense kompetisie met die verpleegpraktisyns vir poste wat beskou is as mediese poste, veral omdat dokters binne organisasies hoër salarisse en hoër poste bekleed het. Die suksesvolle verrigting van mediese take deur verpleegkundiges het gelei tot hierdie kompetisie, want dit sou meer koste-effektief wees om eerder verpleegkundiges aan te stel as dokters vanweë die hoër besoldiging van dokters (Devereaux in Salvage, 1999:18). Alhoewel die gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika

verskil van die gesondheidsorgdienste in Amerika, veral ten opsigte van beskikbaarheid van dienste en hulpbronne, kan daar tog van bogenoemde literatuur kennis geneem word. Die georganiseerde en akademiese sektore van die verpleegberoep was vir jare gekant teen die ontwikkeling van die kliniese verpleegpraktisyn in Amerika. Toesighouers het toestande dikwels moeilik gemaak vir kliniese verpleegpraktisyns en dit het gelei tot versoeke vanuit die geledere van die verpleegpraktisyns om deel te word van die mediese sektor eerder as van die verpleegsektor. Hierdie reëlins het ongeveer tien tot vyftien jaar geduur. Die wonde het egter stadig genees en vertroue moes mettertyd herstel word tussen die verpleegpraktisyns en die georganiseerde verpleegberoep.

## 2.5.2 Gemeenskapsdeelname

Volgens die filosofie van die Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleidingskomponent van die Provinsiale Administrasie van die Wes-Kaapprovinsie se Metropoolstreek, word primêre gesondheidsorg beskou as sentraal in die voorsiening van 'n gelyke, omvattende gesondheidsorgdiens binne die raamwerk van gemeenskapsontwikkeling. Dit sluit ook aan by die Nasionale Gesondheidsplan vir Suid-Afrika, soos voorberei deur die African National Congress (ANC) met die tegniese ondersteuning van die WGO en UNICEF.



Ook die definisie van primêre gesondheidsorg, soos geformuleer in die Alma Ata Deklarasie (WGO, 1978:34) sien aktiewe gemeenskapsdeelname as sentraal tot die sukses van primêre gesondheidsorg.

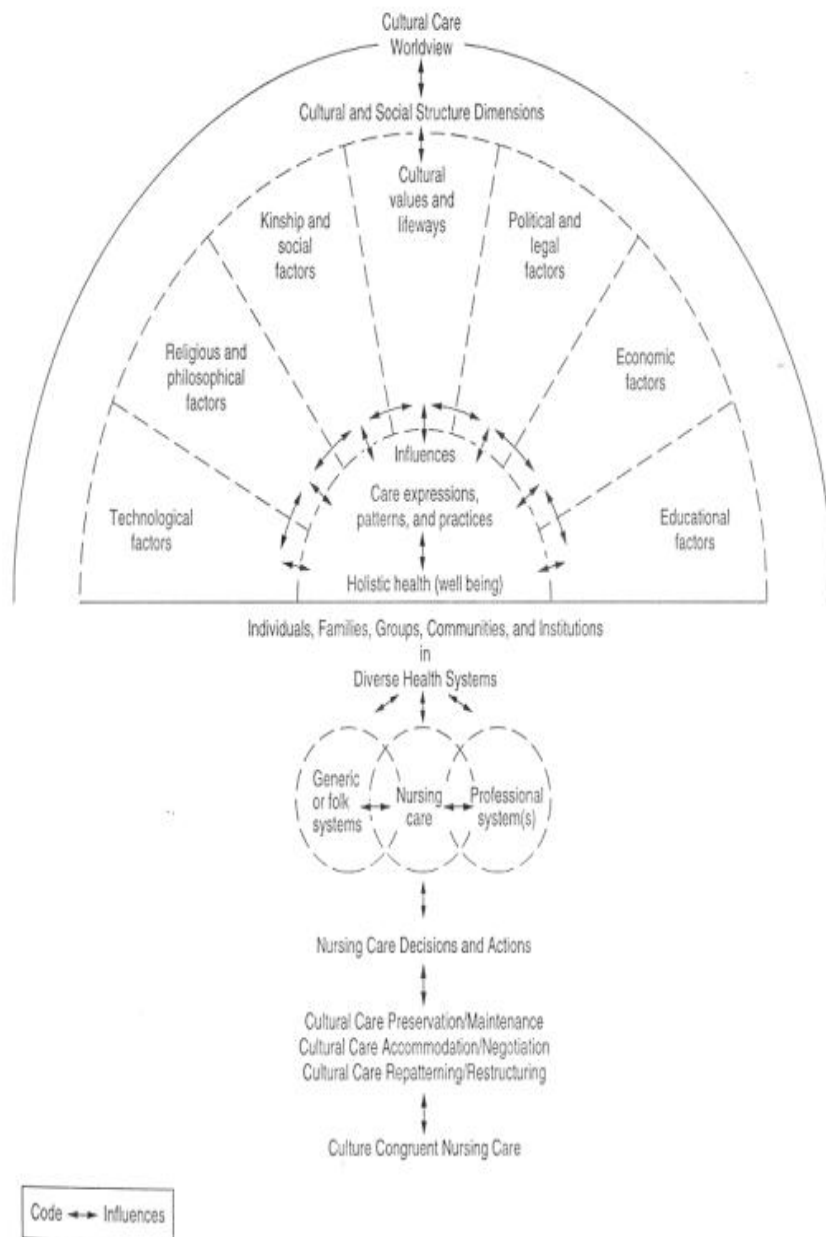
## 2.5.3 Kultuur as 'n faktor

Madeleine Leininger se Teorie van Kultuursorg, Diversiteit en Universaliteit, beklemtoon die waarde van 'n gemeenskap wat meer en meer bewus raak van kulturele diversiteit binne sy grense. Leininger se teorie voorsien nie spesifieke riglyne vir die verpleegberoep nie, maar gee wel riglyne ten opsigte van die insameling van kennis en die daarstel van 'n raamwerk vir besluitneming oor die nodige optrede waarby die kliënt die meeste sal baat. Leininger se *Sunrise Model* (Figuur 2.1) is 'n kognitiewe model wat, as dit van bo na onder beskou word, aandag gee aan die kulturele en sosiale strukture deur individue, families, groepe, gemeenskappe en instellings in

kultureel akkomoderende en behoudende generiese-, professionele- en verpleegsorgstelsels in te deel. Volgens Leininger dui universele sorg op sorg wat oor kulture heen eenders bly en sorgdiversiteite dui op patrone en prosesse wat eie is aan 'n spesifieke gesin of kulturele groep. Leininger het geglo en navorsing het daarop gedui dat sorgdiversiteit groter as universele sorgpatrone (George, 1995:388) is. Die navorser is van mening dat kulturele faktore in die lewering van gesondheidsorg baie belangrik is in Suid-Afrika met sy kultureel diverse samelewing. Die persoon se siekte kan nie van sy kultuur geskei word nie en siekte moet in hierdie konteks gesien word.

Persone wat inheems is aan Afrika het 'n eie beskouing van siekte en die oorsake van siekte wat verskil van 'n Westerse siening van siekte en dit wat siektes veroorsaak. Vir mense uit Afrika maak dit sin om sekere siektes aan heksery of die bose toe te skryf. Dit is die rede waarom dit moeilik is om Westerse programme oor die voorkoming van sekere siektes en gesondheidsinligting te laat slaag, omdat inheemse waardestelsels en sienings nie begryp en in die programme geïdentifiseer word nie. Ongeag die verskil le tussen inheemse groepe uit Afrika wat kultuur betref, is daar 'n dominante sosio-religieuse filosofie wat deur alle Afrikane gedeel word en wat gebaseer is op 'n holistiese en "antroposentriese antologie". Dit beteken dat die mens een is met die voorvaders, hekse, towenaars en alles om hom. Daar is ook die standpunt dat die Afrika-man by die middelpunt van die heelal funksioneer en in staat is tot interaksie met God, die voorvaders, geeste en die natuur. Tradisionele Afrikane glo nie in kans of ongeluk nie. Elke siekte het 'n doel en die oorsaak moet gevind word en uitgeskakel word. Die fout moenie gemaak word om hierdie sienings as belaglik, skadelik of bygelowig af te maak nie, aangesien dit ook positief aangewend kan word, veral ten opsigte van gesondheidsbevordering. Kliëntvriendelike programme sal sensitief wees ten opsigte van kulturele waardes. Programme wat vir 'n spesifieke kultuur ontwerp is, sal nie noodwendig samewerking in 'n ander kultuur verseker nie. Kultuursensitiwiteit is derhalwe baie belangrik vir die bevordering van gesondheid (Maelane,2002:14-15).

**FIGUUR 2.1**  
**Leininger se *Sunrise Model***



Andrews & Boyle (1999:7)

### 2.5.4 Wetlike parameters

Die kliniese verpleegpraktisyn is dus volgens Maglacas in Salvage (1991:1) 'n geregistreerde verpleegkundige wie se basiese of na-basiese opleiding bykomende kennis

en vaardighede verleen. Op grond hiervan is die kliniese verpleegpraktisyn in staat daartoe om verantwoordelikheid te aanvaar vir die gesondheidsberaming, diagnose, hantering en gesondheidsorg op die eerste of primêre vlak van die gesondheidsorgstelsel (Kapp, 2000:7). Die kliniese verpleegpraktisyn word dus beskou as 'n geregistreerde professionele verpleegkundige wat goedgekeurde opleiding ondergaan het in die kuratiewe aspek van primêre gesondheidsorg (gewoonlik ongeveer een jaar) en volgens Artikel 38A van die Wet op Verpleging (Suid-Afrika, 1978, soos gewysig) gemagtig is om as 'n kliniese verpleegpraktisyn te praktiseer. Die Wet op Verpleging, Artikel 38A, stipuleer egter nie dat so 'n verpleegkundige wel 'n kursus moes deurloop het nie. Dit kan egter riskant vir die praktisyn wees om te praktiseer en ook vir die werkgewer om 'n persoon te magtig indien daar geen bewys van kennis is wat so 'n persoon bekom het nie.

*Die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn funksioneer ooreenkomstig die volgende wetlike aspekte volgens die konsepverslag deur die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie, asook ooreenkomstig die kurrikulum vir die kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg van die Wes-Kaapprovinsie (PAWK, 2000: 16):*

- Die Wet op Verpleging, Artikel 38A (Wet 50 van 1978, soos gewysig);
- Wet op Medisyne en Verwante Stowwe (Wet 101 van 1965, soos gewysig);
- Die Aptekerswet (Wet 53 van 1974, soos gewysig);
- Wet op Mediese-, Tandheelkundige- en Verwante Gesondheidsberoepes (Wet 56 van 1974, soos gewysig); en
- Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, Regulasie 2418

*Artikel 38A van die Wet op Verpleging (wet 50 van 1978) stipuleer “dat sekere verpleegkundiges” gemagtig mag word om in sekere omstandighede die volgende te kan uitvoer:*

- fisiese ondersoek van 'n persoon;

- diagnosering van 'n fisiese defek, siekte of tekort by enige persoon;
- die stoor van voorgeskrewe medikasie en die voorsiening, toediening of voor-skryf daarvan vir die voorgeskrewe toestande; of
- die bevordering van gesinsbeplanning soos vasgestel deur die Direkteur-Generaal van Gesondheid

## **2.6 LEEMTES IN DIE PRAKTYK VAN DIE KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN**

### **2.6.1 Aanwending**

Aanwending van die kliniese verpleegpraktisyns blyk vir die navorser problematies te wees in die Weskaapse Metropoolstreek, want ten spyte van die feit dat kliniese verpleegpraktisyns reeds sedert die sewentigerjare opgelei word, is dit bekend aan die navorser (en ook aan bestuur) dat kliniese verpleegpraktisyns deur die jare gestuur is vir opleiding, maar nie ten volle deur die dienste aangewend word in die kapasiteit waarvoor hulle opleiding ontvang het nie. Navorsing deur Kapp (2000:3) bevestig hierdie praktyk en hy het reeds in 2000 aanbevelings gedoen dat slegs diegene wat gaan praktiseer, opgelei moet word. Dit is egter die opinie van die navorser dat eerder kontrole oor diegene wat gratis deur die Provinsiale Administrasie opleiding in hierdie verband ondergaan, sowel as diegene aan wie die Provinsiale Administrasie beurse en studieverlof toeken om in hierdie verband aan tersiêre instellings te studeer ontbreek en dat dit beslis 'n aspek is wat baie deeglik ondersoek moet word. Gebrek aan kontrole kan lei tot wanaanwending van kapitaal, wanaanwending van skaars menslike hulpbronne, 'n gebrek aan beroepstevredenheid onder diegene opgelei as kliniese verpleegpraktisyns wat nie aangewend word as kliniese verpleegpraktisyns nie, misbruik en 'n gebrek aan ondersteuning van diegene wat wel praktiseer, wanbegrip van bestuurslui en ander lede van die multidisiplinêre span in sake die opleiding, bestek van praktyk en aanwending van hierdie kategorie van personeel, swak beplanning en uiteindelik wantroue van die publiek in 'n wanordelike sisteem. Dit is egter nie realities om diegene wat na-ure aan tersiêre inrigtings soortgelyke opleiding doen, self daarvoor betaal en hul eie verlof vir praktiese sessies gebruik, nadat hul die opleiding voltooi het, te verplig om in die veld te praktiseer nie.



## 2.6.2 Professionele eienaarskap

Vir die afgelope nege jaar het die transformasieproses van die gesondheidsdienste die klem gelê op strukturele veranderinge en bestuursveranderinge met weinig klem op die stelsels wat die professionele praktyk moet ondersteun. Kwaliteitversekering is ook sodoende afgeskeep (Tjale, 2002:32-33). Volgens Tjale is daar ook 'n leemte by verpleegkundiges om "professionele eienaarskap" te aanvaar vir uitkomst en is daar duidelik 'n verdeeldheid van wat verpleging in die algemeen behels en hoe dit van ander gesondheidsdissiplines verskil. Tjale noem ook dat verpleegkundiges nie hul professionele waardes effektief aan die publiek kan oordra sodat die publiek kan ervaar dat hul bekommernisse deur die verpleegberoep hanteer word nie. Dit dui ook vir die navorser daarop dat daar selfs verwarring by lede van die verpleegberoep mag voorkom ten opsigte van hul eie bestek van praktyk.

'n Veranderende gesondheidsorgomgewing waarin verpleegkundiges al hoe meer beïnvloed word deur wetlike vereistes, regeringsregulasies, regte van die kliënt, die ekonomiese klimaat, skaars menslike- en finansiële hulpbronne, hul eie voortdurend veranderende rolle, funksies en bestek van praktyk, hul beroepsmigrasie oor beroepsgrense, herhaalde herstrukturering van die gesondheidsorgdienste en siektetoestande wat epidemiese afmetings aanneem, kan alles baie verwarrend wees. Verpleegkundiges moet steeds tred hou met hul bestek van praktyk en moet hul profesie se etiese en professionele kodes gehoorsaam, maar terselfdertyd word verpleegkundiges al hoe meer bewus van hul eie regte. Onlangse navorsing het egter nog steeds aangedui dat verpleegkundiges hul beroep kies vanuit 'n perspektief van sorg. Leiers in die verpleegberoep het dus 'n rol te speel ten opsigte van deurlopende motivering van die verpleegkundiges in hul diens (Jooste, 2002:11). Volgens Jooste is kliënte ook meer bewus dat hulle kan klagtes indien oor dienste gelewer en die *Batho Pele veldtog*, soos opgeteken in die *Witskrif oor die Transformasie van die Staatsdiens*, maak ook voorsiening daarvoor. In ooreenstemming met wat Kapp aanbeveel vir die toelating van potensiële kliniese verpleegpraktisyns vir opleiding, pleit Jooste vir realitiese kriteria vir die toelating by basiese verpleegkunde wat sal lei tot 'n vaardige persoon na opleiding. Jooste noem ook dat verpleging nie in 'n lugleegte bestaan nie en dat 'n holistiese benadering gevolg moet word om standarde te handhaaf. Die navorser wil beaam dat ook die kliniese verpleegpraktisyn as mens holisties benader behoort te word deur die werkgewer.

### 2.6.3 Ondersteuning

Volgens (Schutte et al. in Myburgh, 1995:120) word sukses gemeet aan die wyse waarop die stelsel deur die gemeenskap aangewend word. Volgens Kapp (2000:21) is daar van bestuurskant af opgemerk dat daar soms klagtes van die kliënte is en dat die kliënt liever die dokter by die groter gemeenskapsgesondheidsentrum sal besoek, ongeag of hy goeie of minder goeie diens lewer, omdat die konsep van die kliniese verpleegpraktisyn nog nie posgevat het nie. Ook volgens die bestuurders is daar soms twyfel by die kliënt aangaande die vaardigheid van die kliniese verpleegpraktisyn. Kapp noem nie uit watter kategorieë die bestuurders kom nie en of hulle wel die rol en funksie van die kliniese verpleegpraktisyn begryp nie. Teenstrydig met hierdie punt wil die navorser Maglacas in Salvage (1991:8) se standpunt gebruik wat lui dat dit nie help om slegs beleid en wetgewing te formuleer ten opsigte van die rol en funksie van die kliniese verpleegpraktisyn nie. Kliniese verpleegpraktisyns sal volgens Maglacas nooit ten beste as sleutelrolspelers in die gesondheidsorgdienste aangewend kan word nie, tensy diegene betrokke by beplanning en besluitneming ten opsigte van die gesondheidsorgdienste sal verseker dat hierdie kategorie van professionele gesondheidsorgwerkers ondersteun en effektief en toepaslik volgens hulle voorbereiding en opleiding aangewend word.

Ook het Maglacas ondervind dat aptekers en senior verpleegpersoneel nie altyd die rol en bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn ten volle begryp nie en dat hierdie persone geteiken behoort te word met die verskaffing van deeglike inligting oor die bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn. Dit verduidelik ook die probleme op grondvlak wat die kliniese verpleegpraktisyns ondervind met aptekers in sommige gemeenskapsgesondheidsentrums en te wyte is aan 'n wanbegrip aangaande wat die kliniese verpleegpraktisyn mag voorskryf. Wat die publiek betref, verskil die persepsie van tevredenheid volgens Schutte et al. in Myburgh (1995:120) en word in die boek *Changing Public and Development Management: South African Cases*, geïllustreer dat sommige persone ontevrede is as hulle nie binne vyf minute aandag kry nie en dat ander weer met veel minder tevrede is. Kliëntetevredenheid sal egter nie in hierdie studie nagevors word nie, aangesien dit 'n omvattende onderwerp op sigself is. Die bemagtiging van personeel deur hulle bloot te stel aan bewusmakingskursusse soos byvoorbeeld Batho Pele, Veranderingsbestuur, Menseregte Bewusmaking en deurlopende indiensopleiding sal tot hul vooreel wees.

Kapp (2000:25), se studie het van die standpunt af uitgegaan dat die effektiewe kliniese verpleegpraktisyn die besluit geneem het om die kursus te deurloop om die gemeenskap beter te dien. Na afloop van die kursus behoort genoeg tyd toegelaat te word om deur praktisering hierdie nuutaangeleerde vaardighede in die praktyk in te oefen. Die nodige leiding en aanmoediging behoort ontvang te word van die dokter waarmee die kliniese verpleegpraktisyn saamwerk en om effektief te funksioneer behoort die kliniese verpleegpraktisyn dieselfde positiewe houding waarmee die kursus begin is, te toon. Groei behoort sigbaar te wees in terme van kliniese deeglikheid en kapasiteit om sodoende algaande meer kliënte te konsulteer. Kliënte sal dan bewus wees van die positiewe rol wat die effektiewe kliniese verpleegpraktisyn in hul welstand speel en sodoende behoort die effektiewe kliniese verpleegpraktisyn die respek en aanvaarding van die gemeenskap wat gedien word, te geniet. Die dokter behoort dan ook bewus te wees van die positiewe impak wat die kliniese verpleegpraktisyn op die werklading maak en sodoende word die dokter eweneens gemotiveer om die kliniese verpleegpraktisyn te ondersteun. Volgens Kapp (2000:25) lei al hierdie faktore tot werksbevrediging en sal die rol van die kliniese verpleegpraktisyn al duideliker word vir die dokters en kliënte. Die kliniese verpleegpraktisyn sal daardeur geïnspireer word om professioneel te groei en steeds beter diens te lewer.

Kapp se studie beklemtoon die afhanklikheid van die kliniese verpleegpraktisyn van die ondersteuning deur die dokter, betreffende aanmoediging, toeganklikheid, onderrig en bevorder funksionering binne spanverband. Die studie (Kapp, 2000:15) noem ook die afhanklikheid van die kliniese verpleegpraktisyn van die ondersteuning van die gesondheidsorgdiens se bestuur ten opsigte van die verskaffing van voldoende personeel, indiensopleiding en gereelde forums waar kliniese verpleegpraktisyns kan ontmoet.

Ook noem Mellish dat dr. J. Wessels, koördineerder van primêre gesondheidsorgdienste in die destydse Oos-Kaap en Grensstreek, alreeds in 1983 in sy verslag aangedui het, dat, as gevolg van die tekort aan mediese praktisyns in digbevolkte areas, daar geen gesondheidsorg sou gewees het as dit nie vir die aanwending van geselekteerde geregistreerde verpleegkundiges in kuratiewe dienslewering was nie. Hy het egter, net soos Kapp, die dokter se houding as deurslaggewend vir die sukses van die kliniese verpleegpraktisyn beskou (Mellish, 1984:23).

Volgens Khoza (1997:42) is dit logies om aan te neem dat 'n pasgekwalifiseerde verpleegkundige leiding van senior lede in die span nodig het. Hierdie siening kan ook op die nuutgekwalifiseerde kliniese verpleegpraktisyn toegepas word. Indiensopleidings- en oriëntasieprogramme is volgens Khoza van groot belang by die nuutgekwalifiseerde individu. Selfvertroue om hul nuutverworwe kennis toe te pas, ontbreek nog in 'n mate. Sorg aan die kliënt is prioriteit vir diegene in die verpleegberoep, maar die sorgverlening aan kollegas moet nie in die proses vergeet word nie. Persoonlike en professionele ontwikkeling is ook belangrik en moet aandag geniet. Benner (1984:21) word deur Khoza aangehaal en volgens Benner duur dit ongeveer twee tot drie jaar van indiensondervinding om ten volle gemaklik in 'n nuwe beroepsrol te word. Gedurende hierdie tydperk behoort gewaak te word teen herhaalde rotasie van hierdie persone. Sou daar nie aandag gegee word aan die behoeftes van die nuutgekwalifiseerde persoon nie, kan 'n tipe "*job battering*"-sindroom ontstaan met die volgende moontlike simptome: teleurstelling, opbou van 'n wrok teen die werkplek, geïrriteerdheid, aggressie, verlies aan dryfkrag, afwesigheid en diensverlating (Khoza,1997:42-43).

Al word beleid en wetgewing geformuleer ten opsigte van die rol en funksie van die kliniese verpleegpraktisyn en al verstaan die kliniese verpleegpraktisyns hul eie rolle en funksies, sal hulle, volgens Maglacas, nooit ten beste aangewend kan word as sleutelrolspelers in die gesondheidsorgdienste waarvoor hulle spesifiek opgelei en voorberei is nie, tensy diegene betrokke by beplanning en besluitneming van die gesondheidsorgdienste verseker dat hierdie kategorie van professionele gesondheidsorgwerkers ondersteun en effektief en toepaslik op grondvlak aangewend word in gemeenskappe waar gesondheidsorgdekking nie optimaal is nie. Ook Maglacas het ondervind dat aptekers en senior verpleegpersoneel nie altyd die rol en bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn ten volle begryp nie en noem dat hierdie persone goed ingelig moet word om probleme te voorkom (Maglacas in Salvage, 1991:8).

#### **2.6.4 Internskap**

Sedert 2000 het die komponent: Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap se Metropoolstreek 'n vrywillige internskapstelsel van een jaar in werking gestel vir pasgekwalifiseerde kliniese verpleegpraktisyns, na

gesprekvoering met dr. John Frankish, voormalige direkteur van die Metropoolstreek en sommige van die fasiliteerders van die kursus. Ten spyte van terugslae en groeipyne tydens die eerste jaar, vind die internskap steeds plaas en kan aandag gegee word aan ten minste sommige van die probleme wat deur die nuutgekwalifiseerde kliniese verpleegpraktisyns ondervind word. Meer kliniese verpleegpraktisyns kry sodoende die kans om vertrouwe op te bou in hierdie veld en hul nuutverworwe kennis vas te lê. Ondersteuning terwyl hulle hul voete vind word terselfdertyd verleen deur die dienste, deur elke nuutgekwalifiseerde kliniese verpleegpraktisyn toe te ken aan 'n mentor wat indirek toesig hou oor hulle en volgens 'n tjommiestelsel (*buddy-system*) raad en hulp verleen. Die nuutgekwalifiseerde kliniese verpleegpraktisyn bly egter steeds 'n gekwalifiseerde, onafhanklike praktisyn en behoort ten volle deel te vorm van die multidissiplinêre span by die betrokke instansie waar werksaam.

Dit is interessant om op te let na die beskrywing van die kliniese verpleegpraktisyn in die konsepverslag van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie, naamlik dat *die kliniese verpleegpraktisyn 'n geregistreerde Professionele Verpleegkundige is, wat bykomende opleiding deurloop het in kuratiewe en voorkomende primêre gesondheidsorg, bo en behalwe die nodige kwalifikasie vir registrasie as 'n professionele verpleegkundige. Hierdie opleiding het 'n jaar teoretiese en praktiese studie behels en 'n tweede jaar deurloop onder die leiding van 'n mentor by 'n gemeenskapsgesondheidsentrum* (GGDO, 2001:1-6). Volgens hierdie konsepverslag klink dit of die tweede jaar as voorvereiste dien vir 'n kliniese verpleegpraktisyn, terwyl daar volgens die navorser se wete tot op hede geen amptelike dokumentasie is wat so 'n stelling steun nie. Internskap is volgens die navorser vrywillig en geen kontrakte word met enige werknemer in dié verband gesluit nie.

Voorheen is sommige kliniese verpleegpraktisyns terug na hul vorige werksituasies en het weens verskeie redes glad nie gepraktiseer nie met die gevolg dat wanneer hulle benodig word om te praktiseer hulle nie oor die nodige selfvertroue beskik nie. Vanuit 'n opleidingsperspektief gesien, is dit finansieël 'n nadelige en onaanvaarbare situasie.

Dit is ook bekend aan die navorser dat ander persone weer gestuur is vir opleiding as kliniese verpleegpraktisyns en van dag een af verwag is om dieselfde aantal konsultasies te behartig as 'n persoon met ondervinding. Min ondersteuning is verleen aan die pasgekwalifiseerde kliniese verpleegpraktisyn.

Ander kliniese verpleegpraktisyns het weer kort na opleiding die dienste verlaat vir oorsese werkgeleenthede en vir werksgeleenthede in die privaatsektor. Sommige het weer plaaslik van werkgewer verander, hetsy van provinsiale na plaaslike owerheid, of andersom. Dit is ook bekend dat sommige kliniese verpleegpraktisyns nie noodwendig hierdie opleiding gebruik in hul daaglikse werksituasie nie, maar wel die opleiding deurloop het om saans, tydens verlofdae en naweke, ekstra geld te verdien by privaat- apteke, fabrieksklinieke en privaat mediese praktyke of hulle word deur verpleeg- agentskappe uitgeplaas na instansies wat kuratiewe dienste lewer. Vyf-en-twintig jaar reeds sedert die ontstaan van die kliniese verpleegpraktisyn, word geen ooreenkoms gesluit met enige verpleegkundige in die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Metropoolstreek se diens gesluit om diens te verrig in plek van die opleiding wat gratis deelyds vir 44 weke deurloop word en as indiensopleiding beskou word nie.

Internskapverslae openbaar ook dat diegene wat in diens van Stad Kaapstad se klinie- ke is meestal kinders behandel. Ook hier toon aanwending van die kliniese verpleeg- praktisyn leemtes. In die Helderberg-area, waar diegene in diens van die provinsie en die plaaslike owerhede meer saamwerk, is waargeneem dat die kursus meer effektief aangewend word in die praktyk. Diegene wat slegs kinders onder ses jaar sien, is geskou op die elfdae-opleiding in Geïntegreerde Hantering van Siektes by Kinders (IMCI). Die persone word in hierdie kursus geleer om te klassifiseer en nie om te diag- noseer nie. In hierdie kursus word glad nie van instrumente gebruik gemaak nie, maar word staat gemaak op die klassifisering van tekens en simptome. Die kursus is ook nie noodwendig vir geregistreeerde verpleegkundiges ontwerp nie, maar vir enige persoon, met of sonder opleiding, waar daar nie 'n dokter is nie. Sommige persone in diens van die plaaslike owerhede maak ook staat op die maandlange pediatriese kursus wat by die Rooikruis Oorloggedenhospitaal deurloop is. Soos reeds gemeld is hierdie kursus egter deur Rooikruishospitaal gestaak weens die feit dat dit 'n primêre gesondheidsorgkursus is en die hospitaal se begroting net vir uitgawes vir tersiêre sorg voor-siening maak. Die kursus is egter in die proses om vanaf 2004 weer geloods te word met fondse wat deur die Metropoolstreek se Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding voorsien gaan word. Die ideaal is dat hierdie kortkursus ook dan die pedia- triese module van die deelydse kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesond- heidsorg vorm.

## 2.6.5 Aanbevelings en kritiek

*Die volgende aanbevelings is gebaseer op die bevindings van Kapp se studie, naamlik:*

- die formulering van 'n formele beleid op provinsiale en moontlik nasionale vlak aangaande die doelstellings en werksbeskrywing van die kliniese verpleegpraktisyn, insluitend die verwagte werkslading, asook 'n beskrywing van presies hoe die kliniese verpleegpraktisyn behoort aangewend te word deur beleidmakers, om sodoende die rol van die kliniese verpleegpraktisyn in konteks te plaas. Die uiteenlopende opinies gelewer deur die verskillende groepe deur Kapp gekonsulteer, mag gedui het op veeldoeligheid van die kliniese verpleegpraktisyn, maar volgens Kapp lei dit tot onduidelikheid ten opsigte van die rol van kliniese verpleegpraktisyns en onduidelike persepsies van die kliniese verpleegpraktisyn se aanwending. Dit alles dra by tot 'n situasie waar kliniese verpleegpraktisyns deur dokters as 'n bedreiging ervaar word;
- kliënte en die gemeenskap behoort ook duidelikheid te hê oor die rol en funksie van die kliniese verpleegpraktisyn, aangesien dokters en bestuurders van gesondheidsdienste kommer uitgespreek het oor die negatiewe siening van die arm gemeenskappe oor die effektiwiteit van die kliniese verpleegpraktisyn. Genoemde rolspelers het 'n bemarkingsveldtog aanbeveel om die gemeenskappe wat deur die kliniese verpleegpraktisyn bedien word, beter in te lig;
- slegs kliniese verpleegpraktisyns wat beoog om te gaan praktiseer, behoort in aanmerking te kom vir die betrokke opleiding;
- gereelde praktisering van die kliniese verpleegpraktisyn behoort verseker te word deur genoeg personeel vir ander funksies in diens te neem en nie die kliniese verpleegpraktisyn as 'n "deskundige aflos" aan te wend nie;
- verpleegdiensbestuurders behoort 'n sterk kliniese verpleegpraktisynidentiteit te vestig;

- Rose Mazibuko, in Kapp (2000:28), beskryf areas wat opbouend vir ondersteuning, moraal en sekuriteit van die kliniese verpleegpraktisyns in die destydse Oos-Transvaal gebruik is, naamlik gereelde vergaderings, opdatering, nuusbriewe geskryf deur kliniese verpleegpraktisyns vir kliniese verpleegpraktisyns, asook 'n jaarlikse sosiale geleentheid;
- aanmoediging van 'n goeie dokter-kliniese verpleegpraktisynverhouding deur bestuur op plaaslike vlak en die effektiewe professionele samewerking en uitruil van kennis en vaardighede om sodoende 'n volwasse diens van hoogstaande kwaliteit te lewer tot voordeel van die kliënt;
- Kapp beskou die plattelandse kliniese verpleegpraktisyn as 'n "jack of all trades", wat sonder 'n dokter moet kan funksioneer, anders as die kliniese verpleegpraktisyn wat in die Metropol werksaam is en met verskeie dokters saamwerk; en
- Kapp beveel aan dat op die vlak van die gemeenskapsgesondheidsentrum, die betrokke bestuurder van so 'n instansie saam met die dokter-in-bevel en die KVP behoort te gaan sit en onderhandel hoe die kliniese verpleegpraktisyn optimaal aangewend kan word in daardie betrokke instansie. Gebruik kan gemaak word van 'n werksbeskrywing as riglyn.

*Kritiek op die werk van Kapp (2000), is:*

- dat Kapp deurgaans verwys na die dokter as manlik en na die kliniese verpleegpraktisyn as vroulik, terwyl daar manlike kliniese verpleegpraktisyns asook vroulike dokters bestaan, ook in die Metropolstreek van die Wes-Kaap-provinsie;
- dat die navorsing deur 'n dokter oor verpleegkundiges gedoen is en dus vanuit 'n mediese perspektief beskou is; en
- die feit dat sonder meer aanvaar word dat plattelandse kliniese verpleegpraktisyns sonder dokters behoort klaar te kom en diegene in die Metropol nie laat ook vrae ontstaan by die navorser, aangesien alle kliniese verpleegpraktisyns in



die Wes-Kaapprovinsie dieselfde provinsiale kurrikulum volg, ongeag of hulle platteland of metropool gaan bedien. Al wat behoort te verskil van streek tot streek is die voorkoms van endemiese siektes. Selfs ook nie die universiteite en teknikons tref onderskeid tussen die opleiding wat persone ondergaan wat na voltooiing van hul opleiding in die stede of op die platteland gaan werk nie. Kapp beweert dus dat verpleeggedrewe instansies aanvaarbaar is op die platteland, maar nie in die stede nie.

### 2.6.6 Gefragmenteerde dienste

Reeds in 1998 is 'n studie deur De Villiers en Sandison beskryf in 'n uitgawe van *Family Medicine* oor die evaluasie van integrasie van gefragmenteerde dienste in 'n gemeenskapsgesondheidsentrum (Bishop Lavis Gemeenskapsgesondheidsentrum) in die Wes-Kaap se Metropoolstreek. Tans in 2003 is daar nog steeds nie integrasie nie, ten spyte van aanbevelings uit hierdie studie.

*Die volgende aspekte is in bogenoemde studie aangespreek:*

- liasseerstelsels was nie eenvormig nie;
- dienslading het vermeerder met die vestiging van 'n omvattende diens, alhoewel die dienskwaliteit verbeter het;
- gemeenskapsdeelname is wel beperk tot 'n paar lede uit die gemeenskap, maar meer as in die verlede;
- gereelde vergaderings met verteenwoordigers uit die gemeenskap het bygedra tot beter kommunikasie;
- die gemeenskap het meer veeleisend geraak;
- personeelverhoudings het wel verbeter volgens die meerderheid respondente en gereelde personeelvergaderings het positief hiertoe bygedra;

- gereelde terugvoer, spanbou, konflikhantering en deelnemende besluitneming is gesien as maniere om personeelinteraksie te verbeter;
- 'n omvattende primêregesondheidsorgbeleid en die visie van gesondheidsorgbestuurders om so 'n projek te inisieer, is positief ervaar;
- eksterne fasilitering deur 'n projekkoördineerder van die Universiteit van Stellenbosch en drie menslikehulpbronkonsultante van Old Mutual met relatiewe neutraliteit en waardetoevoeging het daartoe gelei dat die projek as meer objektief en sonder agenda aanvaar is;
- verandering van die eksterne omgewing van die diens was positief met die oog op integrasie;
- diensvoorwaardes en ongelykhede het 'n fundamentele probleem blyk te wees;
- vrees vir verandering en die potensiele funksionering volgens nuwe reëls en stelsels is as 'n bedreiging ervaar (daar is gekonsentreer op potensiele verlies en nie op potensiele wins nie);
- kompetisie en magstryd op seniorvlak tussen werknemers van verskillende instansies van het aanleiding gegee tot 'n "ons"- en "hulle"-situasie en mense twee kampe verdeel;
- begeleiding van die amalgamasieproses van gefragmenteete dienste deur middel van 'n eksterne koördineerder, eerder as deur 'n persoon verbonde aan enige van die twee instansies, is deur bogenoemde studie aanbeveel; en
- kultuurverskille en die verlies van 'n eiesoortigheid het problematies gelyk te wees, byvoorbeeld, 'n verpeegkundige- versus 'n doktergedrewe diens, voorkomende- versus kuratiewe diens en die behoud van outonomie van een groep bo 'n ander versus gelykheid.

De Villiers en Sandison het tot die gevolgtrekking gekom dat amalgamasie 'n potensiaal vir konflik skep en dat met hierdie studie sukses behaal is met integrasie,

ongegag die struikelblokke wat geïdentifiseer is en die studie het aanbeveel dat gefokus word op dit wat wel bereikbaar is ten opsigte van amalgamasie van dienste (De Villiers & Sandison,1998:2-3). Ten spyte van studies soos hierdie deur De Villiers en Sandison het amalgamasie van dienste soos gelewer deur die Provinsiale Administrasie en Stad Kaapstad nog steeds nie teen 2003 geskied nie. Kliniese verpleegpraktisyns in diens van Stad Kaapstad bedien meestal kinders onder dertien jaar en nie kliënte met kroniese probleme nie. Kliniese verpleegpraktisyns in diens van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap bedien meestal persone wat dertien jaar en ouer is. Soos reeds genoem, word beide hierdie dienste dikwels in dieselfde gebou gelewer, maar afsonderlik. Een voorbeeld van hierdie aparte dienste wat aan die navorser bekend is, is juis Bishop Lavis se gemeenskapsgesondheidsentrum waar De Villiers en Sandison se studie gedoen is.

Alle primêre gesondheidsorgdienste was veronderstel om afgewentel te word na plaaslike owerhede en die gevolg sou wees dat gesondheidsorgdienste in soverre moontlik, 'n gemeenskapsverantwoordelikheid word. Gesondheidskomitees sal dan direk betrokke wees by die beplanning en ontwikkeling van hulle eie gesondheidsorgdienste, gelewer deur 'n enkele owerheid binne 'n gegewe geografiese gebied en dit sal eliminasië van gefragmenteerde primêre gesondheidsorgdienste beteken. Daar is ook gesê dat diegene wat nie oor die nodige hulpbronne beskik nie van die nodige ondersteuning voorsien sal word en dit sal ook uitbreiding van deelname deur privaatinstanties behels (Slabber in Muller & van Rooyen,1994:809-810).

### **2.6.7 Gemeenskapsbetrokkenheid**

Volgens die *Health Sector Strategic Framework 1999-2004* van die Departement van Gesondheid behoort daar in alle instanties voldoende opgeleide personeel te wees, byvoorbeeld primêre gesondheidsorgverpleegkundiges met deurlopende en sigbare ondersteuning deur dokters. Die aspek van samewerking tussen die mediese en verpleegberoep en die onderlinge afhanklikheid van mekaar kom hier na vore.

Ook word in hierdie dokument genoem dat uitreikprogramme in die gemeenskap nodig is om gemeenskapsdeelname ook so te bevorder, veral ten opsigte van voorkomende en bevorderende gesondheidsprogramme. Funkisionerende gemeenskapsgesondheidskomitees moet vir alle instanties op die been gebring word om te verseker dat

verskaffer en gebruiker goeie kommunikasie gevestig het en sodoende die geleentheid te skep om aandag te gee aan mekaar se behoeftes. Ooreenkomste tussen diensverskaffer en diensverbruiker behoort in elke instansie sigbaar te wees.

### 2.6.8 Voorrade en toerusting

Geneesmiddels wat verskyn in die *Standaard Behandelryglyn* en die *Essensiële Medikasie Lys (EDL)*, behoort te alle tye in alle instansies beskikbaar te wees. Teen 2004 moet ook diagnostiese toerusting en yskaste wat in werking is, beskikbaar wees. Alle klinieke behoort oor die volgende te beskik: elektrisiteit, veilige lopende water, sanitasie, telekommunikasiesistelsels en maklike toegang deur middel van 'n pad (Departement van Gesondheid, 1999:17).

Verskeie klagtes is by geleentheid van die dienste ontvang oor medikasie wat nie verkrygbaar is nie, of oor toerusting wat nie beskikbaar is in die primêre gesondheidsorginstansies nie, soos byvoorbeeld piekvloeieters, stemvurke, analgetika soos parasetamol en selfs sekere antibiotika.

## 2.7 DIE WERKSOMGEWING VAN DIE KLINIESE VERPLEEGPRAKTIKASIE



Om die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktyk in die Wes-Kaapse Metropolstreek te evalueer, is die Departement van Nasionale Gesondheid se *The Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards* (Departement van Gesondheid, 2001:10-16) as riglyn gebruik.

'n Belangrike doelwit in die ontwikkeling van *The Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards* deur die Departement van Gesondheid was om gelykheid te bevorder in primêre gesondheidsorgdienslewering. Hierdie proses is op nasionale vlak geïnisieer, maar behoort te lei tot 'n diensgebaseerde benadering (Departement van Gesondheid, 2001:5-7). Hierdie standaarde en norme vind ook aansluiting by verpleegkundig-gedrewe dienste wat volgens *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* deur die gesondheidsowerhede in die Wes-Kaap in die vooruitsig gestel is.

Die Gesondheidswetsontwerp vereis die daarstel van norme en standaarde om sodoen- de die riglyne aan die provinsiale gesondheidsowerhede te verskaf ten einde 'n aan- vaarbare gesondheidsorgdiens te kan lewer. In opdrag van die kwaliteitsversekerings- direktoraat van die Nasionale Departement van Gesondheid is hierdie norme en stan- daarde deur 'n taakspan opgestel (Departement van Gesondheid, 2001:5). Hierdie standaard is volgens nasionale prioriteite vasgestel en verteenwoordig die eerste stadium van die proses van primêre gesondheidsorgdienslewering (Departement van Gesondheid, 2001:7). *The Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards* kan dien as 'n gids vir provinsiale en distriksgesondheidsower- hede om uitkomsgebaseerde dienste van aanvaarbare gehalte te vestig, asook sodat die verbruikers van die primêre gesondheidsorgdienste kennis kan neem van die gehal- te diens wat hulle te wagte kan wees. Vir die doel van hierdie studie is net gekon- sentreer op die norme en standaarde vir klinieke vanweë die generiese aard van die norme en standaarde. Hierdie dokumente is die eerste van hul soort in Suid-Afrika (Departement van Gesondheid, 2001:6).

Norme word gedefinieer as “meetbare teikenuitkomstige gedurende 'n gegewe tyd”. Standaard het die “verlangde aanvaarbare uitkoms tot gevolg”, naamlik aanvaarbare gesondheidsorgdienslewering in hierdie geval. Standaard word binne spesifieke dimensies van kwaliteit daargestel, soos byvoorbeeld aanvaarbaarheid, toeganklikheid, kontinuïteit, effektiwiteit, bevoegdheid, gelykheid, interpersoonlike vaardighede, tegniese vaardighede en veiligheid. Die norme en standaarde was grootliks afkomstig van bestaande nasionale beleidsdokumente, maar ook van ander bronne soos byvoorbeeld die Wêreld Gesondheidsorganisasie en Suid-Afrikaanse navorsing (Departement van Gesondheid, 2001:7).

*Daar is gepoog om hierdie norme en standaarde prakties, essensieel en omvattend te maak, sodat:*

- dit as kontrolelys kan dien vir personeel op grondvlak om hul eie praktyk kan be- raam;
- die gemeenskap kennis kan neem van die verwagte tipe dienslewering;

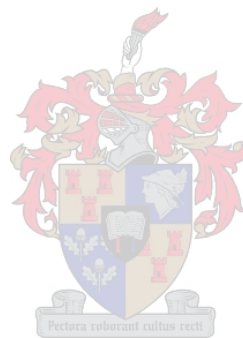
- provinsiale en distriksgeondheidsbestuur in hul beplanning volgens nasionale norme en standarde aandag te kan gee aan die behoeftes van die bevolking in hul opvangsgebied;
- hulpbrontoewysings deur provinsiale regerings hierdeur gerig kan word;
- dit aan bestuurs- en opleidingsdepartemente leiding kan gee wat opleiding en beplanning bepaal (Departement van Gesondheid, 2001:5).

## 2.8 SAMEVATTING

Hierdie studie aangaande die kliniese verpleegpraktisyn blyk vir die navorser nog nie afgehandel te wees nie, aangesien die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn nie staties is nie, maar dinamies en ontwikkelend is, veral namate behoeftes in die gesondheidsorgdienste verander. Die navorser het gevind dat die kliniese verpleegpraktisyn een van die kategorieë van gesondheidsberoepes is waarvoor min navorsing bestaan in die Suid-Afrikaanse konteks en waarvoor nog indringender navorsing gedoen behoort te word. Omdat die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn soveel fasette het en so geweldig verwickeld is in die verpleeg- en die mediese beroep en selfs in verwante beroepes, is dit 'n braakland vir inter- en multidissiplinêre navorsing, soos reeds deur Kapp (2000) bewys. Geen literatuur het egter inligting gereflekteer uit die oogpunt van die kliniese verpleegpraktisyn nie, maar hoofsaaklik uit die oogpunt van lede van die mediese beroep.

Die literatuur bewys dat die realiteit waarin ons leef die behoefte aan die kliniese verpleegpraktisyn relevant maak, maar daar moet erkenning gegee word aan die kompleksiteit wat met hierdie verpleegkategorie gepaardgaan, soos kon waargeneem word uit die Suid-Afrikaanse en internasionale literatuur wat bestudeer is. Die behoeftes van die kliniese verpleegpraktisyn moet nie ondergeskik gestel word of uit die oog verloor word deur die owerhede nie, aangesien die kliniese verpleegpraktisyn, saam met die dokter en die kliënt die kernrolspelers in die proses van transformasie is. Kapp (2000 :28) noem dat kliniese verpleegpraktisyns volgens sy studie hulself as “maksiverpleegkundiges” sien en nie as “mini-dokters” nie, daarom is dit nodig dat die kliniese verpleegpraktisyn en die dokter langs mekaar werk en nie teen mekaar nie, nie ondergeskik aan mekaar nie, maar as gelykwaardige kollegas, elkeen met 'n eie

bestek van praktyk tot voordeel van die kliënt in die eerste plek en hul professies in die tweede plek. Sodoende kan hulle as deel van die multidissiplinêre span, 'n veilige gesondheidsdiens van hoogstaande gehalte, binne wetlike parameters lewer.



## HOOFSTUK 3

### NAVORSINGSMETODOLOGIE

#### 3.1 INLEIDING

Navorsing speel 'n belangrike rol om aan die verpleegberoep 'n wetenskaplike basis van praktyk te verleen. Wetenskaplike korrektheid van die studie vereis dus 'n juiste en sistematiese uiteensetting van die studie. Na aanleiding van die probleemstelling word 'n spesifieke doelgerigte rigting met die navorsing ingeslaan (Uys & Basson, 1983:51).

*Die aspekte onder bespreking in hierdie hoofstuk sluit in die:*

- ❑ navorsingsontwerp;
- ❑ navorsingsbenadering;
- ❑ populasie en steekproefneming;
- ❑ ontwikkeling van die dataversamelingsinstrumente;
- ❑ proses van data-insameling;
- ❑ loodsstudie;
- ❑ betroubaarheid en geldigheid;
- ❑ etiese implikasies;
- ❑ data-analise; en
- ❑ 'n samevatting.





## 3.2 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp verwys na die beplanning van die studie. Dit behels die wyse waarop data ingesamel word, gestruktureer word en die wyse waarop persone betrek word by die navorsing (Uys & Basson, 1983:51). Hierdie navorsing, net soos die meeste verpleegnavorsing, maak van 'n nie-eksperimentele ontwerp gebruik. Die navorser was grootliks passief en waarnemend. Geen manipulasie van eksterne veranderlikes het plaasgevind nie.

Volgens Katzenellenbogen, Joubert & Karim (1999:66), word die kwantifisering van die omvang van 'n probleem in 'n beskrywende studie (ook 'n opname genoem) saamgevat. Die rede vir 'n beskrywende studie is om aan diensverskaffers en beplanners inligting te verskaf wat kan bydra tot hul bron van kennis oor die kliniese verpleegpraktisyn. Sodoende bied dit 'n geleentheid vir die navorser om indirek 'n rol te speel in die beplanning en die toewysing van hulpbronne ten opsigte van die kliniese verpleegpraktisyn. Navorsingsvrae vir verdere navorsing het ook uit hierdie studie aan die lig gekom.

Deur opnames is karaktertrekke, gedrag en opinies van die deelnemers verkry om sodoende 'n holistiese beeld van die onderwerp te verkry. Eienskappe van die bevolking is deur middel van vraagstelling ingesamel en daarna is dit numeries beskryf deur middel van persentasies. Die navorser kon ook die optredes van die respondente verduidelik, voorspellings maak en 'n hipotese vir wyer navorsing ontwikkel (Uys & Basson, 1983:56-57).

## 3.3 NAVORSINGSBENADERING

Die navorsingsbenadering verwys na die breë raamwerk waarbinne die navorsing plaasvind. Verpleegnavorsers in die besonder maak gewoonlik van 'n ryke verskeidenheid alternatiewe benaderings gebruik om 'n wetenskaplike basis te skep (Polit en Hungler, n.d:24). Vir die doel van hierdie studie word twee hoofipes benaderings gekies, naamlik 'n kwalitatiewe en 'n kwantitatiewe benadering. Die doelbewuste kombinasie van hierdie twee benaderings staan bekend as triangulasie (De Vos, 2000:359).

### 3.3.1 Triangulasie

Volgens Mouton en Marais in De Vos (2000:359), is die term triangulasie oorspronklik deur Denzin in 1978 gebruik en verwys dit hoofsaaklik na die gebruik van veelvuldige metodes van data-insameling om sodoende die betroubaarheid van die studie te versterk. Dit verwys dus nie alleenlik na die kombinasie van die twee metodes nie, maar die navorser is van mening dat die kombinasie van metodes ook die betroubaarheid van hierdie studie positief beïnvloed omdat resultate uit veelvuldige metings verkry word. Die resultate van die studie word sodoende versterk en dra by tot die uitbreiding van kennis as stimulus vir verdere studies op die gebied van die kliniese verpleegpraktyk. Die kombinasie van metodes het uiters ook 'n invloed op die ontwerp, instrumente en data-insamelingsaspekte van die studie gehad.

In hierdie studie word 'n onderskeid getref tussen ondersoektriangulasie en metodologiese triangulasie, wat dui op twee of meer data-insamelingsmetodes soos gebruik binne die bestek van 'n enkele studie. Die term ondersoektriangulasie word gewoonlik gebruik waar van veelvuldige waarnemers, onderhoudvoerders, kodeerders en analiste gebruik gemaak word (De Vos, 2000:359).

***Ondersoektriangulasie*** is ten opsigte van die volgende aspekte gebruik:

- buiten die navorser is weens 'n praktiese oorweging by bepaalde instansies ook van 'n navorsingsassistent gebruik gemaak om sommige van die kontrolelyste in te vul;
- dieselfde navorsingsassistent het as koerier opgetree om sommige van die vraelyste by deelnemers en terug te besorg, ook op grond van 'n praktiese oorweging;
- individuele onderhoude is deur die navorser self gevoer; en
- data-analise is deur die navorser self gedoen.

**Metodologiese triangulasie** is in hierdie studie gebruik in:

- vraelyste;
- kontrolelyste; en
- gestruktureerde en ongestruktureerde onderhoude.

Vir die doel van veldnavorsing is vraagstelling ideaal. Die vernaamste data-insamelingsinstrumente met die oog op vraagstelling is volgens Fox & Engelbrecht, in Uys & Basson (1983:65), die vraelys, die kontrolelys en onderhoudvoering. Dit is dan ook so in hierdie studie gebruik.

### 3.3.2 Kwalitatiewe benadering

Tydens onderhoude en op vraelyste is deelnemers versoek om op oop einde vrae uit te brei. Hierdie kwalitatiewe data het duidelik uitklarings gebied vir kwantitatiewe data. Alhoewel kwalitatiewe data die kleinste deel van hierdie navorsing beslaan, het die navorser beplan om hiermee die kenmerke en onderliggende dimensies van die navorsingsonderwerp te ontdek, waar te neem, te beskryf, te vergelyk en te ontleed (Seaman, 1987:169). Uys & Basson, (1983:57), meen dat persoonlike onderhoudvoering dikwels die bevredigendste is by kwalitatiewe dataversameling omdat regstreekse oogkontak samewerking bevorder.

### 3.3.3 Kwantitatiewe benadering

Die kwantitatiewe benadering bepaal hom by die meetbare kenmerke van 'n individu, groep of situasie. Dit probeer die omvang en grootte van 'n situasie vaspen. Data word statisties gemeet en ontleed (Seaman, 1987:169). Deur van persentasies te gebruik te maak, word inligting oor 'n persoon, situasie of omgewing weergegee. Sodoende kan veranderlikes en die interaksies tussen veranderlikes beskryf word. In die geval van hierdie studie is kwantitatiewe data ingesamel deur middel van vraelyste en kontrolelyste.

### 3.4 STEEKPROEF

Volgens Uys en Basson (1983:95), is die doel van die steekproefneming om die navorser in staat te stel om die verlangde inligting op 'n betroubare wyse te verkry, sonder om die populasie te betrek. Die populasie verwys na individue met gemeenskaplike kenmerke. Die populasie bepaal die grense van die studie-eenhede (De Vos, 2000:190). Steekproefneming is dus 'n praktiese en ekonomiese wyse om waarnemings te maak, tot 'n gevolgtrekking te kom en die inligting te veralgemeen. Die proses word ook induktiewe redenering genoem (Uys en Basson, 1983:95).

Vir die doel van hierdie studie verteenwoordig die teikenbevolking al die kliniese verpleegpraktisyns wat die kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg voltooi het deur die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Metropoolstreek (Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding), gedurende die tydperk 1994 tot 2002. Nie al 246 van hulle kon opgespoor word nie en daarom is 'n gerieflikheidsteekproef gedoen wat versterk is deur die ander metodes van data-insameling soos reeds genoem onder 3.3.

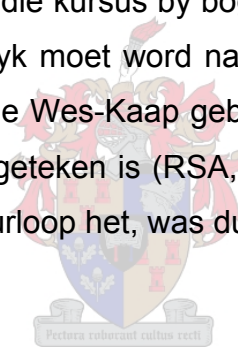
#### 3.4.1 Kliniese verpleegpraktisyns

'n Nie-waarskynlikheidsteekproef is uitgevoer ten opsigte van die hele spektrum van kliniese verpleegpraktisyns wat vir hierdie studie relevant was. Toevallige seleksie soos beskryf in Uys & Basson (1983:100) is gevolg met besoeke aan 36 instansies wat deur die navorser en navorsingsassistent besoek is in die verloop van hul daaglikse werkverpligtinge. Koste-effektiwiteit, optimale tydsbenutting en bereikbaarheid het die instansies bepaal wat gebruik is. Uys & Basson noem dat hierdie tipe seleksie die veralgemeningswaarde en eksterne geldigheid van 'n studie kan beïnvloed. Daar was egter nie sydigheid in die insluiting van kliniese verpleegpraktisyns nie. Elkeen van die kliniese verpleegpraktisyns wat in die studie gebruik is het 'n gelyke kans op deelname gehad. Insluiting is bepaal deur watter kliniese verpleegpraktisyns uit die teikenbevolking, tydens die besoeke aan die instansies wel aan diens was.

*Soos reeds genoem was die teikenpopulasie kliniese verpleegpraktisyns wat sedert 1994 tot 2002 opgelei is deur die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Metropoolstreek (Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding) en is gebruik in hierdie studie omdat:*

- die statistiek geredelik bekombaar was vir die navorser;
- 'n duidelike beeld verkry kon word van die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn in die algemeen; en
- hierdie inligting die werkgewers van die gesondheidsdienste kan help met toekomstige beplanning ten opsigte van dienste en/of opleiding.

Die navorser het die toestemming van hierdie kliniese verpleegpraktisyns verkry deur middel van persoonlike kontak en daarna is die vraelyste persoonlik aan hulle besorg. Al hierdie respondente was óf Afrikaans, óf Engels magtig, aangesien alle kliniese verpleegpraktisyns wat gedurende hierdie tydperk geselekteer was om die kursus by genoemde instansie te deurloop, hul kursus in Afrikaans of in Engels deurloop het. Dit is tans die enigste twee tale waarin die kursus by bogenoemde instansie aangebied word. Daar sal wel in die toekoms gekyk moet word na groter gebruik van isiXhosa, aangesien dit die derde taal is wat in die Wes-Kaap gebesig word en bevordering daarvan in die Grondwet van Suid-Afrika opgeteken is (RSA, Wet 108 van 1996:4). Die opleiding wat die betrokke respondente deurloop het, was dus baie eenders van aard.



### 3.4.2 Werksomgewing:

**Kontrolelyste** (Bylae D) is gebruik vir die insameling van data in hierdie verband. Riglyne vir die kontrolelyste is verkry uit die *Primary Health Care Package for South Africa - A Set of Norms and Standards*, soos uitgegee deur die Nasionale Departement van Gesondheid, September 2001:10-16). 'n Gerieflikheidsteekproef is gedoen by 8 primêre gesondheidsorginstansies in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie. Dit het ingesluit instansies onder beheer van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap, sowel as instansies onder beheer van Stad Kaapstad se administrasies.

*Redes hiervoor was:*

- Alle vorige navorsing oor die kliniese verpleegpraktisyn in die Metropoolstreek het gekonsentreer op die gemeenskapsgesondheidsentrums van die Provinsiale Administrasie.

- Die navorser wou 'n oorsig kry oor 'n wyer spektrum van primêre gesondheidsorgdienste, dit wil sê, klinieke, gemeenskapgesondheidsentrums, vier-en-twintig-uur-dienste, asook distrikshospitale.
- Hierdie instansies was ook verteenwoordigend van kliniese verpleegpraktisyns werksaam uit alle moontlike bevolkingsgroepe, kulture, tale en godsdienstige oortuigings, soos in die Wes-Kaapprovinsie verteenwoordig.
- Die navorser is van mening dat 'n breër perspektief verkry is ten opsigte van werksomgewings van die meeste van die kliniese verpleegpraktisyns in diens van die gesondheidsdienste van die Metropolstreek van die Weskaapprovinsie.
- Die instansies was ook verteenwoordigend van residensiële areas sowel as nie-residensiële areas, byvoorbeeld instansies in woongebiede, maar ook instansies geleë in sakekerns.
- Die instansies was ook meestal aan die navorser en navorsingsassistent bekend en maklik bereikbaar met inagneming van hul daaglikse werksverpligtinge.



**TABEL 3.1**

**Instansies besoek deur die navorser**

<b>INSTANSIES BESOEK</b>	<b>GETAL</b>
Klinieke	4
Gemeenskapgesondheidsentrums	2
Gemeenskapgesondheidsentrums (24-uur-dienslewering)	1
Distrikshospitale (24-uur-dienslewering)	1

Afsprake is gemaak met die persone in bevel van die instansies of 'n verteenwoordiger (almal met wie afspraak gemaak was, was kliniese verpleegpraktisyns). Die kontrolyste is deur die navorser persoonlik of die navorsingsassistent ingevul, terwyl direkte observasie gedoen is deur hierdie persone. Nie al die inligting kon egter deur middel

van direkte observasie verkry word nie, daarom is daar ook gestruktureerde, sowel as en nie-gestruktureerde onderhoude met hierdie kliniese verpleegpraktisyns gevoer.

### 3.5 INSTRUMENTE

Polit en Hungler (n.d:438) beskryf 'n instrument as 'n voorwerp of tegniek wat deur 'n navorser gebruik word om data mee in te samel. Dit kan vraelyste, kontrolelyste, direkte waarnemings, individuele onderhoude, statistiek, toetse en ander wees.

*Vir die doel van hierdie studie is die volgende instrumente gebruik:*

- ❑ vraelyste aan kliniese verpleegpraktisyns;
- ❑ kontrolelyste deur navorser en navorsingsassistent ingevul by doelbewusgeselekteerde instansies; en
- ❑ gestruktureerde en ongestruktureerde individuele onderhoude met kliniese verpleegpraktisyns by instansies.

*Die voordele ten opsigte van die gebruik van vraelyste, kontrolelyste en onderhoudvoering (Treece & Treece, 1977:150) is om:*

- ❑ areas vir verdere navorsing te identifiseer;
- ❑ inligting oor die hede te verkry;
- ❑ die bepaling van waardes en houdings bevorder begrip vir gedrag;
- ❑ deelnemers is verteenwoordigend van die bevolking; en
- ❑ navorsing vind grotendeels in die natuurlike omgewing plaasgevind.

*Die nadele verbonde aan hierdie tipe metodes is volgens Treece & Treece, (1977:150):*

- daar is geen kontrole oor onafhanklike veranderlikes;
- geen manipulasie van die onafhanklike veranderlikes kan plaasvind nie; en
- die Hawthorne-effek is moeilik kontroleerbaar.

### 3.5.1 Vraelyste

Seaman (1987:275-287) is as hoofbron gebruik by die opstel van die **vraelys** (Bylae C). Die vraelys is vergesel van 'n dekbrief ter verduideliking van die aard van die navorsing. Anonimiteit en konfidensialiteit is beklemtoon in die dekbrief en die navorser se kontakbesonderhede is verskaf. Duidelike instruksies vir die invul van die vraelys verskyn ook op die vraelys. Die vrae se verloop is van die algemene na die spesifieke en is later in hierdie hoofstuk meer volledig bespreek. Die navorser is van mening dat die uiteensetting van die dekbrief bydraend was tot die hoë responskoers van 93,75%.

Danksy praktykervaring en literatuur is konsepte gegeneer om die rolle en funksies van die kliniese verpleegpraktisyn te bepaal. Vrae is geformuleer. Die vraelys is met kundiges in die praktyk gekontroleer. Beide oop, geslote en Likerttipe vrae is gevra, waar van die deelnemer verwag is om die graad van ooreenstemming of verskil aan te dui. Die mate van anonimiteit was groot en dus was die potensiaal vir eerlikheid deur die respondente ook groter (De Vos, 2000:153).

*Die vraelys het ingesluit:*

- 'n kort uiteensetting waarom die vraelys uitgestuur is;
- 'n beleefde versoek om die vraelys in te vul;
- versekering van die konfidensiële hantering van die ingevulde vraelys;
- kontakbesonderhede van die navorser;
- instruksies vir die invul van die vraelys; en



- inhoud:
  - Afdeling A

Vraag 1.1 tot 1.5: Sosiografiese data, byvoorbeeld ouderdom, instansie, distrik en hoedanigheid waarin die deelnemer werksaam is, is hier uitgelig.
  - Afdeling B

Vraag 2.1 tot 2.7: Opleidingsverwante data wat byvoorbeeld inligting verskaf oor die tydperk van ervaring, opleidingsinstansie, kwalifikasies, lengte/duur van kursus deurloop, wyse van aanbieding van kursus en die rede vir hierdie spesifieke opleiding is deur hierdie afdeling gedek.
  - Afdeling C

Hierdie afdeling het aandag gegee aan die take en funksies van die kliniese verpleegpraktisyn.
  - Afdeling D

In hierdie afdeling is inligting gevra oor die kliniese verpleegpraktisyn se kennisvlak ten opsigte van siektetoestande op primêre gesondheidsorgvlak.
  - Afdeling E

Die hantering van die kliënt op primêre gesondheidsorgvlak deur die individu en instansie, asook die taalmedium, is beoordeel. Die vrae wat gevra is oor die toegang van die kliniese verpleegpraktisyn tot protokolle en wetgewing het die beskerming van die kliënt deur die instansie beklemtoon.
  - Afdeling F

Handel oor die multidissiplinêre spanbenadering, die kliniese verpleegpraktisyn se funksionering as onafhanklike praktisyn, verantwoordelikhede, vergoeding, werkstevredenheid, werkslading van die kliniese verpleegpraktisyn en die werksverhouding met die geneesheer.
  - Afdeling G

Konsentreer op indiensopleiding en die behoefte aan indiensopleiding.

Verskeie outeurs, byvoorbeeld Clifford (1997:118), Polit & Hungler (n.d:292), asook De Vos (2000:155) is van mening dat die persentasie vraelyste wat terugontvang word, gewoonlik hoër is indien die vraelyste persoonlik afgelewer word as wanneer dit gepos word. Volgens Polit & Hungler (n.d:292) is 'n respons van 60% voldoende en volgens Clifford (1997:118) is 'n responskoers van 75%-80% aanvaarbaar. Die navorser is dus van mening dat 'n responskoers van 93,75%, soos in die geval van hierdie studie voldoende was.

Daar is verskeie faktore wat bydraend tot 'n goeie responskoers kan wees.

*Die faktore soos genoem in Seaman (1987:276), het ook as riglyn vir hierdie studie gegeld, naamlik:*

- streng kontrole oor alle vraelyste wat uitgegee en terugbesorg is;
- 'n duidelike dekbrief wat die vraelyste vergesel het;
- volledige kontakbesonderhede van die navorser, sodat onduidelikhede gou uitgestryk kon word;
- duidelike instruksies en opdragte;
- 'n kombinasie van gestruktureerde alternatiewe en oop vrae;
- skriftelike versekering van die vrywillige invul van die vraelys;
- die versekering dat elke deelnemer se insette van waarde was; en
- die versekering dat individuele identiteite nie bekend gemaak sal word nie.

### **3.5.2 Onderhoudvoering**

Individuele onderhoude is met kliniese verpleegpraktisyns by dieselfde 8 geselekteerde primêre gesondheidsorginstansies gevoer waar die kontrolelyste ingevul is.

Die navorser sou graag fokusgroeponderhoude wou fasiliteer, maar vanweë die ekstra werkslading wat dit sou meebring vir persone wat sou instaan vir diegene betrokke by die onderhoude, het die navorser daarteen besluit.

Die hoofdoel van die navorsingsonderhoudvoering is om kwalitatiewe data in te win (Uys & Basson, 1983:66) deur middel van 'n komplekse persoonlike gesprek met die doel om spesifieke data te versamel.

*Daar is twee tipes onderhoude naamlik:*

- gestruktureerd (gerig); of
- nie-gestruktureerd (nie-gerig).

By **gestruktureerde onderhoude** word vooraf opgestelde vrae aan die respondente gerig en die keuse is dan slegs tussen alternatiewe wat voorgelê word. Die kontrolelyst is deels gebruik as gestruktureerde onderhoudvoering, maar terselfdertyd ook vir direkte waarneming.

By **ongestruktureerde onderhoude** is daar geen vooraf opgestelde vrae nie en die respondent lei self die gesprek. Vir die onderhoudvoerder mag dit soms voel asof hy beheer oor die onderhoud verloor, maar terwyl die respondent se belangstelling gehou word, word inligting blootgelê en kan die onderhoudvoerder voortgaan met verdere stimulasie. Geeneen kan egter die onderhoud herhaal nie en dis 'n moeilike taak om die onderhoudvoerder se betroubaarheid te behou. Hierdie metode was nietemin effektief om in hierdie geval kwalitatiewe data te bekom, soos byvoorbeeld die gevoelens, opinies, motiverings en aanbevelings deur kliniese verpleegpraktisyns.

### 3.5.3 Kontrolelyste

Ag kontrolelyste is by die geselekteerde primêre gesondheidsorginstansies ingevul ten opsigte van die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn. Die navorser het sommige kontrolelyste ingevul en sommige is deur 'n navorsingsassistent ingevul.

*Deurlopend is slegs van een navorsingsassistent gebruik gemaak, aangestel op grond van die volgende aspekte:*

- die persoon se kennis en vaardigheid vir die laaste sewe jaar goed bekend is aan die navorser en inter-waarnemerbetroubaarheid is verseker;
- die persoon uit dieselfde beroepsmilieu kom as die navorser; en
- die persoon se aantal jare ervaring as kliniese verpleegpraktisyn en ervaring in verpleegonderrig goed vergelyk met dié van die navorser.

### **3.6 DATA-INSAMELING**

*Data is ingesamel deur aandag te gee aan twee duidelik onderskeibare kwessies:*

- om die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn te evalueer; en
- om die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn te evalueer.

*Die proses het soos volg verloop:*



- Aanvanklik is skriftelike toestemming vir die navorsing verkry van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap se Metropoolstreekkantoor, die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap se Gemeenskapsdienste-organisasie se hoofkantoor en Stad Kaapstad (Bylae A).
- Vier-en-sestig vraelyste (Bylae C) is daarna deur die navorser en die navorsingsassistent uitgedeel by instansies wat besoek is in die loop van hul alledaagse werksverpligtinge, aan kliniese verpleegpraktisyns wat gedurende die tydperk 1994 tot 2002 hul opleiding in *Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg* deurloop het by die Metropoolstreek van Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding.

*Om die werkomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn by die 8 doelbewus-geselekteerde primêre gesondheidsorginstansies, in die Wes-Kaap se Metropoolstreek te evalueer, is as volg te werk gegaan:*

- 'n besoek deur die navorser of navorsingsassistent aan elk van hierdie 8 instansies en die invul van kontrolelyste (Bylae D) deur die navorser/navorsingsassistent; en
- vrywillige individuele onderhoude is gevoer met 'n kliniese verpleegpraktisyn by elk van hierdie 8 instansies (almal was toesighouers of verteenwoordigers deur toesighouers aangewys).

### **3.7 LOODSSTUDIE**

Die doel van 'n loodsstudie is om navorsing te rig, aldus De Vos, (2000:188). Die rede vir enige loodsstudie is om die toepaslikheid van die navorsingsbenadering en navorsingsmetodologie te toets (De Vos, 2000:183). Metodes en instrumente in hierdie studie is na die voltooiing van die loodsstudie gewysig en verfyn. 'n Loodsstudie is gedoen deur die vraelys te laat invul deur 4 kliniese verpleegpraktisyns uit die teikenbevolking, asook deur die kontrolelyns sorgvuldig te laat toets deur kundiges op die gebied van navorsing, sowel as deur kundige kliniese verpleegpraktisyns op primêre gesondheidsorgvlak.

Veranderinge is aangebring aan die vraelys en die kontrolelyns voordat dit vir die navorsing gebruik is. Daar is byvoorbeeld veranderinge aangebring aan die struktuur en van die kontrolelyns, na kommentaar deur kundiges. Veranderinge aan die vraelys is aangebring ten opsigte van vraagstelling, veral waar dit vir die navorser geblyk het daar onduidelikheid bestaan het ten opsigte van beantwoording van die vrae deur die vier respondente wat betrokke was by die loodsstudie. Kundiges op die gebied van navorsing, sowel as kliniese verpleegkunde is ook gevra om kommentaar te lewer op die vraelys en strukturele veranderinge is daarna aangebring. Die data van die loodsstudie is uitgesluit by die data-analise beskryf in hoofstuk 5.

## 3.8 KENMERKE VAN DATA-INSAMELINGSINSTRUMENTE

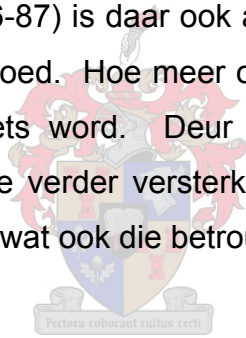
### 3.8.1 Betroubaarheid en Geldigheid

Betroubaarheid en geldigheid is wel belangrik vir die wetenskaplike waarde van die navorsing. Betroubaarheid en geldigheid is volgens Krefting in De Vos (2000:348) noodsaaklik by kwantitatiewe navorsing.

#### 3.8.1.1 Betroubaarheid

Betroubaarheid is die belangrikste voorvereiste vir 'n kwantitatiewe meetinstrument. Die betroubaarheid van enige instrument weerspieël die mate waarmee dit akkuraat en konstant meet (Uys en Basson, 1983:82).

Volgens Uys en Basson (1983:86-87) is daar ook ander faktore wat die betroubaarheid van 'n meetinstrument kan beïnvloed. Hoe meer omvattend 'n instrument is, hoe beter kan 'n individu se kennis getoets word. Deur die gebruik van triangulasie is die betroubaarheid van hierdie studie verder versterk. Daar was ooreenstemming in die bevindinge by dieselfde instelling wat ook die betroubaarheid verhoog het.



#### 3.8.1.2 Geldigheid

Volgens Uys en Basson (1983:87) is betroubaarheid die vernaamste voorvereiste en geldigheid die belangrikste kenmerk van 'n kwantitatiewe meetinstrument. Die geldigheid van so 'n meetinstrument word bepaal deur die mate waarin dit meet wat dit voorgee om te meet.

### 3.8.2 Gevoeligheid

Volgens Uys en Basson (1983:90-91) moet meetinstrumente gevoelig wees en klein veranderinge kan aandui. Menslike gedrag is egter moeiliker om te meet as fisiese verskynsels en dus minder gevoelig. Dit is egter belangrik om instrumente so veel as moontlik te verfyn. In hierdie studie het verfyning van instrumente tydens die loodsstudie plaasgevind.

### 3.8.3 Geskiktheid

Instrumente moet geskik wees vir die doel waarvoor dit gebruik word. 'n Instrument se geskiktheid hang dikwels af van die eise wat dit aan 'n respondent stel of die aannames wat gemaak word. Die ingewikkeldheidsvlak van 'n instrument behoort byvoorbeeld aangepas te word vir die teikengroep waar dit aangewend gaan word. Dieselfde instrumente is nie noodwendig geskik vir alle bevolkingsgroepe nie (Uys & Basson, 1983:90). Alhoewel die respondente in hierdie studie almal Afrikaans of Engels magtig was, was dit nie noodwendig almal se moedertaal nie. Aangesien al die respondente hulle kursus in Engels of Afrikaans deurloop het, glo die navorser dat die vraelys vir almal duidelik was. Geskiktheid is ook 'n aspek wat in die loodsstudie uitgesorteer behoort te word, indien daar probleme sou voorkom. Al die kundiges wat kommentaar gelewer het oor die meetinstrumente het dit as geskik beskou, ongeag hul kultuur of taal.

### 3.8.4 Ojektiviteit

Gewoonlik is vraelyste meer objektief en onderhoude meer subjektief. Objektiviteit kan bewustelik of onbewustelik beïnvloed word deur die navorser sowel as die respondent deur waardes, gevoelens, wense of vooroordele wat in die situasie ingebring word. Fisiese aspekte (byvoorbeeld ouderdom, geslag, ras, kleredrag en ander aspekte) kan die respondent of die veldwerker beïnvloed, veral in die geval van onderhoudsvoering. Volgens Uys en Basson (1983:90) bestaan daar geen statistiese wyse om "...objektiviteit van 'n respons te evalueer nie". In hierdie studie is van triangulasie gebruik gemaak om objektiviteit te verhoog.

### 3.8.5 Uitvoerbaarheid

Aspekte wat by uitvoerbaarheid van belang is, is tyd, koste en vaardigheid. Dit is belangrik dat die respondent oor die nodige vaardigheid behoort te beskik om 'n betrokke data-insamelingsinstrument te kan gebruik. Personeel- en begrotingstekorte behoort ook in aanmerking geneem te word by die uitvoerbaarheid van studies (Uys & Basson, 1983:90). Al hierdie aspekte is in die geval van hierdie studie in aanmerking geneem. Sien ook verdere bespreking oor aspekte in hierdie verband by 3.5.2, 3.6 en 3.9.

### 3.8.6 Etiese aanvaarbaarheid

Etiese aanvaarbaarheid is baie belangrik by meetinstrumente en behoort te beantwoord aan die volgende aspekte volgens Uys & Basson (1983;91).

*Die respondent behoort:*

- ingelig te wees oor die doel van die navorsing;
- kennis te dra van die aard van die instrument;
- geen nadelige gevolge te ervaar nie;
- van vertroulike hantering van die inligting verseker te wees;
- nie versoek te word om teen sy/haar beginsels te op te tree nie; en
- maksimaal te baat by sy/haar deelname aan die navorsing;



### 3.9 ETIESE IMPLIKASIES

Die studie het geen etiese implikasies vir enige pasiënt/kliënt van enige instansie ingehou nie, aangesien geen tussentredes beoog is nie. Finansiële implikasies is deur die navorser gedra. Anonimiteit en vertroulikheid ten opsigte van die inligting wat deur elke deelnemer verskaf is, is gerespekteer, in sover dit in die navorser se vermoë was.

Inligting wat deur middel van vraelyste en in individuele onderhoude deur deelnemers verskaf is, is anoniem hanteer. Die inligting is in groepsverband beskikbaar gestel nadat dit verwerk is, wat anonimiteit vir individuele deelnemers verder verseker het.

Alhoewel toestemming van die werkgewers verkry moes word om die 8 primêre gesondheidsorginstansies te besoek, is die inligting van die kontrolelyste, nadat dit geanaliseer is, nie in individuele instansieverband weergegee nie, maar volgens die aard van die dienslewering by die instansie.



### 3.10 DATA-ANALISE

Data-analise is gedoen en volledig hanteer in hoofstuk 4. Die kwantitatiewe data is ontleed deur die navorser deur gebruik te maak van EXCEL (*MS-Office-program*). Tabelle en grafieke is hoofsaaklik gebruik om die data aantreklik en visueel voor te stel, sodat dit duideliker geïnterpreteer kan word as wat die geval sou wees met rou numeriese data.

Kwalitatiewe data is geanaliseer deur 'n geheelbeeld te kry van die opmerkings wat deur die respondente op die vraelyste aangebring is en die onderhoudsvoering. Hoof temas is geïdentifiseer, sowel as verbandhoudende sub-temas, unieke temas en ander nie-verbandhoudende temas. Data is hiervolgens gerangskik. Geen kodering is in hierdie geval gedoen nie. Die bevindinge is bespreek aan die hand van toepaslike literatuur en die navorser se eie ervaring as kliniese verpleegpraktisyn. Tesch (1990: 155) & Modungwa (1995:26-27) in De Vos (2000:345) is gekombineer. Daar is stapsgewys by die finale gevolgtrekkings uitgekóm deur van ingesamelde data gebruik te maak.

### 3.11 SAMEVATTING

In hierdie nie-eksperimentele ontwerp is verskeie metodes gebruik om die data in te samel, byvoorbeeld die vraelys, kontrolelyns en onderhoudvoering. Hierdie metodes verteenwoordig die ontwerp of struktuur van die studie. Beplanning van die studie kon hiervolgens geskied en volgens Uys & Basson (1983:87) het die verskillende metodes wat gebruik is vir die studie 'n positiewe invloed op die betroubaarheid van die studie. Die responskoers dra egter ook by tot die geloofwaardigheid van die bevindinge.

In hoofstuk 4 volg 'n volledige uiteensetting van die data-analise, asook die kwantitatiewe en kwalitatiewe resultate van die studie.

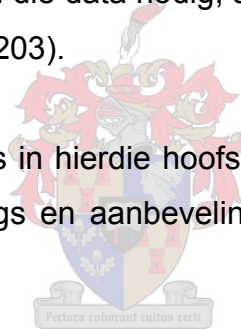
# HOOFSTUK 4

## DATA-ANALISE EN BEVINDINGS

### 4.1 INLEIDING

Volgens Uys & Basson (1983:134) is data-analise ewe belangrik vir die navorsingsproses as die aspekte rondom die bepaling van die ontwerp, metodes en tegnieke, want gedurende die proses van data-analise word rou numeriese data verwerk en opgesom tot interpreteerbare gegewens. Antwoorde word op die navorsingsvrae verskaf om bestaande navorsing te bestudeer en te vergelyk. Die analise van rou navorsingsdata gee egter nie op sigself antwoorde op navorsingsvrae nie. Daarvoor is interpretasie en verduideliking van die data nodig, sodat betekenis aan die data-analise gegee kan word (De Vos, 2000:203).

Die resultate van hierdie studie is in hierdie hoofstuk grafies voorgestel, geïnterpreteer en bespreek. Die gevolgtrekkings en aanbevelings word volledig en gedetailleerd in Hoofstuk 5 weergegee.



### 4.2 METODE VAN DATA-ANALISE

Aangesien van triangulasie gebruik gemaak is (soos reeds by 3.3.1 bespreek is), is hierdie studie beide kwantitatief en kwalitatief van aard.

### 4.3 KWANTITATIEWE DATA

Kwantitatiewe data word statisties gemeet en ge-analiseer deur van numeriese data gebruik te maak (Seaman, 1987:169), om sodoende inligting oor 'n persoon, situasie of die omgewing te verkry (in hierdie geval die kliniese verpleegpraktisyn se rol en funksionering, sowel as die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn). Die numeriese data is in persentasievorm omgesit en is vervolgens deur middel van grafieke en tabelle grafies geïllustreer om sodoende die veranderlikes en die interaksie tussen veranderlikes bloot te lê. Sodoende kon patrone en tendense belig word.

### 4.3.1 Die Vraelys

Die motivering vir die opsomming van die kwantitatiewe data in persentasievorm, was dus om die navorser te help om die data sistematies te ontleed en die bevindings duidelik interpreteerbaar voor te stel (Clifford, 1997:136). Die kwantitatiewe data van die vraelys is ontleed deur gebruik te maak van EXCEL (*Msoffice-program*). Die persentasies is na die naaste heelgetal afgerond om interpretasie en bespreking te vergemaklik.

Sestig vraelyste is ingevul en terugbesorg. Slegs vier vraelyste is nie terugontvang nie. 'n Persentasie van 93,75% is as verteenwoordigend beskou volgens die riglyne wat in Clifford (1997:18) gegee is vir 'n aanvaarbare respons, naamlik 75%-80%. Waar instansies besoek is, is die vraelyste aan die begin van die besoek aan die kliniese verpleegpraktisyns oorhandig. Dit het ongeveer 10 minute geduur om die vraelyste in te vul. Die meeste respondente het dit weer voor die navorser of die navorsingsassistent se vertrek terugbesorg. Die veldwerker was dus bereikbaar gedurende die besoek indien enige onduidelikhede opgeklar moes word. Hulp is verleen volgens individuele behoeftes van die respondente. Sommige van die respondente het dit die volgende dag of so gou moontlik daarna, terugbesorg. Die navorser het ervaar dat laasgenoemde groep eers die vraelys met groter erns wou bestudeer en hulle het ook meer kommentaar gelewer. Die navorser glo dat vrywillige deelname, persoonlike kontak, sodat die waarde van die navorsing oorgedra kon word, en die feit dat die navorsing vanuit die perspektief van die kliniese verpleegpraktisyn gedoen is, bydraend was tot die hoë responskoers. 'n Verduidelikende dekbriëf waarin die kliniese verpleegpraktisyns vriendelik versoek is tot vrywillige, anonieme deelname, asook die verskaffing van die navorser se kontakbesonderhede, het beslis ook die responskoers positief beïnvloed. Die navorser en die navorsingsassistent het wel kennis gedra van die identiteit van die persone aan wie die vraelyste uitgedeel is, maar elke vraelys is daarna konfidensieel hanteer.

Kommentaar wat bykomend deur die respondente op die vraelyste aangebring is, word verder in hierdie hoofstuk onder 4.4 as deel van die kwalitatiewe data bespreek.

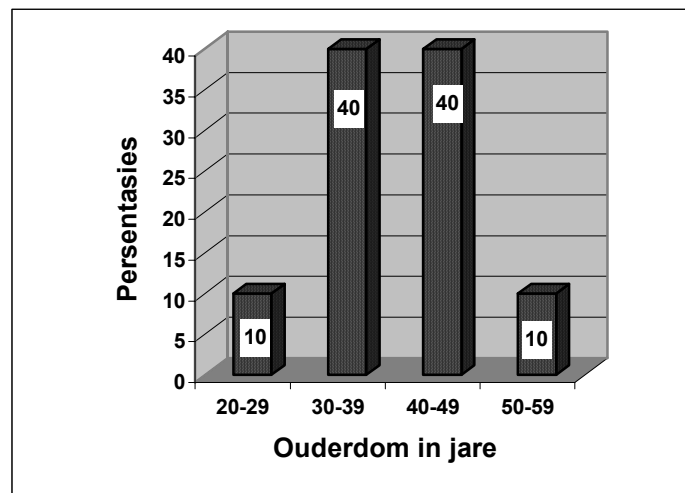
#### 4.3.1.1 Afdeling A: Sosiografiese data (Vraag 1.1-1.5)

Die data in hierdie afdeling het besonderhede verskaf van die respondente se ouderdom, tipe instansie waar hul werksaam was, waar die instansie geleë was en in watter

hoedanigheid hul werksaam was by die instansie. Die doel was om 'n sosiografiese profiel van die respondente saam te stel.

Tagtig persent (n=48) van die respondente se ouderdom het in die 30- tot 49-jarige ouderdomsgroep geval (Figuur 4.1). Die aanname is dus deur die navorser gemaak dat die verpleegkundiges wat in hierdie kategorie van verpleging werksaam is, nie besonder jonk is nie, maar ook nie naby aftrede nie. Al hierdie kliniese verpleegpraktisyns het reeds hul basiese opleiding voltooi en het 'n na-basiese kursus deurloop. Kronologiese volwassenheid, werksondervinding en lewenservaring word by hierdie respondente geïmpliseer.

**FIGUUR 4.1**  
**Ouderdom van die kliniese verpleegpraktisyns (n=60)**



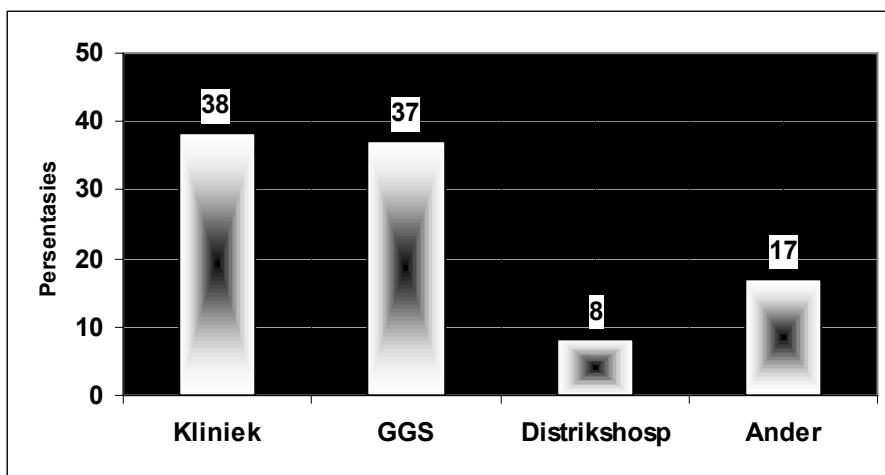
Die respondente was werksaam by 36 primêre gesondheidsorginstansies in die Metro-poolstreek. Daar is meer op die kliniese verpleegpraktisyn in die algemeen gekonsentreer en nie so spesifiek op die distrik waar die instansie geleë is nie, alhoewel die instansies wel oor 9 van die 11 gesondheidsdistrikte in die Metropolstreek verspreid was.

Volgens Figuur 4.2 was 38% (n=23) van hierdie respondente by munisipale klinieke werksaam waar geen dokters op 'n gereelde basis teenwoordig is nie. Van die respondente was 37% (n=22) werksaam by gemeenskapsgesondheidsentrums en 8% (n=5) by distrikshospitale. Die ander 17% (n=10) was werksaam by ander staatsinstansies soos

byvoorbeeld korrektiewe dienste, inrigtings vir verswakte bejaardes of spesiale skole waar ook primêre gesondheidsorg gelewer word.

Die studie het egter aangedui dat 55% (n=32) van hierdie kliniese verpleegpraktisyns funksioneer in instansies waar geen dokter teenwoordig is nie. Kapp (2000:25) het in sy studie oor die kliniese verpleegpraktisyns in die gemeenskapsgesondheidsentrums ervaar dat ondersteuning van die kliniese verpleegpraktisyns deur dokters essensieel is.

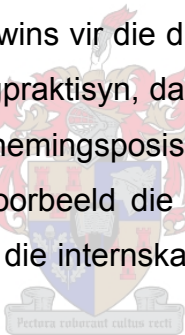
**FIGUUR 4.2**  
**Instansies waar die kliniese verpleegpraktisyns werksaam was (n=60)**



Figuur 4.3 dui die hoedanigheid aan waarin kliniese verpleegpraktisyns aangewend word. Die resultate soos aangedui in Figuur 4.3 dui daarop dat die meerderheid van die respondente aangedui het dat hulle wel die vaardighede gebruik wat 'n kliniese verpleegpraktisyn nodig het. Van die respondente was 74% (n=44) wel in 'n meerdere of mindere mate betrokke by die geskiedenisneming, ondersoek, diagnose, behandeling en sorg van kliënte, maar 'n persentasie so groot as 72% (n=43) uit hierdie 74%, moes 'n verskeidenheid ander take ook verrig en was nie alleenlik by die konsultering van kliënte betrokke nie. Slegs 2% (n=1) uit die sestig respondente is suiwer as kliniese verpleegpraktisyn aangewend. Twee van die respondente (3%) was by geen kuratiewe funksies betrokke nie en 18% (n=11) was in bevel van 'n instansie of in 'n ander hoedanigheid werksaam. Slegs 1 persoon (2%) uit hierdie groep was reeds in 'n bevelspos tydens opleiding. Die ander het almal na hul opleiding bevordering gekry. Die navorser maak uit ondervinding die aanname dat dit nie onwenslik is om wel opgeleide kliniese verpleegpraktisyns in bevelsposite/bestuursposisies te hê nie. Verpleegkundiges in

bestuursposisies wat wel opgelei is as kliniese verpleegpraktisyns se begrip en kennis van die omstandighede kan naamlik bydra tot effektiewe beplanning ten opsigte van die dienste deur kliniese verpleegpraktisyns gelewer en die hantering van behoeftes op primêre gesondheidsorgvlak. Maglacas in Salvage (1991:8) beweer dat kliniese verpleegpraktisyns nooit optimaal aangewend sal word as sleutel rolspelers in die gesondheidsdienste nie, tensy diegene betrokke by beplanning en besluitneming sal verseker dat hulle ondersteun word en toepaslik aangewend word. Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat kliniese verpleegpraktisyns se kennis van groot waarde kan wees vir diegene in besluitnemingsposisies, spesifiek ten opsigte van die inlig van lede van ander gesondheidsberoepe en bestuurslui insake die rol, funksies en bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn.

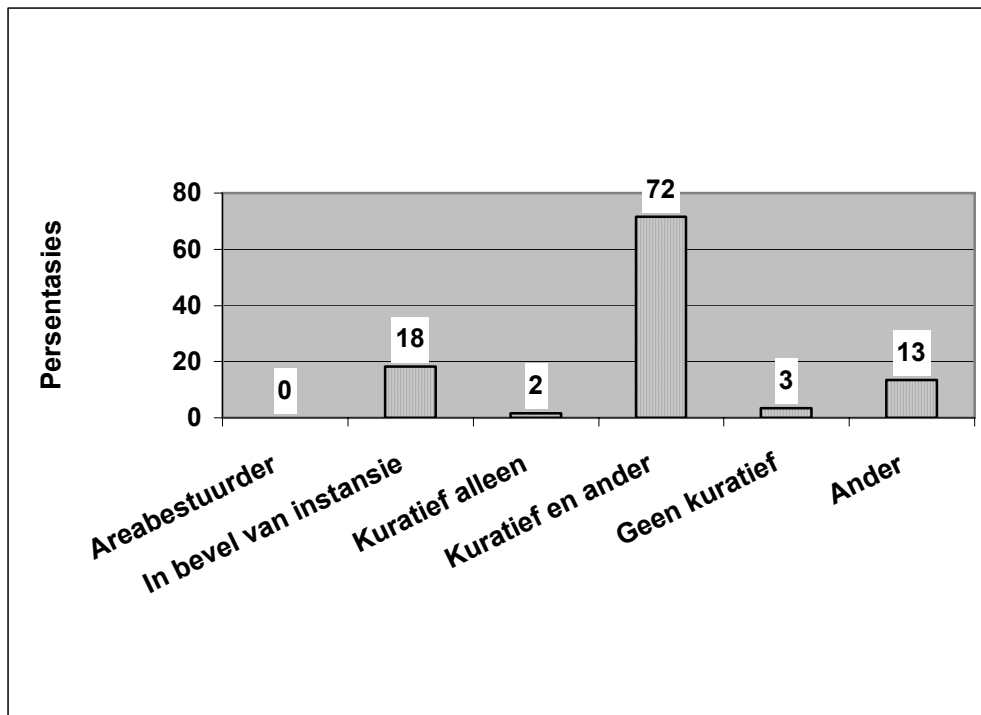
Jooste (2002:11) beweer dat leiers in die verpleegberoep ook 'n rol het om te speel in die motivering van verpleegkundiges in hul diens. Wanneer die persoon in bevel oor agtergrondkennis beskik van diegene wat hul moet motiveer tot beter dienslewering, kan dit volgens die navorser 'n aanwinst vir die diens wees. Dit is die navorser se ervaring, na 10 jaar as kliniese verpleegpraktisyn, dat daar in die praktyk so dikwels verwarring bestaan by individue in besluitnemingsposisies ten opsigte van aspekte van die kliniese verpleegpraktisyn, soos byvoorbeeld die bestek van praktyk, die opleiding, die mentorskap van leerders, sowel as die internskap van pas gekwalifiseerde kliniese verpleegpraktisyns.



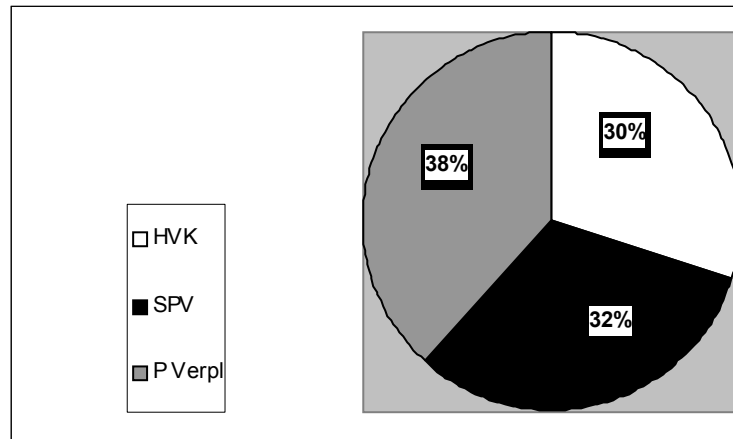
Kapp (2000:13) en die konsepverslag van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (GGDO, 2001:1-6) se resultate wat daarop dui dat kliniese verpleegpraktisyns wanaangewend word in die gesondheidsdienste is bevestig deur die resultate van hierdie studie wat aangedui het dat slegs 2% (n=1) kliniese verpleegpraktisyns optimaal aangewend is. Beide Kapp en die GGDO se studies het slegs gekonsentreer op kliniese verpleegpraktisyns in diens van die gemeenskapsgesondheidsentrums terwyl hierdie studie gefokus het op die kliniese verpleegpraktisyns se funksionering op primêre gesondheidsorgvlak in die algemeen. Hierdie studie was dus nie slegs beperk tot een werkgewer nie.

### FIGUUR 4.3

Die hoedanigheid waarin die kliniese verpleegpraktisyns werksaam was (n=60)



Alhoewel posbenamings in die vraelys gevra is, is dit slegs relevant vir hierdie studie aangesien dit vir die navorser die geleentheid bied om te beklemtoon dat die posbenamings van kliniese verpleegpraktisyns in diens van die plaaslike owerhede verskil van dié in diens van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap en ander gesondheidsorginstansies. Tesame met die verskille in posbenamings en posvlakke, het ook die salarisskale van die verskillende openbare instansies onder bespreking verskil; steeds volgens De Villiers & Sandison (1998:2-3) 'n struikelblok in die weg van amalgamasie. Verskille in posvlak en vergoeding kom egter steeds voor binne dieselfde instansie ten spyte van die aanbevelings deur die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie se konsepverslag (GGDO, 2001:1-6) ten opsigte van diegene in diens van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap, dat kliniese verpleegpraktisyns 'n minimum van posvlak 8 (derde kerf, op daardie stadium die hoogste kerf) behoort te beklee.

**FIGUUR 4.4****Posbenamings van kliniese verpleegpraktisyns (n=60)**

HVK=Hoofverpleegkundige

SPV= Senior Professionele Verpleegkundige

P Verpl=Professionele Verpleegkundige

#### 4.3.1.2 Afdeling B: Opleiding (Vraag 2.1-2.9)

Die grootste getal respondente, naamlik 40 (67%), het gedurende die tydperk 2000 tot 2002 hul opleiding voltooi. Daarna volg diegene wat gedurende 1997 tot 1999 hul opleiding voltooi het (21% of n=13) en die res gedurende 1994 tot 1996, naamlik 12% of n=11 (Tabel 4.1).

**TABEL 4.1**  
**Jaar van opleiding (n=60)**

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
5%	7%	0%	3%	8%	10%	19%	25%	23%
n=3	n=4	n=0	n=2	n=5	n=6	n=11	n=15	n=14

Al die respondente (n=60) het hul kursus in die Wes-Kaapprovinsie deurloop by die Metropoolstreek se afdeling vir Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding, naamlik die kursus in *Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg*. Hierdie deeltydse kursus duur 44 weke en die leerders ontvang 'n sertifikaat by die voltooiing van die kursus (PAWK, 2000:12). Een respondent (2%) het egter deur middel van verdere studie die sertifikaat intussen opgegradeer tot diplomavlak. As gevolg van die feit dat tersiêre instellings sedert die negentigerjare (soos genoem in 2.2.12) ook 'n soortgelyke kursus aanbied, is die geleentheid vir verdere studie in hierdie veld beskikbaar.



Al word reeds by sommige van die tersiêre inrigtings van afstandsonderrig gebruik gemaak, is dit nog nie vir die sertifikaatkursus aangewend nie. Daar is wel 'n modulêre program beskikbaar met bloktye en weeklange kontakssessies per keer. Dit word reeds met sukses in die Weskus-Wynlandstreek aangebied, asook van 2004 af in die Boland-Overbergstreek en skakel die groot afstande uit wat leerders andersins moet aflê. In die Metropoolstreek waar die afstande nie so groot is nie en bestee leerders tans twee dae per week aan die kursus.

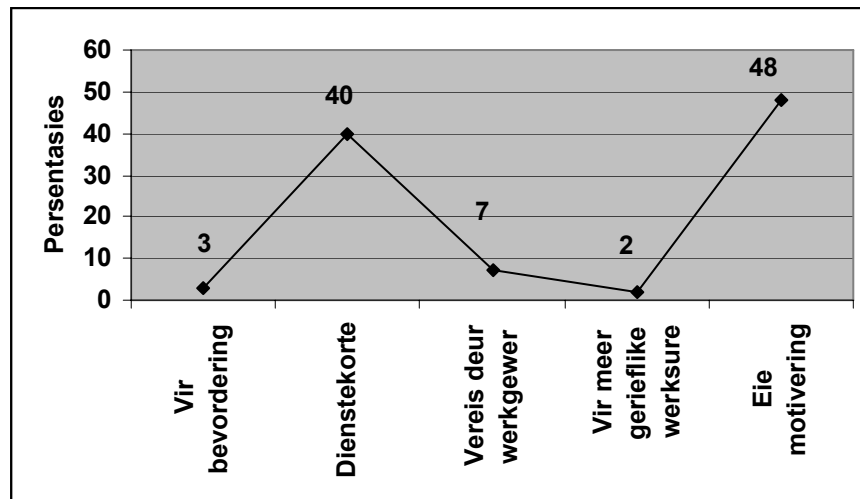
Die huidige ekonomiese klimaat, die tekort aan relevante opgeleide mentore uit die dienste en hoë kliëntladinge by die primêre gesondheidsorginstansies leen homself tot verdere navorsing met die oog op meer dinamiese en effektiewer onderrigmetodes en mentorskap wat terselfdertyd ook praktykgerig en koste-effektief is. Die stelling is deur die navorser gemaak, vanweë haar werk as fasiliteerder van die kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg, dat dit elke jaar opnuut 'n stryd is om genoeg geskikte mentore te verkry vir die leerders vanuit die gesondheidsdienste.

Figuur 4.5 dui aan dat 'n diensmotief (40% of n=24) en eie motivering (48% of n=29) die grootste rol gespeel het vir die volging van die kursus. Dit vergelyk goed met die Suid-Afrikaanse geskiedenis van die verpleegberoep in die algemeen. Dit is ook 'n aanduiding vir die navorser dat geregistreerde verpleegkundiges die kursus vrywillig deurloop het en nie omdat die werkgewer dit van hulle vereis het nie. Slegs 7% (n=4) het as rede aangevoer dat dit 'n vereiste van die werkgewer was en dat hulle daarom die kursus deurloop het. Bevorderingsdoeleindes (3% of n=2) en geriefliker werksure (2% of n=1) is deur enkele respondente as die enigste oorweging vir die kursus gegee. Die navorser maak die afleiding dat dit nie uitgesluit kan word dat hierdie redes deel van die motivering om die kursus te doen kan wees nie, maar die aanname word gemaak dat interne motivering swaarder weeg as eksterne motivering waar dit die kliniese verpleegpraktisyn se opleiding aangaan. Diens aan die gemeenskap is ook in Kapp (2000:25) as rede aangevoer vir aansoek om die kursus te deurloop en sluit ook aan by die bevindings van hierdie studie.

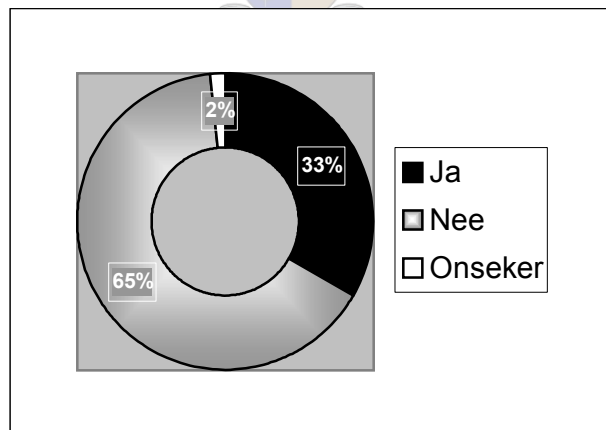
Nege-en-dertig (65%) van die 60 respondente, soos aangedui in Figuur 4.6, was nie skriftelik gemagtig deur hul werkgewer om te praktiseer ten tye van die skryf van hierdie verslag nie. Dit word egter deur Artikel 38A van die Wet op Verpleging (50 van 1978, soos gewysig 1981) vereis dat 'n kliniese verpleegpraktisyn gemagtig moet wees om te

kan praktiseer. Die wet stipuleer nie dat magtiging skriftelik moet geskied nie, maar uit die navorser se persoonlike ervaring voel 'n kliniese verpleegpraktisyn veiliger indien hul wel skriftelik deur die mediese praktisyn in bevel van die instansie gemagtig is.

**FIGUUR 4.5**  
Rede vir die deurloop van die kursus (n=60)

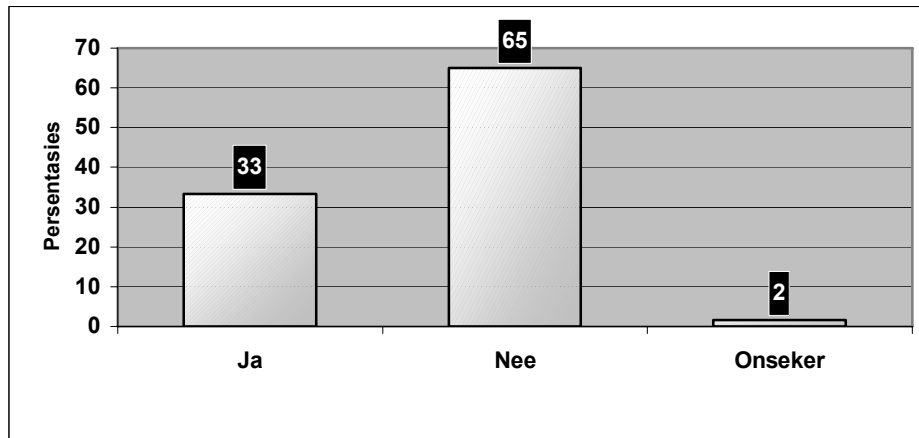


**FIGUUR 4.6**  
Skriftelike magtiging (n=60)



Kliniese verpleegpraktisyns funksioneer egter steeds as 'n onafhanklike praktisyn binne 'n multidissiplinêre span en is volgens Regulasie 387 van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging verantwoordelik vir hul eie pligte en versuime. Dit was interessant dat een persoon onseker was oor magtiging. Die res van die respondente was egter wel seker of hulle gemagtig was, of nie (Figuur 4.6).

**FIGUUR 4.7**  
**Inskrywing (*lysting*) by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (n=60)**



Die ondersoek na inskrywing (algemeen bekend as *lysting* onder verpleegkundiges) van die respondente by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (Figuur 4.7) het presies dieselfde resultate opgelewer as die ondersoek na magtiging (Figuur 4.6). Aangesien al 60 hierdie kliniese verpleegpraktisyns 'n kursus deurloop het wat deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (hierna genoem die Raad) geakkrediteer is, sou dit wys wees om by die Raad gelys te wees. Die navorser het as deel van haar daaglikse werk al telkemale ervaar watter moeilike proses dit vir kliniese verpleegpraktisyns is om lank nadat die kursus voltooi is, aansoek te doen om *lysting* by die Raad. Sou die kliniese verpleegpraktisyn aansoek doen vir 'n pos by 'n ander instansie of provinsie, is dit voordelig om by die Raad gelys te wees. Dit verleen groter geldigheid aan die sertifikaat wat verwerf is, aangesien die nuwe werkgewer moontlik nie bekend sal wees met die inhoud en standaard van die kursus nie. *Lysting* van die sertifikaatkursus by die Raad vereis vyfjaarlikse akkreditasiebesoeke aan die opleidingsinstansie deur afgevaardigdes van die Raad om die relevansie en standaard van die opleidingsinstansie en die kursus te inspekteer.

Die onus vir aansoek om *lysting* rus egter op die kliniese verpleegpraktisyn as onafhanklike praktisyn. Die feit dat die resultate ten opsigte van die magtiging en die *lysting* presies dieselfde was, mag daarop dui dat die oonthoud deels by die kliniese verpleegpraktisyns gelê het. *Lysting* en magtiging geskied by twee totaal uiteenlopende organisasies wat vir alle praktiese doeleindes geen verband met mekaar het ten opsigte van administratiewe take nie. Die navorser is wel bewus van aspekte rondom meer gedetailleerde identifikasie van kliniese verpleegpraktisyns by die Raad wat intussen

deur die Raad met die opleidingsinstansies gekommunikeer is, wat moontlik die proses van lysing sal bespoedig in die toekoms. Die Raad het hul vereistes ten opsigte van identifikasie van opgeleide praktisyns opgeskerp om sodoende bedrog met kwalifikasies te probeer uitskakel.

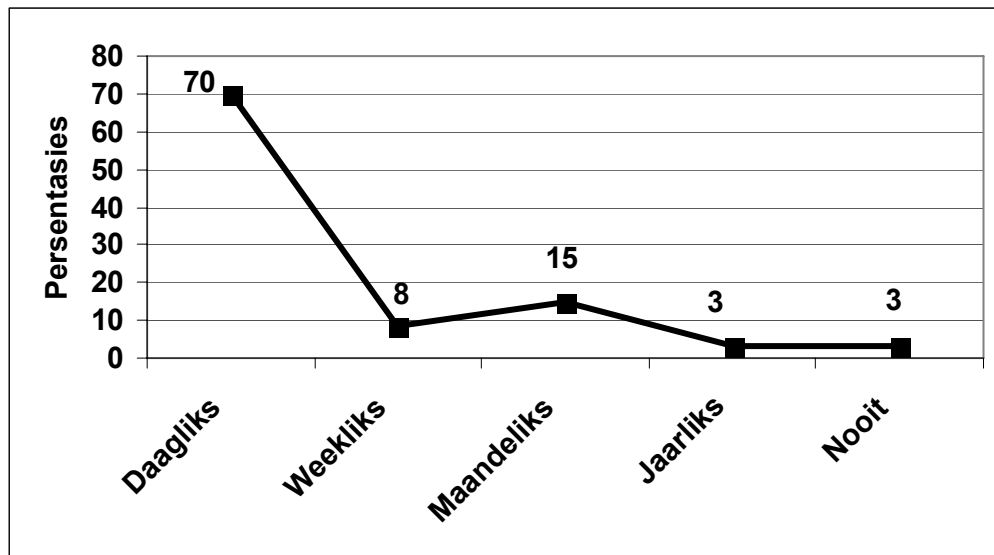
#### 4.3.1.3 Afdeling C: Take en Funksies

Volgens die respondente is 93% (n=56) van hulle ten minste maandeliks betrokke by geskiedenisneming, fisiese ondersoek, beraming en diagnosering (Figuur 4.8). Hierdie respons verskil van die respons by Figuur 4.3 waar slegs 74% (n=44) van die respondente aangedui het dat hulle een of ander vorm van kuratiewe diens verrig, al is dit nie noodwendig die enigste diens wat deur hul verrig word nie. Dit is egter vir die navorser duidelik dat die meeste van die respondente wel die vaardighede, soos in die opleiding verwerf, gebruik. Volgens Figuur 4.9 kry 73% (n=44) van die respondente wel die geleentheid om daaglik medikasie vir akute siektetoestande voor te skryf, wat hierdie stelling deur die navorser verder versterk.

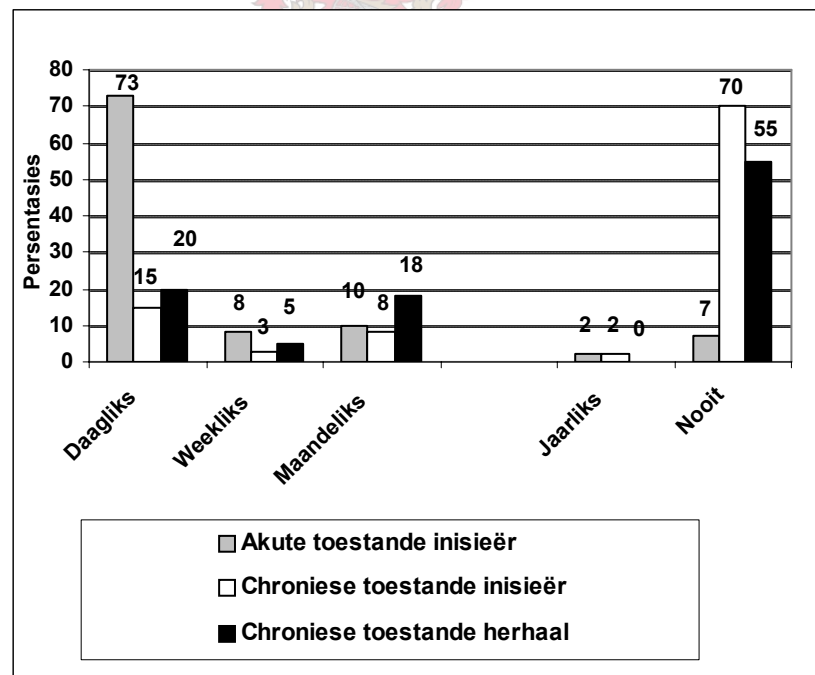
Soos reeds genoem, het 73% (n=44) van die persone wat die vraelys ingevul het, die geleentheid om daaglik medikasie vir akute toestande voor te skryf (Figuur 4.9). Volgens die Alma Ata-verslag was 3 van die 8 elemente van primêre gesondheidsorg, soos in hoofstuk 1 genoem, die toereikende voorkoming en behandeling van algemene siektetoestande en trauma, die beheer van plaaslike endemiese siektetoestande, asook die voorsiening van essensiële medikasie (1.1).

Volgens die navorser se wete is daar nêrens enige amptelike dokumentasie wat hierdie 3 elemente vir die kliniese verpleegpraktisyn se doeleindes duidelik omskryf nie. Daar is wel 'n medisynelys, soos opgestel deur die Wes-Kaapprovinsie wat volgens kategorieë ingedeel is ten opsigte van wat die dokter mag inisieer en wat die kliniese verpleegpraktisyn mag inisieer of herhaal. Die Nasionale *Standaard Behandelysriglyne* en *Essensiële Medisynelys* is egter nie net vir kliniese verpleegpraktisyns opgestel nie, maar vir almal wat op primêre gesondheidsorgvlak funksioneer, insluitend die dokter en ander kategorieë van gesondheidswerkers. Elkeen moet dus kennis dra van die bestek van praktyk van sy eie professie en dit daarvolgens aanwend.

**FIGUUR 4.8**  
Geskiedenisneming, fisieke ondersoek, beraming en diagnosering (n=60)



**FIGUUR 4.9**  
Voorskryf van medikasie (n=60)



Tans word die kliniese verpleegpraktisyns wat deel uitmaak van die teikenbevolking nog nie opgelei om chroniese medikasie voor die voet voor te skryf nie. In bogenoemde medisyne soos deur die Wes-Kaapprovinsie voorsien is, is daar wel beperkte chroniese medikasie wat met veiligheid deur 'n kliniese verpleegpraktisyn geïnisieer kan word, asook medikasie wat in 'n noodgeval toegedien kan word. Die navorser is van

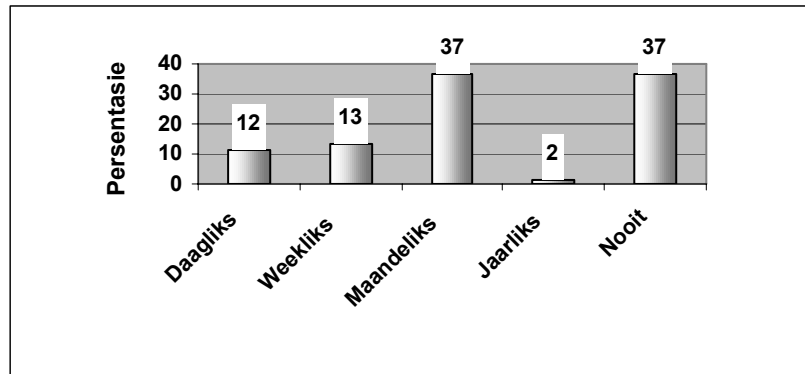
mening dat enige verdere opleiding op hierdie gebied vanuit 'n ekonomiese perspektief gebore sal word en dat daar met die verpleegberoep, sowel as die kliniese verpleegpraktisyns as 'n erkende entiteit, daaroor onderhandel sal moet word, alvorens bestuurslui enige verdere besluite in hierdie verband neem. Die navorser verwys na verpleegkundiggedrewe inisiatiewe wat in *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* genoem word (2003:18).

Slegs 15% (n=9) van kliniese verpleegpraktisyns wat in hierdie studie figureer, inisieer daaglik chroniese medikasie. Soveel as 70% (n=42) van die respondente inisieer nooit enige chroniese medikasie nie. Slegs 20% (n=12) van die respondente herhaal chroniese medikasie daaglik nadat dit deur 'n dokter geïnisieer is en 55% (n=33) herhaal nooit chroniese medikasie wat deur 'n dokter voorgeskryf is nie (Figuur 4.9).

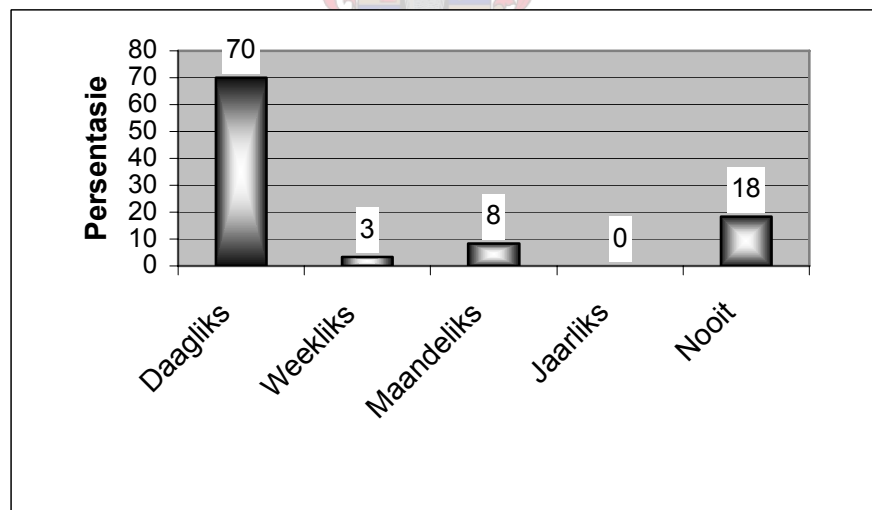
Hierdie studie toon dus dat hierdie respondente oor min ondervinding beskik wat die inisiëring van chroniese medikasie betref. Dit is die navorser se opinie dat indien daar enigsins van hierdie kliniese verpleegpraktisyns verwag word om in die toekoms chroniese medikasie te inisieer, daar vir verdere opleiding ten opsigte van hierdie aspekte voorsiening gemaak sal moet word. Die duur van die huidige kursus sal ook aandag verg en akkreditasie sal by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, en SAQA (*South African Qualifications Authority*) via die *Health and Welfare SETA* verkry moet word. Die kurrikulum van die huidige kursus, onder bespreking in hierdie studie, maak egter nie voorsiening hiervoor nie en daar sal vir meer opleidingstyd onderhandel moet word met werkgewers. Die navorser sien die verpleegberoep nie as staties nie, maar 'n dinamiese beroep wat altyd tred hou met die gesondheidsbehoefte van die tyd, maar altyd met die nodige opleiding van hoogstaande gehalte, binne wetlike en etiese parameters, tot voordeel, sowel as veiligheid, van die gesondheidspubliek. Aangesien verpleegkundiges multi-professioneel aangewend kan word, is die risiko van misbruik voortdurend aan die orde van die dag. Die navorser doen egter 'n beroep op die gesondheidsowerhede en die georganiseerde verpleegberoep dat daar teen misbruik van verpleegkundiges gewaak moet word ten einde finansiële begrotings te laat klop. Reeds voel kliniese verpleegpraktisyns dat hulle nie voldoende vergoed word vir die verantwoordelikhede waarmee hulle tans gekonfronteer word nie. Nie net die verpleegberoep nie, maar ook ander professies kan onder sulke optrede skade lei en dit is ook nie voordelig vir interprofessionele verhoudings nie.

Die meerderheid (62% of  $n=33$ ) van die kliniese verpleegpraktisyns is ten minste een maal per maand of meer dikwels betrokke by die bestel van medikasie (Figuur 4.10). Sommige van die respondente (37% of  $n=23$ ) kry slegs een keer per jaar of nooit die geleentheid om medikasie te bestel nie. Altesaam 81% ( $n=49$ ) respondente reik maandeliks of meer dikwels medikasie van een of ander aard aan kliënte uit (Figuur 4.11).

**FIGUUR 4.10**  
Bestel van medikasie ( $n=60$ )



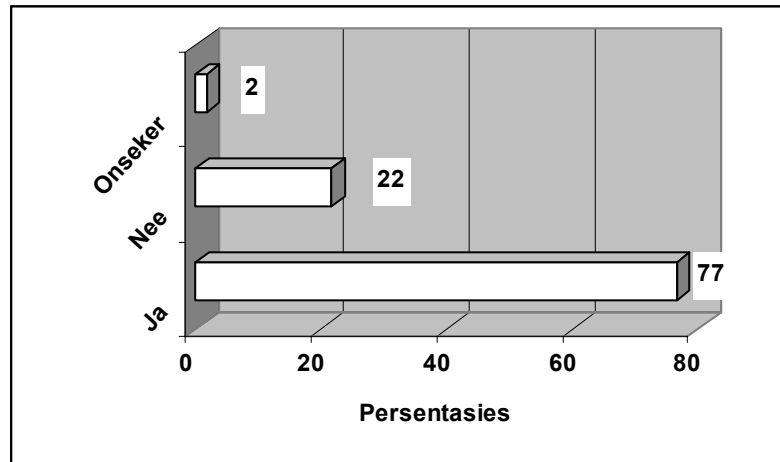
**FIGUUR 4.11**  
Uitreik van medikasie ( $n=60$ )



Figuur 4.12 dui aan dat 77% ( $n=46$ ) van die kliniese verpleegpraktisyns wat deelgeneem het aan die studie indiensopleiding in die hantering van medikasievoorraad en die effektiewe voorskryf van medikasie deurloop het. Altesaam 13 (22%) van die respondente het nie so 'n kursus deurloop nie. Daar was egter een persoon (2%) wat onseker was of so 'n kursus deurloop is. Die laaste drie jaar word hierdie insette in die Kura-tiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorgkursus ingesluit. Onder die respondente wat

nie die insette ontvang het nie is diegene wat die kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg voor 1998 deurloop het.

**FIGUUR 4.12**  
Opleiding in die hantering van medikasievoorraad (n=60)



Die Aptekerswet (Wet 53 van 1974, soos gewysig) is verander en vanaf Mei 2005 sal van almal in die openbare gesondheidsdienste wat betrokke is by die uitreik van medikasie, verwag word om in besit te wees van 'n uitreikingslisensie. Een voordeel hiervan is dat professies grotendeels volgens hul bestek van praktyk sal kan funksioneer. Kliniese verpleegpraktisyns behoort dan minder in apteke aangewend te word en meer vir die doel waarvoor hulle opleiding ontvang het, naamlik fisiese ondersoek van kliënte, diagnoseerling en voorskryf van medikasie, eerder as om die apteker se take oor te neem. Dit sal ook wanaanwending van die kliniese verpleegpraktisyn beperk.

Die navorser is ook terselfdertyd bewus van die realiteit dat nie elke fasiliteit tans 'n apteker in diens het nie en dat in hierdie gevalle wel kliniese verpleegpraktisyns of apteekassistentente aangewend sal word, maar pleit dat dit die uitsondering eerder as die reel sal wees en dat die nodige lisensiëring vir die uitreik van medikasie daarmee gepaard sal gaan. Dit kan die gesondheidsdienste 'n aansienlike bedrag kos, vir bogenoemde opleiding (ongeveer R1500.00 tot R2000.00 per kursus per persoon). Slegs twee instansies (albei in Gauteng) is tans geakkrediteer om die kursusse vir die uitreiking van medikasie aan te bied (naamlik *S. Buys Training and Development Academy* en *MEDUNSA*) en maak grotendeels van afstandsonderrig gebruik (Geyer, 2003:30-31). Kontakssessies deur hierdie instansies vir persone in die Wes-Kaap-provinsie kan nog hoër koste teweegbring, as die reis- en verblyfkoste in berekening

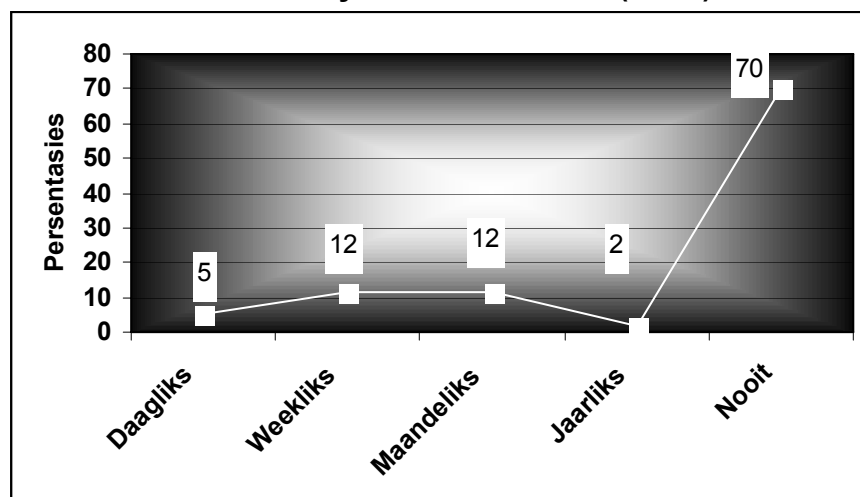


gebring word. Dit is nie bydraend tot gelykheid in gesondheidsorgopleiding in die land dat een provinsie die monopolie vir spesifieke opleiding besit nie. Volgens *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care*, is dit nodig vir die Provinsiale Departement van Gesondheid om vennootskappe met opleidingsinstansies te sluit om toepaslike, relevante en volhoubare opleidingsgeleenthede ook in die Wes-Kaap te verseker (Gesondheid Wes-Kaap, 2003:18). Dit is nodig sowel as bydraend tot gelykheid in provinsiale gesondheidsdienste, dat 'n soortgelyke kursus in die Wes-Kaap aangebied word. Erkenning sal ook verleen moet word aan reeds verworwe kennis.

Die aanwending van kliniese verpleegpraktisyns in apteke soos tans plaasvind, is ook 'n aspek wat saam deur die verskillende relevante kategorieë gesondheidsberoepes bespreek moet word. Kliniese verpleegpraktisyns se menings behoort ook in hierdie verband verkry te word, anders gaan besluite vir hulle geneem word sonder dat hierdie groep enige beheer hieroor sal kan uitoefen.

Slegs 5% (n=3) van die respondente was daagliks betrokke by klubs vir kliënte met chroniese toestande; 69% (n=42) is nooit betrokke by chroniese klubs nie en slegs 2% (n=1) lewer jaarliks so 'n diens. Daar is egter 12% (n=7) op 'n weeklikse basis en ook 12% (n=7) maandeliks op hierdie gebied betrokke (Figuur 4.13). Weer eens, soos ook by Figuur 4.9 blyk dit dat die respondente tans minimale insette ten opsigte van chroniese toestande lewer. Kapp (2000:22) se studie bevestig ook dat kliniese verpleegpraktisyns aangedui het dat hulle nie graag kliënte met chroniese toestande hanteer nie.

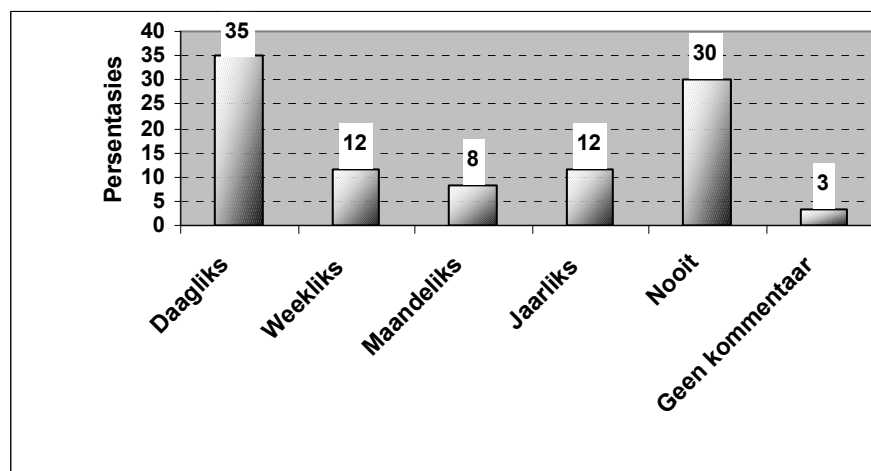
**FIGUUR 4.13**  
Betrokke by chroniese klubs (n=60)



Die navorser is van mening dat 'n kliniese verpleegpraktisyn wel een van die lede van die multidisiplinêre span is wat 'n unieke rol by klubs vir kliënte met chroniese siektes kan speel. Dit is egter nie 'n taak wat net op die skouers van die kliniese verpleegpraktisyn behoort te rus nie. Die dokter is byvoorbeeld nodig om die nuwe kliënte te evalueer en alle ander kliënte periodiek te evalueer, die dieetkundige of voedingsvoorigter vir die dieetondersteuning, die voetkundige vir die voetsorg en die kliniese verpleegpraktisyn byvoorbeeld vir die kliënte wat tussen evaluasies probleme ervaar of met akute probleme presenteer. Hierdie probleme kan dan gesif en uitgestryk word en hoef nie 'n dokter te verg om uit te stryk nie. Dan is daar nog 'n ander persoon, byvoorbeeld 'n bedrewe ingeskrewe verpleegkundige, nodig vir die doen van observasies. Die kliënte kan ook geleer word om self 'n rol te speel en met die aanvanklike hulp van die maatskaplike werker of 'n geregistreerde verpleegkundige kan ondersteuningsgroepe in die gemeenskap gestig word en gemeenskaplike probleme uitgeklaar word. Daar moet nie van die kliniese verpleegkundige verwag word om al hierdie rolle te vervul nie. As van hierdie professionele persone nie voltyds by 'n instansie werksaam is nie, is dit die navorser se mening dat die gesondheidsdienste hierdie dienste deelyds aan 'n instansie beskikbaar kan stel of kan inkontrakteer, byvoorbeeld met iemand uit die privaatsektor. Die Nasionale Gesondheidsplan vir Suid-Afrika (ANC, 1994:71), beveel gedeelde inisiatiewe (op primêre gesondheidsorgvlak aan) tussen die staat en die privaatsektor en wel deur middel van onderhandelings ten opsigte van skaars dienste.

**FIGUUR 4.14**

**Hantering van trauma en noodtoestande (n=60)**

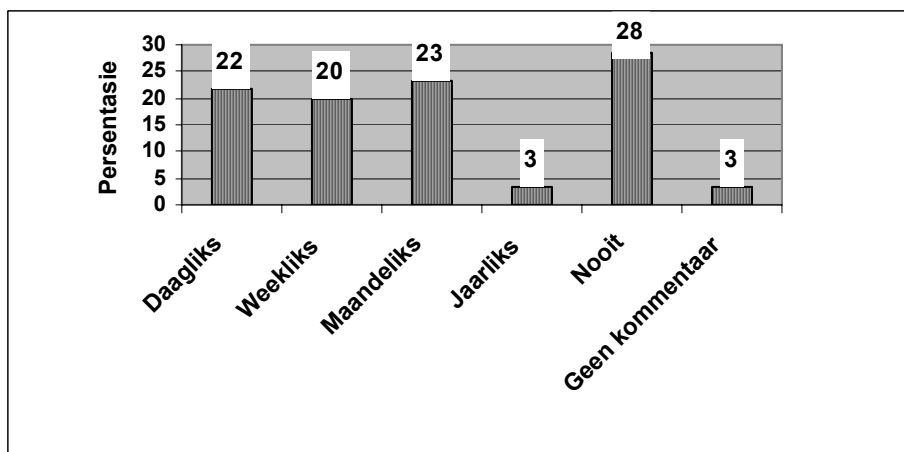


Sommige van die respondente (42% of  $n=25$ ) hanteer trauma of noodtoestande óf jaarliks óf nooit by hul instansies nie, maar 35% ( $n=21$ ) hanteer wel op 'n daaglikse basis trauma of noodtoestande. Daar was 2 (3%) van die respondente wat geen kommentaar gelewer het nie. Daar is ander wat wel weekliks (12% of  $n=7$ ) of maandeliks (8% of  $n=5$ ) met trauma of noodtoestande te doen kry (Figuur 4.14).

Onvolledige noodtoerusting is nooit 'n verskoning vir enige persoon in die verpleegberoep nie en die navorser moet noodgedwonge in hierdie opsig die toesighouding by die primêre gesondheidsorginstansies kritiseer. Altesaam 39 (65%) van die kliniese verpleegpraktisyns het geantwoord dat hulle wel meer dikwels as maandeliks die noodtrollie of noodblad by hul instansie kontroleer. Die ideaal is daaglikse kontrolering, maar slegs 22% ( $n=13$ ) van die respondente kontroleer daaglik die noodtrollies by hul onderskeie instansies (Figuur 4.15). Die navorser beskou hierdie situasie as 'n mediesgereguleerde risiko, want enige gesondheidsinstansie behoort elke dag vir noodgevalle gereed te wees. Noodtrollies/noodblaaie behoort elke dag gekontroleer te word deur iemand wat spesifiek vir die taak verantwoordelik gemaak word, sowel as na elke noodgeval.

Alhoewel 47% ( $n=28$ ) van die respondente by traumahantering of die hantering van noodtoestande in die algemeen betrokke is, volgens Figuur 4.14 is slegs 43% ( $n=26$ ) ten minste weekliks by wondhegtings betrokke. Altesaam 69% ( $n=41$ ) is nooit by enige wondhegtings betrokke nie (Figuur 4.16). Die navorser lei hiervan af dat min kliniese verpleegpraktisyns uit die studiegroep toegelaat word of die geleentheid kry om wondhegtings te doen.

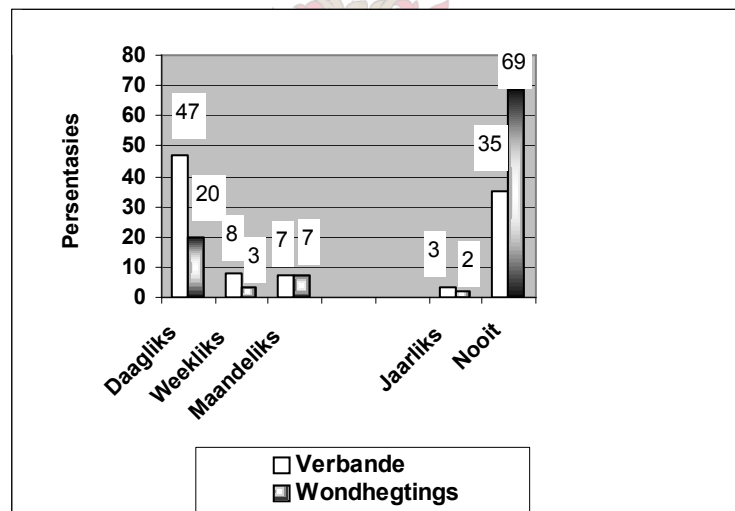
**FIGUUR 4.15**  
Kontrolering van noodtrollie ( $n=60$ )



Figuur 4.27 dui die resultate aan van roetine-immuniserings, die uitreik van kontrasepsie en die uitvoer van sitologiese smere. Die respondente het aangedui dat 92% (n=55) 'n primêre voorkomingsdiens lewer en sluit hierdie take in. Breedvoeriger bespreking van hierdie onderwerp vind plaas by Afdeling E: 4.3.1.5.

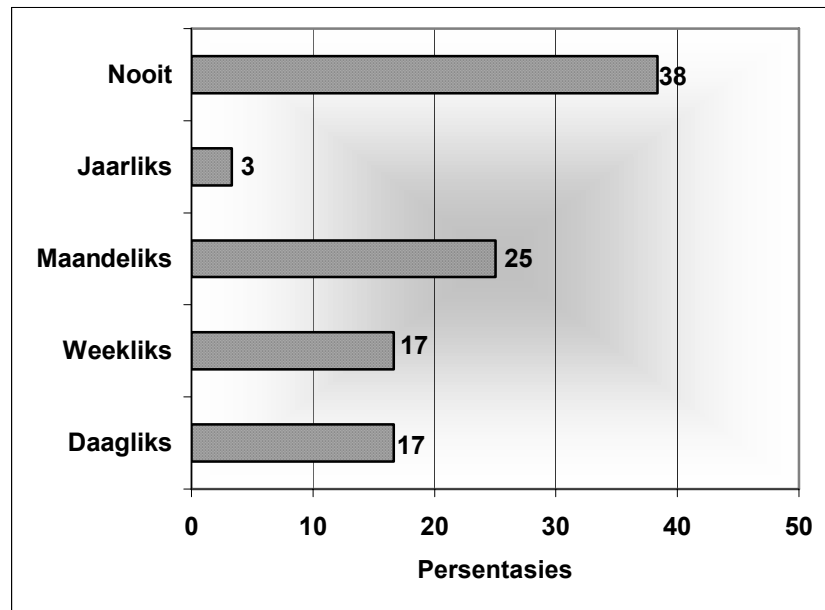
Een van die areas waar die kliniese verpleegpraktisyns ontoepaslik aangewend is, was in die verbandkamer. In hierdie studie is aangedui dat 47% (n=28) kliniese verpleegpraktisyns daaglik diens in die verbandkamer moet verrig. Slegs 21 (35%) van die respondente het aangedui dat hulle nooit in 'n verbandkamer werksaam is nie (Figuur 4.16). Korrekte aanwending van kliniese verpleegpraktisyns ten opsigte van wond Sorg is om behandeling voor te skryf en dan kan enige ander verpleegkundige verantwoordelik wees vir die uitvoer daarvan, sowel as vir die hantering van wond Sorg soos deur dokters voorgeskryf en die wond Sorg van kliënte wat opvolgwond Sorg benodig.

**FIGUUR 4.16**  
**Wond Sorg (n=60)**



Die meerderheid van respondente (59% of n=35) het aangedui dat hulle ten minste binne die bestek van een maand indiensopleiding aan ander personeellede verskaf (Figuur 4.17). Daar is egter ook persone wat glad nie hul kennis met ander kollegas deel nie, naamlik 38% (n=23).

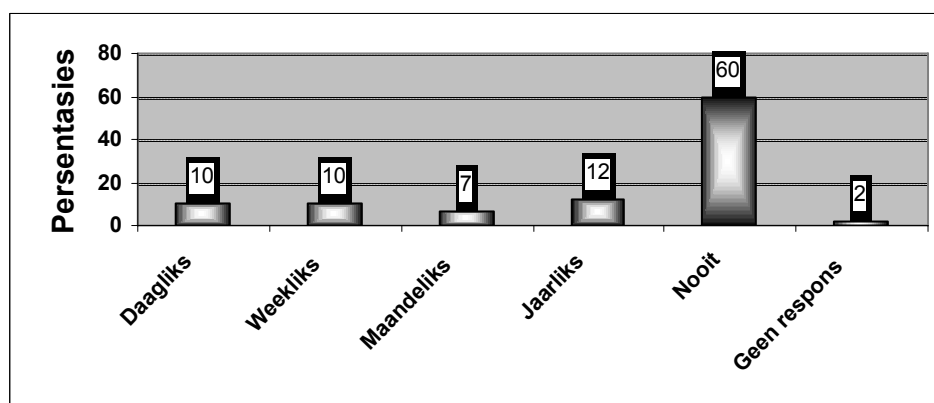
**FIGUUR 4.17**  
**Verskaf indiensopleiding aan personeel (n=60)**



In Figuur 4.18 word aangedui dat sommige van die respondente (73% of n=44) jaarliks of nooit psigiatriese kliënte op primêre gesondheidsorgvlak konsulteer nie, of hulle het geen respons op die vraag gelever nie. Slegs 27% (n=16) van die respondente het aangedui dat hulle psigiatriese kliënte ten minste daagliks, weekliks of maandeliks behandel.

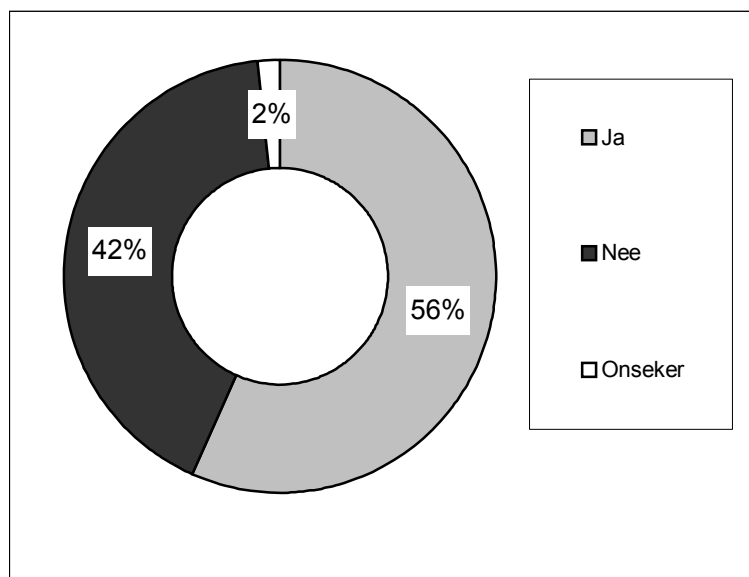
**FIGUUR 4.18**

**Hantering van psigiatriese kliënte (n=60)**



Terwyl die oorgrote meerderheid by Figuur 4.18 aangedui het dat hulle glad nie psigiatriese kliënte konsulteer nie, is daar tog 56% (n=34) van die respondente wat reeds opleiding van een of ander aard oor geestesgesondheid op primêre gesondheidsorgvlak bygewoon het (Figuur 4.19). Opleiding wat twee dae duur en deur 'n psigiatriese ver-

**FIGUUR 4.19**  
**Indiensopleiding in geestesgesondheid op primêre**  
**gesondheidsorgvlak (n=60)**



pleegkundige aangebied word, vorm deel van die opleiding van die kliniese verpleegpraktisyns wat deel was van hierdie studie. Die gevoel van die navorser is egter dat indien die dienste verwag dat kliënte met psigiatriese probleme deur kliniese verpleegpraktisyns behandel moet word, hierdie twee dae verleng behoort te word, om die kliniese verpleegpraktisyn wat geen psigiatriese opleiding ondergaan het tydens basiese verpleging nie, met beter vaardighede toe te rus. Om dit te doen moet egter vir meer tyd met die werkgewers onderhandel word, aangesien slegs twee dae vir hierdie doel deur die werkgewers toegestaan word. Die navorser glo egter dat veel meer aandag gegee moet word aan kliniese psigiatriese vaardighede. Dit is die ervaring van die navorser dat die kliniese verpleegpraktisyns 'n vrees het vir die hantering van psigiatriese kliënte omdat hulle nie oor die nodige vaardighede beskik nie. Duidelike riglyne ontbreek ook vir die kliniese verpleegpraktisyn ten opsigte van die hantering van akute geestesongesteldhede by kliënte en die instandhouding van hierdie kliënte as buite-pasiënte. Nie alle kliniese verpleegpraktisyns beskik ook oor 'n bykomende kwalifikasie in psigiatriese verpleegkunde nie. Psigiatriese verpleegkundiges is ook nie by al die instansies beskikbaar om hiermee te help nie, alhoewel die *Report of the Bi-ministerial Task Team on the implementation of a Municipality-based District Health System in the Western Cape* (2000:18-19) aanbeveel het dat elke gemeenskapsgesondheidsentrum oor 'n psigiatriese verpleegkundige behoort te beskik en hulle by klinieke diens behoort te lewer in sake die rehabilitasie van kliënte met psigiatriese ongesteldhede behoort in

te sluit. Ook die resultate van die kontrolelyns by Tabel 4.3 wys dat psigiatriese verpleegkundiges nie by alle instansies diens lewer nie. Volgens die aanbevelings van die Waarheid en Versoeningskommissie in 1998 oor die gesondheidssektor, is geestesgesondheid as 'n nasionale aangeleentheid beskou en is dit veronderstel om op grondvlak deel te word van die primêre gesondheidsorgstelsel en sodoende toegang aan alle Suid-Afrikaners te bied (Baldwin-Ragaven et al., 1999:218). Dit blyk egter duidelik uit hierdie studie dat dit nog nie gerealiseer het nie.

Die meerderheid kliniese verpleegpraktisyns in hierdie studie doen geen tuisbesoek nie, naamlik 53% (n=32). Slegs 12% (n=7) doen daaglik tuisbesoek. Net 8 respondente, of 13%, doen weekliks of ten minste maandeliks tuisbesoek. Vyf van die respondente (8%) doen ten minste een maal per jaar 'n tuisbesoek. Dit is egter nie koste-effektief vir 'n kliniese verpleegpraktisyn om roetine tuisbesoek te doen nie, maar kan konsulerend optree in hierdie verband vir ander verpleegkundiges en tuisversorgers.

Statistiek word daaglik deur 62% (n=37) van die respondente voltooi, 3% (n=2) weekliks en 22% (n=13) maandeliks. Slegs 13% (n=8) het aangedui dat hulle nooit by enige vorm van statistiese opnames betrek word nie. Die respondente wat aangedui het dat hulle wel by die invul van statistiek betrokke is, blyk egter geen of minimale funksie te vervul by die interpreter en die aanwending van statistiek. Volgens die resultate soos geïllustreer by Tabel 4.5 was geen grafieke of enige ander vorm van aanwending van verwerkte statistiek sigbaar by die instansies wat deur die navorser besoek is nie.

Vergaderings word deur 7% (n=4) van die respondente daaglik bygewoon en dit stem ooreen met diegene wat aangedui het dat hulle toesighoudende posisies beklee. Altesaam 23 of 38% van die respondente het aangedui dat hulle weekliks vergaderings bywoon en 40% (n=24) woon maandeliks vergaderings by. Volgens 7 respondente (12%) woon hulle nooit enige vergaderings by nie en 3% (n=2) het geen kommentaar op hierdie vraag gelewer nie.

Resultate aangaande respondente wat infeksiebeheer toepas, het gedui dat 48% (n=29) daaglik, 13% (n=8) weekliks en 15% (n=9) maandeliks infeksiebeheer toepas. Elf respondente (18%) het aangedui dat hul geen betrokkenheid by infeksiebeheer het nie. Selfs 3 persone (5%) het geen kommentaar gelewer nie. Die navorser beskou

infeksiebeheer as 'n inherente deel van die daaglikse funksionering van verpleging en daarom moet dit juis 'n integrale deel van die daaglikse praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn vorm. Daar moet dus geen onsekerhede wees ten opsigte van hierdie aspek nie en moet daaglik toegepas word. Uit ondervinding ervaar die navorser dat eenvoudige praktyke soos die was van hande soms agterweë bly, daar is nie altyd eers seep by wasbakke te vind nie en handdoeke en beddegoed word so dikwels as weekliks gewas, wat onaanvaarbaar vir infeksie beheer is .

Slegs 8% (n=5) van die respondente het te kenne gegee dat hul daaglik by voorgeboortesorg betrokke is, vier persone of 7% is weekliks by die lewering van voorgeboortesorg betrokke en 2% (n=1) maandeliks. Die meerderheid (83% of n=50) is nooit by enige vorm van voorgeboortesorg betrokke nie. Vier persone het aangedui dat hul jaarliks kans kry om bevallings te doen. Dit blyk vir die navorser dat bevallings slegs plaasvind wanneer kliënte nie verwys kan word nie. Diegene wat aangedui het dat hul nooit by bevallings betrokke is nie, was 93% (n=56). Postnatalesorglewering word deur 15% (n=9) van die respondente daaglik onderneem, deur drie persone of 5% weekliks, 2% (n=1) maandeliks en 3% (n=2) jaarliks. Dit blyk dat 75% (n=45) blyk nooit by enige vorm van postnatalesorglewering betrokke te wees nie. Hierdie bevindings kan verklaar word omdat hierdie dienste by Vroedvrou Obstetriesse Eenhede (MOUs) gelewer word. Die navorser ervaar die feit dat MOUs nie spesifiek ook geteiken was in hierdie navorsing nie as een van die beperkinge van hierdie studie. Navorsing oor aanwending van kliniese verpleegpraktisyns in MOUs is 'n area vir verdere navorsing.

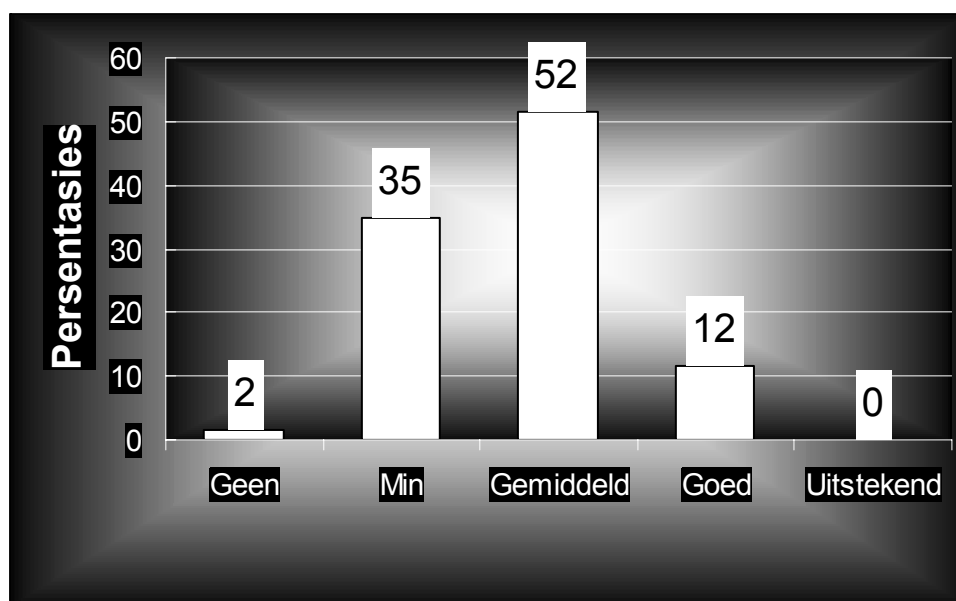
#### 4.3.1.4 Afdeling D: Kennis van siektetoestande

Hierdie data is versamel vanuit die perspektief van die respondente. Dit verteenwoordig dus 'n subjektiewe mening. Die navorser wou juis die mening van die kliniese verpleegpraktisyn verkry om sodoende aandag te kan gee aan die behoeftes van die kliniese verpleegpraktisyn op primêre gesondheidsorgvlak.

Ten opsigte van genetiese dienste, wil dit vir die navorser voorkom asof die respondente hulself nie as deskundiges in hierdie veld beskou nie (Figuur 4.20). Slegs 12% (n=7) van die respondente beskou hul kennis oor genetika as goed. Die respondente wat dink dat hul geen of min kennis het oor genetika nie is 37% (n=22).



**FIGUUR 4.20**  
Genetika (n=60)



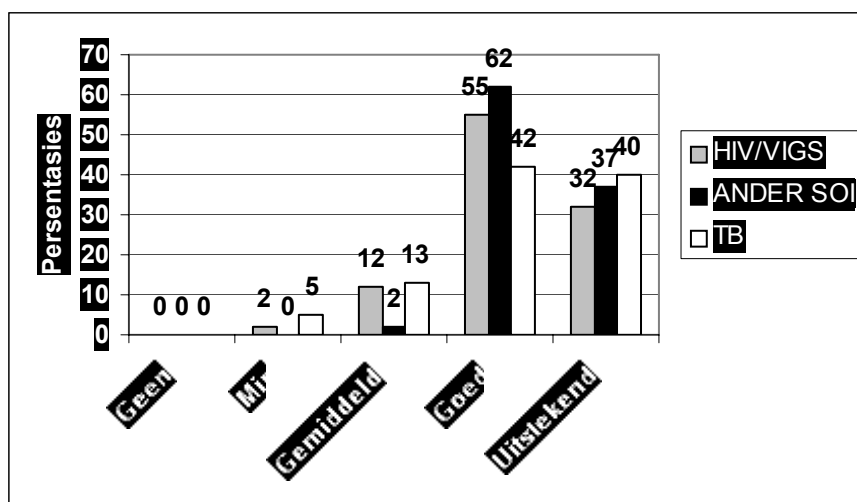
Daar was wel 52% van die respondente (n=31) wat hul kennis oor die onderwerp as gemiddeld beskou het. Geen van die respondente het hul kennis oor genetika as uitstekend beskou nie. Ook die resultate van die kontrolelys dui daarop dat genetiese dienste nie op 'n gereelde basis op primêre gesondheidsorgvlak gelewer word nie (Figuur 4.46). Aangesien die kliniese verpleegpraktisyn dikwels die eerste persoon is wat deur die kliënt besoek word, voel die navorser dat kliniese verpleegpraktisyns wel oor goeie kennis behoort te beskik om genetiese risikos te kan identifiseer en sekere genetiese afwykings te kan herken, soos byvoorbeeld Down Sindroom en kongenitale rubella. Hierdie geïdentifiseerde gevalle moet dan na spesialiste in die genetiese veld verwys word vir genetiese berading en verdere hantering. Kliniese verpleegpraktisyns kan ook 'n rol speel in die bewusmaking van die gemeenskap oor die risikofaktore wat tot moontlike genetiese afwykings kan lei. In die Wes-Kaap is fetale alkoholsindroom 'n welbekende probleem en die voorkoming daarvan 'n aspek van groot belang. Duidelike verwysingsriglyne en verwysingsbronne behoort egter in plek te wees vir gebruik deur kliniese verpleegpraktisyns. 'n Inset oor genetika maak wel deel uit van die deeltydse kursus in *Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg*. Dit word gefasiliteer deur die programkoördineerder vir genetiese dienste van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Metropoolstreek, met kenners uit die veld as aanbieders.

Oor die algemeen het dit geblyk dat die kliniese verpleegpraktisyns hul kennis oor HIV/VIGS, tuberkulose en seksueel oordraagbare infeksies eerder as goed of uitste-

kend beskou het (HIV/VIGS 87% of  $n=52$ , tuberkulose 82% of  $n=49$  en seksueel oordraagbare infeksies, HIV/VIGS uitgesluit, 99% of  $n=59$ ). Al die respondente het geantwoord dat hulle iets van hierdie toestande weet. Die kliniese verpleegpraktisyns wie hulle kennis as gemiddeld beskou het, was soos volg: HIV/VIGS 12% ( $n=7$ ), tuberkulose 13% ( $n=8$ ) en seksueel oordraagbare infeksies, HIV/VIGS uitgesluit, 2% ( $n=1$ ) (Figuur 4.21).

**FIGUUR 4.21**

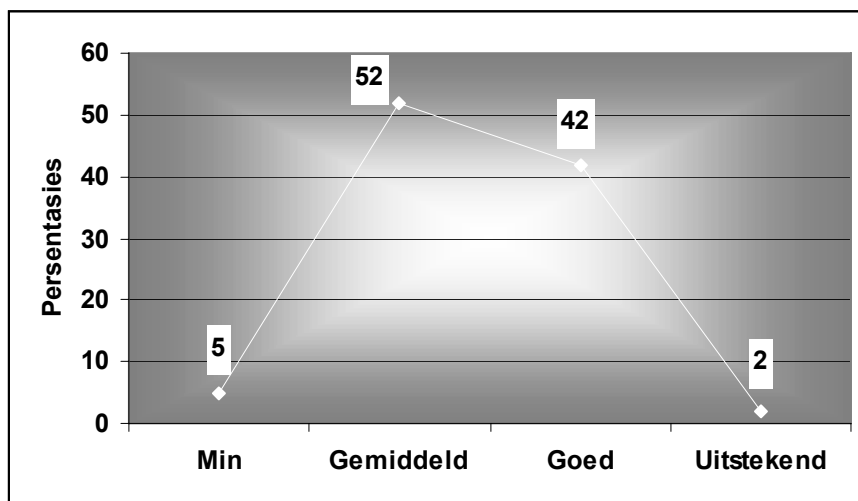
**HIV/VIGS, Tuberkulose en ander seksueel oordraagbare infeksies ( $n=60$ )**



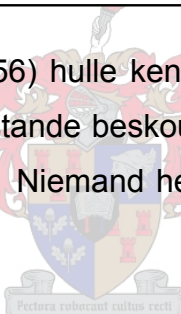
Van Figuur 4.22 kan afgelei word dat slegs 2% ( $n=1$ ) van die respondente gedink het dat hulle kennis oor dermatologie uitstekend is. Die respondente wat aangedui het dat hul kennis eerder goed of gemiddeld ten opsigte van dermatologie is, was 93% ( $n=36$ ). Daar was slegs 5% ( $n=3$ ) van die respondente wat genoem het dat hul oor min kennis in hierdie veld beskik. Die navorser sal in hierdie geval deurlopende indiensopleiding aanbeveel, aangesien die navorser uit ondervinding weet dat 'n groot aantal van die kliënte op primêre gesondheidsorgvlak juis met dermatologiese abnormaliteite presenter. Die kliniese verpleegpraktisyn voel soms onseker oor die diagnosering van dermatologiese abnormaliteite, aangesien daar dikwels reeds sekondêre probleme, byvoorbeeld as gevolg van krap, ontstaan het, wanneer die kliënt by die primêre gesondheidsorginstansie kom hulp soek. Tabel 4.3 illustreer ook dat slegs 1 instansie (13%) wat besoek is as deel van die studie, 'n dermatologiese kliniese verpleegspesialis op 'n daaglikse basis beskikbaar het.

Soos geïllustreer in Tabel 4.8 was inligting oor dermatologie die meeste in aanvraag by indiensopleiding. Die 7 onderwerpe waar die grootste behoefte aan kennis bestaan, word vermeld by 4.4.1.

**FIGUUR 4.22**  
Dermatologie (n=60)



Van die respondente het 94% (n=56) hulle kennis grotendeels goed of uitstekend ten opsigte van oor-, neus- en keeltoestande beskou en 7% (n=4) van die respondente het hulle kennis as gemiddeld beskou. Niemand het egter aangedui dat hulle oor geen of min kennis beskik nie (Figuur 4.23).

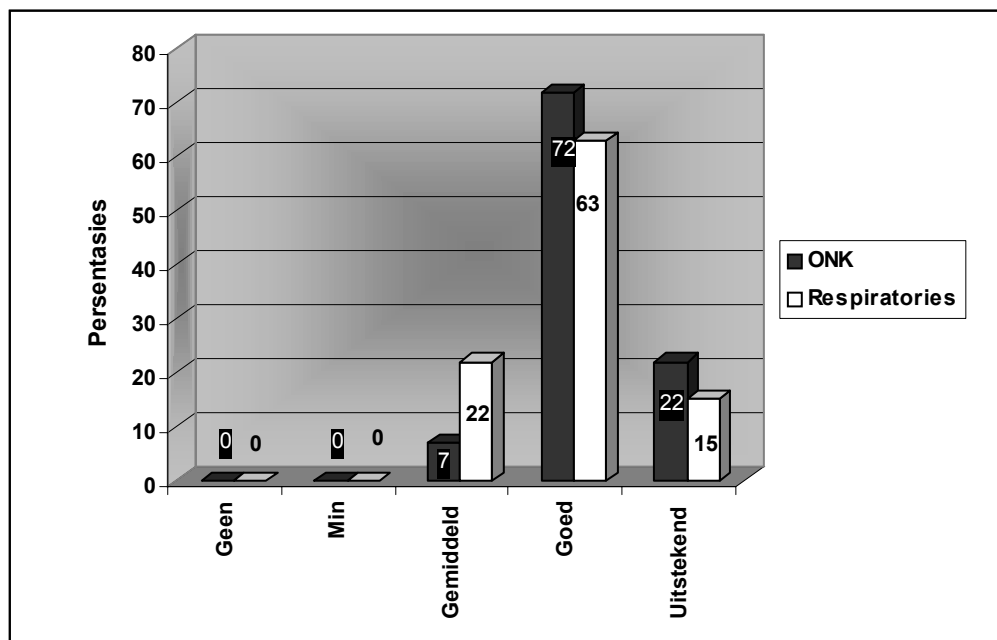


Wat respiratoriese toestande betref, was 63% (n=38) van die respondente oortuig dat hulle kennis goed was, 16% (n=10) dat hulle kennis uitstekend was en 22% (n=13) van die respondente het erken dat hulle kennis aangaande respiratoriese toestande gemiddeld was. Weer eens het niemand ervaar dat hulle oor min of geen kennis ten opsigte van hierdie onderwerp beskik het nie (Figuur 4.23). Daar is egter wel protokolle en riglyne beskikbaar vir die hantering van akute respiratoriese infeksies, boonste lugweginfeksies en asma, en behoort van hulp te wees vir die kliniese verpleegpraktisyns.

Alhoewel geeneen van die respondente gemeld het dat hul oor uitstekende kennis oor kardiovaskulêre toestande beskik nie, het nie een respondent aangedui dat hul oor geen kennis beskik nie. Daar het wel 10% (n=6) van die respondente aangedui dat hulle oor min kennis beskik en 45% (n=27) van die respondente het aangedui dat hulle

hulle kennis as gemiddeld beskou. 'n Verdere 27 (45%) van die respondente het aangedui dat hul kennis van kardiovaskulêre toestande goed was.

**FIGUUR 4.23**  
Oor-, neus- en keeltoestande en respiratoriese toestande (n=60)



Die twee endokrienetoestande waarop gekonsentreer word gedurende die kliniese verpleegpraktisyn se opleiding is diabetes mellitus en tiroïedtoestande. In die opname het 20% (n=12) van die respondente aangedui dat hulle dink dat hulle kennis van hierdie toestande beperk is, 62% (n=37) was onder die indruk dat hul kennis gemiddeld is en 18% (n=11) het gevoel hulle kennis in hierdie verband is goed (Figuur 4.24). Daar was egter niemand wat oortuig was dat hulle enersyds oor geen kennis, of andersyds oor uitstekende kennis oor endokrienetoestande beskik nie. Interessant genoeg, bestaan daar juis 'n nasionale protokol vir die hantering van volwassenes met diabetes mellitus met riglyne wat stap vir stap gevolg kan word omdat diabetes mellitus tipe 2 een van die mees algemene lewenstylverwante siektes is waarmee middeljarige persone presenter.

Soos reeds genoem, was daar 69% (n=41) van die respondente wat nooit betrokke is by klubs vir chroniese toestande nie (Figuur 4.13). As ook na die resultate by Figuur 4.9 gekyk word, inisieer die meerderheid van die respondente ook nooit chroniese medikasie nie. Diegene wat gesê het dat hulle nooit chroniese medikasie herhaal nie, was 55% (n=33). Dit laat die navorser weer eens tot die gevolgtrekking kom dat

kliniese verpleegpraktisyng tans in 'n mindere mate chroniese toestande hanteer, of min kans kry om dit te hanteer. Een van die redes kan wees dat die huidige stelsel bepaal dat die kliënt direk na die apteek gaan om 'n herhaling van sy medikasie te kry totdat hy/sy weer die dokter oor drie of ses maande moet besoek sonder dat enige verdere observasies en ondersoeke op die kliënt gedoen word. Die kliënt kom dus net nooit by enige kliniese verpleegpraktisyng uit nie, tensy 'n akute probleem opduik voordat die kliënt weer 'n afspraak met die dokter het.

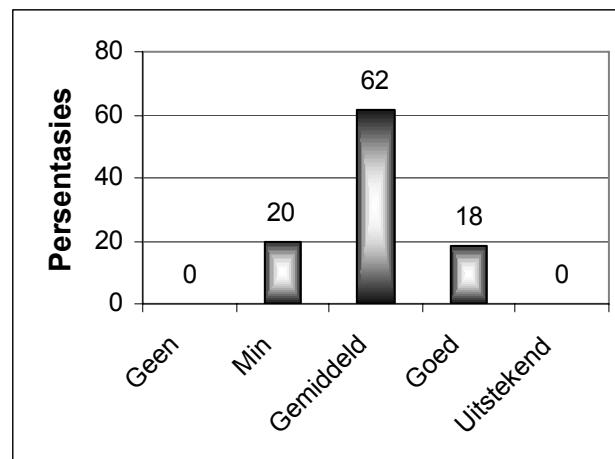
Niemand het gevoel dat hul kennis van oftalmologie uitstekend was nie, maar ook niemand het aangedui dat hulle oor geen kennis oor die onderwerp beskik nie. Die respondente wat van mening was dat hul kennis goed was, was 45% (n=27). Die respondente wat weer genoem het dat hulle oor gemiddelde kennis van oftalmologie beskik was 43% (n=26) en 12% (n=7) het aangedui dat hulle oor min kennis beskik. Dit is 'n rede tot kommer dat meer respondente oor gemiddelde of min kennis oor oftalmologie beskik in teenstelling met diegene wat gevoel het dat hulle kennis goed was. Die rede kan wees dat daar op die oomblik nog min oogtoestande op primêre gesondheidsorgvlak hanteer word.

Die respondente wat hul kennis oor abdominale toestande as uitstekend aangeteken het, was 'n skrale 2% (n=1). Niemand het aangedui dat hul geen kennis oor abdominale toestande gehad het nie. Diegene wat gevoel het dat hul kennis oor die onderwerp goed was, was 55% (n=33), 40% (n=24) van die respondente se kennis was gemiddeld en 3% (n=2) van die respondente het hul kennis as "min" beskou.

Ten opsigte van ginekologiese toestande het die respondente hulle kennis beskou as: 10% (n=6) uitstekende kennis, 48% (n=29) goeie kennis, 32% (n=19) gemiddelde kennis en 10% (n=6) min kennis. Niemand het aangedui dat hul geen kennis oor ginekologiese toestande het nie. Kliniese verpleegpraktisyng behandel egter gereeld seksueel oordraagbare infeksies en moet sitologiese ondersoeke en ginekologiese ondersoeke as deel van hierdie behandelings doen.

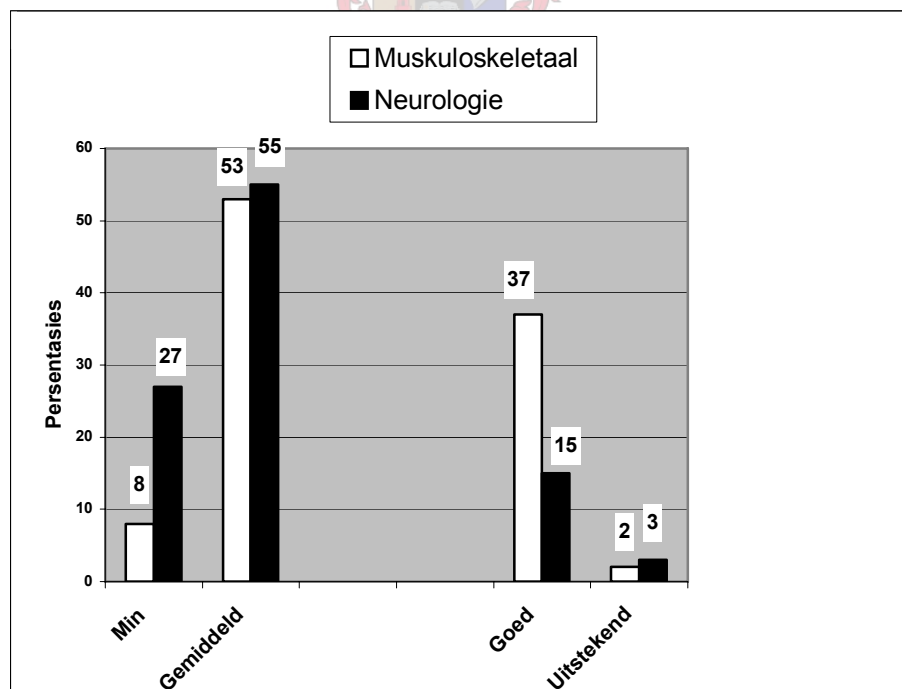
Ten opsigte van urinêre toestande het 60% (n=36) van die respondente aangedui dat hul oor uitstekende of goeie kennis beskik. Diegene wat aangedui het dat hulle oor gemiddelde of min kennis beskik was 40% (n=24). Geen van die respondente het aangedui dat hul oor geen kennis beskik nie.

**FIGUUR 4.24**  
Endokrienetoestande (n=60)



Die respondente het wel gevoel dat hulle meer weet van muskulo-skeletale toestande as van neurologiese toestande. Die verhoudings ten opsigte van hulle kennis van hierdie toestande, was soos volg, min: 8%:27% (n=5:16), gemiddeld: 53%:55% (n=32:33), goed: 37%:15% (n=22:9), uitstekend: 2%:3% (n=1:2).

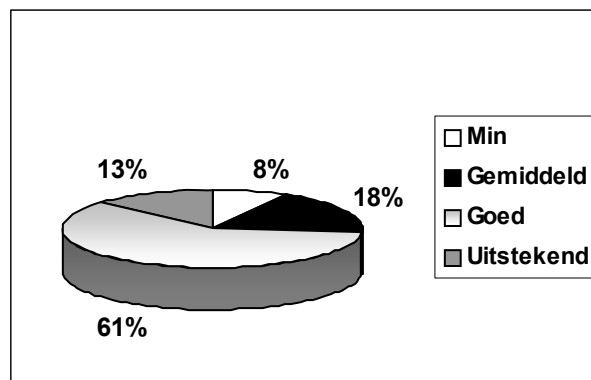
**FIGUUR 2.25**  
Muskulo-skeletale en neurologiese toestande (n=60)



Die respondente se kennis van oordraagbare of aansteeklike siektes (Figuur 4.26) was oor die algemeen naamlik: goed 61% (n=37), gemiddeld 18% (n=11), uitstekend 13% (n=8) en min 8% (n=5). In die lig van die feit dat 92% (n=55) van die respondente

aangedui het dat hul wel voorkomende dienste lewer, is dit goed dat die respondente oor 'n redelike mate van kennis beskik in hierdie verband.

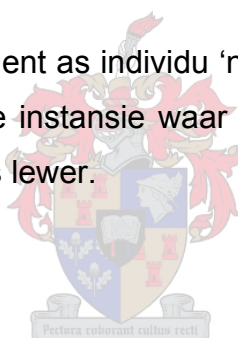
**FIGUUR 4.26**  
Oordraagbare siektes (n=60)



#### 4.3.1.5 Afdeling E: Hantering van die Kliënt

Die vraag is gestel of die respondent as individu 'n primêre, sekondêre of tersiêre voorkomingsdiens lewer, asook of die instansie waar die persoon werk 'n primêre, sekondêre of tersiêre voorkomingsdiens lewer.

*Ter verduideliking van die terme:*

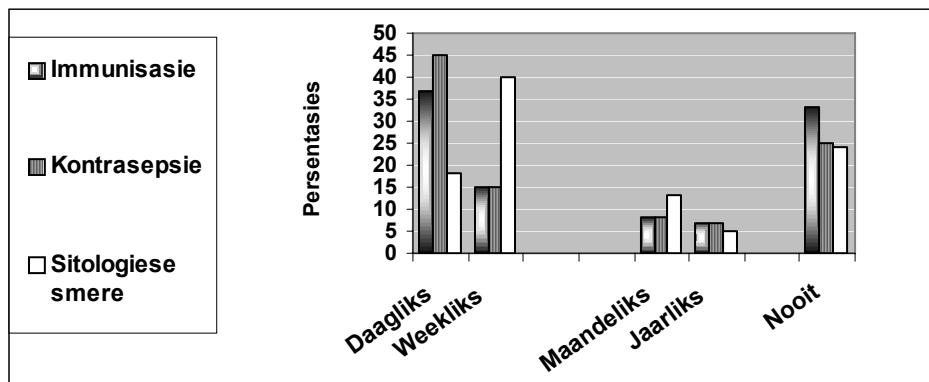


- primêre voorkoming: bevorderende- en voorkomende gesondheid;
- sekondêre voorkoming: kuratiewe dienslewering; en
- tersiêre voorkoming: rehabilitasie.

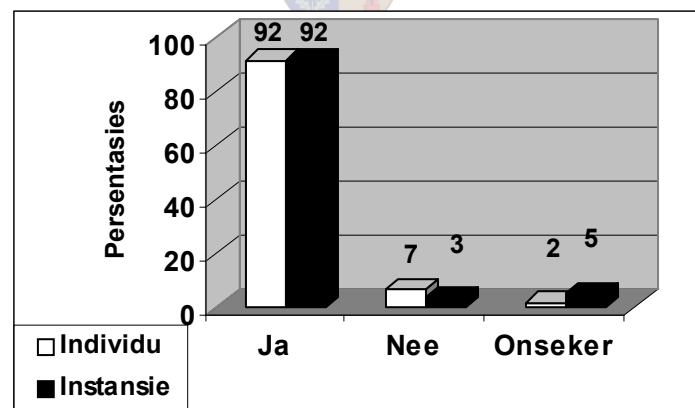
Die resultate het aangedui dat 92% (n=55) van die respondente van mening was dat hulle as individu sowel as instansie 'n primêre voorkomingsdiens lewer, 7% (n=4) van die respondente het nie gedink dat hulle as individue primêre voorkoming doen nie en 3% (n=2) van die respondente het aangedui dat hul instansie glad nie 'n primêre voorkomingsdiens lewer nie. Twee persent van die respondente was onseker omtrent hulle eie inset en 5% (n=3) van die respondente was onseker of hul instansie 'n primêre voorkomingsdiens lewer (Figuur 4.28).

In Figuur 4.29 word grafies vertoon dat 85% (n=51) van die individue 'n sekondêre voorkomingsdiens lewer en 88% (n=53) het gesê dat hulle instansie kuratiewe dienste lewer. Weer eens was daar respondente wat onseker was (12% of n=7), ten opsigte van die individu en 8% of n=5 wat betref die instansie) of hulle of die instansie 'n kuratiewe diens lewer en 3% (n=2) wat aangedui het dat nóg hulle as individu, nóg die instansie 'n kuratiewe diens lewer.

**FIGUUR 4.27**  
Primêre voorkoming (n=60)



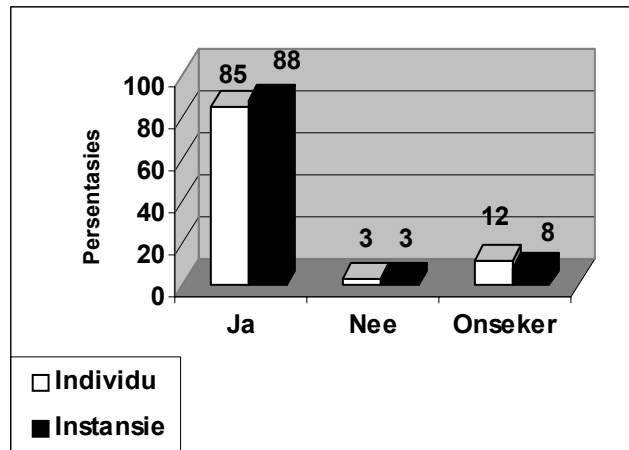
**FIGUUR 4.28**  
Primêre voorkomingsdiens (n=60)



Individue wat 'n tersiêre voorkomingsdiens (Figuur 4.30) gelewer het, was 27% (n=16), dié wat glad nie so 'n diens lewer nie, 45% (n=27), en diegene wat onseker was, 28% (n=17). Respondente wat aangedui het dat hul instansie wel so 'n rehabilitatiewe diens lewer, was 37%. Twintig persone (33%) het geantwoord dat hul instansies glad nie rehabilitasie akkommodeer nie. Weer eens was daar persone wat onseker was, naamlik 30% (n=18).

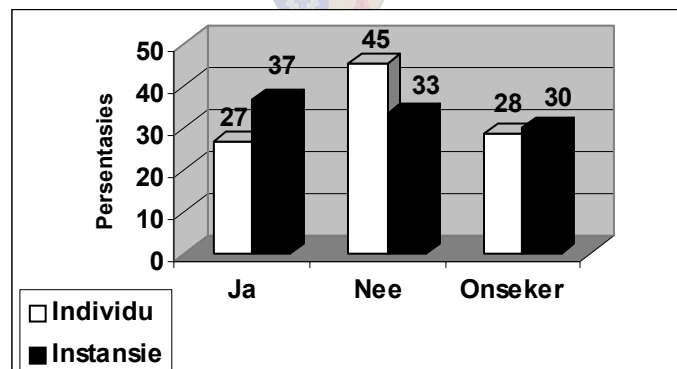


**FIGUUR 4.29**  
Sekondêre voorkomingsdiens (n=60)



Die navorser het uit bogenoemde statistiek afgelei dat moontlike verwarring by kliniese verpleegpraktisyns bestaan oor die tipe diens wat hulle of hulle instansie aan die gemeenskap lewer, of dat bogenoemde terme dalk nie duidelik vir die kliniese verpleegpraktisyn was nie. Die resultate mag ook dui op 'n leemte ten opsigte van tersiêre voorkoming (rehabilitasie) by primêre gesondheidsorginstansies.

**FIGUUR 4.30**  
Tersiêre voorkomingsdiens (n=60)

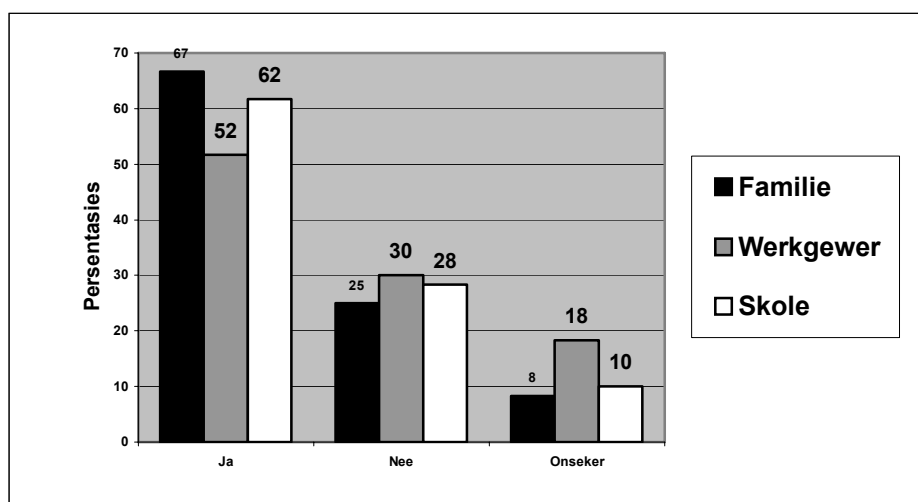


Soos reeds genoem, funksioneer die kliniese verpleegpraktisyn op primêre gesondheidsorgvlak. Die definisie van primêre gesondheidsorg volgens die Alma Ata-Deklarasie (1978), behels dat die gemeenskap inspraak moet hê in gesondheidsorg. Hierdie studie het getoon dat 67% (n=40) van die respondente wel die familie en 52% (n=37) die skole betrek by die gesondheidsorglewering aan die kliënt. Daar was egter ook kliniese verpleegpraktisyns wat hoegenaamd geen van hierdie entiteite betrek het nie en dus slegs op die kliënt as individu fokus. Altesaam 25% (n=15) van die respondente het aangedui dat hulle nooit die familie betrek nie en 28% (n=17) van hierdie persone het

aangedui dat daar geen kontak met die skole in die betrokke omgewing is nie (Figuur 4.31).

Die resultate kan moontlik verklaar word omdat 'n verskeidenheid gefragmenteerde dienste vir verskillende ouderdomsgroepe wat by verskillende instansies aangebied word. Die klinieke verskaf byvoorbeeld net kuratiewe dienste vir kinders tot die ouderdom van dertien jaar en die gemeenskapsgesondheidsentrums behandel weer slegs volwassenes. Die familie wat nie betrek word nie, kan egter nie hieraan toegeskryf word nie, aangesien alle ouderdomsgroepe deel vorm van 'n familie. Daar word dikwels van familieledede verwag om tydens akute of chroniese siektes die versorging te behartig, die voedsel voor te berei of selfs die finansiële las te dra en daarom is dit nodig om die familie ook te betrek.

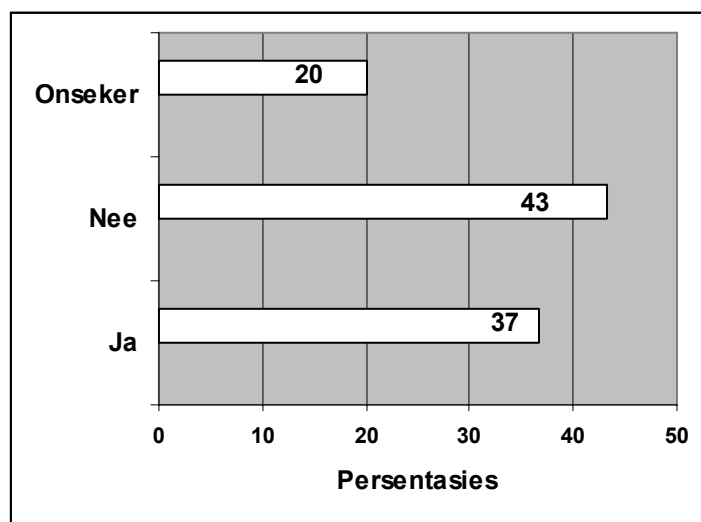
**FIGUUR 4.31**  
**Samewerking met gemeenskapsinstansies (n=60)**



Die meerderheid van die respondente, naamlik 43% (n=26) het aangedui dat hulle glad nie kulturele verskille ten opsigte van behandelingmetodes en medikasie in aanmerking neem nie. Daar was wel 37% (n=22) van die respondente wat gevoel het dat hulle wel aandag daaraan gee by die hantering van die kliënt. Twintig persent (n=12) van die respondente was glad nie seker of daar hoegenaamd aandag daaraan gegee word nie (Figuur 4.32). Die navorser ondervind dat daar 'n leemte bestaan by die persone wat aan die studie deelgeneem het ten opsigte van akkommodering van transkulturele verskille.

Gegewe die Suid-Afrikaanse geskiedenis van apartheid, was Westerse norme (die “wit pan-etniese groep” se norme) grotendeels die norme waaraan alle groepe gemeet is, wat dan ook die sogenaamde erfenis van die gesondheidsorgdienste is (Andrews & Boyle, 1998:17). Die navorser maak die afleiding dat kennis en vaardighede betreffende transkulturele verpleging by sommige kliniese verpleegpraktisyne ontbreek.

**FIGUUR 4.32**  
**Kulturele voorkeure (n=60)**

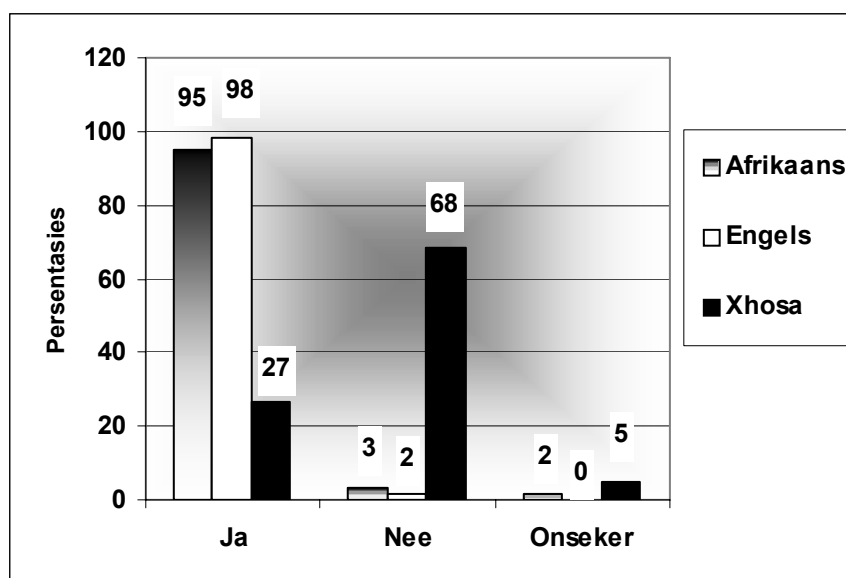


Aangesien Afrikaans en Engels wel aangedui is as die twee tale wat die meeste in die Wes-Kaap gebesig word, was daar min van die respondente wat slegs isiXhosa magtig was. Volgens die resultate soos grafies voorgestel in figuur 4.33, was 95% (n=57) van die respondente Afrikaans-, 98% (n=59) Engels- en 27% (n=16) isiXhosa magtig. Twee persone of 3% het aangedui dat hulle glad nie Afrikaans kon praat nie en 2% (n=1) kon glad nie Engels praat nie.

Die Grondwet van Suid-Afrika (hierna slegs Die Grondwet genoem) bepaal dat ‘n Provinsiale Regering enige twee amptelike tale van die land mag gebruik, met inagneming van die insidensie van gebruik deur die bevolking, koste, streeksomstandighede en die opweeg van die behoeftes en die voorkeure van die inwoners van die provinsie, asook die praktiese aspekte daaraan verbonde. Plaaslike regerings moet ook gehoor gee aan die bepalinge van Die Grondwet en moet die taalgebruik van die betrokke inwoners in ag neem. (RSA, 1996:4). Khan (2001:31) impliseer dat dit algemeen aanvaar kan word dat die Wes-Kaap oor drie amptelike tale beskik, naamlik Afrikaans, Engels en isiXhosa. Khan beklemtoon kliënte se taalregte en die feit dat gesondheidspersoneel altyd konfidensialiteit en privaatheid moet handhaaf wanneer kliënte gekonsulteer word. Dit is

volgens Khan ook belangrik om te dokumenteer in watter taal kommunikasie plaasgevind het, anders kan aangeneem word dat geen kommunikasie plaasgevind het nie. Die ideaal is egter altyd om met die kliënt te kan kommunikeer in die taal waarin die kliënt die gemaklikste kommunikeer. Volgens die resultate soos aangedui by Figuur 4.33, wil dit vir die navorser voorkom of daar in die toekoms nie net meer isi-Xhosasprekende kliniese verpleegpraktisyns sal nodig wees in die Wes-Kaap se Metropoolstreek nie, maar veral kliniese verpleegpraktisyns wat al drie hierdie amptelike tale magtig is, om sodoende kliënte na die beste van hul vermoë te kan help.

**FIGUUR 4.33**  
Tale (n=60)



Die meeste kliniese verpleegpraktisyns het geblyk voldoende toegang te hê tot toepaslike wette (93% of n=56) en protokolle (95% of n=57) wat nodig is vir die effektiewe funksionering van 'n kliniese verpleegpraktisyn. Nie een van die respondente het aangedui dat hulle geen toegang tot wette en protokolle het nie. Die res het wel aangedui dat hul onseker was waar om by hulle instansies toegang te verkry tot wette en protokolle. Hierdie resultate stem ook ooreen met die resultate verkry deur middel van die kontrolelys soos by 4.3.2.10 uiteengesit.

#### 4.3.1.6 Afdeling F: Spanbenadering

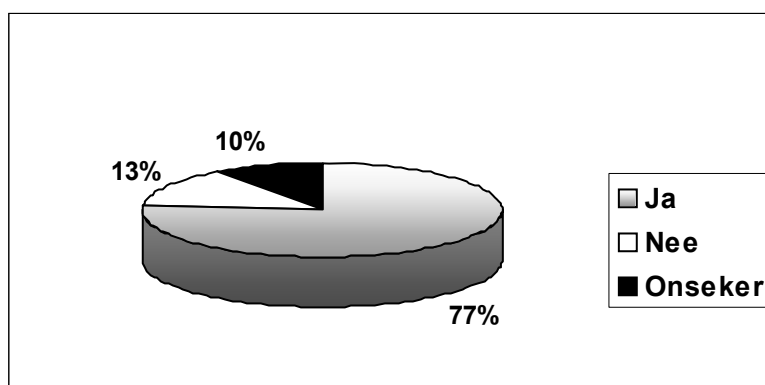
Tagtig persent van die respondente (n=48) was oortuig daarvan dat hulle as onafhanklike praktisyns funksioneer en 15% (n=9) was nie oortuig dat hulle as onafhanklike praktisyns funksioneer nie. Drie persone, of 5%, was onseker hieroor. Die meeste van die

respondente (88% of  $n=53$ ) was wel van mening dat hulle deel van 'n multidissiplinêre span vorm, maar 7% ( $n=4$ ) het nie hierdie mening gedeel nie en 3% ( $n=2$ ) was onseker of hul deel van 'n multidissiplinêre span vorm.

Uit Figuur 4.34 kan afgelei word dat die respondente 'n redelike mate van werkstevredenheid ervaar. Die studie dui aan dat 77% ( $n=46$ ) van die respondente werkstevredenheid ervaar. Volgens Kapp (2000:25-26) doen die effektiewe kliniese verpleegpraktisyn die kursus om die gemeenskap beter te kan dien. Na voltooiing van die kursus word die nuutaangeleerde vaardighede inge oefen met die nodige leiding en aanmoediging van die dokter in die instansie. Die kliniese verpleegpraktisyn demonstreer dieselfde positiewe ingesteldheid waarmee die kursus aangepak is. Intussen vind volgens Kapp groei plaas in "diepte" en "kapasiteit" en die kliniese verpleegpraktisyn hanteer toenemend meer kliënte. Ondersteuning, onderrig, inklusiwiteit en toeganklikheid van die dokter is nodig. Goeie bestuur van die gesondheidsdiens in terme van voldoende personeelvoorsiening, indiensopleiding en forums waar kliniese verpleegpraktisyns 'n platform kan hê om probleme te lug en oplossings te vind, is noodsaaklik (Kapp 2000:26). Die navorser ondersteun die belang van bogenoemde.

Op een na het al die respondente laat blyk dat die kliniese verpleegpraktisyn addisionele vergoeding behoort te ontvang. Kapp se studie bevestig ook hierdie standpunt (2000:25), sowel as die konsepverslag deur die Gemeenskapsgesondheidsdiensorganisasie (GGDO, 2001:1-6).

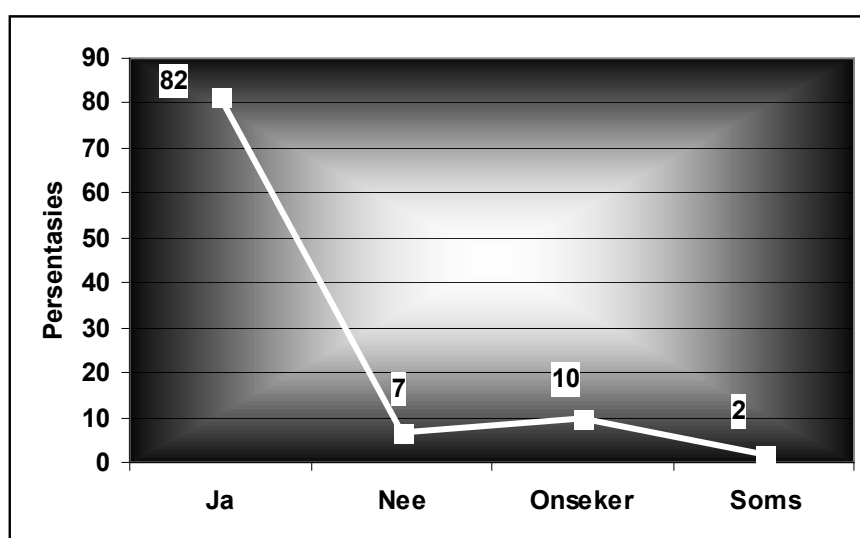
**FIGUUR 4.34**  
**Werkstevredenheid ( $n=60$ )**



Die meeste van die respondente het wel goeie verhoudings met die dokters by hul onderskeie instansies ervaar, naamlik 81% ( $n=49$ ). Vier van die respondente (7%) het

glad nie verhoudings met die dokters by hul instansies as positief ervaar nie. Een persoon (2%) het wel soms goeie verhoudings in hierdie verband ervaar. Ses persone (10%) was onseker oor hoe hul die verhoudings met die dokters ervaar het. Kapp (2000:28-29) het aanbeveel dat bestuurslui op distriksvlak sowel as op plaaslike vlak 'n groot rol kan speel om goeie verhoudings tussen kliniese verpleegpraktisyne en dokters aan te moedig. Volgens Kapp sal 'n gesondheidsdiens wat kwaliteitdiens en rasionele gebruik van hulpbronne vooropstel, professionele samewerking tussen hierdie kategorieë aanmoedig.

**FIGUUR 4.35**  
Goeie verhoudinge met geneeshere (n=60)

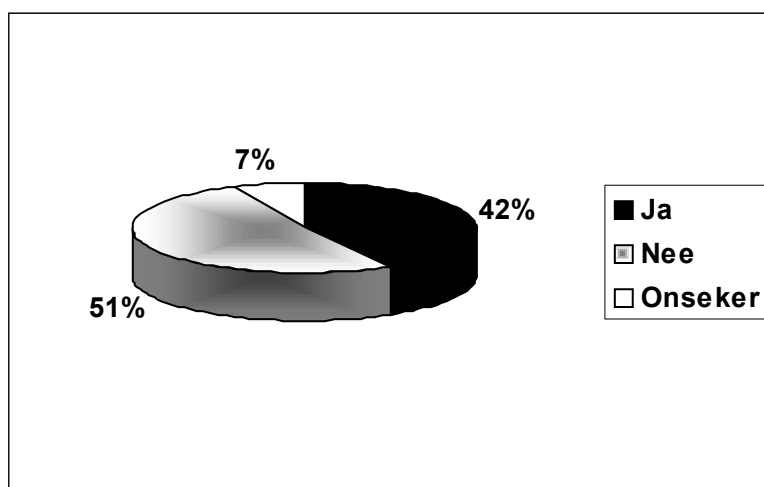


Ten opsigte van gemeenskapsbetrokkenheid het 42% (n=25) van die respondente geantwoord dat hulle wel betrokke is by die gemeenskap. Diegene wat geen betrokke aangedui het, was 51% (n=31) en 7% (n=4) was onseker oor enige betrokke in die gemeenskap. Figuur 4.31 se resultate verskil egter ten opsigte van betrokke by die familie, die werkgewer en die skole. Dit wil vir die navorser voorkom of die respondente betrokke by hierdie aspekte nie as deel van gemeenskapsbetrokkenheid beskou het nie.

Die navorser ag dit inderdaad as van belang dat die toesighouers van primêre gesondheidsorginstansies gemeenskapsbetrokkenheid sal aanmoedig en ook die kliniese verpleegpraktisyn hierby sal betrek. Die individuele kliënt kan nooit as 'n enkele entiteit beskou word nie, maar is altyd deel van ander sosiale stelsels wat 'n impak op die individuele gesondheid kan hê en andersom.

Die konseptuele raamwerk vir die hantering van 'n kliënt in 'n omvattende gesondheidsorgdiens bepaal dat die kliënt deel vorm van 'n kern of uitgebreide gesin, uit 'n spesifieke gemeenskap afkomstig is en deel vorm van 'n spesifieke kulturele raamwerk (PAWK, 2000:10). Ook die Nasionale Gesondheidsplan vir Suid-Afrika bevestig dat 'n belangrike beginsel van die primêre gesondheidsorgbenadering juis gemeenskapsbetrokkenheid is (ANC, 1996:25). Die Alma Ata-Deklarasie (1978:1) sluit ook gemeenskapsbetrokkenheid in by die definisie van primêre gesondheidsorg.

**FIGUUR 4.36**  
**Gemeenskapsbetrokkenheid (n=60)**



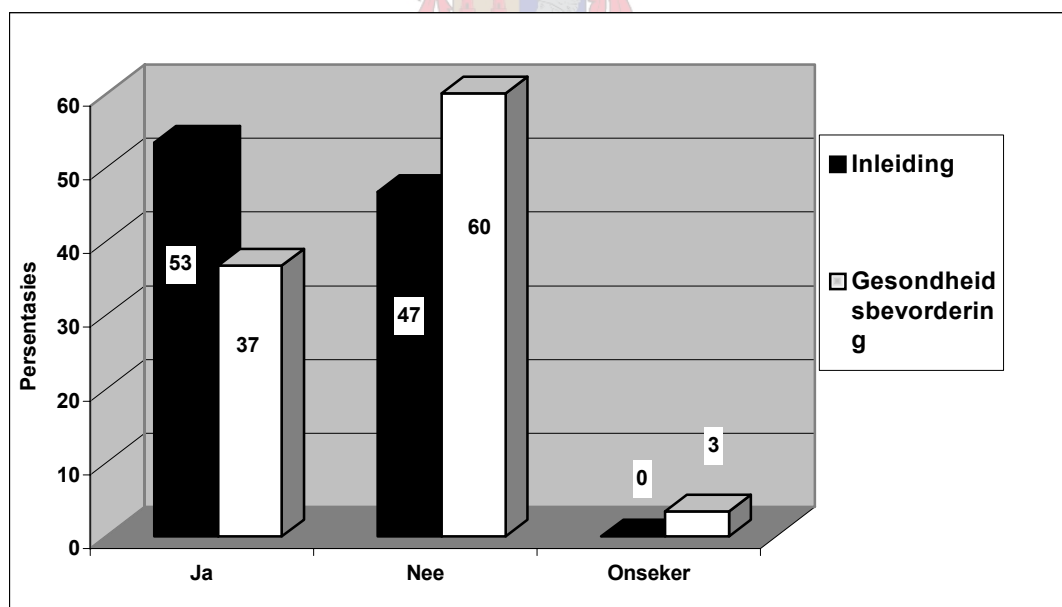
Die navorser het die respondente versoek om aan te dui of hulle enige van die volgende indiensopleidingsprogramme bygewoon het. Die programme wat genoem is in die vraelys is programme wat op 'n gereelde basis aangebied word by die Wes-Kaap-provinsie se Metropoolstreek: Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding en al die respondente het wel toegang tot hierdie indiensopleidingsprogramme.

Figuur 4.37 illustreer dat 53% (n=32) van die respondente aangedui het dat hulle reeds 'n inleidingskursus tot skoolgesondheid deurloop het en 37% (n=22) 'n kursus in gesondheidsbevordering vir skole. Skoolgesondheidsdienste bied 'n geleentheid om groot groepe kinders op een perseel te bereik ten einde 'n positiewe bydrae te maak tot hul gesondheid. Fokusareas kan behels voorkomende gesondheid, vroegtydige intervensie, diagnose, behandeling en verwysing. Die kliniese verpleegpraktisyn met die kennis van geskiedenisneming, fisiese ondersoek, diagnose en behandeling is dus in die ideale posisie om skoolgesondheid te behartig. Indien skoolkinders vroegtydig gesif kan word vir fisiese en psigiese gebreke soos visuele inkorting, gehoorverlies en aan-

dagafleibaarheid, is daar heelwat langtermyn-komplikasies en gestremdhede wat verhoed kan word. Programme ter bevordering van gesondheid kan reeds van 'n jong ouderdom af by kinders ingeskerp word met positiewe resultate, soos die vorming van gesonder volwassenes in die toekoms. Projekte ter bevordering van voeding en die aanleer van gesonder eetgewoontes mag ook beter breinfunksionering tot gevolg hê en dus beter skolastiese vordering.

Intersektorale samewerking tussen die gesondheidsdienste en die onderwyssektor is egter van groot belang, want hoe die jeug siekte en gesondheid beskou en beleef, gaan 'n invloed hê op die toekoms van die gesondheidsdienste as 'n geheel, sowel as op die gesondheidstatus van die individu as lid van die Suid-Afrikaanse gemeenskap. Lewensstylverwante siektes wat 'n prioriteit is vir die gesondheidsdienste volgens *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care*, kan deur gesondheidsbevordering in skole positief op 'n jong ouderdom sterk onder die aandag gebring word en jeugdige kan tot gesonder lewenswyses geïnspireer word.

**FIGUUR 4.37**  
**Skoolgesondheid (n=60)**

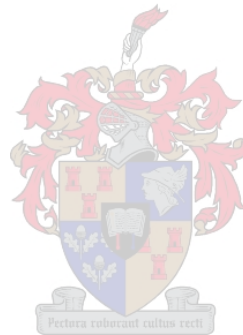
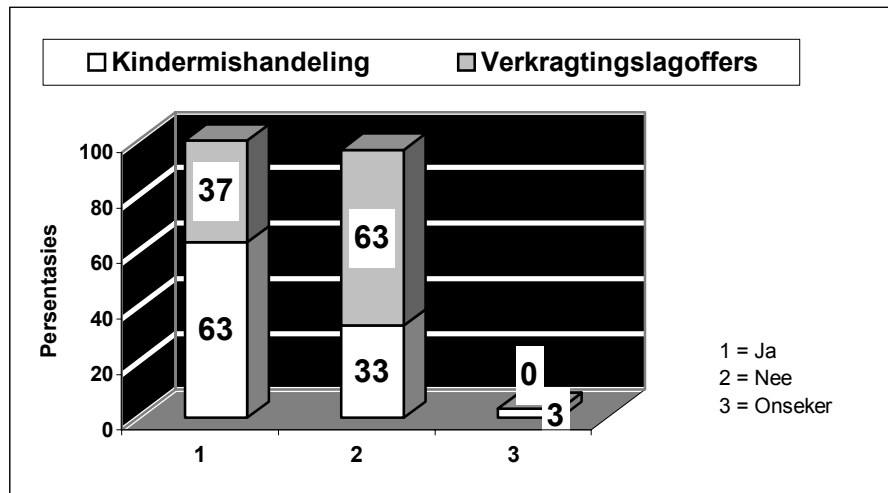


Dit blyk dat 63% (n=38) van die respondente reeds indiensopleiding ten opsigte van kindermishandeling deurloop het. Die kliniese verpleegpraktisyn is dikwels die eerste persoon wat 'n kind ondersoek en die visuele getuieis van mishandeling opmerk. Slegs 33% (n=20) het reeds opleiding oor die ondersteuning van verkrachtingslagoffers



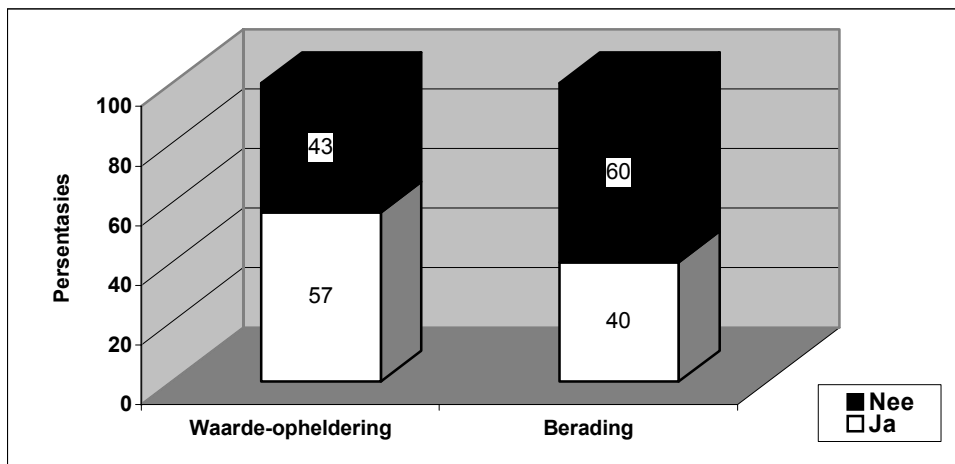
deurloop. Hierdie kliënte beland dikwels by toegewysde fasiliteite en behoort hanteer te word deur gespesialiseerde gesondheidspersoneel.

**FIGUUR 4.38**  
**Kindermishandeling en verkragting (n=60)**

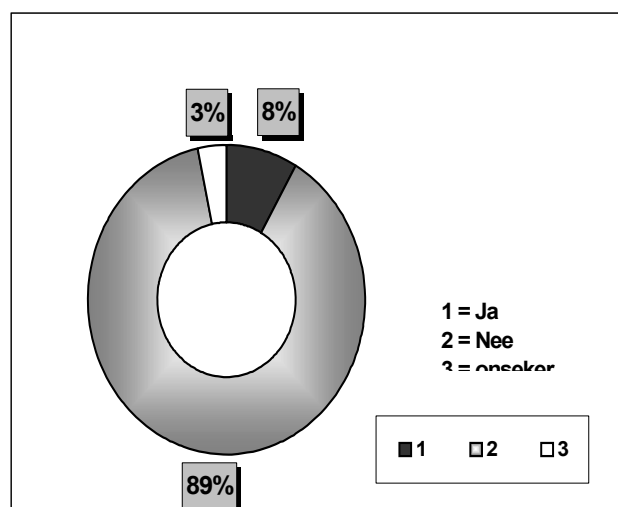


Sedert 1996 is dit wettig om in Suid-Afrika 'n keuse te maak ten opsigte van die beëindiging van swangerskap en is die voorwaardes waaronder dit kan geskied uitgebrei deur wetgewing. Hierdie diens word wel in sekere primêre gesondheidsorginstansies gelewer. Terwyl 57% (n=34) van die respondente die waarde-ophelderingskursus bygewoon het en 40% (n=24) die beradingsopleiding, het slegs 8% (n=5) van die kliniese verpleegpraktisyns die tegniese opleiding deurloop. Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat min van die respondente aktief betrokke is by beëindigings van swangerskap of dat min van die instansies waar hierdie respondente werksaam is, toegewysde fasiliteite vir hierdie prosedures is. Hierdie studie het egter nie die redes vir bogenoemde aangespreek nie.

**FIGUUR 4.39**  
Beëindiging van swangerskap (n=60)

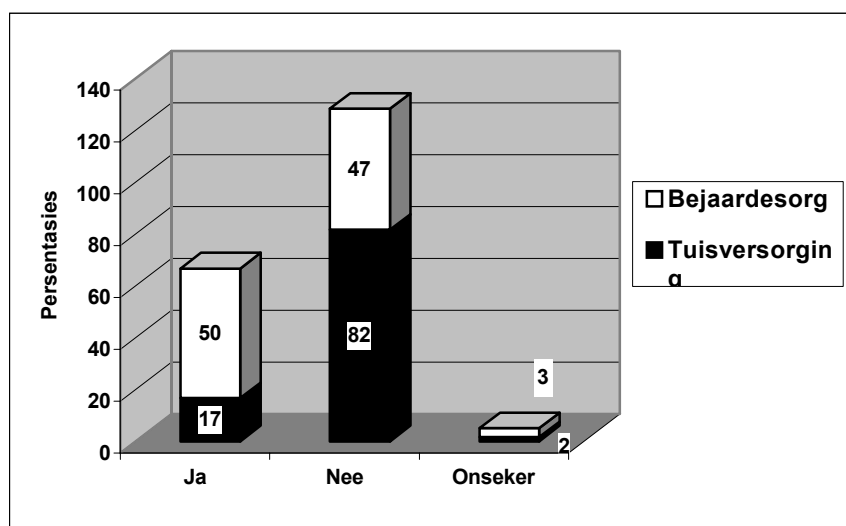


**FIGUUR 4.40**  
Tegniese opleiding (n=60)



Volgens figuur 4.41 het 50% (n=30) van die respondente die een of ander vorm van bejaardesorg deurloop. Tuisversorging is deur 17% (n=10) van die respondente deurloop. Hierdie is ook areas van prioriteit soos vervat in *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care*, met die de-institusialisering van chroniese sorg sal kennis in hierdie verband van groot waarde wees aangesien kliniese verpleegpraktisyns daarvolgens leiding en onderrig sal kan verskaf. Alhoewel nie-regeringsorganisasies dikwels hierdie dienste sal verrig, sal raadgewing en ondersteuning aan die familie en die versorgers die taak van die kliniese verpleegpraktisyn by die gemeenskapsgesondheidsentrum.

**FIGUUR 4.41**  
**Bejaardesorg en tuisversorging (n=60)**



Figuur 4.42 reflekteer dat *Batho Pele-insette (mense eerste)* reeds deur 72% (n=43) van die respondente bygewoon is, telefoonetiket deur 5% (n=3) en insette oor kommunikasie deur 82% (n=49). Die openbare sektor is tans besig met 'n diensverbeteringsveldtog. Kliniese verpleegpraktisyns is deel van hierdie sektor en dit sal gewens wees vir kliniese verpleegpraktisyns om ook die insette rakende diensverbetering by te woon en so by te dra tot die beplanning van aanvaarbare dienste vir die verbruiker (Departement van Gesondheid, 2001:10).

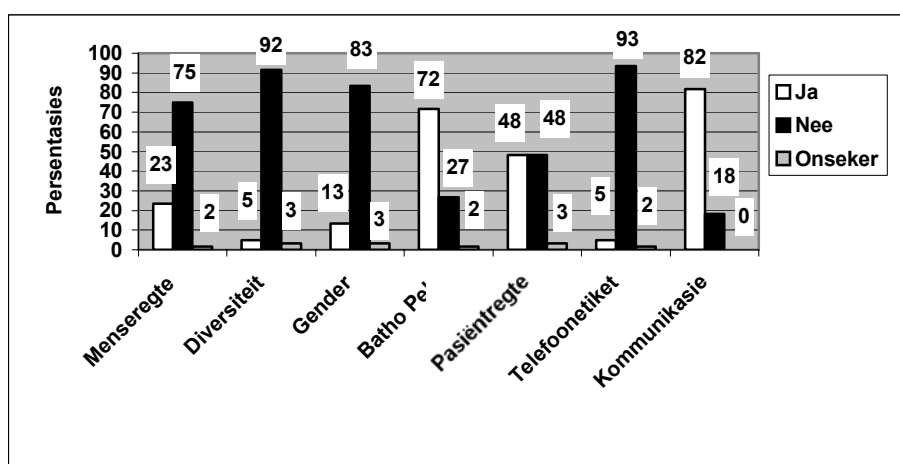
Gesien in die lig van die Suid-Afrikaanse geskiedenis van menseregteskendings, is deur die Waarheid en Versoeningskommissie aanbeveel dat deurlopende opleiding in etiek en menseregte moet geskied vir gesondheidspersoneel om groter bewustheid in hierdie verband te skep. Bewusmakingsprogramme ten opsigte van menseregte is deur 14 (23%) van die respondente bygewoon, diversiteitsinsette deur 5% (n=3) en geslags-

gelykheidsinsette deur 8 persone of 13% (Figuur 4.43) gelewer. Min kliniese verpleegpraktisyns het nog hierdie tipe insetprogramme bygewoon. Sedert 2003 is die bewusmaking van menseregte by die kurrikulum van die kliniese verpleegpraktisyns ingesluit aangesien kliniese verpleegpraktisyns dikwels met 'n verskeidenheid kwesbare groepe mense uit die samelewing werk. Die moontlikheid van menseregteskendings is dus nie uitgesluit vir hierdie kategorie van verpleegkundiges nie, tensy die kliniese verpleegpraktisyns gereeld kritiese introspeksie doen ten opsigte van hul optrede. Die doel en verwagte uitkoms van die Handves van Pasiëntregte is om dienslewering reg te stel en om die kwaliliteit van sorg te verbeter en om klagtes effektief te kan hanteer (Departement van Gesondheid, 2001:11).

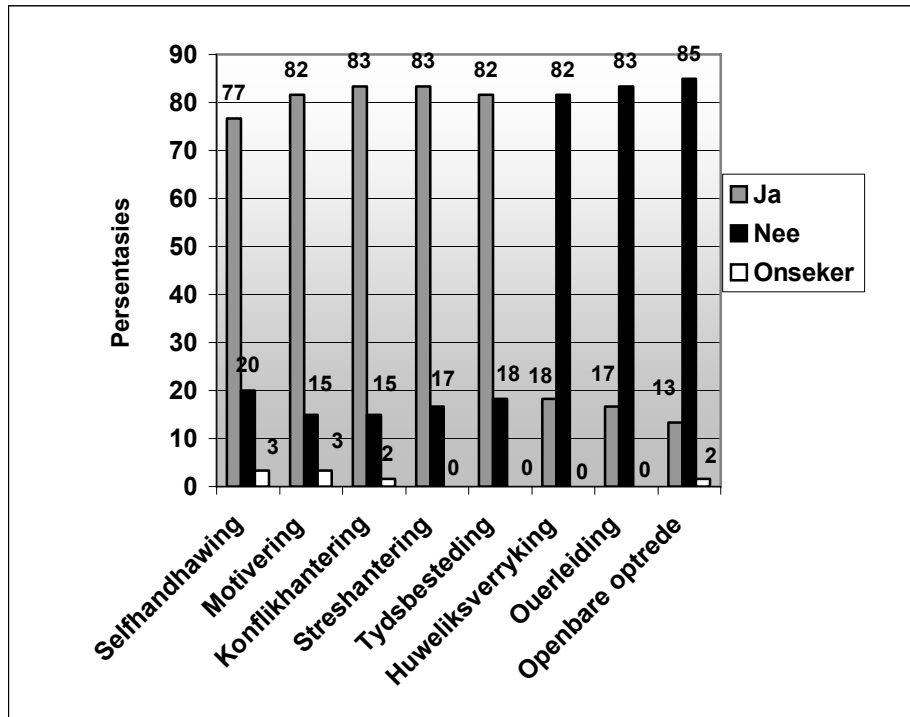
Soos in Figuur 4.43 aangedui is, het die meeste van die respondente die geleentheid gehad as deel van hul opleiding om insette oor persoonlike ontwikkeling by te woon. Dit bied die kliniese verpleegpraktisyns die nodige vaardighede om moeilike situasies meer effektief te probeer hanteer. Persoonlike ontwikkeling in hierdie geval behels konflikhantering, selfhandhawing, tydsbesteding, motivering en streshantering. Alhoewel nie so aangedui nie, deurloop al die kliniese verpleegpraktisyns hierdie opleiding as deel van hul opleiding om aan hulle die vaardighede te gee om probleme op grondvlak die hoof te bied. Diegene wat aangedui het dat hulle nie hierdie tipe insette deurloop het nie, moes waarskynlik voor 1997 hul opleiding deurloop het.

Ouerleiding is deur 17% (n=10) van die respondente deurloop en huweliksverryking deur 18% (n=11) van die respondente. Dit blyk dat 13% (n=8) van die respondente 'n program oor openbare optrede deurloop het.

**FIGUUR 4.42**  
**Programme vir diensverbetering (n=60)**

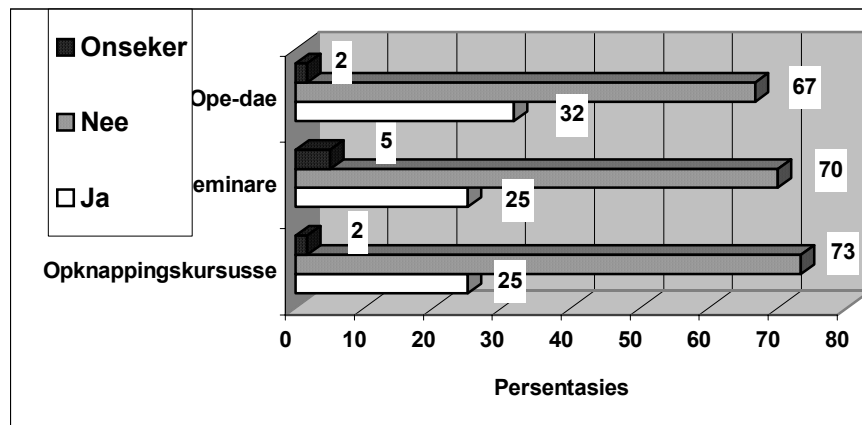


**FIGUUR 4.43**  
**Persoonlike ontwikkeling (n=60)**

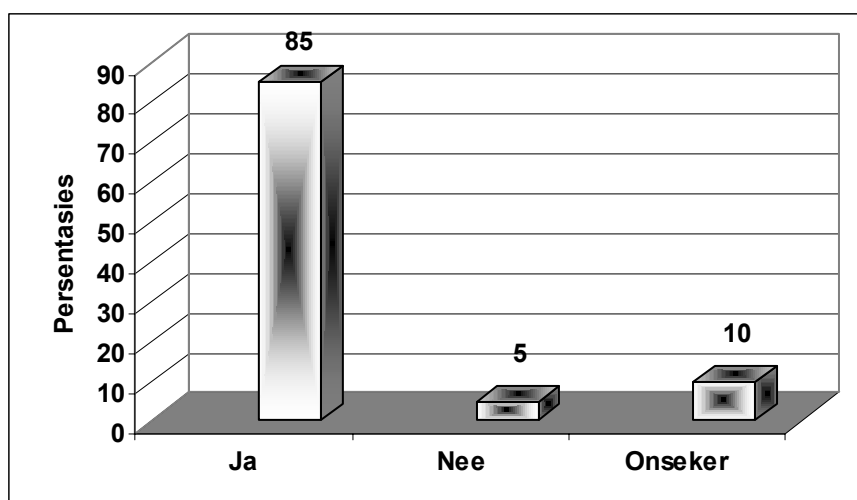


Ope dae (32% of n=19), seminare (25% of n=15) en opknappingskursusse (25% of n=15) is volgens die resultate in Figuur 4.44, nie baie goed deur die respondente bygevoel. Geen redes is egter hiervoor gevra nie. Daar is egter aangedui dat 85% of 51 van die respondente wel 'n behoefte het aan indiensopleiding (Figuur 4.45). Slegs 3 persone of 5% het aangedui dat hul geen behoefte aan indiensopleiding het nie en 10% (n=6) was onseker oor hul behoeftes in hierdie verband. Die studie toon dus dat daar definitief 'n leemte is vir meer indiensopleiding vir die kliniese verpleegpraktisyn. Aanbevelings in die verband sal in hoofstuk 5 aandag geniet.

**FIGUUR 4.44**  
**Indiensopleiding deurloop (n=60)**



**FIGUUR 4.45**  
**Behoeftte aan meer indiensopleiding (n=60)**



### 4.3.2 DIE KONTROLELYS

Die kontrolelys is deur die navorser gebruik om wel die praktyk, maar veral die **werksomgewing** van die kliniese verpleegpraktyk waar te neem en te evalueer. In die kontrolelys is van geslote kriteria gebruik gemaak. Alhoewel die kontrolelys as 'n kwantitatiewe instrument ontwikkel is, het die aanwending daarvan in hierdie studie ook die navorser die geleentheid gebied om benewens direkte waarneming van die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktyk ook verdere inligting te bekom deur afsprake vir onderhoudvoering met kliniese verpleegpraktykers te maak. 'n Kombinasie van gestruktureerde en ongestruktureerde kwantitatiewe en kwalitatiewe data is sodoende deur die navorser bekom. Veldnotas is gemaak en word as deel van die kwalitatiewe data bespreek. Die kwalitatiewe data het gedien ter versterking van die kwantitatiewe data. Die kwantitatiewe data van die kontrolelyste is soos die vraelys by 4.1 ook ontleed deur gebruik te maak van EXCEL (*MSOffice-program*). Die persentasies is ook na die naaste heelgetal afgerond om interpretasie en bespreking te vergemaklik.

#### 4.3.2.1 Sosiografiese data (Vraag 1.1 – 1.2)

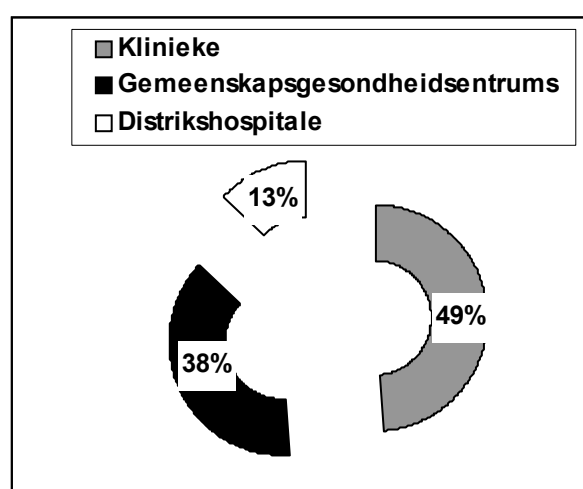
##### 4.3.2.1.1 Instansies

Ag primêre gesondheidsorginstansies in die Wes-Kaapprovinsie se Metropolstreek is deur die navorser besoek. Vier klinieke is besoek en verteenwoordig 50% van die in-

stansies. Drie (38%) gemeenskapsgesondheidsentrums is besoek en een (13%) distrikshospitaal (Figuur 4.46).

Die rede vir besoeke aan 'n verskeidenheid van primêre gesondheidsorginstansies (klinieke, gemeenskapsgesondheidsentrums en distrikshospitaal) met die kontrolelyns was om 'n breë oorsig te kry oor die praktyk en werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn en nie van die individuele instansies as sodanig nie.

**FIGUUR 4.46**  
**Instansies besoek (n=8)**



#### 4.3.2.1.2 *Bereikbaarheid van instansie*

Die navorser het bevind dat al die instansies in die studie toeganklik was vir kliënte. Toeganklikheid word deur die Nasionale Departement van Gesondheid bepaal as bereikbaarheid binne 'n radius van vyf kilometer (Departement van Gesondheid, 2001: 12). Al die instansies wat besoek is, was geredelik te voet, of per fiets of per motor bereikbaar. Al die instansies was ook bereikbaar deur middel van een of ander vorm van publieke vervoer soos byvoorbeeld taxi, bus of trein.

#### 4.3.2.2 Dienslewering deur dokter by instansie (Vraag 2)

Vier (50%) van die klinieke was hoofsaaklik verpleegkundig-gedrewe. Vyftig persent (n=4) van die instansies in die studie ingesluit was dokter-gedrewe.

*Die resultate word hieronder verstrek:*

- Een kliniek (13%) is een keer per week deur 'n dokter besoek, meestal om tuberkulose gevalle te konsulteer, maar ook om ander gevalle te hanteer wat deur die verpleegpersoneel verwys is. Die naaste gemeenskapsgesondheidsentrum waar dokters teenwoordig was, was egter binne loopafstand van hierdie instansie.
- Drie klinieke (38%) was ten volle verpleegkundiggedrewe, met eweneens gemeenskapsgesondheidsentrums binne vyf kilometer afstand van hierdie instansies. (In 4.3.2.1.2 word die norme van toeganklikheid van die Nasionale Departement van Gesondheid gegee).
- Drie gemeenskapsgesondheidsentrums het onderskeidelik 3, 2 en 1 dokter in diens gehad.
- Die distrikshospitaal (13%) het 8 dokters (7 van die 8 was dokters wat besig was met hul gemeenskapsjaar) gehad.

#### 4.3.2.3 Bestuur van instansie (Vraag 3)



Sommige van die instansies in die studie se toesighouers was ook opgelei as kliniese verpleegpraktisyns, naamlik 63% (n=5). Soos by 4.3.1.1 bespreek, kan dit 'n aanwinst vir die verpleegdiens wees as die toesighouer 'n deeglike begrip en grondige kennis van die opleiding van die kliniese verpleegpraktisyn het. Toesighouers kan beslis 'n rol speel in die aanwending en motivering van personeel (Jooste, 2002:11) en die oplossing van onduidelikhede op bestuursvlak insake die aanwending van die kliniese verpleegpraktisyn (Maglacas in Salvage, 1991:8).

#### 4.3.2.4 Omskrywing van diens (Vraag 4)

Weens die gefragmenteerdheid van die gesondheidsdienste in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie is dit algemeen bekend dat al die instansies tans nie 'n omvattende diens lewer nie. Sommige van die instansies in die studie behandel kliënte met chroniese siektes (tuberkulose en HIV uitgesluit), naamlik 63% of n=5 (tabel 4.2). Dit



blyk dat van die klinieke in die studie (het 38%: n=3) slegs 'n voorkomende diens lewer en minder ernstige akute gevalle behandel. Hul is ook op ander persele as die gemeenskapsgesondheidsentrums geleë en Stad Kaapstad oefen jurisdiksie oor hulle uit.

Een van die kern norme van die *Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards* is juis om 'n eenstopbenadering vir ten minste 8 ure op 'n dag vir 5 dae van die week daar te stel (Departement van Gesondheid, 2001:12).

**TABEL 4.2**  
**Dienste by instansie gelewer (n=8)**

Vier-en-twintig-uur-gesondheidsorgdiens	Voorkomende gesondheidsorgdienste en akute gevalle elke dag (Tuberkulose en HIV ingesluit),  Maandag tot Vrydag	Voorkomende gesondheidsorgdienste, akute en chroniese gevalle elke dag,  Maandag tot Vrydag
25% (n=2)	38% (n=3)	38% (n=3)

#### 4.3.2.5 Ouderdom van kliënte wat deur instansie bedien word (Vraag 5)

Die 4 klinieke (50%) het ten opsigte van voorkomende diens alle ouderdomsgroepe bedien, maar hulle beperk tot die behandeling van kinders tot en met dertien jaar ten opsigte van kuratiewe dienslewering. Die 3 gemeenskapsgesondheidsentrums (38%) het toestande van alle ouderdomme behandel aangesien hulle ook klinieke op hulle persele gehad het. Die distrikshospitaal (13%) het slegs volwassenes bedien en slegs kinders wat vanaf die klinieke verwys is by name meer komplekse gevalle wat die aandag van 'n dokter benodig het.

#### 4.3.2.6 Mediese spesialisdienslewering by primêre gesondheidsorginstansies (Vraag 6)

*Die navorser het bevind dat min mediese spesialisdienste op primêre gesondheidsorgvlak gelewer word:*

- Een instansie (13%) het maandeliks besoek van 'n pediater ontvang.
- Een instansie (13%) het maandeliks besoek van 'n ortopeed ontvang.
- Een instansie (13%) het weekliks besoek van 'n psigiater ontvang.
- Twee ander instansies (25%) is maandeliks deur psigiaters besoek.
- Ses van die instansies (75%) het weeklikse besoeke gekry van geneeshere wat die tuberkulose kliënte gekonsulteer het, maar hulle was nie noodwendig spesialiste nie.
- Geen medici uit ander spesialiteitsvelde het aan enige van hierdie instansies nie besoek gebring nie.

#### 4.3.2.7 Verpleegkundige spesialisdienslewering by primêre gesondheidsorginstansies (Vraag 7)



Daaglikse verpleegspesialisdienslewering by die primêre gesondheidsorgdienste in die studie was ook beperk tot 1 psigiatrisse verpleegspesialis (13%), 1 verpleegkundige wat skoolgesondheidsdienste lewer (13%), 2 pediatriese verpleegspesialiste (25%) en 1 verpleegkundige wat in dermatologiese abnormaliteite gespesialiseer het (13%). Slegs 2 van die instansies (25%) het aangedui dat hulle weekliks en 2 ander (25%) het aangedui dat hul maandeliks besoek ontvang van 'n psigiatrisse verpleegkundige. Net 1 instansie (13%) word maandeliks besoek deur 'n skoolverpleegkundige terwyl 2 ander (25%) 1 keer per kwartaal besoek word deur 'n verpleegkundige van die genetiese dienste in die Metropoolstreek. Verder was geen verpleegspesialiste by enige van hierdie instansies betrokke nie (Tabel 4.3). Aanbevelings deur die navorser in hierdie verband word by 5.40 gedoen.

**TABEL 4.3**  
**Verpleegkundige spesialisdienste by primêre gesondheidsorginstansies gelewer (n=8)**

	Daaglik	Weeklik	Maandelik	Kwartaallik
<b>Psigiatrie</b>	13% (n=1)	25% (n=2)	25% (n=2)	
<b>Skoolgesondheid</b>	13% (n=1)		13% (n=1)	
<b>Pediatrie</b>	25% (n=2)			
<b>Dermatologie</b>	13% (n=1)			
<b>Genetika</b>				25% (n=2)

#### 4.3.2.8 Dienslewering van ander gesondheidsberoepes by primêre gesondheidsorginstansies (Vraag 8)

Soos in Tabel 4.4 waargeneem kan word, het 3 instansies (38%) aangedui dat hul oor fasiliteite en personeel vir die daaglikse neem van X-strale beskik, 1 instansie (13%) weeklik en 25% (n=2) maandeliks. Die weeklikse en maandelikse syfers is egter slegs op tuberkulose van toepassing. Slegs 1 instansie (13%) het 'n omgewingsgesondheidsbeampte op die perseel, 2 instansies (25%) fisioterapeute en 2 instansies (25%) voedingsvoorligters. Voltydse tandheekkundige dienste kom by 2 van die instansies (25%) voor en in beide gevalle ook 'n mondhygiënis. Lekeberaders was by 3 van die instansies (38%) beskikbaar op die dag van besoek. Ambulansdienste word op die distriks-hospitaal (13%) se perseel gehuisves. By 3 van die instansies (38%) was aptekers op die dae van besoek aan diens. Die navorser se mening is dat vennootskappe tussen die privaatsektor en die staat op distriksvlak ondersoek moet word waar dienste benodig word en die hulpbronne en kennis ontbreek. Hierdie aspek word ook by 5.5 bespreek.

**TABEL 4.4**  
**Ander dienste by primêre gesondheidsorginstansies gelewer (n=8)**

	Daaglik	Weeklik	Maandelik
<b>Radiografis</b>	38 (n=3)	13% (n=1)	25% (n=2)
<b>Omgewingsgesondheidsbeamptes</b>	13% (n=1)		
<b>Fisioterapeute</b>	25% (n=2)		

<b>Tandartse</b>	<b>25% (n=2)</b>		
<b>Mondhigiëniste</b>	<b>25% (n=2)</b>		
<b>Aptekers</b>	<b>38% (n=3)</b>		
<b>Apteeassistent</b>	<b>38% (n=3)</b>		
<b>Ambulanspersoneel</b>	<b>13% (n=1)</b>		
<b>Voedingsvoorligter</b>	<b>25% (n=2)</b>		
<b>Beraders (HIV)</b>	<b>38% (n=3)</b>		

#### 4.3.2.9 Toestande of prosedures wat daagliks by instansies deur kliniese verpleegpraktisyns hanteer word (Vraag 9.1 – 9.3)

In hierdie gedeelte is primêre voorkoming-, sekondêre voorkoming- en tersiêre voorkomingdienslewering ondersoek, aangesien dit 'n indruk sal kan gee of 'n omvattende diens deur kliniese verpleegpraktisyns gelewer word. Die doelwit van die Nasionale Departement van Gesondheid is steeds om 'n omvattende diens te lewer (Departement van Gesondheid, 2001:5)



##### 4.3.2.9.1 *Immunisasies*

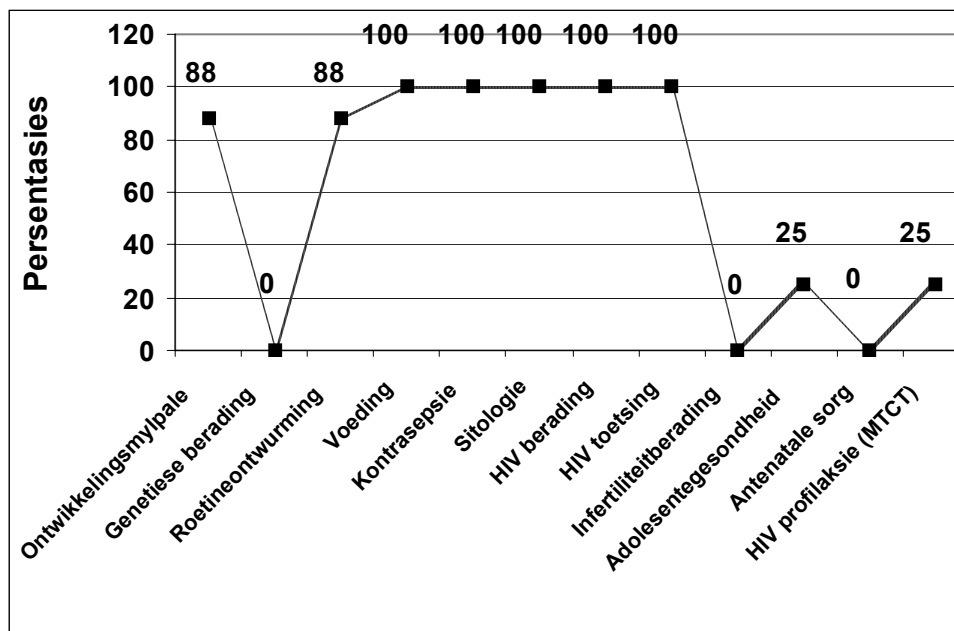
Kliënte het by 7 van die 8 instansies (88%) toegang tot immuniseringsdienste gehad. Slegs die distrikshospitaal (13%) het nie oor hierdie tipe diens beskik nie, met uitsondering van BCG-toediening (*Bacillus Calmett Guerin* immunisasie teen tuberkulose) vir pasgebore babas.

##### 4.3.2.9.2 *Ander voorkomende aktiwiteite*

Die navorser het gevind dat kliniese verpleegpraktisyns nie slegs by kuratiewe dienste betrokke is nie, maar dat hulle wel ook in 'n groot mate by voorkomende aktiwiteite by die onderskeie primêre gesondheidsorginstansies betrokke is. Die bepaling van ontwikkelingsmylpale en roetine-ontwurmings word nie by die distrikshospitaal gedoen nie, maar by al die ander instansies wat besoek is. Adolesente gesondheid en HIV-profilakse ten opsigte van moeder-tot-kind-oordrag (MTCT) is slegs tydens die studie

by 2 instansies (25%) onderneem. Laasgenoemde kan toegeskryf word daaraan dat hierdie studie nie spesifiek op MOUs gerig was nie.

**FIGUUR 4.47**  
Voorkomende aktiwiteite deur kliniese verpleegpraktisyns (n=8)



Geeneen van die instansies was betrokke by antenatale sorg nie en dit kan laasgenoemde verduidelik. Voeding, HIV-berading en toetsing, kontrasepsie en sitologiese dienste is by al die instansies in die studie gedoen (Figuur 4.46). Geen kliniese verpleegpraktisyn by enige van die instansies (n=8) was by genetiese raadgewing betrokke nie (Figuur 4.46). Slegs 25% (n=2) van die instansies het aangedui dat hul kwartaalliks besoek ontvang deur personeel van genetiese dienste (Tabel 4.3). Die res van die instansies (75% of n=6) verwys na die tersiêre instellings vir genetiese raadgewing. Tog was inligting oor genetika 1 van die 7 onderwerpe wat die meeste in aanvraag was vir indiensopleiding (4.4.1).

#### 4.3.2.9.3 Sekondêre Voorkoming

By 63% (n=5) van die instansies wat besoek is, is trauma en mediese noodgevallen hanteer en binne-aarse ingietings (IVI) geïnisieer. Gips is glad nie deur kliniese verpleegpraktisyns aangewend nie en slegs by een instansie (13%) is laat blyk dat kliniese verpleegpraktisyns op voorskrif van 'n dokter gips kan verwyder. Slegs by 50% (n=4) van die instansies is chroniese gevalle deur kliniese verpleegpraktisyns behandel,

terwyl 88% (n=7) van die instansies se kliniese verpleegpraktisyns wel akute gevalle gekonsulteer het. Psigiatriese toestande word in 75% (n=6) van die instansies behandel en seksueel oordraagbare siektes (SOS) by al die instansies, alhoewel kliniese verpleegpraktisyns laat blyk het dat hulle as individue nie so dikwels psigiatriese kliënte behandel nie en onseker voel oor die hantering van psigiatriese kliënte (Figuur 4.18 by 4.3.1.3).

Slegs 1 instansie (13%) is betrokke by die tegniese prosedure van die beëindiging van swangerskap. Dit is aan die navorser verduidelik dat die kliniese verpleegpraktisyns nie die beëindigings self uitvoer nie, maar slegs die dokter assisteer. Altesaam 7 (88%) van die instansies verwys die beëindigings van swangerskap na instansies binne 'n radius van tien kilometer vir die tegniese prosedure. Hierdie resultate stem ooreen met die resultate by Figuur 4.40. Soos reeds vroeër in hierdie studie genoem, het hierdie studie egter nie die redes vir bogenoemde resultate aangespreek nie en hierdie aspek verleen hom tot verdere navorsing.

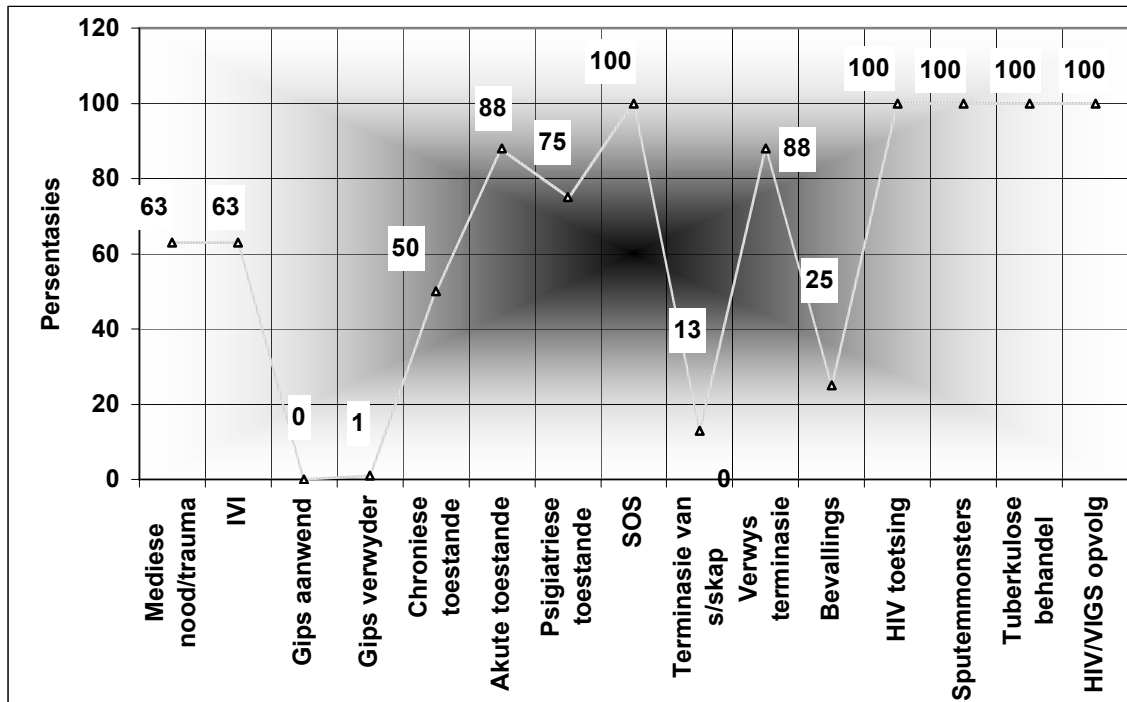
HIV- en diagnostiese toetsing vir tuberkulose word by al hierdie instansies (100%) gedoen, sowel as die opvolg van hierdie kliënte vir verdere behandeling. In geval van HIV-toetsing is die uitslae onmiddellik beskikbaar. Resultate van kliënte wat getoets word vir tuberkulose kan by al die instansies binne 3 dae bekom word. By Figuur 4.21 het die oorgrote meerderheid van die respondente ook aangedui dat hul kennis oor bogenoemde twee onderwerpe eerder goed of uitstekend is.

#### 4.3.2.9.4 *Tersiêre voorkoming*

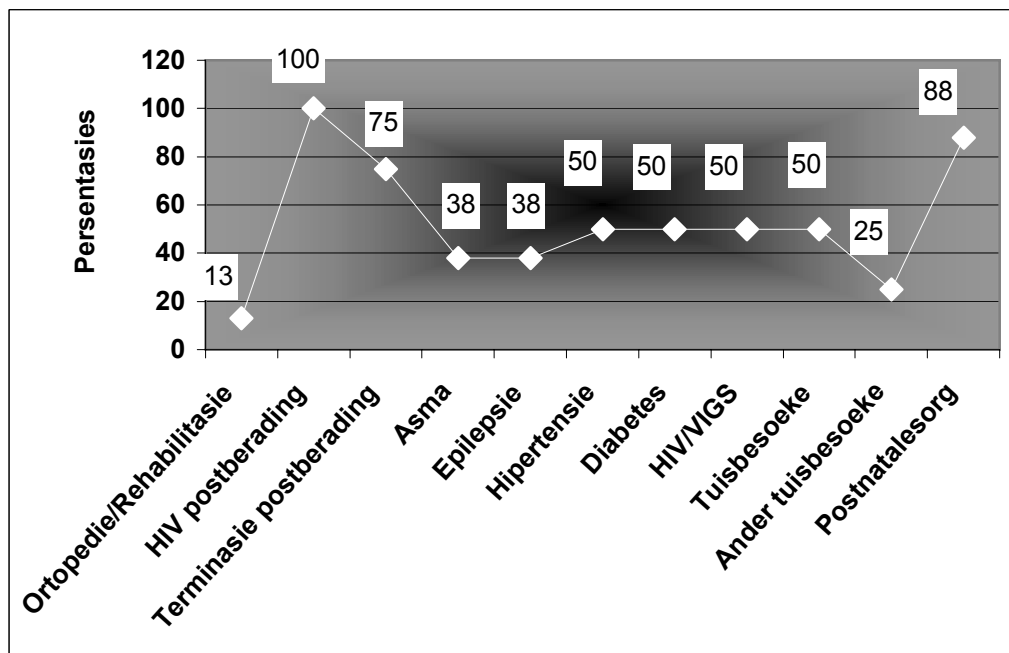
Kliniese verpleegpraktisyns is slegs in die geval van 1 instansie (13%) betrokke by ortopediese dienste. HIV-postberading is egter by al die instansies beskikbaar, maar terselfdertyd is aan die navorser deurgegee dat postberading dikwels plaasvind by die betrokke instansie waar die kliënt die beëindiging van swangerskap ondergaan. Kliënte met asma en epilepsie word slegs by 3 instansies (38%) behandel, terwyl die navorser gevind het dat meer instansies betrokke is by die rehabilitasie van kliënte met hipertensie en diabetes deur middel van die vestiging van klubs vir hantering van chroniese gevalle, naamlik 50% (n=4). Slegs 50% (n=4) instansies het ondersteuningsgroepe vir persone met HIV/VIGS. By 88% (n=7) van die instansies word postnatale sorg gelewer. Tuisbesoeke word wel afgelê waar kliënte gedros het, veral in die geval van tuberkulose

klïente, naamlik by 50% (n=4) van die instansies en ander probleemgevalle by 25% (n=2) van die instansies. Andersins word hierdie dienste meestal deur nie-regerings-organisasies, beraders en verpleegassistentente gelewer (Figuur 4.48).

**FIGUUR 4.48**  
Kuratiewe dienslewering deur kliniese verpleegpraktisyns (n=8)



**FIGUUR 4.49**  
Rehabilitasie (tersiêre voorkoming) op primêre gesondheidsorgvlak (n=8)



#### 4.3.2.10 Konsultasies per dag verwag van 'n kliniese verpleegpraktisyn (Vraag 10)

By al 8 die instansies wat besoek is, het die kliniese verpleegpraktisyn met wie die onderhoud gevoer is, gesê dat die verwagte getal kliënte vir 'n kliniese verpleegpraktisyn tussen 31 en 41 is. Dit strook met die aanbeveling van 30-35 van die gesondheidsowerhede (GGDO, 2001:1-6). Dit lyk vir die navorser of die verwagting ten opsigte van verwagte kliëntlading billik is.

#### 4.3.2.11 Toegang tot dokumentasie (Vraag 11.1 – 11.3)

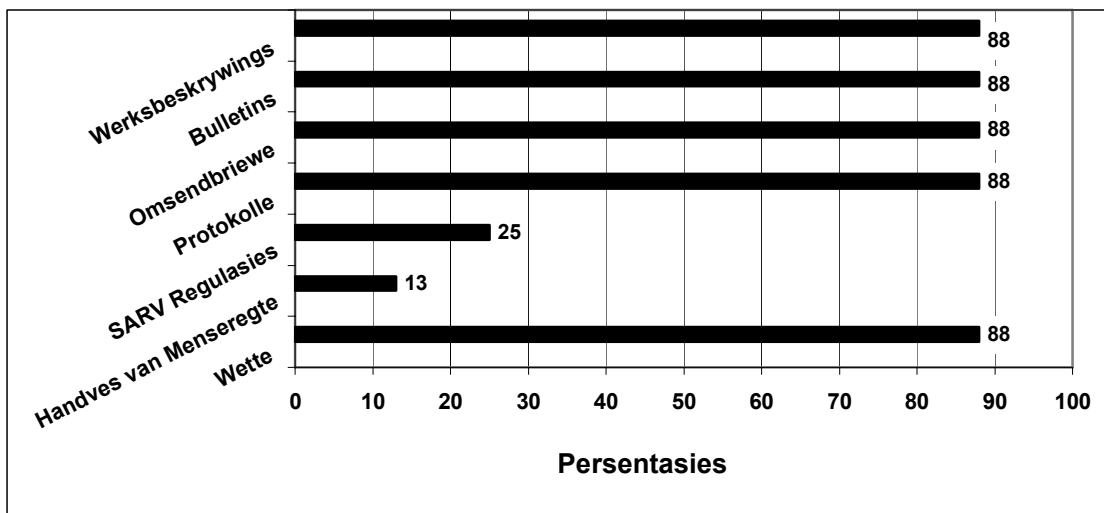
Kliniese verpleegpraktisyns by 7 (88%) van die 8 instansies wat deel was van die studie het aangedui dat hulle toegang het tot lêers met die volgende in, op voorwaarde dat dit bygewerk gehou word, naamlik wette, protokolle, omsendbriewe en bulletins. Slegs by 1 instansie was die toesighouer waarnemend en nie seker waar die lêers gebêre word nie. Sou sy geweet het, sou al die personeel volgens haar egter toegang daartoe kon hê. Vir die doel van hierdie navorsing is egter nie op die volledigheid van hierdie lêers gekonsentreer nie, aangesien dit ingewikkeld en uiters tydrowend sou wees. Bywerk van hierdie lêers is egter die verantwoordelijkheid van die toesighouer van die instansie. Toepaslike wetgewing soos byvoorbeeld die Wet op Verpleging (50 van 1978, soos gewysig) was egter in die 7 (88%) instansies se lêers. Die lêers het wel regulasies van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging bevat, maar slegs in 25% (n=2) van die instansies se lêers was Regulasie 2418 wat spesifiek betrekking het op die voorskryf van medikasie deur die kliniese verpleegpraktisyn. Slegs 1 instansie (13%) het oor 'n kopie van die Grondwet van Suid-Afrika (Wet 108 van 1996) beskik, waarin die Handves van Menseregte as hoofstuk 2 vervat is (Figuur 4.49).

Volgens Figuur 4.50 het slegs 38% (n=3) van die instansies diensroosters in gebruik en 6 (75%) het een of ander vorm van 'n bywoningsregister. Altesaam 88% van die instansies het toegang tot beleidsdokumente. Slegs by 1 instansie (13%) was 'n kopie van *The Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards* en *A Comprehensive Primary Health Care Service Package for South Africa* te vinde. Vyf instansies (63%) kon bewys lewer van 'n jaarlikse diensoudit van een of ander aard en van kopieë van jaarlikse vorderingsverslae van personeel. *The Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards* en *A Comprehensive*

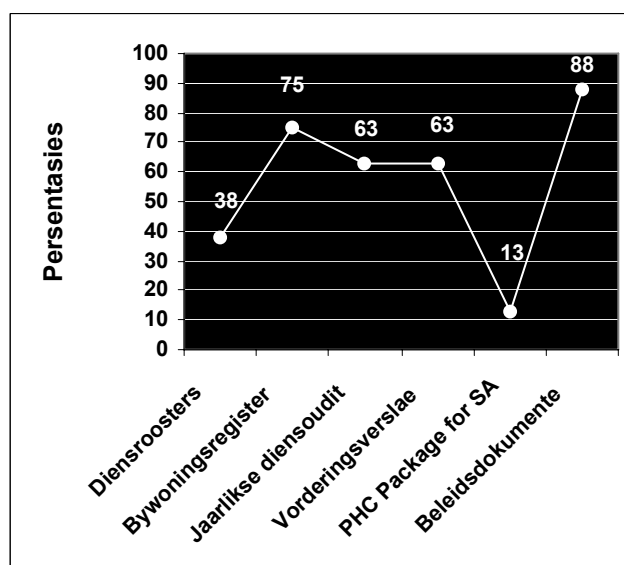


*Primary Health Care Service Package for South Africa* is volgens die navorser 'n ideale instrument om aan te wend vir diensoudits, soos ook in 2.7 bespreek. Hierdie norme en standarde is juis deur die Gesondheidswetsontwerp vereis as gids vir provinsiale- en distriksgesondheidsowerhede om uitkomsgebaseerde dienste van aanvaarbare gehalte daar te stel. Die navorser beveel aan dat elke instansie ten minste een kopie van bogenoemde dokumente verkry ten einde aan hierdie vereistes te voldoen.

**FIGUUR 4.50**  
Toegang van kliniese verpleegpraktisyns tot dokumentasie (n=8)

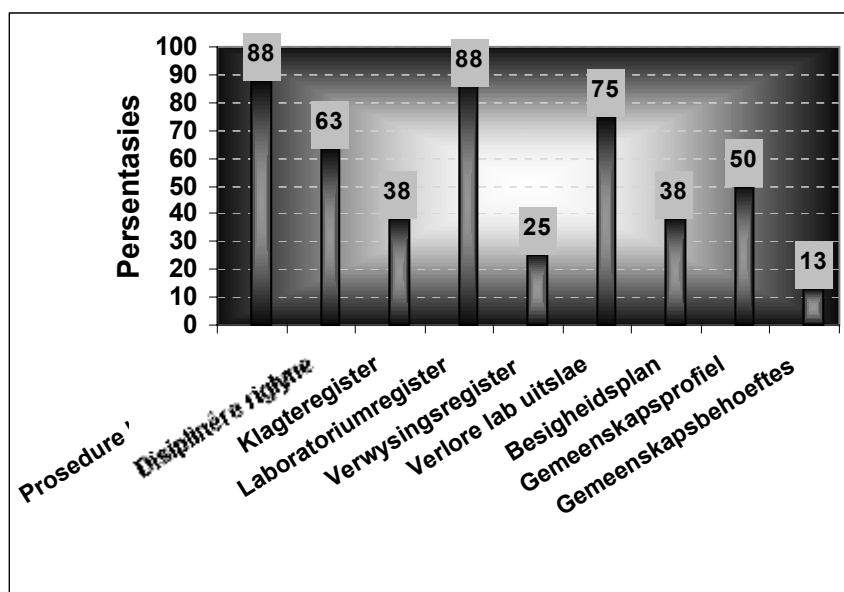


**FIGUUR 4.51**  
Toegang van kliniese verpleegpraktisyns tot dokumentasie (vervolg) (n=8)



Die een of ander vorm van rigleiding vir prosedures was beskikbaar in 7 van die instansies (88%) tydens die veldwerkers se besoek, maar was in sommige gevalle beperk tot persone se eie kopieë. By slegs 38% (n=3) van die instansies was klagteregisters te vind. Altesaam 63% (n=5) van die instansies het aangedui dat hul dissiplinêre prosedures beskikbaar het.

**FIGUUR 4.52**  
**Toegang van kliniese verpleegpraktisyns tot dokumentasie (vervolg) (n=8)**



Wat laboratoriumregisters betref, het al die instansies (n=8 of 100%) een gehad waarin die daaglikse laboratoriummonsters ingevul is. So veel as 75% (n=6) van die instansies het ook aangedui dat hul op die een of ander wyse rekord hou van verlore laboratoriumuitslae. Slegs 2 (25%) instansies het rekord gehou van die plek waarheen kliënte verwys is, ander het dit slegs in die lêers aangeteken.

Slegs by 1 instansie (13%) is gemeenskapsbehoefte skriftelik aangeteken en in 50% (n=4) van gevalle was gemeenskapsprofiel beskikbaar by die instansie self. By 3 instansies (38%) was die persone met wie onderhoude gevoer is, bewus van 'n besigheidsplan wat beskikbaar was vir die instansie (Figuur 4.51). Hierdie is een van die kriteria van *The Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards* en *A Comprehensive Primary Health Care Service Package for South Africa* en dit raak al hoe belangriker dat verantwoording gedoen moet word op grondvlak vir die hantering van finansiële hulpbronne en kreatiewe inisiatiewe behoort aangemoedig

te word om dienste van die hoogste gehalte, maar wel bekostigbaar vir die verbruiker te lewer.

#### 4.3.2.12 Items sigbaar by instansies (Vraag 11.4)

Benewens die sigbaarheid van items in die instansie soos uitgesit in Tabel 4.5, was daar in die instansies geen regte van enige kwesbare groepe, soos bv. kinders, bejaardes of persone met gestremdhede sigbaar nie.

**TABEL 4.5**  
Items sigbaar by instansies (n=8)

<b>Visie en Missie</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Engels</b>	<b>50%</b> <b>(n=4)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>
<b>Batho Pele-beginsels</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Engels</b>	<b>25%</b> <b>(n=2)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>
<b>Handves van Pasiënt-regte</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>50%</b> <b>(n=4)</b>	<b>Engels</b>	<b>50%</b> <b>(n=4)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>38%</b> <b>(n=3)</b>
<b>Handves van Pasiënt-verantwoordelikhede</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>50%</b> <b>(n=4)</b>	<b>Engels</b>	<b>50%</b> <b>(n=40)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>25%</b> <b>(n=2)</b>
<b>Handves van Mense-regte</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Engels</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>
<b>Grafiek van maandeliks berekende statistiek</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>Geen</b>	<b>Engels</b>	<b>Geen</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>
<b>Pamflette met gesondheidsinligting</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>63%</b> <b>(n=5)</b>	<b>Engels</b>	<b>63%</b> <b>(n=5)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>50%</b> <b>(n=4)</b>
<b>Rampplan van instansie</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>Geen</b>	<b>Engels</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>
<b>Kaart van bedienings-area wat instansie se gemeenskapsaktiwiteite aandui</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>Geen</b>	<b>Engels</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>
<b>Telefoonnommer en adres van persoon in bevel</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>25%</b> <b>(n=2)</b>	<b>Engels</b>	<b>Geen</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>
<b>Koste van dienste by instansie gelewer</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>Geen</b>	<b>Engels</b>	<b>Geen</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>
	<b>Afrikaans</b>	<b>25%</b> <b>(n=2)</b>	<b>Engels</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>
<b>Diensure</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>25%</b> <b>(n=2)</b>	<b>Engels</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Xhosa</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>
<b>Wet op gelyke indiensneming</b>	<b>Afrikaans</b>	<b>13%</b> <b>(n=1)</b>	<b>Engels</b>	<b>Geen</b>	<b>Xhosa</b>	<b>Geen</b>

Geen regte vir enige kwesbare groepe was sigbaar in enige van die 8 instansies nie. Dit sluit in die regte van bejaardes, mense met gestremdhede en kinders.

#### 4.3.2.13 Toegang tot lêers (Vraag 11.5)

Die kliënte se lêers was vir alle personeel beskikbaar in 7 (88%) van die instansies. In die geval van 38% (n=3) van die instansies was die vertrek gesluit en in die geval van 63% (n=5) nie gesluit nie.

In die geval van 2 instansies (25%) was die lêers geïdentifiseer volgens kleurkode vir chroniese siektetoestande en in 1 instansie (13%) was slegs diegene wat HIV-positief was se lêers met kleurplakkers gekodeer. In die geval van 5 instansies (63%) het kodering nie plaasgevind nie. By navraag is die rede vir kodering aangevoer dat dit makliker vir die personeel is om op hierdie wyse tussen die verskillende kliënte te onderskei. Volgens die Handves van Menseregte is privaatheid (RSA:8) van die aller-grootste belang. Praktisyn-kliënt-konfidensialiteit word ook in die aanbevelings van die Waarheid en Versoeningskommissie aan die gesondheidssektor sterk beklemtoon (Baldwin-Ragaven et al., 1999:220).

#### 4.3.2.14 Naslaanhulpmiddels vir kliniese verpleegpraktisyns (Vraag 12)

##### 4.3.2.14.1 Boeke (Vraag 12.1)

Wat naslaanboeke betref, het 5 instansies (63%) oor Standaardbehandelingsriglyne / Essensiële Medisyne beskik. In 38% (n=3) van die instansies het die kliniese verpleegpraktisyns hul eie kopieë gehad. By 38% (n=3) van die instansies was boeke te vind oor siektetoestande by volwassenes terwyl 5 instansies (63%) pediatriese naslaanboeke op die perseel gehad het. Slegs 2 instansies (25%) het boeke oor die fisiese ondersoek as eiendom gehad en by 1 instansie (13%) is 'n naslaanboek gevind oor anatomie en fisiologie. Altesaam 5 instansies (63%) het hul eie farmakologie boeke gehad (*Mims* ingesluit) en ten opsigte van kontrasepsie was daar ook boeke by 5 instansies (63%) te vind. By 4 instansies (50%) was daar mediese joernale of tydskrifte beskikbaar. Die navorser is meegedeel dat dit deur verteenwoordigers van maatskappye voorsien is.

##### 4.3.2.14.2 Protokolle vir hantering van kinders (Vraag 12.2)

Die jongste pediatriese protokolle was by al 8 die instansies (100%) beskikbaar.

##### 4.3.2.14.3 Immunisering (Vraag 12.2.2)

Op die persele van 7 van die 8 instansies (88%) was immuniseringsiglyne van die *Uitgebreide Immunisasiëprogram* (EPI) beskikbaar. By die ander instansies het die kliniese verpleegpraktisyn haar eie kopieë in hierdie verband in 'n persoonlike lêer gehad. By hierdie instansie het immuniserings egter nie as roetine plaasgevind nie.

#### 4.3.2.14.4 *Protokolle vir hantering van volwassenes (Vraag 12.2.3)*

Geen van die items by 12.2.3 gelys kon aan die navorser getoon word by enige van die instansies nie.

*Dit is egter items soos in die Primary Health Care Package – A Set of Norms and Standards genoem is, naamlik:*

- ❑ WGO Handboek vir Gemeenskapsgebaseerde Rehabilitasie;
- ❑ Nasionale riglyne insake primêre voorkoming van genetiese toestande, geboortedefekte en gestremdhede;
- ❑ Menslike Genetika Riglyne vir die hantering en voorkoming van genetiese toestande, geboortedefekte en gestremdhede;
- ❑ Geestesgesondheid-beramingsriglyne;
- ❑ Psigo-sosiale kontrolelyns in daaglikse lewensvaardighede vir gerehabiliteerde persone;
- ❑ Noodmedikasie protokol vir kliënte met geestesongesteldhede;
- ❑ Hantering van kliënte met Rumatiese hartsiekte en Rumatiese koors;
- ❑ Leprosebeheer in Suid-Afrika; en
- ❑ Diagnose van Leprose.

#### 4.3.2.14.5 *Ander (Vraag 12.2.4)*

*Afgesien van leprose waarvoor daar geen riglyne by enige van die 8 instansies beskikbaar was nie, was die volgende naslaanhulpmiddels by die instansies beskikbaar:*

- Riglyne vir die hantering van malaria by 3 instansies (38%).
- Riglyne vir die hantering van leprose by geen van die 8 instansies nie.
- Die hantering van cholera by 4 instansies (50%).
- Inligting oor hantering van rabies by 1 instansie (13%).
- Protokolle oor die sindroombenadering tot seksueel oordraagbare siektes by 7 instansies (88%).
- Die beleid ten opsigte van verkrachtingslagoffers was by 5 van die instansies (63%) beskikbaar.

#### 4.3.2.15. Voorraad en toerusting (Vraag 13.1-13.2)

Die bevindings ten opsigte van die voorraad en toerusting word in Tabel 4.6 en Tabel 4.7 weergegee en word verder in hoofstuk 5 bespreek by 5.18.

**TABEL 4.6**  
**Toerusting tot kliniese verpleegpraktisyn se beskikbaarheid in primêre  
 gesondheidsorginstansie (n=8)**

	Instansie s'n	Eie	Geen
Otoskoop	100% (n=8)		
Fetale stetoskoop	38% (n=3)		
Stetoskoop	100% (n=8)		
Suurstofsilinder	100% (n=8)		
Spaar suurstofsilinder	100% (n=8)		
Nebuliseerder	100% (n=8)		
Piekvloei-meter	88% (n=7)		
Kaart vir piekvloei- Berekenings	50% (n=4)	25% (n=2)	
Mondstukke vir piekvloei- meter	75% (n=7)		
Suurstofmaskers	100% (n=8)		
Steriliseerder - Fasiliteite	100% (n=8)		
Bloeddrukapparaat	100% (n=8)		
Bloeddrukmanjette vir vetsugtige persone	75% (n=6)		
Bloeddrukmanjette (medium)	88% (n=7)		
Bloeddrukmanjette vir kinders	68% (n=5)		
Glukometer	75% (n=6)		
Hemoglobienmeter	88% (n=7)		

Lengtemeter	75% (n=6)		
Maatband	88% (n=7)		
Skaal	100% (n=8)		
Termometer	100% (n=8)		
Stemvurk	50% (n=4)		
Patellahamer	68% (n=5)		
Verwarmer	100% (n=8)		
Mikroskoop	Geen		
Oftalmoskoop	100% (n=8)		
Spleetlamp	Geen		
Snellenskaart	50% (n=4)		
Spekulums	100% (n=8)		
Yskas gebruik slegs vir immunisasies	68% (n=5)		
Yskas gebruik slegs vir medisyne	50% (n=4)		
Yskas gebruik vir kombinasie van medisyne en immunisasies	50% (n=4)		
Yskas vir veeldoelige gebruik (ook vir personeel)	75% (n=6)		

**TABEL 4.7**

Verbruiksartikels by instansies tot kliniese verpleegpraktisyns se beskikking (n=8)

	INSTANSIES
Glukometer-toetsstrokies	75% (n=6)
Hemolisestokkies	100% (n=8)
Lansette	100% (n=8)
Urineglase	68% (n=5)
Urinetoetsstrokies	100% (n=8)
Bedekkings vir urine glase	Geen
Skoonmaakmiddel vir termometers	100% (n=8)
Swangerskapstoetse	100% (n=8)
Ekstra batterye	68% (n=5)
Ekstra gloeilampies	68% (n=5)

#### 4.3.2.16 Lokale vir konsultasies (Vraag 13.3)

Die kliniese verpleegpraktisyns by 7 (88%) van die instansies in die studie kon kliënte konsulteer in lokale wat privaatheid bevorder het, naamlik met deure wat kan sluit. By die distrikshospitaal se buitepasiënte was daar afskortings, sowel as lokale waar kliënte gekonsulteer word. Wasbakke en lopende water was in al die lokale wat besoek is. Slegs 2 (25%) instansies het toegang tot warm water by die wasbakke. By die ander was koue water beskikbaar. Seep was by 7 (88%) instansies sigbaar by die wasbakke

in die lokale. Altesaam 50% (n=4) van die instansies het van wegdoenbare handdoeke gebruik gemaak en die ander 50% (n=4) weer van wasbare handdoeke. Die linnekamers was by 5 (68%) van die instansies gesluit en die stoorkamers was by 7 van die 8 instansies gesluit. By 5 (68%) van die instansies was areas wat ingerig was vir rehidrasie terapie.

By al 8 instansies was daar lakens, 'n kombors en 'n kussing met 'n kussingsloop op die ondersoekbeddens. In 50% (n=4) van die gevalle word hierdie beddegoed egter slegs weekliks vervang. Japonne of oorjurke was slegs by 4 instansies (50%) beskikbaar vir die kliënte se gebruik. In 1 (13%) geval was daar slegs by die x-straalafdeling japonne / oorjurke beskikbaar. By 3 (38%) van hierdie instansies word die japonne/oorjurke ook slegs weekliks omgeruil vir skoon japonne. Dit is die mening van die navorser dat hierdie praktyke nie bevorderlik is vir goeie higiëne nie.

#### 4.3.2.17 Skryfbehoeftes (Vraag 13.4)

Skryfbehoeftes was oral geredelik beskikbaar. Wat die navorser egter opgeval het was die feit dat siekteverlofsertifikate van die Provinsiale Administrasie slegs voorsiening maak vir 'n dokter se handtekening. Stad Kaapstad maak egter voorsiening vir 'n *bewys van bywoning*. Die aspek van siekteverlofsertifikate is 'n aspek wat in die toekoms verder ondersoek sal moet word indien verpleegkundig-gedrewe dienste uitgebrei word in die toekoms. Die Wet op Verpleging (50 van 1978, soos gewysig) maak nie tans voorsiening vir 'n verpleegkundige om 'n siekteverlofsertifikaat uit te reik nie. Volgens Searle & Pera (1993:314) kan 'n verpleegkundige/vroedvrou nie 'n "mediese sertifikaat" uitreik nie, maar wel 'n "siektesertifikaat" in "sekere omstandighede". 'n Mediese sertifikaat mag slegs deur 'n dokter uitgereik word. 'n Werkgewer besluit egter self van wie hy/sy 'n siektesertifikaat wil aanvaar. Dit sal volgens Searle & Pera (1993:314) egter onverantwoordelik wees van 'n verpleegkundige om 'n siektesertifikaat vir langer as 3 dae uit te reik, aangesien enige persoon wat meer as 3 dae nodig het om te herstel baie siek moet wees. In sommige instansies word wel briewe gegee vir 2 dae, maar in die lig van die feit dat 'n werknemer wettiglik twee dae siekteverlof mag neem sonder 'n mediese sertifikaat.

#### 4.3.2.18 Voorraadopname en herstelwerk (Vraag 13.5)



By al die instansies was inventarisse van die toerusting. Rekwisities word ingevul ten opsigte van herstelwerk en vind by al die instansies plaas. Daar is dus geen verskoning vir stukkende voorraad by die instansies nie.

#### 4.3.2.19 Ondersteuning aan kliniese verpleegpraktisyns (Vraag 14)

Aspekte ter ondersteuning van die kliniese verpleegpraktisyn word by Tabel 4.8 uiteengesit. Dit is verblydend vir die navorser dat by 1 (13%) instansie aangedui is dat kliniese verpleegpraktisyns bo en behalwe hulle maandelikse salarisse, ook bykomende vergoeding van die werkgever ontvang omdat hulle praktiseer as kliniese verpleegpraktisyns. Dit dien as aansporingsbonusse om te praktiseer.

Slegs by 38% (n=3) van die instansies was daar bewyse van die kliniese verpleegpraktisyns se indiensopleidingsbehoefte en by 50% (n=4) van die instansies was daar enigsins rekord van indiensopleiding bygewoon. Dit is die navorser se mening dat daar meer verantwoordelik met skaars menslike en finansiële hulpbronne omgegaan moet word en as gelyke geleentede met opleiding gehandhaaf moet word, sal meer noukeurige kontrole en rekordhouding in hierdie verband moet plaasvind op instansievlak (Tabel 4.8).

Slegs by 2 (25%) instansies was daar enigsins 'n begrip van die internskapjaar wat die pasgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyns deurloop. Slegs by 2 (25%) instansies word daar maandelikse personeelvergaderings gehou en by geen van die instansies was daar enige besprekings aangaande enige kliënte wat gedurende die maand verwys is na ander vlakke van sorg nie (Tabel 4.8). Die navorser beveel gereelde terugvoer aan personeel aan oor interne aangeleenthede, asook terselfdertyd 'n platform waar personeel kundigheid kan deel en probleme van gemeenskaplike belang kan bespreek.

**TABEL 4.8**

#### **Ondersteuning van die kliniese verpleegpraktisyn (n=8)**

	<b>INSTANSIE</b>
<b>Werkweek van 40 uur</b>	<b>75% (n=6)</b>
<b>Bykomende finansiële vergoeding vir praktiserende kliniese verpleegpraktisyns</b>	<b>13% (n=1)</b>

<b>Bewys van van indiensopleidingsbehoefte</b>	<b>38% (n=3)</b>
<b>Bewys van indiensopleidng bygewoon</b>	<b>50% (n=4)</b>
<b>Uniformtoelae</b>	<b>88% (n=7)</b>
<b>Tyd terug vir oortyd gewerk</b>	<b>88% (n=7)</b>
<b>Internskapverslae</b>	<b>25% (n=2)</b>
<b>Maandelikse personeelvergaderings</b>	<b>25% (n=2)</b>
<b>Besprekings van kliënte wat gedurende die maand verwys is na ander vlakke van sorg</b>	<b>0% (n=0)</b>

By al die instansies is aangedui dat geen maandelikse onderhoude met die werkgewer plaasvind nie. Daar word wel jaarlikse onderhoude gevoer in meer as een geval. Kwartallikse onderhoudsvoering met die werkgewer is egter van kardinale belang vir bespreking van die werknemer se vordering.

#### 4.3.2.20 Onderrig deur kliniese verpleegpraktisyns (Vraag 15)

Die meeste respondente het genoem dat hulle soms hul kennis met mede-kollegas deel, meestal deur middel van “*spot teaching*”. Ten opsigte van die onderrig van kliënte by die instansie, het kliniese verpleegpraktisyns by 4 instansies (50%) positief geantwoord. By 4 instansies (50%) was die geleentheid ook daar vir kliniese verpleegpraktisyns om onderrig in die gemeenskap te gee, byvoorbeeld by kerke, fabriek, ander privaat maatskappye, plaaslike radio. Die onderwerpe was meestal HIV/VIGS en lewenstylverwante chroniese siektes.

By 3 van die instansies (38%) in die studie het kliniese verpleegpraktisyns opgetree as mentore vir leerders in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg gedurende 2003. By 1 instansie (13%) het kliniese verpleegpraktisyns wat besig was met hul internskapjaar, begeleiding ontvang.

#### 4.3.2.21 Veiligheid van kliniese verpleegpraktisyns (Vraag 16)

Soos aangedui in Tabel 4.9 word toegangsbeheer slegs by 38% (n=3) van die instansies toegepas. Slegs by 25% (n=2) van die instansies was die buitendeure gesluit en beheer deur 'n sekuriteitsbeampte. By 7 (88%) van die instansies was daar

sekuriteitsbeamptes op die persele, maar slegs by bogenoemde 2 instansies was hulle spesifiek funksioneel by die ingange (Tabel 4.9).

Dit was teleurstellend vir die navorser dat in slegs 38% (n=3) van die instansies daar oogbeskerming was en slegs by 25% (n=2) was daar maskers beskikbaar vir wanneer daar met bloedprodukte gewerk word. Die rede hiervoor is moonlik dat nie al die instansies noodwendig trauma-afdelings het nie, maar die navorser voel tog dat hierdie toerusting is wat op bystand behoort te wees in 'n gesondheidsinstansie ter beskerming van die personeel (Tabel 4.9).

**TABEL 4.9**  
**Veiligheid van kliniese verpleegpraktisyns by instansies (n=8)**

	<b>INSTANSIES</b>
<b>Sekuriteitsbeamptes</b>	<b>88% (n=7)</b>
<b>Buitedeure:</b>	
<i>-gesluit</i>	<b>25% (n=2)</b>
<i>-toegangsbeheer</i>	<b>38% (n=3)</b>
<b>Diefwering</b>	<b>38% (n=3)</b>
<b>Elektriese ligte (binne)</b>	<b>100%(n=8)</b>
<b>Elektriese ligte (buite)</b>	<b>100%(n=8)</b>
<b>Alarm</b>	<b>50% (n=4)</b>
<b>Noodkakelaars vir alarm</b>	<b>38% (n=3)</b>
<b>Noodkrag opwekker</b>	<b>25% (n=2)</b>
<b>Noodlampe / kerse / vuurhoutjies</b>	<b>25% (n=2)</b>
<b>Rubber / Latex handskoene vir werk met bloedprodukte</b>	<b>100%(n=8)</b>
<b>Oogbeskerming vir werk met bloedprodukte</b>	<b>25% (n=2)</b>
<b>Masker vir werk met bloedprodukte</b>	<b>38% (n=3)</b>
<b>Sisteem vir die veilige wegdoen, stoor en verwydering van skerpvoor-werpe</b>	<b>100%(n=8)</b>
<b>Sisteem vir die veilige wegdoen, stoor en verwydering van mediese afval</b>	<b>100%(n=8)</b>
<b>Sisteem vir die veilige wegdoen, stoor en verwydering van huishoudelike afval</b>	<b>100%(n=8)</b>
<b>Sisteem vir die veilige wegdoen, stoor en verwydering van tuinafval</b>	<b>100%(n=8)</b>
<b>Trek bloed met:</b>	
<i>-spuite en naalde</i>	<b>38% (n=3)</b>
<i>-vaccutainer en naalde</i>	<b>88% (n=7)</b>
<b>Ambulans beskikbaar vir noodvervoer</b>	<b>100%(n=8)</b> <b>(gemiddelde wagtyd 3 ure)</b>
<b>Alternatiewe noodvervoer</b>	<b>68% (n=5)</b>
<b>Telefoon</b>	<b>100%(n=8)</b>

<b>Tweerigting radio</b>	<b>13% (n=1) vir mobiele eenheid as afgeleë areas besoek</b>
<b>Selfoon</b>	<b>Slegs indien eie het</b>

#### 4.3.2.22 Hantering van medikasie- en noodvoorraad (Vraag 24 – 25)

Die hantering van medikasievoorraad en noodvoorraad word by 5.20 meer in detail bespreek. Die resultate word in Tabel 4.9 en 4.10 uiteengesit.

**TABEL 4.10**

**Die hantering van medikasievoorraad deur kliniese verpleegpraktisyne (n=8)**

	<b>INSTANSIES</b>
<b>Voorskryf van medikasie binne bestek van praktyk en vlg EDL</b>	<b>68% (n=5)</b>
<b>Bestel van medikasie</b>	<b>38% (n=3)</b>
<b>Stoor van medikasie</b>	<b>38% (n=3)</b>
<b>Kouekettinghantering</b>	<b>68% (n=5)</b>

**TABEL 4.11**  
**Noodtrollie (n=8)**

	<b>INSTANSIES</b>
<b>Teenwoordig</b>	<b>68% (n=5)</b>
<b>Geskik vir volwassenes</b>	<b>68% (n=5)</b>
<b>Geskik vir groter kinders (6 tot 12 jaar)</b>	<b>68% (n=5)</b>
<b>Geskik vir kleiner kinders (onder 6 jaar)</b>	<b>75% (n=6)</b>
<b>Gekontroleer in laaste 24 uur</b>	<b>50% (n=4)</b>
<b>Noodhanterings opgeplak in noodkamer:</b>	
<b>-Hipoglisemie</b>	<b>25% (n=2)</b>
<b>-Hiperglisemie</b>	<b>0% (n=0)</b>
<b>-Miokardiale infarksie</b>	<b>0% (n=0)</b>
<b>-Anafilakse</b>	<b>50% (n=4)</b>
<b>-Status epileptikus</b>	<b>13% (n=1)</b>
<b>-Status asmatikus</b>	<b>38% (n=3)</b>
<b>-Ander</b>	<b>0% (n=0)</b>

#### 4.3.2.23 Reproductiewe Gesondheid (Vraag 26)

Reproduktiewe gesondheid word by al die instansies aangespreek, alhoewel dit nie 'n roetine diens by die distrikshospitaal is nie. Al die metodes wat tans op staatskode is, was by al die instansies verkrygbaar. Noodkontrasepsie was ook oral beskikbaar,

sowel as medikasie en toerusting vir die behandeling van seksueel oordraagbare siektes.

Kondome was wel beskikbaar by al die instansies, maar slegs sigbaar vir die navorser en dus vir die kliënte by 6 (75%) van die instansies in die studie. Daar was ook 'n fisiologies-korrekte model beskikbaar om kondoomgebruik te demonstreer by 68% (n=5) van die instansies.

#### 4.3.2.24 Apteek (Vraag 28)

Tabel 4.12 dui die bevindings ten opsigte van die kliniese verpleegpraktisyn se betrokkenheid ten opsigte van die apteek aan by die onderskeie instansies in die studie. Bespreking insake die bemanning van die apteek en die veranderinge aan die Apteekerswet (53 van 1974, soos gewysig) vind plaas by 5.19.

**TABEL 4.12**  
**Apteek (n=8)**

	<b>INSTANSIES</b>
<b>Beman deur apteker</b>	<b>50% (n=4)</b>
<b>Beman deur kliniese verpleegpraktisyn</b>	<b>50% (n=4)</b>
<b>Beman deur ander</b>	<b>0% (n=0)</b>

Indien enige dele van die kontrolelys nie in hierdie afdeling bespreek is nie sal dit egter wel in ander dele van die studie voorkom as kwalitatiewe bevindings.

## 4.4 KWALITATIEWE DATA

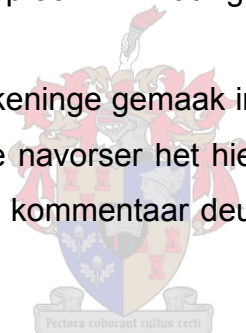
Volgens De Vos (2000:249) kan kwalitatiewe data gebruik word in die “caring” professies ten einde probleemoplossings en intervensies teweeg te bring en strategieë (diens en programme) te vestig om die gehalte van diens te verbeter. Professionele denkprosesse word so aan die gang gesit en kwalitatiewe navorsing dra by tot 'n poel van kennis vir die betrokke professie.

Die kwalitatiewe data beslaan die kleiner gedeelte van hierdie studie. Waardevolle aanvullende data is deur die respondente op die vraelyste ingevul. Veldnotas van die

navorser is as kwalitatiewe data hanteer om sodoende die kwantitatiewe data te komplementeer en te versterk.

By al 8 die primêre gesondheidsorginstansies wat deur die navorser besoek is, is ook ongestruktureerde onderhoude met 1 kliniese verpleegpraktisyn per instansie gevoer. Die kliniese verpleegpraktisyns met wie die onderhoude gevoer is, was óf die toesighouer van die instansie, óf waar die toesighouer nie 'n kliniese verpleegpraktisyn was nie, nie aan diens was nie of met verlof was, aan die navorser toegeken vir die doel van die onderhoud. Die meeste van die inligting op die kontrolelyns het die navorser bekom deur middel van direkte observasie, maar daar was wel sekere inligting wat op gestruktureerde wyse van die persoon met wie die onderhoud gevoer is, bekom moes word. Die geleentheid was ook daar om ongestruktureerde kwalitatiewe data te bekom in die loop van die onderhoud, en sodoende deegliker inligting te bekom. Duidelikheid kon ook verkry word oor sekere observasies wat deur die navorser gemaak is. Die navorser het vooraf met elke persoon 'n afspraak vir 'n uur gemaak.

Sommige respondente het aantekeninge gemaak in die vraelys in die spasies waarvoor daar voorsiening gemaak is. Die navorser het hierdie praktyk aangemoedig deur oop vrae te stel en spasies te laat vir kommentaar deur die respondente om sodoende die kwantitatiewe data te versterk.



*Die kommentaar deur die respondente word nou puntsgewys weergegee:*

- Die mediese praktisyns is oor die algemeen beskryf as hulpvaardig en gewillig om te help met probleemgevalle en raad. Daar is in minder gevalle kommentaar gelewer dat die mediese praktisyns ontoeganklik is. Dit is vir die navorser verblydend aangesien in Kapp (2000: 25) sowel as in Mellish (1984: 23) die houding van die dokter as belangrik beskou word vir die sukses van die kliniese verpleegpraktisyn.
- Enkele persone wat nie onmiddellik begin praktiseer het nie het gevoel dat die vertrouwe om te praktiseer, ontbreek. Kapp (2000:25) beveel aan dat die pas gekwalifiseerde kliniese verpleegpraktisyn genoeg tyd gegun behoort te word om die nuutaangeleerde vaardighede in te oefen deur te praktiseer in 'n omgewing waar daar aanmoediging is van beide toesighouers en mediese personeel.

- Weens hoë werkladings, maar veral weens die gedurige tekort aan verbruiks-artikels soos handskoene, spuite, naalde en medikasie, is daar verpleegkundiges wat genoem het dat dit hul moedeloos maak en dat dit hul werkstevredenheid uiters nadelig beïnvloed.
- Kliniese verpleegpraktisyns by klinieke konsulteer wel akute gevalle, maar is beperk tot HIV, seksueel oordraagbare siektes en tuberkulose, of tot die moeders van die kinders wat hulle sien.
- Daar was 'n gevoel by baie van die kliniese verpleegpraktisyns dat hulle 'n taak verrig wat meer verantwoordelikheid as hul kollegas behels en derhalwe meer vergoeding behoort te kry. Dit is ook so bevestig deur die konsepverslag van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (GGDO, 2001:1-6) wat voorstel dat alle kliniese verpleegpraktisyns ten minste op die hoogste kerf van 'n posvlak 8 aangestel behoort te word. In die praktyk is die werkverrigting van die kliniese verpleegpraktisyn op 'n lae posvlak 9 geëvalueer, maar die aanbevelings in bogenoemde konsepverslag is vir 'n definitiewe posvlak 8.

*Indiensopleidingsbehoefte:*

Hier volg 'n lys van die onderwerpe wat genoem is deur die respondente vir indiensopleiding (Tabel 4.8). Dit is nie noodwendig slegs onderwerpe wat die kliniese verpleegpraktisyn baie gebruik in die alledaagse funksionering nie, maar onderwerpe waarvan hulle gevoel het dat hulle min weet. Die 7 onderwerpe wat die meeste in aanvraag was, was dermatologiese toestande (n=15 of 25%), genetika (n=11 of 18%), neurologiese toestande (n=10 of 17%), endokriene toestande (n=10 of 17%), HIV (n=8 of 13%) en persoonlike ontwikkeling, by name konflikhantering en stresshantering as hoë prioriteit (n=8 of 13%) en kardiovaskulêre toestande (n=8 of 13%).

**TABEL 4.13**

**Indiensopleidingsbehoefte van kliniese verpleegpraktisyns (n=60)**

Onderwerp	Getal benodig
Geen indiensopleiding benodig	7% of (n=4)

<b>Dermatologie</b>	<b>25% of (n=15)</b>
<b>Ginekologie</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Kontrasepsie</b>	<b>5% of (n=3)</b>
<b>Antenatale sorg</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Interaksies van medikasies</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Oor, neus en keel</b>	<b>3% of (n=2)</b>
<b>Respiratories</b>	<b>7% of (n=4)</b>
<b>Asma</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Neurologie</b>	<b>17% of (n=10)</b>
<b>Muskulo-skeletaal</b>	<b>12% of (n=7)</b>
<b>Urinêr</b>	<b>3% of (n=2)</b>
<b>Abdominaal</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Oftalmologie</b>	<b>7% of (n=4)</b>
<b>Seksueel oordraagbare siektes</b>	<b>3% of (n=2)</b>
<b>Tuberkulose</b>	<b>10% of (n=6)</b>
<b>Kardiovaskulêr</b>	<b>13% of (n=8)</b>
<b>Adolescente seksualiteit</b>	<b>5% of (n=3)</b>
<b>HIV (bewusmaking, berading en hantering)</b>	<b>13% of (n=8)</b>
<b>Menopouse</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Genetika</b>	<b>18% of (n=11)</b>
<b>Endokriene (veral diabetes)</b>	<b>17% of (n=10)</b>
<b>Trauma, noodgevalle en ressusitasie</b>	<b>7% of (n=4)</b>
<b>Pediatrie in die algemeen</b>	<b>3% of (n=2)</b>
<b>Lees van X-strale</b>	<b>3% of (n=2)</b>
<b>Rehabilitasie en die kliniese verpleegpraktisyn</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Tuisrate</b>	<b>3% of (n=2)</b>
<b>Interosseus infusie</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Nuwe protokolle</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Opknapping van veral chroniese toestande</b>	<b>5% of (n=3)</b>
<b>Persoonlike ontwikkeling, veral konflikhantering en stresshantering</b>	<b>13% of (n=8)</b>
<b>Kindermishandeling</b>	<b>5% of (n=3)</b>
<b>Huweliksverryking</b>	<b>12% of (n=7)</b>
<b>Ouerverryking</b>	<b>10% of (n=6)</b>



<b>Openbare optrede</b>	<b>7% of (n=4)</b>
<b>Geslagskwessies</b>	<b>5% of (n=3)</b>
<b>Berading in die algemeen</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Diversiteit</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Rekenaar</b>	<b>5% of (n=3)</b>
<b>Batho Pele</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Menseregte</b>	<b>3% of (n=2)</b>
<b>Opleiding in die beëindiging van swangerskap</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Gesondheidsbevordering</b>	<b>5% of (n=3)</b>
<b>Geestesgesondheid op primêre gesondheidsorgvlak</b>	<b>8% of (n=5)</b>
<b>Ondersteuning van verkragtingslagoffers</b>	<b>10% of (n=6)</b>
<b>Skoolgesondheid</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Tuisversorging</b>	<b>2% of (n=1)</b>
<b>Kwartaallikse forum vir kliniese verpleegpraktisyns</b>	<b>2% of (n=1)</b>

Veldnotas soos deur die navorser aangeteken, is vir die doel van hierdie studie as kwalitatiewe data beskou. Dit dien as toegevoegde waarde tot die kwantitatiewe data.

- Al die klinieke in die studie (50% of n=4) was in diens van verskillende administrasies van Stad Kaapstad en was almal verpleegkundig-gedrewe. Geen van die instansies van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap in die studie (50% of n=4) was verpleegkundig-gedrewe nie. Die klinieke het, behalwe tuberkulose en HIV/VIGS nie gekonsentreer op chroniese gevalle nie, terwyl die chroniese gevalle deur die gemeenskapsgesondheidsentrums hanteer is. Met die uitsondering van 3 klinieke (38%) wat apart van die gemeenskapsgesondheidsentrums was, was daar by 3 van die gemeenskapsgesondheidsentrums (38%) wat besoek is op dieselfde persele ook klinieke. Op die perseel van die distrikshospitaal (13%) was daar nie 'n kliniek nie. Die agste instansie (13%) was 'n satelietkliniek van een van die gemeenskapsgesondheidsentrums en die 2 kliniese verpleegpraktisyns op die personeel het wel gepoog om so veel as moontlik verskillende ouderdomsgroepe te hanteer omdat die afstande wat die kliënte moes reis na die naaste gemeenskapsgesondheidsentrum meer as tien kilometer sou wees. Selfs by die gemeenskapsgesondheidsentrums waar klinieke op dieselfde perseel geleë was en waar die potensiaal dus bestaan het om omvattend te funksioneer en die vaardighede van

onderskeie kliniese verpleegpraktisyns te deel, is daar hoegenaamd geen personeel, hulpbronne of vaardighede gedeel tussen Stad Kaapstad en die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap nie. In 1 geval het die veldwerker selfs opgemerk dat personeel van die twee instansies in dieselfde teekamer tee gedrink het, maar by aparte tafels in dieselfde vertrek gesit het. Dit is aan die veldwerker verduidelik dat dit algemene praktyk in die instansie is.

- By 1 instansie (13%) het die kliniese verpleegpraktisyn die navorser meegedeel dat hulle instansie veral min gevalle van dehidrasie by kinders ondervind, asook min gevalle waar tuberkulosekliënte dros omdat hulle nie hul behandeling voltooi nie. Die navorser het gemerk dat die kliënte besonder vriendelik in hierdie spesifieke kliniek behandel word en ook dat die kliniek baie huislik versier is met 'n kindervriendelike hoekie en mooi gordyne en linne en japonne op die ondersoekbeddens. By navraag is die navorser meegedeel dat dit aangekoop is met skenkings uit die gemeenskap. Dit wil vir die navorser blyk dat in hierdie geval samewerking tussen die privaatsektor, geloofsorganisasies en die gesondheidsdienste wel indirek ook gelei het tot beter resultate met behandelings. Hierdie kliniek was egter in 'n area geleë waar die navorser opgemerk het ook baie besighede geleë was en waar samewerking tussen die privaatsektor en die gesondheidsinstansie moontlik makliker was as in sommige ander areas.
- Dit het uit die navorser se onderhoude met kliniese verpleegpraktisyns geblyk dat die primêre gesondheidsorginstansies nie maandelikse personeelvergaderings op grondvlak hou nie, maar dat slegs die persone in bevel van die instansies op 'n maandelikse basis vergader en die besluite wat geneem word aan die personeel op grondvlak deurgee.
- By 1 instansie is genoem dat die gemeenskapsprofiel verouderd is.
- Koste van dienste was nêrens sigbaar nie. Die navorser is egter by navraag meegedeel dat dit wel beskikbaar is by die administratiewe personeel.
- Die navorser het ook ervaar dat indiensopleidingsbehoefte van kliniese verpleegpraktisyns op redelik informele vlak aandag geniet en dat volledige rekording van indiensopleidingsbehoefte nie algemeen in die instansies is nie.

- Volgens een instansie is die wagtyd vir ambulanse ongeveer 3 tot 4 uur in die geval van noodvervoer. Terwyl die navorser by een instansie besoek afgelê het vir observasie met die kontrolelys en 'n onderhoud met een van die kliniese verpleegpraktisyns, is 'n baba met erge pneumonie by die kliniek gediagnoseer teen 08:30 die oggend. Teen 11:15 tydens die navorser se besoek het die ambulans nog nie opgedaag om die baba na die naaste hospitaal te vervoer nie. Die betrokke kliniese verpleegpraktisyn het aan die navorser gesê dat die personeel dikwels baie siek kliënte in motors laai en na die naaste hospitaal of gemeenskapsgesondheidsentrum vervoer wanneer ambulanse te lank neem om op te daag. Hierdie eerbare optrede hou ook eiesoortige risiko's in vir die kliniese verpleegpraktisyns. Die standaard volgens Departement van Gesondheid (2001:10) behoort 2 ure te wees om vir noodvervoer te wag.
- Een kliniek gebruik ondeursigtige pillehouers vir urineglase, aangesien bedekkers vir urineglase nie beskikbaar is nie. In hierdie ondeursigtige houers is dit moeilik om die kleur en afsaksels in die urine waar te neem.
- Al die instansies wat besoek is, het telefoonverbinding gehad. Die kliniese verpleegpraktisyns op die mobiele eenheid by die een instansie het ook 'n tweerigtingradio as kommunikasiemiddel gehad.
- Alhoewel al die instansies oor toilette en handwasbakke met lopende water beskik het, is gevind dat in die personeeltoilette by al die instansies meestal seep, toiletpapier en handdoeke was. In die kleedkamers vir kliënte was daar in 50% (n=4) van die gevalle egter nie toiletpapier, seep of handdoeke nie. By navraag is aan die navorser verduidelik dat dit ontbreek, omdat die kliënte dit steel en die begrotings van die instansies nie die aanhoudende verliese kan dra nie.
- Een persoon het gesê dat hulle gemeenskapskomitee doodgeloop het. 'n Ander kliniese verpleegpraktisyns het genoem dat daar geen gemeenskapskomitee in hul area bestaan nie. Sy het egter nie geweet wat die rede daarvoor was nie, aangesien sy slegs 'n paar maande in die kliniek werksaam was. By een van die instansies wat besoek is, was daar twee afgevaardigdes uit die geleedere wat die vergaderings van gemeenskapskomitees een maal per maand bygewoon het. Een van die kliniese verpleegpraktisyns by 'n ander instansie het al oor die plaaslike

radiostasie insette gelewer oor die voorkoming van chroniese siektes en HIV. Min gemeenskapsdeelname is egter oor die algemeen gevind by die kliniese verpleegpraktisyns, maar in meer as een instansie is gesê dat die verpleegkundige in bevel van die instansie al die skakelwerk met die gemeenskap behartig.

- Kliniese verpleegpraktisyns by 4 instansies mag volgens die kliniese verpleegpraktisyns met wie die onderhoud gevoer is, in opdrag van die gesondheidshoofde van die opvanggebiede slegs 'n teenwoordigheidsbewys gee vir die dag waarop die kliënt die instansie besoek het. Daar mag geen bewys vir langer periodes gegee word nie. Dit sluit aan by die bespreking insake siekverlofbriewe deur die navorser. Sien ook 4.3.2.14 vir verdere inligting in hierdie verband.
- Alle kinders word tot en met 5 jaar geklassifiseer en behandel volgens die geïntegreerde hantering van kindersiektes (*Integrated Management of Childhood Illnesses of IMCI van die Wêreldgesondheidsorganisasie*) by die instansies in die studie. Daar was egter nog verwarring by sekere kliniese verpleegpraktisyns tussen die protokolle soos deur die Wes-Kaapprovinsie ontwikkel en die *IMCI* se hanterings. *IMCI*-opgeleide verpleegkundiges sien dus alle kinders tot en met 5 jaar. In van die instansies wat slegs hierdie klein kindertjies behandel, is ook kliniese verpleegpraktisyns wat opgelei is om ook groter kinders en volwassenes te hanteer. Hulle word egter steeds net gebruik vir behandeling van kinders tot en met 5 jaar, al is hulle in dieselfde gebou as die instansies wat ook ouer kinders en volwassenes sien en 'n tekort aan kliniese verpleegpraktisyns het.
- Wat maatskaplike diens betref, het 75% van die instansies (n=6), maatskaplike werkers by die instansie gehad. Twee instansies (25%), maak gebruik van maatskaplike werkers in diens van BADISA en die ACVV wat in die opvanggebied praktiseer.
- By 1 instansie (13%) is gekla dat daar van tyd tot tyd 'n tekort aan sekere medikasievoorraad ondervind word. Die persoon met wie die onderhoud gevoer is, het nie geweet wat die redes daarvoor was nie, maar het frustrasie rondom die aspek uitgespreek. By een instansie (13%) was *vaccutainers* tydens die navorser se besoek uit voorraad, sowel as 5ml- en 10 ml-spuite en was daar slegs 20ml-

spuite in die instansie beskikbaar. Bespreking oor hierdie onderwerp kan ook by 4.4.1 gevind word.

#### **4.4 SAMEVATTING**

In hoofstuk 4 is die resultate van die studie uiteengesit en rou numeriese data is verwerk en grafies voorgestel. Die grafiese voorstelling van rou navorsingsdata bied egter nie op sigself antwoorde op navorsingsvrae nie, daarom moes die navorser die data interpreteer en verduidelik sodat dit betekenis kon kry (De Vos, 2000:203). Tesame met die analise van die kwantitatiewe en kwalitatiewe data is ook verwys na toepaslike literatuur. Daar is beantwoord aan die doelwitte soos in hoofstuk een uiteengesit deurdat die praktyk en die werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn geëvalueer is. Leemtes en behoeftes is geïdentifiseer en bespreek.

In hoofstuk 5 word gevolgtrekkings gemaak en aanbevelings aan die hand gedoen.



## HOOFSTUK 5

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

#### 5.1 INLEIDING

Hoofstuk 5 dien as 'n samevatting waar die navorser gevolgtrekkings en aanbevelings maak wat gebaseer is op die doelwitte soos in hoofstuk 1 gestel. Die navorser identifiseer en beveel ook areas van toekomstige navorsing in hierdie hoofstuk aan (Seaman 1987:403).

*Aspekte wat in gedagte gehou is met die interpretasie van die navorsingsbevindings was soos aanbeveel in Polit en Hungler (n.d:565):*

- ❑ die akkuraatheid van die statistiese gegewens;
- ❑ die betekenis van die bevindings vir die studie;
- ❑ die belang van die resultate vir die navorsing;
- ❑ die veralgemeningswaarde van die resultate; en
- ❑ die gevolge van die resultate vir die toekoms.

*Die navorser se doel was om met hierdie navorsing 'n bydrae te maak:*

- ❑ tot die bestaande kennispoel van die verpleegprofessie as 'n geheel;
- ❑ in die besonder tot die praktyk en werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn; en
- ❑ tot die daarstel van 'n vertrekpunt vir toekomstige beplanning van opleidingsaspekte en gesondheidsdienslewering rakende die kliniese verpleegpraktisyn, sowel as vir verdere navorsing.

Die gevolgtrekkings en aanbevelings in hierdie hoofstuk is gebaseer op:

- *die literatuurstudie;*
- *resultate van die data-analise in hoofstuk 4;*
- *eerstehandse observasies deur die navorser self;*
- *formele en informele onderhoudsvoering met kliniese verpleegpraktisyne;*
- *kommentaar van die respondente op die vraelyste;*
- *data op die internskapvraelyste;*
- The Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards (*Departement Gesondheid, 2001:10-16*); en
- *die ondervinding van die navorser as kliniese verpleegpraktisyn.*

Leemtes ten opsigte van die praktyk en werksomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn is geïdentifiseer en aanbevelings is deur die navorser gemaak aan die leierskap van die Gesondheidsdienste in die Metropoolstreek van die Wes-Kaap-provinsie. Die gevolgtrekkings, sowel as die aanbevelings verskyn onder die relevante opskrifte en sub-opskrifte in hoofstuk 5.

Hierdie studie is vanuit die oogpunt van 'n kliniese verpleegpraktisyn gedoen.

## **5.2 OUDERDOM EN ONDERVINDING**

Die oorgrote meerderheid (80%) van die respondente se ouderdomme het gewissel tussen 30 en 49 jaar. Die respondente wat hul opleiding tussen 2000 en 2002 voltooi het, was 76%, en tussen 1997 en 1999 was 21%. Die orige 12% het hul opleiding tussen 1994 en 1996 voltooi. Hierdie resultate dui op kronologiese volwassenheid en 'n redelike mate van ondervinding waaroor hierdie kategorie beskik.

- Die navorser beveel dus aan dat hierdie ondervinding, tesame met vorige kursusse en studiegeleenthede as bestaande kennis getoets behoort te word, voordat die leerders die kursus in *Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg* aanpak. Dit behoort ook as erkenning vir vorige leer vir die kursus beskou te word, mits sodanige evaluasie suksesvol deurloop is.

Hierdie aanbeveling word gegrond op 'n ongepubliseerde studie deur Jordaan (2003:69) vir die graad M.Phil in Rehabilitasie, waar bevind is dat daar slegs 'n geringe verskil bestaan tussen die kennis van kliniese verpleegpraktisyne en ander geregistreeerde verpleegkundiges in die studie oor bepaalde aspekte van hantering van chroniese siektetoestande (83% teenoor 82%).

### **5.3 ONDERSOEK NA 'n MODULÊRE KURSUS EN AFSTANDS-ONDERRIG**

Die opstel van 'n modulêre kursus behoort ondersteuning te verleen aan hierdie aspek van erkenning van vorige leer. Modules waarvan die leerder min of geen kennis het, kan deur middel van kontaksessies deurloop word en enige ander relevante kennis kan getoets word deur middel van evaluasie soos bespreek by 5.2. Uit die aard van die saak behoort die leerder in so 'n geval bewys te kan lewer van bepaalde ondervinding of vorige leer. Soos by 2.2.12 genoem, is daar reeds 'n modulêre stelsel die afgelope ses jaar met groot sukses in gebruik in die Weskus-Wynlandstreek van die Wes-Kaapprovinsie. Sekere tersiêre inrigtings maak reeds gebruik van afstandsonderrig, soos in 2.2.12 uiteengesit is. Implementering van hierdie tipe kursus behoort dus nie moeilik te wees nie.

- **Die navorser beveel in hierdie verband aan:**
  - **die opstel van kriteria waarvolgens voorafleer geakkrediteer kan word;**
  - 'n kombinasie van kontaksessies en afstandsonderrig ten opsigte van die teoretiese komponent van die kursus.



## 5.4 MENTORSKAP

Die navorser voorsien dat teoretiese klastyd met 'n kombinasie van kontaksessies en afstandsonderrig minder sal wees sodat opleidingspersoneel meer dikwels (soos vooraf onderhandel) by die leerders in die veld kan uitkom. 'n Proses van mentorskap waar leerders direk begelei word deur ervare kliniese verpleegpraktisyns in die veld, behoort egter steeds in plek te wees, omdat die klem behoort te val op kliniese uitmuntendheid tot voordeel van die kliënt, sowel as die primêre gesondheidsorgdiens. Minimum vereistes soos deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging gestel, moet steeds gehandhaaf te word.

- **Hierdie wyse van onderrig sal tot gevolg hê dat mentore wel steeds, maar minder dikwels uit die dienste onttrek hoef te word, aangesien opleidingspersoneel meer tyd aan kliniese opleiding sal spandeer. Verminderde teore-tiese tydsbesteding deur leerders in die klas sal meer personeel op 'n daaglikse basis op diensvlak beskikbaar stel vir dienslewering.**

Navorsing oor die praktyk van vroedvroue deur Smit (2002:219) het aanbeveel dat dosente meer by die praktiese oefensessies van leerders betrokke behoort te wees en nie slegs by evaluasies nie. Beide die opleiding van vroedvroue en kliniese verpleegpraktisyns is praktykgerig en daarom kan hierdie aanbeveling in Smit se studie ook van toepassing wees op die opleiding van die kliniese verpleegpraktisyn. Sodoende kan praktyk en teorie beter geïntegreer word vir die leerder. Al die fasiliteerders in die Metropoolstreek wat betrokke is by opleiding van kliniese verpleegpraktisyns is tans betrokke by mentorskap en bogenoemde studie deur Smit versterk die motivering vir sodanige optrede. Daar is egter ruimte vir nog meer kliniese betrokkenheid.

Volgens van Niekerk (1994:40) is opleiding meer geslaag wanneer dit beroepsgerig is, dit wil sê probleemgerigte onderrig wat realisties is met betrekking tot die praktyk waarin die persoon gaan funksioneer. Sodoende word kennis georden en struktuur daaraan verleen wat memorisering, herroeping en toepassing van inhoud bevorder. Praktykgerigte onderrig dra by tot die ontwikkeling van effektiewe redeneringsvermoëns, kritiese denke, vermoë tot analisering en sintetisering en besluitneming.

- In die lig van bogenoemde beveel die navorser aan dat uitkomsgebaseerde metodes van kliniese en teoretiese onderrig, met die oog op verbeterde kwaliteit van kliniese vaardigheid, ondersoek moet word. Wanneer koste-effektiwiteit in hierdie verband ondersoek word, mag gehalte van onderrig nooit daaronder ly tot voordeel van die ekonomiese aspek nie.

Househam maak die stelling dat die basis van gehaltesorg en doeltreffende en veilige praktykvoering op wetenskaplik gefundeerde kennis gebaseer is, eerder as op ekonomiese oorwegings (Departement van Gesondheid Wes-Kaapprovinsie, 2003:4). Die navorser doen dus 'n beroep op die leierskap van die gesondheidsdienste in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie om hierdie stelling van Househam in *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* ernstig te bejeën ter beskerming van die verbruikers van die gesondheidsdienste, maar ook tot voordeel van diegene verantwoordelik vir praktykvoering op grondvlak.

## 5.5 VENNOOTSKAPPE VAN PRIVAATINSTANSIES EN DIE OPENBARE SEKTOR

Uit die respondente het 38% aangedui dat hulle by instansies funksioneer (klinieke) waar geen dokters teenwoordig was nie. Volgens die resultate na die verwerking van die data op die kontrolelyste is bevind dat 13% van die instansies weekliks besoek ontvang het van 'n psigiater en 25% maandeliks. Slegs 13% van die instansies het maandeliks besoek ontvang van 'n pediater en ortopeed. Die meerderheid van die instansies (75%) het aangedui dat hul weekliks besoek kry van 'n dokter wat die konsultasies van die kliënte met tuberkulose behartig. Die navorser is ook uit ondervinding bewus daarvan dat waglyste vir spesialisdienste by tersiêre instansies lank is en dat wagtyd maande, selfs 'n jaar of langer kan wees. Dit skep oneindige frustrasies vir praktisyns, sowel as kliënte op primêre gesondheidsorgvlak. Diens op 'n periodieke basis deur kenners op spesifieke gebiede sal wel tot voordeel wees van kliënte op primêre gesondheidsorgvlak en sal ook die praktykvoering van die kliniese verpleegpraktisyn en die dokter vergemaklik.

- **Die navorser beveel ondersoeke aan na vennootskappe van privaatinstansies en die staat op instansie- of distrikvlak om hierdie**

**frustrasies te probeer uitskakel. Hiervoor is behoeftegerigte bestuur op grondvlak nodig met visie, kreatiwiteit en onderhandelingsvermoë.**

## **5.6 PARADIGMASKUIF NA PRIMÊRE GESONDHEIDSORG**

- Onderhandelings op bestuursvlak met akademiese instellings aangaande periodieke dienslewering deur kliniese beamptes wat besig is om te spesialiseer (byvoorbeeld kwartaalliks) op primêre gesondheidsorgvlak is 'n moontlikheid wat ondersoek behoort te word.

Soos by 2.2.4 bespreek is, is 'n paradigmaskuif nodig sodat akademici hul kennis ook op primêre gesondheidsorgvlak kan deel. Dit sal bydraend wees tot meer gelyke verspreiding van gesondheidsdienste, asook tot die vestiging van 'n gesondheidsdienslewering van hoogstaande gehalte op primêre gesondheidsorgvlak, sowel as blootstelling van aspirant spesialiste aan siektetoestande oor die hele spektrum van gesondheidsorgdienslewering.

## **5.7 DIE DIENSLEWERING VAN VERPLEEGSPESIALISTE OP PRIMÊRE GESONDHEIDSORGVLAK**

Verpleegspesialisdienlewering by die primêre gesondheidsorginstansies in die studie was beperk tot psigiatrie (13%), skoolgesondheid (13%), pediatrie (25%) en dermatologie (13%). Genetiese dienste het 25% van die instansies kwartaalliks besoek.

- Die navorser beveel aan dat meer verpleegspesialiste op primêre gesondheidsorgvlak, by gemeenskapsgesondheidsentrums, beskikbaar gestel word om op konsultasiebasis en besoekende basis op distriksvlak te funksioneer, om die kliniese verpleegpraktisyns in klinieke by te staan met probleemgevalle, byvoorbeeld op 'n weeklikse basis.

Dit is ook een van die aanbevelings van die verslag van die *Bi-Ministerial Task Team on the Implementation of a Municipality-Based District Health System in the Western Cape* (2000:19) dat gespesialiseerde verpleegpersoneel se basis by gemeenskapsgesondheidsentrums behoort te wees.

Volgens 'n voorlopige verslag aangaande 'n interne ondersoek van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (2003:3) is daar tans 'n tekort aan verpleegkundiges in die algemeen, maar meer algemeen aan verpleegspesialiste op primêre gesondheidsorgvlak. Hierdie nypende tekort sluit ook kliniese verpleegpraktisyns in. Dit is egter 'n aspek wat prioriteit behoort te geniet. Aanbevelings wat hierdie tekort behoort aan te spreek word ook deur die navorser by 5.8 gemaak.

## 5.8 AANWENDING VAN VAARDIGHEDE

Die navorsing het getoon dat 74% van die respondente benewens funksionering as 'n kliniese verpleegpraktisyn, ook ander take gehad het om uit te voer as deel van hul daaglikse werklading. Slegs 2% van die respondente was slegs by geskiedenisneming, ondersoek, diagnosering en behandeling van kliënte betrokke. Dit strook met die bevindings van Kapp (2000:13) by 2.6.5 en die konsepverslag van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (2001:1-6) dat kliniese verpleegpraktisyns wanaangewend word op primêre gesondheidsorgvlak en dat sodanige praktyk in die proses selfvertroue en vaardighede van kliniese verpleegpraktisyns negatief beïnvloed.

Die navorser het opgemerk dat, alhoewel nie optimaal nie, 93% van die studiegroep ten minste maandeliks wel hul kuratiewe vaardighede tot 'n mindere of meerdere mate gebruik soos in 4.3.1.3 bespreek is. Die navorser maak dus hieruit die afleiding dat die meeste van die respondente wel van tyd tot tyd die kans kry om hul vaardighede te beoefen en dat die oorgang na optimale aanwending sonder veel moeite behoort te wees.

- Die navorser beveel aan dat daar gekonsentreer behoort te word op die bestaande kliniese verpleegpraktisyns om hul weer vaardig te kry vir optimale dienslewering. Hulle het hul vaardighede en selfvertroue om te praktiseer verloor weens wanaanwending deur die dienste.

'n Ander aspek in sake gedeeltelike aanwending van kliniese verpleegpraktisyns wat ook aandag nodig het, is dat sommige kliniese verpleegpraktisyns binne die gefragmenteerde diensleweringplatform net sekere kategorieë van die gemeenskap bedien. Daar moet gewaak word dat die gesondheidsdienste na amalgamasie van

dienste nie 'n ooraanbod van kliniese verpleegpraktisyns gaan hê nie. Dit kan tot 'n toekomstige finansiële las vir die gesondheidsdienste lei asook tot 'n ooraanbod van kliniese verpleegpraktisyns wat die potensiaal het om werkloos te word omdat daar nie poste bestaan in die veld waarin hulle opgelei is nie. Die navorser vra vir verantwoordelike optrede van die leierskap van gesondheidsdienste in hierdie verband.

Die navorser baseer bogenoemde pleidooi op die realiteit van die statistiek van die teikenbevolking, naamlik die aantal kliniese verpleegpraktisyns wat gedurende 1994 tot 2002 hul opleiding in *Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg*, in die Wes-Kaapprovinsie by die Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleidingskomponent (Metropoolstreek) voltooi het.

*Die 239 kliniese verpleegpraktisyns uit die teikenbevolking wat hul opleiding voltooi het, is oor die gemelde jare vir die volgende instansies opgelei:*

- Stad Kaapstad se onderskeie administrasies (n=150);
- Gemeenskapgesondheidsdienste-organisasie (n=39);
- Korrektiewe Dienste, meer spesifiek Pollsmoor (n=12);
- Privaat maatskappye (n=11);
- Wesfleur Hospitaal (n=8);
- Tehuise vir bejaardes (n=5);
- Maatskaplike dienste (n=4);
- Tygerberghospitaal (n=4);
- Geregistreerde verpleegkundiges wat werkloos was en soms afgelos het by primêre gesondheidsorginstansies (n=3);

- Universiteitsklinieke (n=1);
- Karl Bremerhospitaal (n=1); en
- Conradiehospitaal (n=1).
  - Hierdie statistiek bevestig vir die navorser dat daar na amalgamasie 'n potensiële ooraanbod van kliniese verpleegpraktisyns mag wees as beide diegene in diens van Stad Kaapstad en die Gemeenskapsgesondheidsdiensteorganisasie in berekening gebring word. In beide gevalle vind onderbenutting van kliniese verpleegpraktisyns tans plaas. Die navorser beveel aan dat bestuurslui hierdie faktore in ag neem wanneer toekomstige beplanning gedoen word.

## 5.9 VERPLEEGKUNDIG-GEDREWE DIENSTE

Aangesien geen beleid tans bestaan ten opsigte van **hoe** presies verpleegkundig-gedrewe dienste volgens *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* van die Wes-Kaap se Gesondheidsdienste (2003), bereik gaan word nie, sou die navorser voorstel dat bekwame en ingeligte kliniese verpleegpraktisyns deel van hierdie besluitneming behoort te wees. Die navorser verwys na die *Lysaught Verslag* van 1970, soos bespreek by 2.5.1 waar daar ook na aanleiding van 'n stygende aanvraag na gesondheidsdienste voorstelle was dat verpleegkundiges sekere take van die dokter sou oorneem. Die gevolg was teenkanting van die georganiseerde verpleegberoep omdat hulle nie in die saak geken was nie (Dolan, 1973:318).

- **Die navorser beveel aan dat ingeligte leierskap in die verpleegberoep van die begin af by samesprekings betrek moet word, aangesien dit die georganiseerde verpleegberoep se reg en verantwoordelikheid is om hul eie bestek van praktyk te bepaal, hul beroep te beskerm teen uitbuiting en die verbruiker te beskerm teen wanpraktyke. Diegene in leierskapsposisies met ondervinding en begrip vir die agtergrond en bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn, sal volgens die ervaring van die navorser die mees konstruktiewe bydraes kan maak. By 5.10 verduidelik die navorser hierdie stelling meer omvattend.**

## 5.10 KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS IN BESTUURSPOSISIES

Dit blyk uit die navorsing dat 18% van die respondente in toesighoudende posisies (hetsy op plaaslike of streeksvlak) was. Net soos Jooste (2002:11) beskou die navorser dit egter as 'n positiewe aspek as leiers oor agtergrondkennis beskik oor die funksionering van diegene aan hul diens toevertrou.

- **Die aanbeveling word in hierdie studie gemaak dat hierdie ingeligte bestuurslui betrokke raak by die motivering van kliniese verpleegpraktisyns (indien hulle nie reeds daarby betrokke is nie) en ook hul kennis aanwend om weer ander gesondheidsdiensbestuurders in te lig oor aspekte wat die kliniese verpleegpraktisyn raak.**
- **Kliniese verpleegpraktisyns behoort ook uit eie geledere op bestuursvlak verteenwoordig te word waar besluite geneem word wat hulle regstreeks raak.**

## 5.11 POSBENAMINGS

Posbenamings van kliniese verpleegpraktisyns verskil nie net ten opsigte van verskillende instansies nie, maar ook selfs in dieselfde primêre gesondheidsorgdiens. Die verskille in posbenamings is nie soseer die probleem nie, maar die **minimum** posvlakke (en daarom dus ook posbenamings wat direk aan posvlakke gekoppel is) waarin sommige kliniese verpleegpraktisyns steeds is ten spyte van die kosepverslag van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (2001:1-6) wat 'n aanvang op minimum posvlak 8 (derde kerf, wat op daardie stadium die hoogste kerf was vir posvlak 8) vir hierdie kategorie verpleegkundiges aanbeveel. Dit is betreurenswaardig vir die navorser dat daar nog nie genoeg veranderings na aanleiding van hierdie aanbevelings op grondvlak in die Metropoolstreek van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap plaasgevind het nie. Die resultate van hierdie studie (figuur 4.4) dui daarop dat daar in 2003 nog steeds kliniese verpleegpraktisyns is wat funksioneer as professionele verpleegkundiges en senior verpleegkundiges (posvlak 6 en 7). 'n Voorlopige verslag van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (2003:3) vermeld egter dat die huidige kliniese verpleegpraktisyns tans funksioneer by posvlak

8 (derde kerf). Dit sal verblydend vir hierdie kategorie verpleegkundiges wees indien onregmatighede in hierdie verband ten volle aangespreek word.

Die navorser erken dat 'n leemte van hierdie studie was dat inligting oor instansiegrense heen versamel is en posvlakke van Stad Kaapstad verskil van diegene in diens van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap. Vanweë die navorser se kennis as opleidingsbeampte by die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap en 10 jaar se ondervinding as kliniese verpleegpraktisyn, is die navorser egter steeds bewus van kliniese verpleegpraktisyns wat op laer posvlakke, dit wil sê met laer vergoeding as die voorgestelde minimum funksioneer.

- Die navorser beveel 'n indringende ondersoek in hierdie verband aan, en wel oor instansiegrense heen, asook die daadwerklike uitwissing van onregmatighede en ongelykhede ten opsigte van die vergoeding en posvlakke van kliniese verpleegpraktisyns waar ongelykhede nog bestaan. Prosesse wat sloer het 'n negatiewe invloed op die motivering van werknemers en dus ook op produktiwiteit en dienslewering.

Hierdie studie bevestig by 4.3.1.1 dat kliniese verpleegpraktisyns voel dat hul vergoeding tans geensins verskil van hul kollegas wat minder verantwoordelikhede as hulle dra nie. Van die redes wat in Kapp (2000:25), asook in hierdie studie gegee is vir die onwilligheid van kliniese verpleegpraktisyns om te praktiseer, was juis 'n gebrek aan finansiële aanmoediging.

Dit is egter terselfdertyd die navorser se opinie dat finansiële vergoeding ook aan werkverrigting gekoppel behoort te wees. Die spesifieke werkverrigting van die kliniese verpleegpraktisyn is nie in hierdie studie bepaal nie. Alhoewel 74% van die respondente in 'n mindere of meerdere mate gefunksioneer het as kliniese verpleegpraktisyn, het hierdie studie weer eens wanaanwending beklemtoon, aangesien slegs 2% van die respondente optimaal aangewend was.

- Die optimale aanwending van die kliniese verpleegpraktisyn, gesien vanuit die perspektief van die kliniese verpleegpraktisyn, behoort in die lig van *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care*, van die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid (2003), 'n bron van verdere ondersoek te wees.



Hierdie aspek is ook wel in vorige studies deur medici, soos dié van Kapp in 2000 en die konsepverslag van die Gemeenskapsgesondheidsdienste-organisasie (GGDO, 2001:1-6) bespreek en aanbevelings is hieroor gedoen.

## 5.12 VRYWILLIGE JAAR VAN INTERNSKAP

Omdat die meeste van die respondente (67%) gedurende die tydperk 2000 tot 2002 hul opleiding as kliniese verpleegpraktisyn voltooi het, sal hierdie studie nie volledig wees sonder ten minste 'n kort bespreking oor die internskap wat die pasgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyns deurloop die jaar na voltooiing van hul opleiding nie. Die proses van internskap is sedert 2001 in die Metropoolstreek geïnisieer deur dokter John Frankish, destydse direkteur van die streek en personeellede van die Metropoolstreek van die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap se Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleidingskomponent. Die inisieerders wou verseker dat nuutgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyns die jaar nadat hulle die kwalifikasie verwerf het, blootgestel word aan die kliniese praktyk om sodoende hulle kennis te versterk en te behou. Dit dien ook as 'n ondersteuningstelsel vir pasgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyns. Dit stem ooreen met die stelling van Kapp (2000:25) dat kliniese verpleegpraktisyns gemotiveerd bly as hul die nodige ondersteuning en geleenthede kry om onder indirekte toesig te praktiseer (2.6.5).

*Pectus roburant cultus recti*

## 5.13 Werkslading

Al die verslae sedert 2001 oor bogenoemde internskap, soos opgestel deur die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie se Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleidingafdeling, dui op die feit dat die aantal kuratiewe kliënte wat pasgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyns tans konsulteer, wissel tussen 0 en 40. Kliniese verpleegpraktisyns verrig tans bykomend ook allerhande ander nie-kuratiewe take. Dit sluit weer eens aan by die wanaanwending van kliniese verpleegpraktisyns, soos by 5.5 uiteengesit is. Die rede hiervoor is die gefragmenteerde aard van die gesondheidsdienste in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie waar die aard van dienste soos deur Stad Kaapstad gelewer, grotendeels verskil van die dienste deur die Provinsiale Administrasie gelewer, selfs in dieselfde gebou. Die enigste distrik waar kliniese verpleegpraktisyns in die diens van beide werkgewers suksesvol geïntegreerd en omvattend funksioneer, is in die Helderberg-area.

## 5.14 Verpligte internskapjaar

Die bogenoemde verslae oor die internskapjaar dui daarop dat die kliniese verpleegpraktisyns die vrywillige internskapjaar positief beleef het en dit gesien het as 'n geleentheid om vrese en frustrasies te verbaliseer en onduidelikhede uit die weg te ruim. Ook uit 'n opleidingsoogpunt is vaslegging van nuutverworwe kennis uitstekend.

- **Verpleging is egter een van die beroepe wat tot op hede nog nie 'n verpligte internskapjaar moet doen nie. As die sukses van die vrywillige internskapjaar egter in aanmerking geneem word, word dit sterk aanbeveel om die intern-skapjaar verpligtend te maak in die geval van kliniese verpleegpraktisyns, maar dat dit beperk word tot die streek waarin hulle die opleiding doen, aangesien soos by 5.2 gemeld die ouderdomme van die meerderheid (80%) van hierdie persone tussen 30 en 49 jaar was en die navorser hieruit die afleiding maak dat hierdie persone reeds gevestig is in hul omgewing en gesinslewe.**
- Verpligte internskap sal behalwe die ondersteuning wat dit aan die nuutgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyns bied, ook beteken dat tyd teruggewerk word in ruil vir die opleiding wat gratis ontvang is. Al word hierdie spesifieke kursus as indiensopleiding beskou, is dit 'n gesogte kursus wat as kwalifikasie vir ander werkgeleenthede gebruik word. Verpligte internskap sal ook verhoed dat kliniese verpleegpraktisyns direk na opleiding die diens verlaat wat aan hulle die kwalifikasie besorg het.
- Volgens Khoza (1997:42) ontbreek selfvertroue om verworwe kennis toe te pas by pasgekwalfiseerde individue. Sorglewering aan die interns is baie belangrik vir persoonlike en professionele ontwikkeling. Dit kan 2 tot 3 jaar duur om heeltemal gemaklik te raak in 'n nuwe beroepsrol (2.6.3). Kapp (2000:25) onderskryf juis die ondersteuning van die pasgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyn om vaardighede en selfvertroue te bekom en deel te wees van die multidissiplinêre span sodat die interne motivering om die gemeenskap tot diens te wees, blywend sal wees.

## 5.15 Motivering

Ook is die versoek gerig dat pasgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyns in 'n fasiliteit werksaam moet wees waar hul vaardighede aangewend kan word. Dit strook ook met die feit dat kliniese verpleegpraktisyns grotendeels die kursus uit eie motivering doen en dus graag hulle vaardighede in die praktyk wil toepas.

- Die navorser beveel aan dat kliniese verpleegpraktisyns deurlopend deur hul toesighouers gemotiveer word en toegelaat word om te praktiseer soos aanbeveel deur Jooste (2002:11). Dit sal voorkom dat die entoesiasme waarmee hulle die kursus begin en voltooi uitgedoof word.

Die interns sal dit ook waardeer indien die dokter kennis dra van die bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn, sodat daar begrip vir mekaar kan wees en dit ook aansluit by die ondersteuning van en begrip vir die kliniese verpleegpraktisyn. Navorsing deur Kapp (2000:25) bevestig ook beide hierdie stellings. Maglacas in Salvage (1991:8) bevestig ook dat ondersteuning en toepaslike aanwending van hierdie kategorie slegs ten beste sal geskied indien persone in besluitnemingsposisies daarna sal omsien. Dit sal meebring dat ander beroepsklasse, soos die dokter en apteker, begrip sal toon vir die bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn.

Ander opmerkings deur die interns was die kwessie van toegifte vir diens gelewer met 'n hoër verantwoordelike vlak as hul ander kollegas. Dit sluit aan by die bevindinge in hierdie studie, sowel as by aanbevelings deur Kapp (2000:25). Daar vind ook by 5.11 bespreking plaas in hierdie verband.

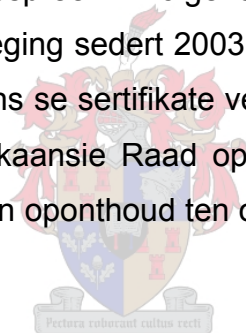
## 5.16 Sertifisering

Uit die interns wat in 2001 en 2002 opgelei is, was slegs 24% teen Junie 2003 gemagtig om te praktiseer en ingeskryf by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Dit sluit aan by die bevindinge in hierdie studie soos bespreek by 4.3.1.2, waar 33% van die kliniese verpleegpraktisyns skriftelik gemagtig was om te praktiseer en ingeskryf (meer bekend onder kliniese verpleegpraktisyns as "gelys") was by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Soos genoem by 4.3.1.2 stipuleer Artikel 38A

van die Wet op Verpleging (50 van 1978, soos gewysig) dat die kliniese verpleegpraktisyn gemagtig moet word deur die mediese hoof van die instansie waar hy of sy werksaam is of deur die streekdirekteur in die afwesigheid van 'n mediese hoof van 'n instansie. Die wet stipuleer egter nie dat magtiging skriftelik moet geskied nie.

- **Die navorser is van mening dat persone in bestuursposisies kennis moet dra van die feit dat kliniese verpleegpraktisyns gemakliker voel om te praktiseer met skriftelike magtiging van hulle werkgewer en dat werkgewers sal toesien dat dit wel so geskied. Hulle is egter steeds verantwoordelik vir hulle eie optrede en versuime soos gestipuleer deur Regulasie 387 van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, soos gewysig.**

Resultate ten opsigte van lysing was dieselfde as die resultate van magtiging en is deur die navorser by 4.3.1.2 bespreek. Volgens die navorser se kennis vereis die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging sedert 2003 meer inligting as wat in die verlede op die kliniese verpleegpraktisyns se sertifikate verskyn het. So byvoorbeeld identifikasienommers en die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging se individuele verwysingnummers. Daar was verder 'n oponthoud ten opsigte van lysing, maar dit behoort binnekort opgelos te wees.



## 5.17 ONDERHANDELINGE TEN OPSIGTE VAN PRAKTYK-VERANDERINGE

Die profiel van die gesondheidsdienste (waarvan die kliniese verpleegpraktisyn deel vorm) het verander om aan te pas by die gesondheidsbehoefte van die gemeenskappe wat hulle bedien. Die kliniese verpleegpraktisyn moet wel deel vorm van hierdie veranderinge, maar altyd ooreenkomstig die ooreengekome bestek van praktyk deur die gesondheidsowerhede van die dag, die georganiseerde verpleegberoep, insluitend ingeligde verteenwoordigers uit die geledere van die kliniese verpleegpraktisyns, vakbonde en personeelorganisasies, sowel as die georganiseerde mediese- en aptekersprofessies en ander relevante rolspelers.

- Bogenoemde onderhandelings behoort benewens bestek van praktyk ook vergoeding en vrywaring in te sluit.

Tans word die kliniese verpleegpraktisyn toegelaat om medikasie tot en met skedule 4 (noodgevalle uitgesluit) voor te skryf volgens Artikel 38A van die Wet op Verpleging (50 van 1978 soos gewysig).

## 5.18 AKKREDITASIE VIR KURSUS IN CHRONIESE SORG

Kliniese verpleegpraktisyns word tans nog nie opgelei om chroniese medikasie voor die voet te inisieer nie. Kliniese verpleegpraktisyns mag wel chroniese medikasie van kliënte herhaal tot hul weer 'n dokter na ses maande moet gaan sien vir herevaluasie van hulle toestand, tensy die dokter spesifiek vereis dat hulle vroeër herevalueer moet word. Daar is wel beperkte chroniese medikasie wat die kliniese verpleegpraktisyns met veiligheid kan inisieer volgens die Essensiële Medisynelys en Standaard Behandelingsriglyne. By 4.3.1.3 word bespreek dat slegs 15% van die respondente van hierdie studie daaglik chroniese medikasie inisieer en 20% daaglik chroniese medikasie herhaal. Hierdie resultate dui ook op min ondervinding aangaande die voorskryf van chroniese medikasie deur kliniese verpleegkundiges in die algemeen. Sien ook 5.33 as bevestiging.

- **Die navorser beveel dus aan dat indien kliniese verpleegpraktisyns in die toekoms chroniese medikasie sal moet inisieer, daar deeglike voorsiening gemaak sal moet word vir verdere opleiding op die gebied van die voorskryf van chroniese medikasie. Akkreditasie sal by die relevante opleidings-owerhede verkry moet word en dokters en aptekers sal ook 'n rol in hierdie opleiding moet speel saam met die fasiliteerders van so 'n geakkrediteerde kursus. Konsultasie en samesprekings sal ook met verteenwoordigers uit die geledere van kliniese verpleegpraktisyns gevoer moet word, sowel as met leiers uit die verpleegberoep en die relevante vakbonde en personeel-organisasies, om seker te wees dat alle rolspelers gekonsulteer is oor hierdie besluite. Sulke besluite oor die bestek van praktyk van 'n professionele groep kan egter nie sonder wye konsultasie geskied nie.**

Een van die onderliggende beginsels van *Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care* van die Wes-Kaap se Departement van Gesondheid (2003:9) is juis om

chroniese sorg buite hospitaalverband te lewer. Dit sal egter 'n spanbenadering verg. Soos by Figuur 4.13 aangedui, was slegs 29% van die respondente ten minste maandeliks betrokke by klubs vir chroniese sorg. Weer eens kom die minimale betrokkeheid van kliniese verpleegpraktisyns by chroniese toestande (tuberkulose en HIV/VIGS uitgesluit) hier na vore.

## 5.19 VERANDERINGE AAN DIE APTEKERSWET

Die Aptekerswet (53 van 1974, soos gewysig) bepaal dat alle persone wat betrokke is by die uitreiking van geneesmiddels in die openbare sektor vanaf Mei 2005 gelisensieerd moet wees.

- Die navorser beveel aan dat instansies eerder aptekers en/of aptekers-assistente in diens neem sodat kliniese verpleegpraktisyns binne bestek van praktyk funksioneer. Die navorser besef egter uit ondervinding dat dit die ideaal is, maar dat in die praktyk die gesondheidsdienste soms ideale praktyk ten koste van ekonomiese oorwegings inboet. Van wie ook al die opleiding deurloop om gelisensieer te word vir die uitreiking van geneesmiddels sal egter verwag word om 'n erkende geakkrediteerde kursus in die verband te deurloop. Die probleem wat die navorser sien is dat daar tans net drie instansies in die land is wat geakkrediteer is om hierdie opleiding aan te bied en almal is in Gauteng. Die navorser beveel aan dat ondersoek ingestel word deur die opleidingsinstansies om soortgelyke kursusse in die Wes-Kaap-provinsie te fasiliteer om sodoende gelykheid te bevorder en koste vir die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid te bespaar, soos ook by 4.3.1.3 bespreek.

Motivering vir bogenoemde aanbeveling is die feit dat 49% van die respondente in hierdie studie by die daaglikse uitreik van medikasie betrokke is. As ook na die statistiek in die internskapverslae gekyk word soos by 5.8 bespreek, is daar ongeveer 45% van die pasgekwalfiseerde kliniese verpleegpraktisyns wat op die een of ander wyse by die uitreiking van medikasie betrokke is.

Omdat kliniese verpleegpraktisyns dikwels multi-professioneel aangewend word in die praktyk, moet hulle soms instaan vir apteker. Die kliniese verpleegpraktisyn is

volgens die Wet op Verpleging (50 van 1978, soos gewysig) en Regulasie 2418 van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging beperk om vooraf verpakte medikasie uit te reik. In die apteke word in die praktyk egter van hulle verwag om self medikasie te verpak en dit hou medies-geregtelike implikasies vir die individu in. Die navorser kom net weer eens onder die indruk dat kliniese verpleegpraktisyns óf nie weet wat hul eie bestek van praktyk behels nie, óf geensins hul stem uit die praktyk laat hoor ten opsigte van hul besondere bestek van praktyk nie, óf die bestek van praktyk benodig evaluering.

## 5.20 TOEGERUS VIR NOODSITUASIES

Uit die studiegroep het 22% aangedui dat hulle daagliks die noodtoerusting by hulle instansies kontroleer en 20% het aangedui dat hulle dit weekliks doen. Altesaam 54% het aangedui dat hulle maandeliks of minder dikwels die noodtoerusting in hulle instansies kontroleer. Die navorser beskou dit as 'n medies-geregtelike risiko indien noodtoerusting in enige gesondheidsinstansie nie daagliks, sowel as na elke noodgeval deur 'n toegewysde persoon gekontroleer word nie. Selfs by die instansies wat deur die veldwerker besoek is, is gevind dat slegs in 50% (n=4) van die instansies wat besoek is, die noodtrollie daagliks gekontroleer ` word.

'n Leemte wat deur die navorser ervaar is, is dat die studie nie getoets het of enige ander persoon as kliniese verpleegpraktisyns die noodtoerusting van die instansie kontroleer nie. Van die instansies wat besoek is deur die navorser het 63% aangedui dat hulle wel noodtoestande en trauma hanteer. Ook het 35% van die respondente daagliks, 12% van die respondente weekliks en 8% van die respondente ten minste maandeliks kliënte met noodtoestande hanteer.

- Die navorser beveel egter steeds aan dat toesighouers van die instansies daarop sal let dat noodtoerusting daagliks deur 'n toegewysde persoon gekontroleer sal word, nie net om sterftes en medies-geregtelike sake te vermy nie, maar ook om 'n veilige diens van hoogstaande gehalte aan die persone in hul opvangsgebied te verseker.

## 5.21 INDIENSOPLEIDING

Dit is verblydend vir die navorser dat 59% van die kliniese verpleegpraktisyns aangedui het dat hulle hul kennis met hul kollegas deel en 'n positiewe bydrae maak tot indiensopleiding en bemagtiging van persone met kennis en tot voordeel van die gesondheidsdienste in die geheel.

## **5.22 HANTERING VAN PSIGIATRIESE KLIËNTE OP PRIMÊRE GESONDHEIDSORGVLAK**

Dit is die persoonlike ervaring van die navorser dat die kliniese verpleegpraktisyns 'n vrees het vir die hantering van psigiatriese kliënte. Volgens hierdie navorsing het 10% van die respondente te kenne gegee dat hulle daaglik, 10% weeklik en 7% maandeliks psigiatriese kliënte konsulteer.

Volgens die aanbevelings van die *Bi-ministerial Task Team on the Implementation of a Municipality-Based District Health System for the Western Cape* (2000:18-19) moet psigiatriese ongesteldhede opgevolg word by klinieke en moet 'n psigiatrie-verpleegspesialis by die gemeenskapsgesondheidsentrums en distrikshospitale wees. Die resultate van hierdie studie dui daarop dat 13% van die instansies in hierdie studie daaglik, 25% weeklik en 25% maandeliks besoek word deur 'n psigiatrie-verpleegspesialis. Volgens die *Primary Health Care Package - A Set of Norms and Standards* (Departement van Gesondheid, 2001:12) behoort gespesialiseerde professionele persone, sowel as dokters toeganklik te wees vir konsultasie, ondersteuning, verwysing en gereelde besoeke aan primêre gesondheidsorgdienste. Dit sluit ook psigiatry opgeleide verpleegspesialiste in. Verdere besprekings in hierdie verband is ook by 5.7 te vind.

## **5.23 STATISTIEK**

Statistiek word daaglik deur 72% van die respondente ingewin, maar analise van statistiek word nie deur kliniese verpleegpraktisyns gedoen nie. Tydens die besoeke aan die 8 primêre gesondheidsorginstansies deur die navorser was daar ook nie sigbare grafiese voorstellings van enige statistiek met die oog op diensverbetering by die instansies nie.



- Daar behoort jaarlikse evaluasies te wees van die primêre gesondheidsorgdiensvoorsiening om die verskil aan te toon tussen diensbehoefte en diensvoorsiening deur middel van 'n jaarlikse diensoudit ten einde 'n proses van voortdurende diensverbetering te bewerkstellig. Die gemeenskap se persepsies van dienslewering behoort ook twee keer per jaar getoets te word deur onderhoude of vraelyste en 'n situasie-analise moet gedoen word van die instansie se gesondheidsbehoefte en die gereelde gesondheidsinligtingsdata wat by die instansie gekollekteer word. Hierdie evaluasies behoort die basis te vorm van 'n plan van optrede wat jaarliks opgestel behoort te word. (Departement Gesondheid, 2001:12-16).

## 5.24 INDIENSOPLEIDINGSBEHOEFTE

Die sewe onderwerpe wat volgens die respondente aangedui is as die grootste behoeftes vir indiensopleiding is as volg:

- Dermatologie (25%);
- Genetika (18%);
- Neurologie (17%);
- Endokriene (17%);
- HIV/VIGS (13%);
- Persoonlike ontwikkeling, veral konflik- en streshantering (13%); en
- Kardiovaskulêre aspekte (13%).

Slegs 7% van die respondente het aangedui dat hulle geen indiensopleiding van watter aard ook al nodig het nie.

Genetiese dienste word egter nie werklik by die primêre gesondheidsorginstansies gelewer nie, behalwe by 2 wat aangedui het dat hul kwartaalliks besoek word deur genetiese dienste (4.3.2.7). Verder is in die studie aangedui dat kliniese verpleegpraktisyns meestal kliënte met genetiese probleme na die tersiêre instellings verwys. Uit die respondente het 18% egter te kenne gegee dat hulle indiensopleiding oor genetika op primêre vlak versoek. Die respondente het aangedui dat hulle min van die onderwerp weet, vandaar bogenoemde versoek. Dit is dus behoeftes uit die subjektiewe ervaringsveld van die kliniese verpleegpraktisyns gebore en is nie noodwendig die prioriteitsbehoefte van die dienste nie. Nogtans kan dit nie geïgnoreer word nie.

- Die navorser doen egter aan die hand dat persone wat indiensopleidingsessies reël, kennis behoort te neem van hierdie lys van onderwerpe waarin die kliniese verpleegpraktisyns aangedui het dat hulle kennis nie so goed was nie en dat dit aandag verg, beginnende by die toestande wat beide prioriteit vir die dienste is, sowel as 'n behoefte by die kliniese verpleegpraktisyns.

## 5.25 TERME

Die navorser het soos by 4.3.1.5 ervaar dat die respondente onseker was oor die terme soos primêre, sekondêre en tersiêre voorkomingsdienste of andersins dat hulle nie seker was van die aard van die dienslewering in die instansie waar hul werksaam is nie, of van die diens wat hulle as individuele kliniese verpleegpraktisyns lewer nie.

Dit blyk dat 27% van die respondente aangedui het dat hulle as individue 'n tersiêre voorkomingsdiens (of rehabilitasiediens) lewer en 37% van die respondente het aangedui dat hulle instansie so 'n diens lewer. Die persentasie persone wat onseker was van watter tipe diens deur hulself of hul instansie gelewer word, onderskeidelik 30% en 28% was. Laasgenoemde statistieke dui vir die navorser definitief op onsekerheid oor die terme. Die persentasie wat aangedui het dat hulle as individue glad nie 'n tersiêre voorkomingsdiens (of rehabilitasiediens) lewer nie, was 45%, en 33% van die respondente het aangedui dat hulle instansie nie so 'n diens lewer nie. Sonder 'n tersiêre voorkomingsdiens kan primêre gesondheidsorgdienslewering nog nie as omvattend beskou word nie.

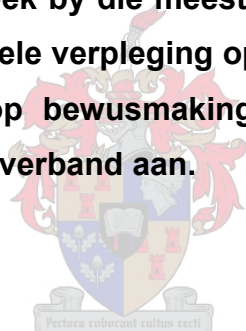
- Verdere navorsing word aanbeveel oor die aard van 'n omvattende verpleegpraktisyn, 'n omvattende diens en die omvattende aard van die primêre gesondheidsorgdienste wat gelewer word in die Wes-Kaapprovinsie.

## 5.26 KULTURELE INAGNEMING

Uit die 60 respondente het 43% aangedui dat hul hoegenaamd nie kultuur in aanmerking neem by die behandeling van kliënte nie. Daar was selfs 20% wat nie seker was of hul enigsins kultuur in ag neem by die hantering van hul kliënte nie. Bogenoemde groepe het 63% van die totale aantal respondente gevorm en dus die meerderheid.

- Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat kennis, ingesteldheid en vaar-dighede ontbreek by die meeste kliniese verpleegpraktisyns ten opsigte van transkulturele verpleging op primêre gesondheidsorgvlak en beveel met die oog op bewusmaking en verdere navorsing verdere indiensopleiding in die verband aan.

## 5.27 TAAL



Die Wes-Kaapprovinsie, soos al die ander provinsies in Suid-Afrika, word deur *Die Grondwet* verplig (slegs 13% van die instansies in die studie het oor 'n kopie van die Grondwet beskik) om twee amptelike tale te gebruik en ook 'n derde taal te bevorder (RSA 1996:4).

- As aangeneem word dat die Wes-Kaapprovinsie drie amptelike tale het soos deur Khan (2001:31) geïmpliseer word, sal daar meer kliniese verpleegpraktisyns opgelei moet word in die Wes-Kaap wat al drie die tale (Afrikaans, Engels en isiXhosa) magtig is.

Kliënte het egter ook regte ten opsigte van taal en is geregtig daarop om hulp te kry in 'n verstaanbare taal. Dit is nie die ideaal ten opsigte van privaatheid en konfidensialiteit om van tolke gebruik te maak nie. Praktisyns behoort ook kennis te neem dat die taal waarin die konsultasie plaasgevind het, aangeteken

behoort te word, anders kan aangeneem word dat kommunikasie nooit plaasgevind het nie. Dit is ook nodig dat die kliënt altyd die praktisyn verstaan, veral as toestemming vir prosedures verkry moet word, berading gedoen word en gesondheidsinligting deurgegee word (Khan, 2001:31).

- 'n Voorstel is dat aktiewe pogings aangewend word om alle kliniese verpleeg-praktisyns die geleentheid te gee om kursusse te volg in die tale waarmee hulle sukkel of wat hulle nie kan besig nie. Dit kan op 'n deurlopende basis geskied vir alle personeel wat in posisies is waar hulle kliënte moet konsulteer en waar veral konfidensialiteit en privaatheid 'n rol speel. Bykomend kan reeds op die vlak van basiese verpleegkunde aandag gegee word aan die ontwikkeling van taalvaardigheid in al drie tale van die Wes-Kaapprovinsie, indien dit nie op skoolvlak aandag geniet het nie.
- Die moontlikheid behoort beslis ondersoek te word om as prioriteit uit die vaardigheidsontwikkelingsfonds fondse toe te ken vir die bevordering van taalvaardigheid van praktisyns wat eties verbind is aan konfidensialiteit en privaatheid.

Slegs een instansie in hierdie studie is geleë in 'n oorwegend isiXhosasprekende opvangsgebied. Die res het 'n verskeidenheid opgelewer ten opsigte van die taal van kliënte en dit mag as 'n leemte beskou word as die statistiek by Figuur 4.33 nagegaan word. Hierdie resultate dui aan dat oorwegend Engels en Afrikaans by die klinieke gepraat word en minder isiXhosa (98% Engels, 95% Afrikaans en 27% isiXhosa).

- Grondiger studies oor 'n wyer gebied in verband met die taalkwessie mag dalk meer verfynde statistiek oplewer as wat in hierdie studie die geval was.

## 5.28 SPANBENADERING

Dit is uiters verblydend vir die navorser dat 80% van die respondente aangedui het dat hulle as onafhanklike praktisyns funksioneer en dat 88% aangedui het dat hulle

deel van 'n multidissiplinêre span vorm. Dit bevorder inklusiwiteit soos deur Kapp (2000:25) beklemtoon as positiewe aspek vir die funksionering van die kliniese verpleegpraktisyn.

## 5.29 WERKSTEVREDENHEID

Die navorser kon uit die kommentaar van die respondente aflei dat 77% van die respondente werkstevredenheid ervaar. Die navorser beveel aan dat die dienste hierop bou en die nodige ondersteuning bied sodat hierdie persone voortaan steeds werkstevredenheid kan geniet. Kapp (2000:26) het aspekte soos ondersteuning, onderrig, inklusiwiteit, toeganklikheid, voldoende personeelvoorsiening, indiensopleiding en forums waar kliniese verpleegpraktisyns 'n platform kan hê om hulle griewe te lug en oplossings daarvoor aan die hand te doen, as baie belangrik beskou. Die navorser wil hiermee saamstem en doen aan die hand dat hierdie aspekte in ag geneem behoort te word.

## 5.30 FORUM



- Die navorser beveel aan dat die instelling van 'n forum vir kliniese verpleegpraktisyns weer eens ondersoek word.

Die navorser is egter bewus van twee mislukte pogings in hierdie verband gedurende die afgelope tien jaar. Dit is nie duidelik waarom hierdie pogings onsuksesvol was nie. Onsuksesvolle inisiatiewe skep wantroue by die lede sowel as by ander streke en provinsies. Sou daar weer pogings wees om soortgelyke inisiatiewe te begin, sal belangstelling moontlik minder wees, tot nadeel van die beroep.

In Kapp (2000:26) se studie word die instelling van 'n forum vir kliniese verpleegpraktisyns ook sterk beklemtoon. Daar bestaan tans geen platform van hierdie aard eksklusief vir kliniese verpleegpraktisyns in die Wes-Kaap nie en dit word as 'n leemte ervaar.

### **5.31 VERHOUDINGS MET DOKTERS**

Die navorser is tevrede dat die meeste (81%) van die kliniese verpleegpraktisyns wel goeie verhoudings met die dokters by hulle instansies het. Professionele samewerking tussen hierdie rolspelers is bydraend tot 'n primêre gesondheidsorgdiens van goeie gehalte en die bevordering van hierdie samewerking berus grotendeels by die bestuurslui Kapp (2000:28-29).

Die hoofrede agter die ontstaan van die kliniese verpleegpraktisyn was volgens die geskiedenis hulpverlening aan die dokter (2.2.1). Samewerking is baie belangrik vir 'n diens van hoë gehalte, tot voordeel van die verbruiker (2.6.5) en goeie werkverhoudings. Vreemd genoeg het die navorser by een instansie opgemerk dat die dokters een teekamer gebruik en die ander personeel 'n ander teekamer. Die rede hiervoor is aangevoer "dat dit maar is hoe dit altyd was". Dit blyk nie vir die navorser bevorderlik vir goeie verhoudings op grondvlak te wees nie, omdat dit juis inklusiwiteit lynreg teëwerk en eksklusiwiteit in die hand werk.

### **5.32 GEMEENSKAPSBETROKKENHEID**

Volgens die Nasionale Gesondheidsplan (ANC, 1996:25) is gemeenskapsdeelname essensieel vir die lewering van primêre gesondheidsorg. Dit word ook in die definisie van primêre gesondheidsorg van die Alma Ata-Deklarasie van 1978 vervat.

Uit die 8 instansies het 13% se gemeenskapskomitees doodgeloop en by 13% van die instansies bestaan dit nie. Gemeenskapskomitees se funksie is juis om die skakel te wees tussen die primêre gesondheidsorginstansie en die verbruiker. Toeganklikheid tot ordentlike openbare dienste is die regmatige verwagting van diensverbruikers. Gemeenskappe word aangemoedig om deel te neem aan die beplanning van dienste, om dienste te verbeter en optimale dienslewering aan te moedig. Die navorser wil benadruk dat samewerking met die gemeenskap essensieel is vir die sukses van primêre gesondheidsorg en dat daar definitief ondersoek ingestel behoort te word na die effektiewe funksionering van gemeenskapskomitees.

### **5.33 DIENSVERBETERING**

*Batho Pele*-beginsels ter diensverbetering in die staatsdiens beteken *mense eerste* (Departement Gesondheid, 2001:10).

Batho Pele bestaan uit 8 beginsels, naamlik:

- *konsultasie van gemeenskappe aangaande die gesondheidsdienslewering aan hulle;*
- *kennis aangaande die standaard van gesondheidsdienslewering wat die verbruiker kan verwag;*
- *gelyke toegang tot die dienste waarop die gemeenskap geregtig is;*
- *hoflike behandeling waar die verbruiker in aanmerking geneem word;*
- *die verskaffing van volledige en akkurate inligting aan verbruikers aangaande die dienste wat aan hulle gelever behoort te word;*
- *inligting aan verbruikers aangaande die bedryf van nasionale en provinsiale departemente, die koste daaraan verbonde en wie in beheer van die diens staan;*
- *verskoning vir standaard van diens nie gelever nie, verduideliking en effektiewe optrede wanneer klagtes ingedien word en 'n simpatieke positiewe respons; en*
- *ekonomiese en bevoegde dienslewering in die openbare sektor ten einde die verbruiker en die gemeenskap te verseker van beste waarde vir hul geld.*

Die handhawing van hierdie Batho Pele-beginsels sal die volgende tot gevolg hê vir die instansie waar die kliniese verpleegpraktisyn as lid van die gesondheidsorgpersoneel diens lewer:

- *hoë standaard van gesondheidsdienslewering en van professionele etiek;*

- 'n missieverklaring vir dienslewering;
- sigbare aanduiding van suksesse in dienslewering in instansies sodat die gemeenskap kennis kan neem van sodanige gebeure;
- die sluit van vennootskappe met ander sektore, byvoorbeeld die privaatsektor en nie-regeringsorganisasies;
- 'n kliëntvriendelike diens wat konfidensialiteit bevorder;
- geleenthede vir gemeenskapskonsultasie;
- uitreik na alle gemeenskappe en gesinne in die grootste nood;
- toeganklike en effektiewe wyses om klagtes te hanteer en oplossings te vind; en
- beskikbaarheid van die jongste inligting oor die gesondheidsdienste wat by die instansie gelewer word, die diensure, personeelveranderings en spesifieke gebeure, soos byvoorbeeld uitreike op spesiale dae.

Een van die standaarde van *The Primary Health Care Package for South Africa – A Set of Norms and Standards* (Departement Gesondheid 2001:10) is juis dat alle gemeenskappe kennis behoort te dra van die *Batho Pele*-beginsels, byvoorbeeld deur bewusmaking deur middel van plakkaat. Tydens besoeke aan instansies deur die navorser was hierdie beginsels slegs by 13% van die instansies in Afrikaans en by 25% van die instansies in Engels sigbaar. Van die 60 respondente het 72% (n=43) op die vraelyste aangedui dat hulle reeds 'n program oor *Batho Pele* deurloop het. Die feit dat kennis (oor *Batho Pele* in hierdie geval) opgedoen word en dit dan nie toegepas word in die praktyk nie, is kommerwekkend vir die navorser. Die navorser doen 'n beroep op die kliniese verpleegpraktisyne wat die opleiding deurloop het om die beginsels van *Batho Pele* ernstig op te neem ter wille van die gebruiker van die gesondheidsdienste in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie.



- **Metodes om programme te monitor en te evalueer behoort ook ontwikkel te word vir alle opleidingsprogramme om die verwagte uitkomst te verseker.**

Ander opleidingsprogramme wat deur die respondente bygewoon is en wat kan bydra tot diensverbetering is:

- Diversiteit (5%);
- Geslagsgelykheid (13%);
- Menseregtebewusmaking (23%);
- Telefoonetiket (5%).

Kliniese verpleegpraktisyns behoort kennis te neem van insette soos hierbo genoem om hulle bewus te maak van areas waar hulle kliënte se regte kan skend, of onnadenkend kan optree en die beeld van die gesondheidsdienste skade kan berokken. Een van die aanbevelings deur die Waarheid en Versoeningskommissie is juis dat deurlopende opleiding in menseregte, etiese kwessies en die jongste ontwikkelinge op hierdie gebied sal insluit (Baldwin-Ragaven et al., 1999:216).

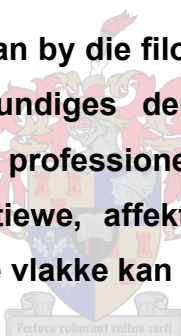
- **Al is die kwessie van diensverbetering nie beperk tot die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn alleen nie, beveel die navorser aan dat kliniese verpleeg-praktisyns as diensverskaffers bewusmakingsprogramme sal bywoon, sodat oudit en besprekings oor menseregtekwessies kan geskied (Baldwin-Ragavin et al., 1999:215). Dit sal 'n groot rol speel in die bemagtiging van kliniese verpleegpraktisyns om ten alle tye eties korrek op te tree teenoor kliënte en menseregtekwessies op bevoegde wyse te hanteer tot voordeel van die verbruiker, die gesondheidsdiens en die verpleegpraktisyn self.**

### **5.34 PERSOONLIKE ONTWIKKELING**

Deur 'n program van persoonlike ontwikkeling word persone bemagtig ten opsigte van onderwerpe soos selfhandhawing, motivering, tydbesteding, stresshantering, konflikthantering, kommunikasie en kennis oor die self. Almal wat die kursus in *Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg* sedert 1998 deurloop het, het ook opleidingsprogramme in persoonlike ontwikkeling deurloop. Daar was nog steeds respondente wat aangedui het dat hulle 'n behoefte het om hierdie vaardighede te bekom. By name konflikthantering en stresshantering is deur 13% van die 60 respondente as behoefte genoem. Die kliniese verpleegpraktisyn kweek deur hierdie program vaardighede aan wat optrede rig en persone bemagtig tot meer effektiewe dienslewering.

- **Die navorser beveel aan dat alle kliniese verpleegpraktisyns wat nog nie 'n program in persoonlike ontwikkeling deurloop het nie, die geleentheid behoort te kry om dit te deurloop.**

**Hierdie aanbeveling sluit ook aan by die filosofie van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging dat verpleegkundiges deur middel van onderrig, leer en praktisering op persoonlike en professionele vlak ontwikkel moet word sodat gedragsverandering op kognitiewe, affektief/professioneel (byvoeging deur van Niekerk) en psigomotoriese vlakke kan plaasvind (van Niekerk, 1994:40).**



### **5.35 EENSTOPDIENS**

Volgens die norme van *The Primary Health Care Package – A Set of Norms and Standards* (Departement Gesondheid, 2001:12) behoort 'n omvattende eenstopdiens gelewer te word by klinieke, ten minste vir 8 ure per dag, 5 dae per week. Die navorser is bewus daarvan dat die klinieke in die Metropoolstreek van die Wes-Kaapprovinsie nie oral omvattende eenstopdienste lewer nie. Behalwe in geval van tuberkulose, seksueel oordraagbare siektes en HIV/VIGS, word slegs tot by 13-jarige ouderdom kuratiewe dienste by klinieke van Stad Kaapstad gelewer. Ander ouderdomsgroepe word na die gemeenskapsgesondheidsentrums verwys wat deur die Provinsiale Administrasie Wes-Kaap bedryf word. 'n Probleem ontstaan egter as die moeder en kinders behandeling nodig het, of as 'n persoon wat aan tuberkulose ly, terselfdertyd medikasie vir 'n bykomende toe-stand benodig. Dan word die persoon vir daardie probleem dikwels na 'n ander instansie verwys, wat nie nodig sou

gewees het by 'n eenstopdiens nie. Dit loop uit op 'n gefragmenteerde stelsel wat nie bevorderlik vir kliëntvriendelike gesondheidsorg is nie. Die kliënt moet dikwels 'n addisionele dag verlof by die werk neem, 'n feit wat nie bevorderlik is vir verhoudings met werkgewers nie.

- Die navorser het, soos ander gesondheidswerkers op grondvlak, geen beheer oor amalgamasie van gefragmenteerde dienste nie, maar doen wel 'n beroep op die leierskap van die gesondheidsdienste om spoedig met haalbare oplossings vorendag te kom om amalgamasie te bespoedig, uitsluitlik tot die voordeel van die verbruiker van die gesondheidsdienste. Navorsing met aanbevelings vir amalgamasie is reeds in 1998 opgeteken deur De Villiers en Sandison saam met aanbevelings wat in die praktyk nagevors is (2.6.6). Die navorser doen aan die hand dat die leierskap weer hierdie navorsing bestudeer.

### 5.36 NASLAANHULPMIDDELS EN PROTOKOLLE

Die kernstandaarde soos uiteengesit deur *The Primary Health Care Package – A Set of Norms and Standards* (Departement Gesondheid, 2001:12) bepaal dat klinieke kopieë behoort te hê van die Standaard Behandelingsriglyne en die Essensiële Medisyne (EDL), 'n biblioteek met nie-verouderde, bruikbare mediese en verpleegverwysingsbronne, alle toepaslike nasionale en provinsiale omsendbriewe, beleidsdokumente, wette en protokolle insake gesondheid, wat almal 'n rol kan speel ten opsigte van dienslewering. Kopieë van die *Batho Pele-beginsels* en die *Handves van Pasiëntregte* is veronderstel om beskikbaar te wees. Ook word toepaslike leerhulpmiddels in plaaslike tale vereis deur die Departement van Gesondheid, 2001:12. Die navorser het gevind dat nie alle instansies oor naslaanhulpmiddels in die vorm van boeke beskik het nie. Die bevindings is opgeteken in Tabel 5.1. Aanmeldbare siektes soos Malaria of Leprose is nie endemies aan die Wes-Kaap nie, maar kom wel van tyd tot tyd in die Wes-Kaap voor, veral by kliënte wat van endemiese gebiede af terugkeer. Daarom is dit essensieel dat riglyne selfs oor hierdie siektes in die klinieke behoort te wees.

**TABEL 5.1**  
Naslaanhulpmiddels (n=8)

<b>Naslaanhulp middel</b>	
Essensiële Medisynelys / Standaard Behandelings-riglyne	63%
Siektetoestande by volwassenes	38%
Pediatrie-naslaanboeke	63%
Fisiese ondersoek	25%
Anatomie en fisiologie	13%
Farmakologie	63%
Kontrasepsie	63%
Mediese joernale en –tydskrifte	50%
Protokolle	100%
Riglyne vir immunisasies	88%
Riglyne vir malaria	38%
Riglyne vir leprose	0%
Riglyne vir rabies	13%
Seksueel oordraagbare siektes sindroombenadering	88%

Protokolle was by al die instansies beskikbaar. Die ander naslaanhulpmiddels was minder algemeen beskikbaar, soos by Tabel 5.1 aangedui is. Een van die kernstandaarde van die Departement van Gesondheid (2001: 10-16) is juis dat naslaanhulpmiddels beskikbaar moet wees in die instansies.

- **Die navorser beveel daarom aan dat instansies ter plaatse kan begin met naslaanbiblioteke. Daar kan ook ondersoek ingestel word na skenkings in hierdie verband deur instansies in die gemeenskap. Daar is dikwels instansies, byvoorbeeld gemeenskapsorganisasies of kerkorganisasies**

wat projekte soek om by betrokke te raak. Dit wil vir die navorser voorkom of daar om die een of ander rede op grondvlak nie van gemeenskapsbronne gebruik gemaak word nie.

### 5.37 DOKUMENTASIE

Alle toepaslike nasionale en provinsiale gesondheidsverwante omsendbriewe, beleidsdokumente, wette en protokolle behoort volgens die kernnorme en wette beskikbaar te wees in die plaaslike tale van die omgewing. In hierdie studie is gevind dat by 88% van die instansies wel toegang was tot posbeskrywings, bulletins, omsendbriewe, protokolle, beleidsdokumente, wette en prosedurehandleidings. Dissiplinêre riglyne was by 63% van die instansies tot beskikking van die personeel, 'n klagteregister by 38%, 'n besigheidsplan by 38%, 'n gemeenskapsprofiel by 50%, rekord van gemeenskapsbehoefte by 13% en laboratoriumuitslae by 75%. Van die 8 instansies het 25% 'n verwysingsregister gehou. Regulasies van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van die kliniese verpleegpraktisyn, byvoorbeeld Regulasie 2418 (25%), die Grondwet van Suid Afrika, wat ook die Handves van Menseregte insluit (13%) en vorderingsverslae was by 63% van die instansies beskikbaar.

Ander areas waar daar tekortkomings was, was by die sigbaarheid van sekere dokumentasie. Die visie en missie was by 13% van die instansies in Afrikaans beskikbaar, by 50% in Engels en nêrens in isi-Xhosa nie. Nêrens was 'n grafiese voorstelling van die maandelikse berekende statistiek van die instansie sigbaar nie, ook nie 'n kaart van die bedieningsarea wat die instansie se gemeenskapsaktiwiteite aandui nie. 'n Rampplan was slegs by 13% van die instansies sigbaar. Die Wet op Gelyke Indiensneming was slegs by 13% van die instansies sigbaar en slegs in Afrikaans.

- Sou die instansie 'n interne selfoudit doen met *The Primary Health Care Package* van die Departement van Gesondheid (2001:10-16) as riglyn, sou hul opmerk dat sekere nodige dokumentasie nie beskikbaar is nie. Die aanbeveling is dus dat dit gekorrigeer word aan die hand van hierdie riglyne soos opgestel deur Nasionale Gesondheid. Slegs in 13% van die instansies was hierdie riglyne beskikbaar.

### 5.38 TOERUSTING EN VOORRAAD

Toerusting was by die instansies meestal in werkende toestand en beskikbaar soos aangedui by Tabel 4.6. Toerusting wat wel beskikbaar en werkend was, was otoskope, stetoskope, suurstof (sowel as 'n spaarsilinder), suurstofmaskers, nebuliseerders, steriliseerfasiliteite (hetsy op die perseel of per alternatiewe werkbare reëling), bloeddrukapparate, skale, termometers, verwarmers, oftalmoskope en spekulums. Dit was egter kommerwekkend vir die navorser dat suurstof en nebuliseerders by sommige instansies beskikbaar was, maar sonder piekvloeimeters (by 88% van die instansies in voorraad) en mondstukke vir piekvloeimeters (beskikbaar by 75% van die instansies). Grafiekkarte om die lesings te interpreteer was egter slegs by 50% van die instansies beskikbaar. Dit maak die interpretasie van die kliënt se toestand moeilik vir die praktisyn en kan 'n belemmering wees vir die voorkoming van verdere aanvalle en die instandhouding van die kliënt met asma. Weer eens bevestig dit die navorser se bekommernis dat kliniese verpleegpraktisyns nie gereed is vir die hantering van chroniese toestande op primêre gesondheidsorgvlak nie. Alhoewel die hantering van akute en chroniese asma deel uitmaak van hul opleiding, asook volledig opgeteken is in die *Essensiële Medisyne* en die *Standaard Behandelingsriglyne*, lyk dit vir die navorser of kliniese verpleegpraktisyns nie optimaal blootgestel word aan hierdie aspekte nie en of die toestande ook nie behoorlik behandel word nie. Bespreking in hierdie verband vind ook by 5.14 plaas.

Fetale stetoskope was slegs by 38% van die instansies beskikbaar, maar die afwesigheid daarvan kan wel verduidelik word op grond van die feit dat geeneen van die kliniese verpleegpraktisyns by antenatale aspekte betrokke was nie.

Al die instansies in die navorsing het wel oor 'n yskas beskik, alhoewel sommige veeldoelig aangewend word en ander weer vir spesifieke redes soos uiteengesit in Tabel 4.6. Volgens die resultate wil dit vir die navorser voorkom of 68% van die instansies oor yskaste beskik wat slegs vir immunisasiemiddels gebruik word. In 50% van die gevalle is yskaste deels vir immunisasiemiddels en ander medikasie gebruik. By 50% van die instansies word yskaste slegs vir ander medikasie gebruik. In 75% van die instansies was ook yskaste vir veeldoelige gebruik, byvoorbeeld vir die personeel se gebruik en ander doeleindes. In hierdie navorsing word nie

spesifiek oor die aanwending van yskaste uitgebrei nie, aangesien die navorser kennis dra dat 'n ouditvorm spesifiek ontwerp is om jaarliks die kouekettinghantering op dienstevlak te toets deur diegene verantwoordelik vir die kouekettinghantering op grondvlak.

Verbruiksartikels was oor die algemeen beskikbaar, behalwe dat die kliënte se toilette by sommige instansies nie toiletpapier of handdoeke gehad het by geleentheid van die navorser se besoek nie. Verduidelikings in dié verband was dat die kliënte die toiletpapier by die instansies verwyder. Al die toilette was in 'n werkende toestand.

Ook bedekkers vir urineglase was nêrens in gebruik nie. Ondeursigtige pillehouers word by sommige instansies vir hierdie doel gebruik, maar is nie ideaal nie weens die feit dat kleur en afsaksels dan moeilik bepaalbaar is. Dit is ook veral vir die kliënte ongemaklik as hul in die gang moet afloop met vol urineglase wat onbedek is. Dit lyk onprofessioneel, is nie bydraend tot goeie higiëne nie en kan terselfdertyd 'n verleentheid vir die meeste kliënte veroorsaak.

Slegs 50% van die instansies het Snellenskaarte/E-kaarte gehad waarmee die kliënte se oë getoets word. In so 'n geval is dienslewering ten opsigte van oogtoestande nie optimaal nie.

- Ten opsigte van voorraad beveel die navorser 'n oudit aan by alle instansies, gebaseer op *The Primary Health Care Package*, soos opgestel deur die Departement van Gesondheid in 2001. Ironies genoeg het slegs 13% van die instansies oor kopieë van *The Primary Health Care Package* beskik, reeds twee jaar nadat dit opgestel is (Figuur 4.50).

Dit word aanbeveel in die kernstandaarde van Departement Gesondheid (2001:11-16) dat die toesighouer se naam en kontakbesonderhede êrens sigbaar moet wees in die gebou. Dit is nie by een van die instansies so gevind nie.

- In dié verband is die navorser egter van mening dat dit gevaarlik is om so 'n persoon se kontakbesonderhede bekend te maak, gesien in die lig van die klimaat van misdaad waarin ons woon en bendebedrywighede hooggety vier in sekere van die areas waar die primêre gesondheidsorginstansies geleë is.

## 5.39 NOODVERVOER

Responstyd van noodvervoer is egter problematies. 'n Maksimum wagtyd van 2 uur word toegelaat volgens die kernstandaarde vir klinieke (Departement Gesondheid, 2001:11). Die gemiddelde wagtyd vir 'n ambulans was egter ongeveer 3 tot 4 uur volgens die terugvoer van die kliniese verpleegpraktisyns by die instansies. Slegs by een instansie was daar wel ambulans op die perseel beskikbaar en word geen probleme ervaar nie.

- Bogenoemde probleem is egter kompleks en behoort op bestuursvlak aangespreek te word in sy vele fasette.

## 5.40 SAMEVATTING

Die gevolgtrekkings en aanbevelings in hoofstuk 5 is gebaseer op die doelwitte in hoofstuk 1.

Twee hoofareas is geëvalueer, naamlik:

- *die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn; en*
- *die werkomgewing van die kliniese verpleegpraktisyn aan die hand van die kernnorme en kernstandaarde van die Departement van Gesondheid as (2001:10-16) as riglyn.*

Die aanbevelings van die navorser word kortliks as volg opgesom:

### ***Ten opsigte van bestuur***

- *Die leierskap van die georganiseerde verpleegberoep met eerstehandse kennis en begrip van die kliniese verpleegpraktisyn behoort betrokke te wees by alle beplanning wat die bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn raak (5.9).*



- *Kliniese verpleegpraktisyne in bestuursposisies, moet betrokke raak by die motivering van kliniese verpleegpraktisyne en hierdie beroepsgroep konstruktief op bestuursvlak verteenwoordig (5.10 en 5.12.3).*
- *Onregmatighede en ongelykhede ten opsigte van vergoeding, posvlakke en posbenamings van kliniese verpleegpraktisyne moet aandag geniet en uitgeskakel word deur diegene in bestuursposisies (5.11).*
- *'n Verpligte jaar van internskap binne die streek waar die opleiding deurloop is, word deur die navorser aanbeveel (5.12.2).*
- *Skryflike magtiging deur hul werkgewer is by kliniese verpleegpraktisyne as 'n behoefte geïdentifiseer (5.12.4).*
- *Bespoediging van amalgamasie blyk vir die navorser essensieel te wees vir beter praktyklewering (5.30).*
- *Responstyd van noodvervoer behoort aandag te geniet (5.39).*

### **Ten opsigte van onderrig**



- *Ondersoek behoort ingestel te word na evaluering van vorige ondervinding, tesame met vorige leer, voor die kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg deurloop word (5.2).*
- *Die navorser beveel die ontwikkeling van kriteria vir die akkreditasie van voorafleer aan (5.3).*
- *Die ondersoek na 'n kombinasie van 'n modulêre stelsel, kontaksessies en afstandsonderrig vir die kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg behoort gedoen te word (5.3).*
- *Onderrigpersoneel behoort nog meer betrokke te wees by kliniese onderrig (5.4).*

- *Die instelling van indiensopleiding vir kliniese verpleegpraktisyns wat nie voorheen gepraktiseer het nie, of om die een of ander rede wanaangewend is, word aanbeveel (5.8).*
- *Verdere opleiding in chroniese sorg blyk 'n behoefte te wees (5.14).*
- *'n Opleidingskursus vir die uitreiking van medikasie ten einde lisensiëring te verseker ooreenkomstig die Aptekerswet (53 van 1974, soos gewysig) wat vanaf Mei 2005 in werking tree, ontbreek in die Wes-Kaapprovinsie se Metropoolstreek (5.15).*
- *Indiensopleiding om diensprioriteite, en behoeftes van die kliniese verpleegpraktisyns te akkommodeer, moet deurlopend verseker word (5.19).*
- *Meer klem behoort gelê te word op transkulturele verpleging op primêre gesondheidsorgvlak (5.21).*
- *Opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in al drie die amptelike tale van die Wes-Kaapprovinsie en die moontlike aanwending van die vaardigheidsontwikkelingsfonds vir hierdie doel word aanbeveel (5.22).*
- *Deurlopende evaluasie en monitering van opleiding wat deurloop is, is nodig om verwagte uitkomst te verseker (5.28).*

### **Ten opsigte van dienste**

- *Vennootskappe tussen openbare en staatsinstansies om dienslewering uit te brei (5.5).*
- *Periodieke dienslewering deur kliniese beamptes op primêre gesondheidsorgvlak om verbetering van gesondheidsdienste op primêre gesondheidsorgvlak teweeg te bring (5.6).*
- *Beskikbaarstelling van meer verpleegspesialiste by gemeenskapsgesondheidsentrums om op distriksbasis diens te lewer in ooreenstemming met die bevin-*

*dings in die verslag van die Bi-Ministerial Task Team on the Implementation of a Municipality-Based District Health System in the Western Cape (2000: 17-19) (5.7).*

- *Daaglikse kontrolering van noodtoerusting by instansies deur toegewysde persone om medies-geregtelike situasies te vermy (5.15).*
- *Jaarlikse evaluering van diensvoorsiening om die verskil aan te toon tussen diensverskaffing en diensbehoefte soos aanbeveel deur Departement Gesondheid (2001:12-16) (5.18).*
- *Toetsing van die gemeenskap se persepsies van diensverskaffing twee keer per jaar deur onderhoude of vraelyste (5.18).*
- *Die uitbreiding van gemeenskapsbetrokkenheid van kliniese verpleegpraktisyne (5.27).*
- *Die bywoning van bewusmakingsprogramme om diens te verbeter (5.28).*
- *Die ontwikkeling van vaardighede deur bywoning van 'n kursus in persoonlike ontwikkeling met veral konflikhantering en streshantering as komponente (5.29).*
- *Daarstelling van 'n naslaanbiblioteek op instansievlak (5.31).*
- *Jaarlikse selfoudit deur gebruik te maak van The Primary Health Care Package van Departement Gesondheid (5.32 en 5.33).*

### **Ten opsigte van navorsing**

- *Ondersoek na uitkomsgebaseerde teoretiese en kliniese onderrig vir kliniese verpleegpraktisyne (5.4).*
- *Optimale aanwending van die kliniese verpleegpraktisyn in 'n verpleegkundiggedrewe primêre gesondheidsorginstansie, gesien vanuit die perspek-*

*tief van 'n kliniese verpleegpraktisyn en in die lig van Healthcare 2010: Equal Access to Quality Health Care van die Wes-Kaap se Departement van Gesondheid (5.11).*

- *Die aard van 'n omvattende diens en die omvattendheid van die praktisyn se dienslewering in die Metropolstreek van die Wes-Kaapprovinsie (5.20).*
- *Transkulturele verpleging op primêre gesondheidsorgvlak (5.21).*

**Ander:**

- *Die instelling van 'n forum vir kliniese verpleegpraktisyns (5.25).*

*Die navorser het nie gepoog om met hierdie histories sterk gefundeerde studie alle toekomstige beplanning ten opsigte van die gesondheidsdienste te verander nie, maar wou dit skets as 'n vertrekpunt vir besluitneming oor die toekoms van die kliniese verpleegpraktisyn. Die navorser wou verder areas vir potensiële konflik blootlê en aspekte uitwys wat bevorderlik is vir optimale dienslewering aan die verbruiker van gesondheidsdienste van die Wes-Kaapprovinsie se Metropolstreek en ook areas blootlê waar veilige praktyk soms ten koste van ekonomiese oorwegings ingeboet sou kon word.*

*Die kliniese verpleegpraktisyn speel reeds 'n kernrol in die lewering van primêre gesondheidsorgdienste en behoort in die toekoms nog 'n groter rol te speel in die gesondheidsdienslewering op primêre vlak in die Metropolstreek van die Wes-Kaapprovinsie. Dit is die navorser se versoek dat kwaliteit nooit vir kwantiteit veruil mag word waar dit die kliniese verpleegpraktisyn betref nie. Soos vorige navorsing bewys het, is die kliniese verpleegpraktisyn nie 'n dokter nie en wil daarom nie die plek van die dokter inneem nie, maar kan soos deur die geskiedenis bewys van groot hulp wees om as praktisyn in eie reg 'n rol te speel om die las van die dokter te verlig.*

*Die uitdaging is dus vir diegene gemoeid met besluitneming insake die bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn in die toekoms, die aanspreek van dinamiese gesondheidsbehoefte sowel as veilige dienslewering aan die publiek binne die wettige en etiese grense van die professie.*

## VERWYSINGS

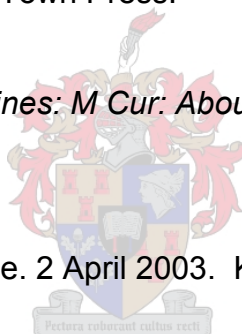
African National Congress. 1994. *A National Health Plan for South Africa*. 1<sup>st</sup> edition. Johannesburg: African National Congress.

Andrews, M.M. & Herberg, P. 1999. Theoretical Foundations of Transcultural Nursing, in M.M. Andrews & J.S. Boyle (ed.). *Transcultural Concepts in Nursing Care*. 1999. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: Lippencott, Williams & Wilkens: 3-22.

Baldwin-Ragaven, L. de Gruchy, J. & London, L. 1999. *An Ambulance of the Wrong Colour: Health Professionals, Human Rights an Ethics in South Africa*. 1<sup>st</sup> edition. Rondebosch: University of Cape Town Press.

Bester, E. 2003. *General Guidelines: M Cur: About Writing Your Thesis*. University of Stellenbosch, Stellenbosch.

Brown, V. 2003. Korrespondensie. 2 April 2003. Kensington.



Cilliers, L. 2003. Refencing Methods: Harvard, in E. Bester (compiled). *General Guidelines: M Cur: About Writing Your Thesis*. University of Stellenbosch, Stellenbosch.

Clifford, C. 1990. *Nursing and Health Care Research*. London: Prentice Hall Int (UK) Ltd.

Coetzee, J.J.G. 2003. Korrespondensie. 21 April 2003. Kaapse Technikon, Kaapstad.

De Villiers, M.R. & Sandison, K. 1998. A Qualitative Evaluation of Integration in a Community Health Centre: To determine factors influencing the integration process. *Family Medicine*. 1998. January/February: 2-4.

De Vos, A.S. 2000. *Research at Grassroots: A Primer for the Caring Professions*. 2<sup>nd</sup> edition. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Departement van Gesondheid. 2000. *The Primary Health Care Package for South Africa: A Set of Norms and Standards*. Pretoria: Department of Health.

Department of Health and Social Services Provincial Administration Western Cape. 2000. *Report of the Bi-Ministrial Task Team on the Implementation of a Municipality-Based District Health System*. April 2000. Cape Town: The Health Systems Trust.

Department of Health. 1999. *Health Sector Strategic Framework 1999-2004*. Pretoria: Department of Health.

Department of Health: Branch Operations: Chief Directorate Metro Region: Directorate Community Health Services organisation (CHSO). 2001. *Investigation into Creation of Posts of Clinical Nurse Practitioners at Community Health Centres (CHC): Project 90/2001*. Woodstock: CHSO.

Department of Health: Provincial Administration Western Cape. 2003. *Health Care 2010 – Equal Access to Quality Health Care*. Cape Town: Health Western Cape.

Devereaux, M.O. 1991. Nurse Practitioners in North America, in J Salvage (ed.). *Nurse Practitioners Working for Change in Primary Health Care Nursing*. 1<sup>st</sup> edition. London: King's Fund Centre: 10-23.

Die Aptekerswet Nr. 53 van 1974, soos gewysig.

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die Bestek van Praktyk van Persone wat kragtens die Wet op Verpleging, 1978, Geregistreer of Ingeskryf is. Regulasie Nr. 2598 van 30 November, soos gewysig as Regulasie 260 van 15 Februarie 1991.

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Reëls wat die Handeling of Versuime, ten opsigte van waarvan die Raad Tugstappe kan doen uiteensit. Regulasie Nr. 387 van 15 Februarie 1985, soos gewysig as Regulasie 2490 van 26 Oktober 1990.

The South African Nursing Council. Regulations Relating to the Keeping, Supply, Administering or Prescribing of Medicines by Registered Nurses No 2418 of 2 November 1984.

Die Wet op Verpleging Nr. 50 van 1978, Artikel 38A, soos gewysig.

Dolan, A. 1973. *Nursing in Society – A Historical Perspective*. 1<sup>st</sup> edition. Philadelphia: W.B Saunders Co.

Farrell, M. 1991. A European Perspective, in J Salvage (ed.). *Nurse Practitioners Working for Change in Primary Health Care Nursing*. 1<sup>st</sup> edition. London: King's Fund Centre: 37-43.

George, J.B. 1995. Madeleine Leininger, in JB George (ed.). 1995. *Nursing Theories: The base for professional nursing practice*. 4<sup>th</sup> edition. Connecticut: Appleton & Lange. Chapter 21; 373-388.

Geyer, N. (n.d). *Legal Limitations of Nursing Practice in Primary Health Care*. Pretoria: Denosa.

Geyer, N. 2003. Dispensing Nurses: New Legislation. *Nursing Update*. 2003, October; 27(9): 30-31.

Jordaan, D. 2003. Unpublished research: *The Knowledge of Registered Nurses regarding skin integrity, footcare and Nutrition of a diabetic client with a stroke*. University of Stellenbosch, Stellenbosch.

Khan, H. 2001. Respecting Patient's Language Rights. *Nursing Update*. 2001. July; 31

Kapp, R. 2000. *The Role of the Clinical Nurse Practitioner in the Cape Metropolitan Community Health Centre*. M. Fam. Med. Mini-thesis, Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch.

Katzenellenbogen, J.M., Joubert, G. & Karim, S.S.A. 1999. *Epidemiology: A Manual for South Africa*. 2<sup>nd</sup> edition. Cape Town: Oxford University Press.

Khoza, L.B. 1997. Caring for the Newly qualified Professional Nurse. *Nursing News*. 1997. October; 42-43.

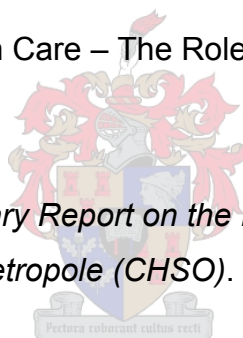
Maelane, M. 2002. Implications of Indigenous African Beliefs and Customs. *Nursing Update*. 2002. September; 26(8): 14-17.

Major, V. 2000. Korrespondensie, n.d. Skiereilandse Technikon, Bellville.

Maglacas, A. 1987. A Global Perspective, in J Salvage (ed.). 1991. *Nurse Practitioners Working for Change in Primary Health Care Nursing*. 1<sup>st</sup> edition. London: King's Fund Centre: 1-9.

Mellish, M. 1984. Primary Health Care – The Role of the Nurse. *Curationis*, 7 (1): 23-26.

Metropole DHS, 2003. *Preliminary Report on the Internal Investigation on the Clinical Personnel at PHC Level in the Metropole (CHSO)*. Woodstock: Metro DHS.



Muller, J.J. & van Rooyen, A. 1994. *Public Administration in Post-Apartheid South Africa*. 1<sup>st</sup> edition. Bellville: School of Public Management, University of Stellenbosch.

Myburgh, J. 1995. The Soweto Flying Squad, in Schutte, L.B., Schwella, E. & Fitzgerald, P. (ed.). 1995. *Changing Public and Development Management: South African Cases*. Cape Town: Juta & Co. Ltd.: 120-121.

Ogilvie, B.C. 2001. Korrespondensie. 1 Augustus 2001. Provinsiale Administrasie Wes-Kaap: Metropoolstreek, Parow.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. n.d. *Nursing Research: Principles and Methods*. 4<sup>th</sup> edition. Philadelphia: J.B. Lippencott Co.



Provincial Administration Western Cape, Metropole Region: HRD & Training, 2003.  
*Internship Programme: Reports 2000 & 2003.*

Provinsiale Administrasie Wes-Kaap. 2000. *Kurrikulum vir Kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg.*

Robertson-Steele, I. 1998. Providing Primary Care in the Accident and Emergency Department: the End of the Appropriate Attender. *British Medical Journal*. 7 February. Volume 316:409.

Seaman, C.H.C. 1991. *Research Methods: Principles, Practice and Theory for Nursing*. 5<sup>th</sup> edition. East Norwalk: Prentice Hall.

Searle, C. 1987. *Die Geskiedenis van die Ontwikkeling van Verpleging in Suid-Afrika 1652-1960*. 3de druk. Pretoria: Suid Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

Searle, C & Pera, S. 1993. *Professionele Praktyk: 'n Suid-Afrikaanse Verpleegperspektief*. 2de uitgawe. Durban: Butterworths.

Smit, I. 2003. *'n Evaluering van die Voorkoms van Perineale Trauma tydens Verlossings in Openbare Gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap: 'n Verpleegkundige Perspektief*. Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch.

Stillwell, B. 1991. An Ideal Consultation, in J Salvage (ed.). *Nurse Practitioners Working for Change in Primary Health Care Nursing*. 1<sup>st</sup> edition. London: King's Fund Centre: 67-73.

The Republic of South Africa, 1996. *The Constitution: Act 108 of 1996*. Pretoria: Government Printer.

Tjale, A. 2002. A Personal Reflection on the Profession. *Nursing Update*. 2002. July; 26(6): 32-33.

Treece, E.W. & Treece, J.W. 1977. *Elements of research in Nursing*. 4<sup>th</sup> edition. St. Louis: The CV Mosby Company.

Turner, D. 1985. *Physical Examination for Clinical Nurse Practitioners*. 1<sup>st</sup> edition. Cape Town: King Edward VII Trustfund.

Uys, H.H.M. & Basson, A.A. 1983. *Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde*. Pretoria: Haum.

Van der Walt, S. 2002. Korrespondensie n.d. Universiteit Stellenbosch, Stellenbosch.

Van Niekerk, S. 1994. Die Verband tussen Onderrig, Leer en Praktisering. *Nursing RSA*. 1994. 9(7):40-42.

Wet op Mediese-, Tandheekundige- en Verwante Gesondheidsberoepe Nr 56 van 1974, soos gewysig.

Wet op Medisyne en Verwante Stowwe Nr. 101 van 1965, soos gewysig.

World Health Organization & United Nations Children's Fund, 1978. *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care: Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization.



# BYLAE A



PRIVATE  
IMIBUZO

TELEPHONE : (021) 9181701

FAX NUMBER : (021) 9461271

The Acting Director  
PAWC: Health  
Metropole Region  
Private Bag x 15  
PAROW  
7500

ATTENTION: Ms. K. Hillman

RE: PERMISSION FOR CONDUCTING NURSING RESEARCH IN THE METROPOLE REGION

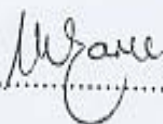
I am a MCur student at the University of Stellenbosch and also an employee at your Regional Office. I wish to obtain permission from you to do research for my current studies, in the Metropole Region of the Western Cape Province. My study leader is Dr. M.E. Bester.

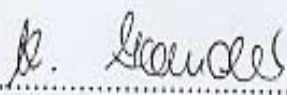
Being a facilitator for the Certificate Course in Curative Skills for Primary Health Care, I will direct my research at the practice of the Clinical Nurse Practitioner (CPN), working in the Community Health Centres in the Metropole Region of the Provincial Administration of the Western Cape Province.

All costs will be for my own account and there will be no ethical implications for the patients at the respective institutions. Data will be collected between August and November 2002, by means of a self-administrative questionnaire and interviews.

Your written answer can be forwarded to me, via my supervisor, Ms. Kay Govender, at HRD and Training, Metropole Region.

Thanking you in anticipation

  
.....  
Ms. M. C. EARLE (STUDENT)

  
.....  
Ms. K. GOVENDER (ASSISTANT DIRECTOR HRD  
AND TRAINING)

Reference  
Verwysing  
Isalathiso

Telephone 021-9181537  
Telefoon  
Ifowuni

Date 28 June 2002  
Datum  
Umhla

PROVINSIALE ADMINISTRASIE: WES KAAP  
**DEPARTEMENT GESONDHEID**



ULAWULO LWEPHONDO: INTSHONA KOLONI  
**ISEBE LEZEMPULO**


**Ms M C Earle  
HRD & Training  
METROPOLE REGION**

**PERMISSION FOR CONDUCTING NURSING RESEARCH IN THE METROPOLE REGION**

1. I refer to your undated letter received in our offices on the 26 June 2002.
2. Our office has no objections for you to do research.
3. Could you please contact the Local Authorities and Dr Bitalo, if you wish to interview the nurses.
4. It would be appreciated if you could submit a copy of the results, but first your research proposal must be given to us, the Local Authorities and Dr Bitalo.

Thank you for your co-operation in this matter.

Yours truly,

  
**ACTING REGIONAL DIRECTOR : METROPOLE REGION**

METROPOLE REGION  
PRIVATE BAG X15  
PAROW 7500  
TEL. (021) 9181537  
FAX (021) 945 1919

METROPOOL STREEK  
PRIVAAT SAK X15  
PAROW 7500  
TEL. (021) 9181537  
FAX (021) 9451919

**Verwys asseblief na meegaande korrespondensie**

- ◆ Inligting soos deur u aangevra
- ◆ Vraelyste sal in die individu se taalvoorkeur, hetsy Afrikaans en/of Engels voorsien word
- ◆ Dit sal hoog op prysgestel word om spoedig van u te hoor
- ◆ Baie dankie by voorbaat vir u samewerking en ondersteuning

Vriendelike groete

M. C. Earle (mev)

**Vir korrespondensie doeleindes:**

Tel: 021-9181701(w)  
021-9499683(h)  
0834611187(sel)

Adres: Harmonielaan 5  
Bosbell  
7530

E-pos: mcearle@pawc.wcape.gov.za

*Debbie,*

*Send copies of the research proposal to  
Dr. L. Bitalo.*

*Inform M. Earle she has our permission  
but still requires the permission of  
Dr. L. Bitalo*

*Thanko*

*M. Williams*

*10/3/2003*

INDRIBES  
NAHEAL  
IMRIZ

**Mrs J Hair**

TELIPHOPE  
TELIPHOPE  
FORUM

**(021) 460 9204**

REFERENCE  
FORWINSIG  
ISALADIND

DATE  
DATUM  
DATE A

**12 July 2002**

PROVINCIAL ADMINISTRATION, WESTERN CAPE

**Department of Health**

PROVINSIALE ADMINISTRASIE, WES-KAAP

**Departement van Gesondheid**

ULAWULO LWEPHONDO: INTSHONA KOLONI

**Isebe Lezempilo**

**ATTENTION: MS M.C. EARLE**

**The Assistant Director HRD and Training  
Metropole Region  
Karl Bremer Hospital  
Private Bag X15  
PAROW**

**RE: PERMISSION FOR CONDUCTING NURSING RESEARCH IN THE  
METROPOLE REGION**

With reference to the above, permission is hereby granted to conduct the respective research.

You do however not indicate the respective Districts or Community Health Centres where the research is to be conducted. This would be required in order to notify them.



**DEPUTY DIRECTOR**  
/cnh

## **Verwys asseblief na meegaande korrespondensie**

- ◆ Inligting soos deur u aangevra
- ◆ Vraelyste sal in die individu se taalvoorkeur, hetsy Afrikaans en/of Engels voorsien word
- ◆ Dit sal hoog op prysgestel word om spoedig van u te hoor
- ◆ Baie dankie by voorbaat vir u samewerking en ondersteuning

Vriendelike groete

M. C. Earle (mev)

## **Vir korrespondensie doeleindes:**

Tel: 021-9181701(w)  
021-9499683(h)  
0834611187(sel)

Adres: Harmonielaan 5  
Bosbell  
7530

E-pos: [mcearle@pawc.wcape.gov.za](mailto:mcearle@pawc.wcape.gov.za)



ENQUIRIES : M. C EARLE  
NAVRAE  
IMIBUZO

TELEPHONE : (021) 9181701

FAX NUMBER : (021) 9461271

The Chief Executive Officer  
City of Cape Town  
PO Box 2815  
CAPE TOWN  
8000

ATTENTION: Ms. S. Beukman

RE: PERMISSION FOR CONDUCTING NURSING RESEARCH IN THE METROPOLE REGION

I am a MCur student at the University of Stellenbosch and also an employee at the PAWC: Metropole Regional Office. I wish to obtain permission from you to do research for my current studies, in the Community Health Centres in the Metropole Region of the Western Cape Province. My study leader is Dr. M.E. Bester.

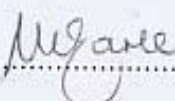
Being a facilitator for the Certificate Course in Curative Skills for Primary Health Care, I will direct my research at the practice of the Clinical Nurse Practitioner (CPN), working in the Community Health Centres.

All costs will be for my own account and there will be no ethical implications for the patients at the respective institutions. Data will be collected between August and November 2002, by means of a self-administrative questionnaire and interviews.

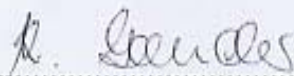
Permission has been obtained from Ms. Hillman and permission has also been requested from CHSO.

Your written answer can be forwarded to me at above fax number or at HRD and Training, PAWC Metropole Region Private Bag x15, PAROW 7500.

Thanking you in anticipation

  
.....

Ms. M. C. EARLE (STUDENT)

  
.....

Ms. K. GOVENDER (ASSISTANT DIRECTOR HRD  
AND TRAINING)

M E M O CITY OF CAPE TOWN



COMMUNITY SERVICES

DIREKTORAAT • ISEBE • DIRECTORATE

HEALTH DEPARTMENT: TRAINING SECTION

Afdeeling • Ixandelo • Section

S BEUKMAN

Versier • Inza u • Ask for

(021) 938-8262

Telefoon • Ifoni • Telephone

(021) 938-8273

Faks • Fax

Sharon.Beukman@capetown.gov.za

E-Mail

14 March 2003

Datums • Umhla • Date

PRIVATE BAG X13, GOODWOOD, 7459

Adres • Idilesi • Address

TECHNICAL SUPPORT SERVICES - NURSING

Iintsarwa • Inqinql yemkuzo • Service Area

82 Alexander Street Parow. (Between Steenbras and Klossers Streets)

MRS M.C. EARLE  
HRD & TRAINING  
PAWC METROPOLE REGION.

FAX (021) 946-1271

**RE: PERMISSION FOR CONDUCTING NURSING RESEARCH.**

Permission is granted for you to undertake your research.

I have consulted with the following persons -

Mrs L. Mtwazi - Head: Health Services - Tygerberg Area.

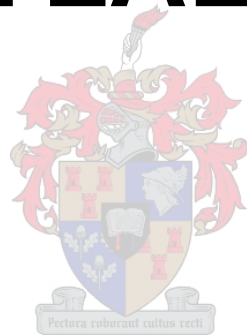
Mrs M. Ferreira - Nurse Manager - Blaauwberg Area (P. 550-7538)

Mrs E. van der Merwe - Nursing Service Manager - Oostenberg Area and acting in the Helderberg Area. (P 900-1697 or 850-4312)

S.A. BEUKMAN

ASS MANAGER: TECHNICAL SUPPORT SERVICES: Nursing

# BYLAE B



## LEGAL LIMITATIONS OF NURSES' PRACTICE IN PRIMARY HEALTH CARE

Nelouise Geyer, DENOSA

### POINT OF DEPARTURE

Alma Ata: Health for all by the year 2000

The vision of Health for All was launched at the Alma-Ata Conference in 1978. The World Health Organization (WHO) viewpoint on nursing in support of the goal of "Health for all by the year 2000", is that "nursing practice needs to be autonomous and accountable and legislation which embodies unrealistic restrictions should be re-examined and changes instituted. Nursing care is complementary to all other types of care, but makes its own unique contribution to health services as a whole".

### 2 Policy: Department of Health

The health care policy of the Department of Health focuses on primary health care and indicates that the nurse will be the client/patient's first contact with health care services. Primary Health Care is the cornerstone of health care for all.

### 3 Nurses in South Africa

Nurses in the Republic of South Africa are accountable and do make a unique contribution to health services, but perhaps nurses need to examine closely legal and other restrictions which prevent them from making this contribution to "Health for all by the year 2000".

### LEGISLATION IMPACTING ON THE PRACTICE OF THE REGISTERED NURSE IN PRIMARY HEALTH CARE

#### 1 Nursing Act, No 50 of 1978

The nurse is the health professional who is available for twenty-four hours a day in most health care settings and is thus ideally suited to co-ordinate the multi professional health team, based on the health needs of patients. If the activities of the other members of the multi professional team are not available, she often needs to have the skills and discretionary ability to either do what needs to be done herself, or refer. To co-ordinate patient care necessitates her moving into the grey areas of practice of the nurse, medical practitioner and pharmacist.

This not only requires that the nurse should have the necessary skills, knowledge and expertise to do so, but she should also be legally enabled to do so.

#### 2.1.1 Scope of practice, Regulation 2598 of 30 November 1984

The nurse's scope of practice is very broad and needs to be interpreted by each individual nurse according to her own specific knowledge, skills and expertise. To define a scope of practice can be hazardous because technological advances and the dynamic nature of nursing bring about changes in practice impossible to accommodate in a list of procedures or tasks. To express the scope of practice of nursing in lists and procedures negates the real nature of nursing and considers the technical aspects only.

The Scope of Practice Regulations contain some definitions which impact on the practice of the nurse in primary health care:

- (a) **"diagnosing"** shall mean the *identification of, and discriminating between physical, psychological and social signs and symptoms in man* ....

The motivation for defining the word diagnosing in the scope of practice can be assumed to have been to avoid the making of what is termed and perceived to be a medical diagnosis, by the nurse. This definition is, however, confusing in that it creates the perception that there are different kinds of diagnoses and that nurses and medical practitioners are busy with different actions. Nurses in primary health care are certainly making "medical diagnoses" and the expectation is that they will also make a "nursing diagnosis" to ensure comprehensive care for the patient.

- (b) **"nursing regimen"** shall mean the *regulation of those matters which, through nursing intervention have an influence on the preventive, promotive, curative or rehabilitative aspects of health care and includes the provision of nursing care plans, their implementation and evaluation thereof and recording of the course of the health problem, the health care received by a patient and its outcome whilst a patient is in the charge of the nurse* ....

The term "nursing regimen" is often interpreted as the actual plan or blueprint of nursing care rather than the entire spectrum of events which starts with the first contact between the patient and the nurse and continues to the termination of that contact. It is further also often seen as a once off event when the patient is first assessed. Planning nursing and health care for a patient is also a cyclical action where the patient is continuously assessed and the plan adjusted accordingly.

The nursing regimen should dovetail with the regimens of the other members of the multi professional health team. Even when planning nursing care only, the plan can never be adequate if the total treatment regimen of the patient is not taken into account. To ensure this, the nurse should have a sound knowledge of pathophysiological and pharmacological principles to ensure that the patient's needs are correctly interpreted and the regimen dovetails with that of the other team members. The nurse needs expert clinical knowledge at all times and not only when authorised in terms of Section 38A of the Nursing Act, 1978.

- (c) "prescribing" shall mean giving the written directions regarding those treating, nursing care, co-ordinating, collaborating and patient advocacy functions essential to the effective execution and management of the nursing regimen ...

Prescribing of nursing care involves a thorough understanding of the treatment regimens of the other members of the multi professional team. The nurse needs to have a thorough understanding of all of the psycho-physiological and pharmacological principles involved in the management of patient care to plan her own care.

In the hospital situation a nurse would not prescribe medical care, but merely blends it into the nursing care. In the primary health care field the nurse is prescribing medical treatment and the above definition is therefore limiting her scope. The nurse should be legally equipped to perform the duties expected of her.

- (d) "treatment" shall mean selection and performance of those therapeutic measures essential to the effective execution and management of the nursing regimen.

In primary health care settings a doctor is not always available in the same way as in a hospital and the Government policy further states that the nurse will be the patient's first contact with the health care system in primary health care. It is imperative that the nurse initiate medical treatment in a variety of diseases which are of local, regional or national importance, for example Tuberculosis, Sexually Transmitted Diseases, etc., which have a direct impact on morbidity and mortality rates in South Africa.

- (e) Accountability

The nurse remains accountable for her actions and omissions in terms of Government Notice R387 of 15 February 1985. Although the nurse is involved in the initiation of the medical treatment, she is still practising as a nurse according to the regulations applicable to the nurse and can for example be found negligent if it is found that she omitted to carry out nursing care.

#### 1.2 Section 38 A of the Nursing Act, No 50 of 1978

During 1981 an amendment to the Nursing Act made provision for section 38 A. This provided for nurses in the employ of the state, local authorities or an organisation rendering a health service perform certain acts in areas where the services of a medical practitioner or pharmacist are not available.

This section does not provide nurses with the necessary empowerment to render an effective primary health care service. The following limitations exist:

- i. This section does not make provision for midwives. The midwife in the service of the state must rely on a prescription by a medical practitioner for individual patients. This directly affects the effective functioning of midwives in clinics and day-hospitals, where medical practitioners may not be available. Standing orders and protocols should be made available for these nurses to administer, for example, Syntocinon and Vitamin K.
- ii. Authorisation is limited to nurses in the employ of state services, local authorities and certain organisations rendering a health service. It does not provide for the private nurse practitioner or the nurse in a private institution such as an occupational health clinic.
- iii. The Director General of Health may delegate her responsibility to authorise nurses to prescribe to another practitioner in the employ of the state health department. Only the medical practitioner in charge of certain authorities delivering a health service, may authorise nurses and no provision is made for further delegation, making it impractical considering the distribution of primary health care services. The nurses in the services of the Defence Force, the Mines and Correctional Services are therefore also excluded as they are not supervised by the Department of Health.

Although the Prisons Act states that there should be a medical practitioner in each prison to perform the functions stipulated in the Act, this function is almost always performed by the part-time, sessional district surgeon (this arrangement is provided for in section 6(2) of the Prisons Act). In practice it often happens that the nurse is on her own and has to provide a health service.

- iv. Provision is further made only for "physical" assessment and diagnosing - therefore excluding mental disorders.
- v. Authorisation can only be granted in the absence of a doctor or pharmacist. This is in contradiction to the health policy of the Government.

#### 2.1.3 Authorisation of nurses to prescribe

In addition to this, the authorisation of nurses was being done in a very uncoordinated and haphazard way. This is done in consultation with the Nursing Council and the Pharmacy Council. Nobody new who was authorised to prescribe or what criteria were used to authorise. The Department of Health and the SA Nursing Council developed some guidelines during 1997 to guide the persons responsible for authorisation which are the following:

## 1.3.1 The nurse should:

- meet all the legal requirements of section 36A of the Nursing Act (No 50 of 1978, as amended), viz:
  - be practising in a primary health care service in the service of the Department of Health, a local authority or an organisation performing a health service
  - be registered as a nurse with the South African Nursing Council (SANNC)
- have successfully completed a course approved by the SANNC which will enable her to meet the following objectives:

Primary Health Nursing, Clinical Nursing Science, Health Assessment, Treatment and Care as well as knowledge and competency in:

- Pharmacology
- drug-drug relationships
- drug-patient relationships
- Disease profile in a geographical area
- signs and symptoms related to the most prevalent conditions in the country
- assessment skills
- drug supply management
- procurement, storage, supply, control and maintenance
- Drug legislation
- Prescribing
- The ability to respond to the demands of the Essential Drugs Programme by giving support to and receiving support from other health professionals
- Communication skills
- Knowledge of the profession's limitations
- The nurse's limitations.

## 1.3.2 The authorising officer shall

- (a) issue the authorisation to a specific person for a specific place
- (b) limit the authorisation to a period of two years from date of granting.

Currently authorisation to prescribe medications is granted by the Director-General (usually her delegate at local level or the medical officer of health at the local authority) in terms of section 36A of the Nursing Act. The same criteria as above apply.

## 1.4 Regulations Relating to the keeping, supply, administering or prescribing of medicines by registered nurses (No 2418 of 2 November 1984)

The restriction to schedule one to four medicines is contained in Regulation 2418 (promulgated in 1984). The exclusion of schedule 5, 6 and 7 drugs from the list of medication a nurse may keep or prescribe, is a big stumble-block for the psychiatric nurse and the nurse rendering care to the terminally ill.

This restriction has, however, been removed as the Medicines and Related Substances (Act 101 of 1965) Amendment Act No 90 of 1997 makes provision for the nurse to acquire, possess, use and supply identified schedule 1 to 6 drugs.

## 2.2 The Pharmacy Act, 1974 (South Africa 1974)

2.2.1 Section 29 (3)(e) allows any person registered or enrolled under the Nursing Act in a hospital or institution to keep medicine and supply it to patients, under the direction of a medical practitioner and in accordance with the Medicines Control Act.

2.2.2 Section 29(3)(d) provides for nurses in the medical service of the armed forces to handle and supply medication to members of the armed forces under the supervision of the medical doctor or pharmacist provided that they are trained.

2.2.3 Section 29 (3)(f) refers to the keeping and acquiring of medicines by a person or organisation in order to deliver a service, but a nurse may only supply to the patient on the prescription of a medical practitioner. This severely limits the functioning of the nurse, because the medical practitioner, in many instances, is only available for a limited time. The reason why the organisation rendering a health service and the nurse in its employ is issued with a permit is because a pharmacist or medical practitioner is not readily available.

## 2.2.4 The Pharmacy Amendment Act (No 88 of 1997) also provides for:

- (a) inclusion in section 29 (3)(a) of the nurse as a practitioner who may keep or supply drugs to her patients in accordance with the Medicines Control Act.
- (b) provision for the Minister in section 29 (4) to, in consultation with the Pharmacy Council, grant a person not registered under the Pharmacy Act authorisation to perform a service specially pertaining to the scope of practice of a pharmacist on conditions determined by the Minister. This allows for nurses who may have to perform pharmaceutical duties.
- (c) the actions stated in section 29 (2) will in future be included in the regulations pertaining to the scope of practice. The following limitations in the Pharmacy Act have therefore also been removed:

(i) Section 29(2)(b)(i) limited her functioning in the primary health care field in that she needed a medical practitioner to prescribe medication for a patient;

(ii) Section 29 2(j) with respect to 'the furnishing of advice to any person with regard to any medicine supplied by him' which placed limitations on the practice of the Primary Health Care nurse, a large part of whose practice is based on health education including advice to patients on medication.

2.2.5 The Pharmacy Act only refers to the registered nurse - therefore excluding the midwife.

### 3 The Medicines and Related Substances Control Act 101 of 1965

Currently the following is provided for:

3.1 Section 22 A (12) of this act provides for issuing a permit to a nurse or organisation providing a health service:

- (a) This permit is issued after consultation with the Pharmacy Council.
- (b) <sup>Licensing Act</sup> ~~Authorisation~~ is given to acquire, possess, use and supply specified substances. Each permit is accompanied with a list of substances that the permit holder may obtain. Applications to add items to this list may be made (and motivated) to the Department of Health.
- (c) This permit does not authorise the nurse to prescribe any medication. No course done by the nurse provides automatic authorisation to prescribe.
- (d) Only schedule 1 - 4 substances may be obtained. Unscheduled substances may be kept. When a patient is on a schedule 5 or 6 treatment, the nurse may not handle, supervise, monitor or continue the patient's treatment. The patient therefore has to be referred to the medical practitioner leading to a loss of man-hours and additional expenses for the patient. This negates the essence of, for instance, an occupational health service. Most patients on psychiatric treatment receive schedule 5 medication. Nurses involved in caring for the terminally ill who needs pain relief is also restricted in terms of what they may use to make the patient comfortable.
- (e) The Director General of Health will determine the conditions to which the permit will be subjected, e.g. a permit is only issued to an occupational health service if a medical practitioner visits the service for at least one hour per week. In terms of these conditions it is the medical practitioner who is responsible for the control of medication, and not the person or organisation to whom the permit is issued.

The running of the clinic and the responsibility for the medicine in the clinic in practice rests with the registered nurse and it is unrealistic to hold the medical practitioner responsible for patients and their treatment when he is there for only a short period.

The occupational health nurse providing a service to small companies, finds it increasingly difficult to provide a proper service. The nurse cannot obtain a permit, thus not allowing her to carry the medicines with her to the various smaller occupational health services. The smaller industry cannot, and sometimes, does not want to obtain a permit to acquire, keep, use and supply medication.

2.3.2 The Amendment Act has not been implemented yet, but makes provision for:

- (a) Section 22 A (14)(b) Nurses may only prescribe medication after she/he has been authorised to do so by the S A Nursing Council. It must be stated clearly that authorisation will not be automatically granted on completion of a relevant course.
  - (b) Section 22 A (15) The nurses may only acquire, possess, use or supply any specified schedule 1-6 substance if a permit has been issued to the nurse or the institution which the nurse is working for. Such a permit will be issued by the Director General of the Department of Health or his/her delegate and will be subject to the conditions as determined by the Director General.
- Each permit is accompanied by a list of medications that a particular person or institution may utilise and will only include substances from the essential drugs list (EDL). Nurses will therefore not be able to prescribe any scheduled 1-6 substance but only the listed schedule 1-6 EDL drugs. It appears that there may be more than one list that will be developed. The permit is further only valid for the specific area or institution it was allocated to. Should the practitioner or the service relocate, the permit expires and new application should be made.
- (c) Section 22 C(1)(a) This section provides for a nurse to obtain a licence to compound and dispense medicines. In order to do this, the applicant must successfully complete a course approved by the Pharmacy Council and the payment of a prescribed fee.

### 3. GROUP PRACTICE

The health policy of the Government indicates that the private sector can offer primary health care services but that a full service (basic package) should be made available. This means that a group practice needs to be established and that a nurse is to be included in the group practice.

Nurses should be enabled to go into a group practice. The "Group Practice" concept has been under discussion for some time. A Therapeutic Alliance Discussion Group, convened by the Medical Association of South Africa, (now part of SA Medical Association) has been looking at various models. This discussion group consists of nurses, medical practitioners and pharmacists. Nurses seem to be the ones who are most progressive in their thinking.

Currently the Acts and Regulations of the various professional groups prohibit group practice. Regulation 38 (Acts and Omissions) under the Nursing Act, 1978, (Act No 50 of 1978) stipulates that the nurse may only go into a group practice with a person registered under the same Act. This limitation has been overcome by approval by the South African Nursing Council (SANC) of group practices/partnerships when a nurse applies to the SANC to go into partnership with another health practitioner.

A similar limitation in the rules of the Health Professions, Medical, Dental and Supplementary Health Practitioner Act exists, legally making it impossible to form a multi professional group practice with persons not registered under the same act. Another ethical rule further prohibits the sharing of consulting or waiting rooms, or having an entrance through, or with the nameplate at the entrance of such premises with a person not registered in terms of the same Act.

Nurses may be employed and practice with practitioners registered in terms of the Nursing Act or other practitioners registered in terms of any Act in respect of a profession approved by the Nursing Council in a partnership and in association. At present the practitioners registered with the Health Professions Council may employ each other and may practice in partnerships, incorporated companies and associations. Pharmacists, on the other hand, may practice in any form of body corporate as well as partnerships.

#### CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

The nursing profession is internationally well known for its historic flexibility to adapt and expand its role in response to changing and new health needs and the current situation presents yet another challenge in this regard.

The primary purpose of nursing is to provide the public with access to safe, competent basic health care and to do this, the nurse should be empowered to practice her profession within legal and ethical boundaries. To ensure this, legislation should possibly adopt a flexible approach to scope of practice issues.

The benefits in service delivery that can result from overlapping scopes of practice among different health professions, should be recognised and that a dynamic approach to professional practice will enable greater public service.

It is imperative that the practitioners receive the correct training to empower them with the necessary skills and knowledge to fulfil the health needs of the country. The use of post basic nurse specialists with knowledge and skills in a particular area of practice beyond that of the generalist nurse contributes maximally to providing the highest achievable quality of care.



# BYLAE C



**BYLAE D**



# KONTROLELYS

**Evaluering van die praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn gemeet aan die norme en standaarde vir primêre gesondheidsorgklinieke, soos vereis deur die Nasionale Departement van Gesondheid**



## **INSTRUKSIES VIR VOLTOOIING:**

- Dui asseblief die mees waarskynlike antwoord met 'n X in die toepaslike blokkie aan.
- Spesifiseer asseblief waar so aangedui.

**1. SOSIOGRAFIESE DATA:**

**1.1. INSTANSIE:**

	JA	NEE
Mobiele eenheid		
Kliniek		
Gemeenskapsgesondheidsentrum		
Distrikshospitaal		
Ander .....		

**1.2. WYSE WAAROP KLINIEK BEREIK KAN WORD VIR KLIËNTE :**

	Opmerkings		Opmerkings
Stap (0-5km)		Stap (6 km+)	
Per fiets		Per trein	
Per motor		Per bus	
Per taxi		Ander ..... .....	

**2. DIENSLEWERING VAN MEDIESE BEAMPTES BY INSTANSIE:**

	JA	NEE	OPMERKINGS
Voltyds			
Daaglikse deeltydse sessies			
Weeklikse deeltydse sessies			
Deeltydse sessies, minder dikwels weekliks			
Slegs konsulterend per telefoon			
Ander ..... .....			

**3. BESTUURDER VAN INSTANSIE:**

#### 4. OMSKRYWING VAN DIENS:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Eenstop gemeenskapsgesondheids-sentrum (voorkomende-, kuratiewe- en rehabilitasie dienste, insluitend akute en kroniese toestande) Maandag tot Vrydag, gedurende die dag			
Gemeenskapsgesondheidsentrum met geskeduleerde dienste op spesifieke dae (voorkomende-, kuratiewe- en rehabilitasie dienste, insluitend akute en kroniese toestande) Maandag tot Vrydag, gedurende die dag			
Slegs voorkomende dienste Maandag tot Vrydag, gedurende die dag			
Slegs geskeduleerde voorkomende dienste op spesifieke dae Maandag tot Vrydag, gedurende die dag			
Voorkomende dienste en akute gevalle Maandag tot Vrydag, gedurende die dag			
Slegs kuratiewe diens Maandag tot Vrydag, gedurende die dag			
24-uur diens (noodgevalle)			
24-uur diens (alle dienste)			
Dokter-gedrewe diens			
Dokters slegs gedurende die dag aan diens			
Slegs dokters bedags en snags ten volle aan diens by instansie			
Dokters snags op telefoniese bystand (slaap tuis) en verpleegkundiges aan diens			
Dokters snags op bystand, maar slaap by instansie en verpleegkundiges aan diens			
Ten volle verpleegkundige-gedrewe diens geen dokters in diens van instansie			
Dokters en verpleegkundiges 24-uur ten volle aan diens			
Ten volle verpleegkundige-gedrewe diens			

--	--	--	--

**5. OUDERDOM VAN KLIËNTE DEUR INSTANSIE BEDIEN:**

Kinders 5 jaar en jonger		Volwassenes 21 tot 59 jaar	
Kinders 6 tot 12 jaar		Bejaardes bo 60 jaar	
Adolesente 13 tot 20 jaar		Ander .....	

**6. MEDIESE SPESIALISDIENSTE BY INSTANSIE TEN OPSIGTE VAN DIE VOLGENDE VAKGEBIEDE:**

	Daaglik	Weeklik	Maandelik	Kwar-taallik	Geen
Genetika					
Tuberkulose					
Dermatologie					
Pediatrie					
Ginekologie					
Oftalmologie					
Diabetes					
Hipertensie					
Asma					
Ortopedie					
Neurologie					
Psigiatrie					
Urologie					
Kardiovaskulêr					
Radiologie					
Ander.....					
...					
Ander.....					
...					
Ander.....					
...					

**7. BESOEKENDE VERPLEEGKUNDIGE SPESIALISDIENSTE BY INSTANSIE GELEWER:**

	Daaglik	Weeklik	Maandelik	Kwar-taallik	Geen
Psigiatrie					
Skoolgesondheid					
Ortopedie					
Rehabilitasie					
Genetika					
Infertiliteit					
Oftalmologie					
Stomaterapie					

Pediatrie					
Geriatric					
Onkologie					
Verloskunde					
Dermatologie					
Diabetes					
Opleiding					
Ander.....					
Ander.....					
Ander.....					

**8. DIENSLEWERING VAN ANDER GESONDHEIDSWERKERS BY INSTANSIE:**

	Daaglik s	Weeklik s	Maandelik s	Kwar- taalik s	Gee n
Radiografis					
Gesondheidsinspekteur(OGB)					
Beroepsgesondheidsbeampte					
Fisioterapeut					
Fiosioterapie assistent					
Arbeidsterapeut					
Arbeidsterapie assistent					
Tandarts					
Mondhigiënis					
Tandtegnikus					
Maatskaplike werker					
Apteker					
Apteek assistant					
Sielkundige					
Oogkundige					
Brilmaker					
Dieëtkundige					
Voedingsvoorligter					
Gesondheidsorgbemarkers					
Laboratoriumtegnici					
Ambulans personeel					
Voetkundige					
Berader.....					
..					
Berader.....					
..					
Berader.....					
..					
Tradisionele genesers					
DOTS vrywilligers					
Ander.....					

.....					
Ander.....					
.....					
Ander.....					
.....					

**9. TOESTANDE/PROSEDURES WAT DAAGLIKS BY INSTANSIE HANTEER WORD DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS:**

**9.1 PRIMÊRE VOORKOMING:**

**9.1.1 Immunisasies beskikbaar by instansie en deur kliniese verpleegpraktisyns toegedien:**

	JA	NEE	NVT BY INSTANSIE
BCG			
DPT			
OPV			
Hep B			
Masels			
Hibtiter			
Tetanus			
Rubella			
Ander .....			
Ander .....			

**9.1.2 Ander voorkomende aktiwiteite uitgevoer by instansie deur kliniese verpleegpraktisyns:**

	JA	NEE	NVT BY INSTANSIE
Ontwikkelyngsmylpaal bepaling			
Genetiese berading			
Roetine ontworming			
Voeding			
Kontrasepsie			
Sitologie en borsondersoek			
HIV berading (pre)			
HIV toetsing met onmiddellike uitslag			
Infertiliteit			
Adolesente gesondheid			



Neem van X-strale-foto's			
Terminasie van swangerskap berading			
Voorgeboortesorg			
Ondersoek van die pasgebore baba			
Moeder-tot-kind-HIV profilakse			

## 9.2 SEKONDÊRE VOORKOMING:

	JA	NEE	NVT BY INSTANSIE
Mediese noodgevalle/trauma hantering			
Inisiëring van intraveneuse ingietings			
Aanwending van gips			
Verwydering van gips			
Chroniese siektetoestande			
Akute siektetoestande			
Psigiatriesiektoestande/ geestesongesteldhede			
Seksueeloordraagbare siektetoestande			
Terminasie van swangeskap (tegniese hantering)			
Verwys vir terminasie van swangerskap			
-minder as 10km			
-verder as 10km			
Bevallings			
HIV toetsing:			
-uitslae onmiddellik beskikbaar			
-uitslae binne 1 week beskikbaar			
-uitslae neem langer as 1 week			
Tuberkulose:			
-neem van sputemonsters			
-hantering van kliënte			
-uitslae neem meer as drie dae			
HIV/VIGS opvolg en hantering			
Ander.....			

Ander.....			
Ander.....			

### 9.3 TERSIËRE VOORKOMING:

	JA	NEE	NVT BY INSTANSIE
Ortopediese opvolge/rehabilitasie			
-voorsiening van hulpmiddels			
HIV berading (post)			
Terminasie van swangerskap berading			
Ander berading.....			
Ander berading.....			
Ander berading.....			
Klubs vir kliënte met chroniese toestande			
-Asma			
-Epilepsie			
-Hipertensie			
-Diabetes			
-Artritis			
-HIV/VIGS			
-Vetsugtigheid			
-Psigiatriese toestande			
-Ander.....			
-Ander.....			
-Ander.....			
Tuisbesoeke volgens register:			
Bedlêende kliënte			
Terminaal siek kliënte			
Immobiele bejaardes			
Gestremde kliënte			
Kliënte wat gedros het			
Opvolg van psigiatriese kliënte			
Nageboortesorg:			
Tuisbesoeke			
By instansie			
Ander.....			
Ander.....			
Ander.....			

### 10. GETAL KLIËNTE PER DAG VERWAG OM DEUR 'N PRAKTISERENDE KLINIESE VERLEEGPRAKTISYN GEKONSULTEER TE WORD:

Minder as 5		51 tot 60	
5 tot 10		61 tot 70	
11 tot 20		71 tot 80	
21 tot 30		81 tot 90	
31 tot 40		91 tot 100	
41 tot 50		Meer as 100	

## 11. KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS HET TOEGANG TOT DIE VOLGENDE DOKUMENTE:

### 11.1 WETTE:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Wet op Verpleging (50 van 1978 – Artikel 38A)			
Wet op Geestesgesondheid (18 van 1973)			
Wet op die Suid-Afrikaanse Medisyne en Mediese Toestelle Regulerende Owerheid (132 van 1998)			
Wysigingswet op medisyne en Verwante Stowwe (90 van 1997)			
Wet op Keuse oor die beëindiging van Swangerskap (92 van 1996)			
Wet op Gelyke indiensneming (55 van 1998)			
Kinderwet (74 van 1983)			
Handves van Menseregte (Hf 2 van Die Grondwet van SA, ook genoem Wet 108 van 1996)			

### 11.2 SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING (SARV) REGULASIES:

	JA	NEE	OPMERKINGS
R2418 – Regulasie met betrekking tot die berging, verskaffing, toediening of voorskrif van medisyne deur Geregistreerde Verpleegkundiges			
R387 – Regulasie betreffende die optrede of versuim van verpleegkundiges			

R2598 – Regulasie betreffende die bestek van praktyk van geregistreerde verpleegkundiges			
<b>13.3 ANDER:</b>			

	JA	NEE	OPMERKINGS
Protokollêer			
Leêr met omsendbriewe			
Bulletins			
Werksbeskrywings			
Begroting van instansie opgedeel in maandelikse spandering			
Rekord van oor- en onderspandering			
Notules van personeelvergaderings			
Verwysingstelsel en kontakinligting van verwysingsbronne			
Oriëntasieproses vir nuwe personeel			
Jaarlikse diensoudit			
Bywoningsregister (op datum)			
Daaglikse diensrooster / rotasielys			
Jaarlikse vorderingsverslae/ aanprysings			
Inligting oor internskapprogram			
Omsendbrief van PAWK Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding: Metropoolstreek (2002) in sake kursusse wat gevolg kan word			
Omsendbrief (2002) oor deelydse kursus in Kuratiewe Vaardighede vir Primêre Gesondheidsorg, aangebied deur PAWK Menslike Hulpbronontwikkeling en Opleiding: Metropoolstreek			
Register vir klagtes deur publiek			

Gemeenskapsprofiel			
Laboratorium-/ monsterregister			
Opvolgrekords van verlore laboratorium uitslae			
Verwysingsregister vir kliënte na ander instansies			
Jaarlikse beplanning ten opsigte van gemeenskapsbehoefte			
Jaarlikse operasionele-/besigheidsplan			
Kopie van "A Comprehensive Primary Health Care Package for South Africa" uitgegee deur die Nasionale Departement van Gesondheid, September 2001			
Kopie van "The Primary Health Care Package for South Africa – a Set of Norms and Standards" uitgegee deur die Nasionale Departement van Gesondheid, September 2001			
Kopie van die "Handbook for Clinic/CHC Managers" uitgegee deur die Nasionale Departement van Gesondheid, Oktober 2000			
Beleidsdokument oor beserings aan diens			
Beleidsdokument oor naaldprikke aan diens			
Prosedure handleiding			
Disiplinêre kodes			
Disiplinêre optredes			
Register van persone met gestremdhede verwys vir rehabilitasie en opleiding			
Aanbevelings van die Waarheids- en versoeningskommissie i.s gesondheid			

## 12.4 SIGBAAR IN INSTANSIE:

### 12.4.1 Algemeen:

	AFRIKAAN S	ENGEL S	XHOSA	OPMERKINGS
Visie en Misie				
Batho Pele Beginsels				
Regte van die pasiënt				
Verantwoordelikhede van die pasiënt				
Handves van Menseregte				
Grafiek van maandelikse berekende statistieke				
Pamflette met gesondheids inligting				
Rampplan van instansie				
Kaart van bedieningsarea met aanduidings van:				
- <i>gemeenskapsaktiwiteite</i>				
- <i>mobiele kliniek stoppe</i>				
- <i>DOTS ondersteuners</i>				
- <i>Vrywillige werkers</i>				
- <i>Armoede</i>				
- <i>Haweloosheid</i>				
- <i>Werkloosheid</i>				
- <i>Migrante</i>				
- <i>Immigrante</i>				
- <i>Jeugkwessies</i>				
Weeklikse aanduidings van gevalle onder 5jaar met diarree				
Primêre gesondheidsorg doelwitte vir distrik				
Primêre gesondheidsorg doelwitte vir die provinsie				
Nasionale primêre gesondheidsorg doelwitte				
Aanduiding van prestasies gelewer deur instansie				
Telefoonnommer en adres van persoon in bevel				
Koste van dienste				

Diensure				
Houer met kondome met instruksies				
Wet op gelyke indiensneming (55 van 1998)				

#### 12.4.2 Regte van kwesbare groepe:

	AFRIKAA NS	ENGEL S	XHOSA	OPMERKINGS
Bejaardes				
Kinders				
Fisiese gestremdes				
Verstandelik gestremdes				

#### 12.4 LÊERS:

	JA	NEE
Toeganklik vir alle personeel		
Vertrek gesluit		
Geïdentifiseer volgens kleurkode vlg. siektetoestande		
Ander.....		

### 13. NASLAAN HULPMIDDELS VIR KLINIESE VERPLEEGPRAK-TISYNS:

*Pectus roburant cultus recti*

#### 13.1 BOEKE:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Standaard Behandelingsriglyne (EDL)			
Siektetoestande by volwassenes			
Siektetoestande by kinders			
Fisiese ondersoek			
Anatomie / Fisiologie			
Farmakologie			
Kontrasepsie			
Traumahandleiding (bv. WITS PHC Training Manual for Trauma)			
Artikels / Joernale			

--	--	--	--

## 13.2 PROTOKOLLE:

### 13.2.1 Pediatrie:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Akute Respiratoriese Infeksies en Asma			
Boonste lugweginfeksies/toestande			
Diarree			
Wanvoeding			
Groeimonitering			
Vitamien A aanvulling			
Meningitis			
Kritieke siek kind			
Geëintegreerde hantering van siektes by kinders (IMCI)			
Kindermishandeling			

### 13.2.2 Immunisasies:



	JA	NEE	OPMERKINGS
Vaccinators Manual – Immunisations that work			
EPI Surveillance Field Guide			
Coldchain and Immunisation Operations Manual			
Technical Guidelines on Immunisation in SA			

### 13.2.3 Volwassenes:

	JA	NEE	OPMERKINGS
WHO Handboek vir Gemeenskapsgebaseerde Rehabilitasie			
Nasionale riglyne i.s primêre voorkoming van kroniese lewenstylverwante siektes			



Menslike Genetika Riglyne vir die hantering en voorkoming van genetiese toestande, geboortedefekte en gestremdhede			
Geestesgesondheid beramingsriglyne			
Psigo-sosiale kontrolelys in daaglikse lewensvaardighede vir gerehabiliteerde persone			
Noodmedikasie protokol vir kliënte met geestesongesteldhede			
Hantering van kliënte met Rumatiese hartsiekte en Rumatiese koors			
Leprose beheer in SA			
Diagnose van Leprose			

#### 13.2.4 Ander:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Malaria behandeling			
Malaria profilakse			
Leprose			
Cholera			
Neem van stoelgang monsters			
Rabies behandeling			
Seksueeloorraagbare siektes			
Terminasie van Swangerskap			
Verkragtingslagoffers			

#### 13.2.5 Omsendbriewe:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Tuberkulose profilakse			
Akute Flasiende Paralise			
Griepvirus en immunisasie			
HiB Surveillance			
Adverse Effects following Immunisation (AEFI) Investigation and Reporting			
Intradermale toediening van BCG			

### 14. VOORRAAD TOT ELKE KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN SE BESKIKKING IN DIE INSTANSIE:

#### 14.1 INSTRUMENTE:

	Werkend	Foutief	Geen	Eie
Otoskoop				
Fetale stetoskoop				
Stetoskoop				
Suurstof silinder				
Spaar suurstof silinder				
Nebuliseerder & vloeistof				
Piekvloeimeter				
Grafiek vir piekvloei				
Piekvloeimeter mondstukke				
Suurstofmaskers				
Suurstofkanules				
Steriliseerder				
Bloeddrukapparaat				
Bloeddrukmanjette (groot)				
Bloeddrukmanjette (medium)				
Bloeddrukmanjette (kinders)				
Glukometer				
Hemoglobienmeter				
Lengtemeter				
Maatband				
Skaal				
Termometer				
Stemvurk				
Ondersoekbed				
-verstelbare kopstuk				
-nie-verstelbare kopstuk				
Patella hamer				
Verwarmer				
Mikroskoop				
Oftalmoskoop				
Flits				
Spleetlamp				
Naaldvoerder				
Skêr				
Maathouers (1L)				
Maatlepels (5ml)				
Snellenskaart				
Rekenaar				
Spekulums -klein				
-medium				
-groot				
Yskas				
-Yskas slegs vir immunisasies				
-Yskas slegs vir medisyne				
-Yskas vir kombinasie van				

<i>medisyne en immunisasies</i>				
<i>-Yskas in instansie vir veeldoelige gebruik (ook vir personeel)</i>				

#### 14.2 VERBRUIKSARTIKELS:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Glukometer toetsstrokies			
Hemolise stokkies			
Lansette			
Urine glase			
Urine toetsstrokies			
Bedekkings vir urine glase			
Skoonmaakmiddel vir thermometers			
Swangerskaptoets			
Batterye <i>-klein</i>			
<i>-medium</i>			
<i>-groot</i>			
Gloeilampies			
Lokale verdowing			
Steke materiaal			
Lansette			
Spirits/Alkoholdeppers			
Watte			
Steriele gaas			
Rehidrasie oplossing			
Sout			
Suiker			
Pleister			
<i>-micropore</i>			
<i>-elastoplast</i>			
Rolverbande			
<i>-crepe</i>			
<i>-gaas</i>			
Antibiotika			
<i>-Doxycycline</i>			
<i>-Amoxillen</i>			
<i>-Flucloxacillen</i>			
<i>-Pen V K</i>			
<i>-Co-trimoxazole</i>			
<i>-Erythromycin</i>			

#### 14.3 LOKALE VIR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN SE GEBRUIK:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Konsultasie lokaal / -afskorting per Kliniese Verpleegpraktisyn			
Wasbak in lokaal (warm /koue water)			

Seep by wasbak			
Wegdoenbare handdoek by wasbak			
Wasbare handdoek by wasbak			
Spoelkamer met wasbare oppervlakke			
Verbandkamer met wasbare oppervlakke			
Stoorkamer / Stoorkas (oop/gesluit)			
Linnekamer / Linnekas (oop/gesluit)			
Area ingerig vir rehidrasie terapie			
Skoon laken			
Skoon kombars			
Skoon kussingsloop			
Kussing			
Japon/oorjurk			

#### 14.4 SKRYFBEHOEFTE:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Toestemmingsvorm vir kliniese- / Chirurgiese prosedures			
Verwysingsvorme met gedeelte vir terugvoer			
Standaard pasiëntrekords			
Aanmeldingsvorme			
-vir oordraagbare siektes			
-vir geboortes			
-vir sterftes			
Pad-na-Gesondheidskaarte			
Afsiekbriewe			
Bewys van bywoning			
Kontakopsporings vir SOS			
Laboratoriumvorme			
Radiologiese ondersoekvorme			

#### 14.5 REKORDS VIR TOERUSTING:

Inventaris van toerusting		Rekwisities ingestuur vir herstel(geboue)	
Toerusting wat herstelwerk benodig		Rekwisities ingestuur vir herstel(toerusting)	
Herstelwerk nodig aan geboue		Ander.....	

#### 15. ONDERSTEUNING AAN DIE KLINIESE VERPLEEG-PRAKTISYN:

	JA	NE E	NVT	ANDER
--	----	---------	-----	-------

40-uur werksweek				
Bykomende finansiële vergoeding				
Ander wyses van vergoeding				
Rekord van indiensopleidingsbehoefte				
Rekord van indiensopleidingsessies bygewoon				
Voorsiening vir uniformtoelaes				
Vergoeding vir oortyd gewerk				
Verslae van geskeduleerde maandelikse onderhoud met toesighouer				
Kwartaalikse verslae insake internskap				
Notules van maandelikse personeelvergaderings				
Maandelikse besprekings insake kliënte wat gedurende die maand verwys is na ander instansies of dienste				

Spesifiseer ander: .....

.....

## 16. OPLEIDING VERSKAF DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS:

Formele opleidingsessies deur Kliniese Verpleegpraktisyns aan:

	JA	NEE	NVT	OPMERKINGS/ SPESIFISEER
Ander personeelkategorieë				
Kliënte by instansie				
Organisasies / publiek / gemeenskap buite instansie				
Mentore vir ander studente in Kuratiewe Vaardighede vir PGS (en ekwiwalent)				
Mentore vir KVPs besig met internskap				

## 17. VEILIGHEID VAN KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN BY INSTANSIE:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Sekuriteitsbeampes			
-gewapen			
-ongewapen			
Buitedeure:			
-gesluit			
-nie gesluit			
-toegangsbeheer			
Diefwering			
Elektriese ligte (binne)			
Elektriese ligte (buite)			
Ligskakelaars (binne)			
Ligskakelaars (buite)			
Alarm			
Noodkakelaars vir alarm			
Noodkrag opwekker			
Noodlampe / kerse / vuurhoutjies			
Rubber / Latex handskoene vir werk met bloedprodukte			
Oogbeskerming vir werk met bloedprodukte			
Masker vir werk met bloedprodukte			
Sisteem vir die veilige wegdoen, stoor en verwydering van skerpvoorwerpe			
Sisteem vir die veilige wegdoen, stoor en verwydering van mediese afval			
Sisteem vir die veilige wegdoen, stoor en verwydering van huishoudelike afval			
Sisteem vir die veilige wegdoen, stoor en verwydering van tuinafval			
Trek bloed met:			
-spuite en naalde			

-vaccutainer en naalde			
Ambulans beskikbaar vir noodvervoer			
Alternatiewe noodvervoer			
Telefoon			
Tweerigting radio			
Selfoon			
Gratis immunisasie@ Hepatitis B vir alle personeel			
Gratis profilakse @ HIV na beserings veroorsaak deur naaldprikke aan diens			
Personeel dra kennis van prosedure na blootstelling aan potensiële HIV besmetting aan diens			

### 18. TOILETTE DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS GEBRUIK:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Hoeveelheid			
Werkend			
Toiletpapier			
Seep			
Handdoeke:			
-wegdoenbaar			
-wasbaar			
Toeganklik vir rystoele			
Wasbak (koue / warm water)			

### 19. TOILETTE DEUR KLIËNTE GEBRUIK:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Hoeveelheid			
Werkend			
Toiletpapier			
Seep			
Handdoeke			
-Wegdoenbaar			
-Wasbaar			
Toeganklik vir rolstoele			
Wasbak (koue / warm water)			

### 20. STATISTIEKE DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS:

	JA	NE E	OPMERKINGS
Insamel			
Berekening			
Verwerking			
Beplanning			

**21. GEMEENSKAPSDEELNAME DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN:**

	JA	NEE	OPMERKINGS
Bywoning van gemeenskaps-gesondheidskomitee vergaderings			
Dienslewering aan bejaardes by dienssentrums / tehuise vir bejaardes			
Betrokke by gemeenskapsprojekte / uitreike			
Aktiewe deelname van kliniese verpleegpraktisyn aan beplanning van instansie om gaping tussen diensverskaffing en gemeenskapsbehoefte te verminder			
Houer in instansie vir klagtes / voorstelle deur kliënte			
Houer met klagtes / voorstelle ook toeganklik vir persone met gestremdhede			

Spesifiseer:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**22. GEMEENSKAPSBETROKKENHEID BY INSTANSIE:**

	JA	NEE	OPMERKINGS
Hulpverlening met instansie se behoeftes			
Maandelikse vergaderings deur gemeenskapgesondheidskomitees			



Besoeke deur bg.komitee lede aan instansie			
DOTS ondersteuners betrokke as vrywilligers			
Tuisversorgers betrokke as vrywilligers			

### 23. SAMEWERKING / SKAKELING MET ANDER ORGANISASIES DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Ander staatsektore			
Nie-staatsorganisasies(NGO's)			
Jeugorganisasies / Jeugkommisies			
Kerke/geestelike leiers			
Tradisionele genesers / sirkumseerders			
Politici			
Gemeenskapsorganisasies			
Skole			
Skoolkoshuise			
Tehuse vir bejaardes			
Ander tehuse in die opvangsgebied			
Gevangenis			
Privaat dokters			
Privaat verpleegkundiges bv. by werksinstansies			
Kliënte/Ouers van kliënte			
SAPD			
Ondersteuningsgroepe			
Hospitiums			
Aktivisgroepe			

Sportklubs / Sportafrieters			

## 24. PASIËNT GERIEF:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Name van Kliniese Verpleegpraktisyns in buitekonsultasiekamers / -afskortings			
Kliniese Verpleegpraktisyns dra sigbare identifikasie op persoon			
Konsultasie areas privaat			
Beradingsareas privaat			
Beheer van getalle			
Afspraakstelsel word gebruik (noodgevalle uitgesluit)			
Afsnypunt van kliënte volgens getalle(noodgevalle uitgesluit)			
Afsnypunt van kliënte volgens tyd(noodgevalle uitgesluit)			
Persone met gestremdhede geniet voorkeur met afspraak			
Sifting van kliënte			
Dokter / kliniese verpleegpraktisyn sif kliënte			
Ander personeellede doen siftings			
Vinnige ry vir kinders wat slegs immunisasies benodig			
Vinnige ry vir persone wat medikasie herhaal			
Observasies tov chroniese toestande word met elke besoek gedoen			
Kliniese verpleegpraktisyn doen observasies van alle konsultasies self			
Observasies gedoen voor konsultasie, nie deur kliniese verpleegpraktisyn			
Kliënt met chroniese toestand sien dokter			
-maandeliks			
-drie maandeliks			
-ses maandeliks			
-minder dikwels			

-meer dikwels			
Kliniese verpleegpraktisyn inisieër chroniese medikasie			
Kliniese verpleegpraktisyn herhaal chroniese medikasie			
Kliniese verpleegpraktisyn sien geen kliënte met chroniese toestande nie			
Kindervriendelike wagkamer / -hoekie			
Wagtyd is minder as 2 ure van instap tot uitstap by instansie			
Video's, inligtingssessies oor gesondheid terwyl kliënte wag			
Instansie toeganklik vir rolstoele / hulpmiddels van gestremdes			
Ook saans afspraak vir werkende kliënte			
Formele kursusse / inligtingssessies vir kliënte			
- binne diensure			
-na-diensure			

## 25. MEDIKASIE VOORRAAD HANTERING DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Voorskryf van medikasie binne bestek van praktyk en vlg EDL			
Bestel van medikasie			
Stoor van medikasie			
Kouekettinghantering			
Yskas is volgens riglyne gepak			
Yskas se temperatuur word twee keer per dag gekontroleer			
Yskas se temperatuur is tussen 0°C en 8°C			
Spesifieke persoon toegeken om koueketting te monitor			
Geen vervalde voorraad opgemerk in yskas			

## 26. NOODTROLLIE:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Teenwoordig			
Geskik vir volwassenes			
Geskik vir groter kinders (6 tot 12 jaar)			
Geskik vir kleiner kinders (onder 6 jaar)			
Gekontroleer in laaste 24 uur			
Noodhanterings opgeplak in noodkamer:			
- <i>Hipoglisemie</i>			
- <i>Hiperglisemie</i>			
- <i>Miokardiale infarksie</i>			
- <i>Anafilakse</i>			
- <i>Status epileptikus</i>			
- <i>Status asmatikus</i>			
- <i>Ander</i>			

Spesifiseer:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

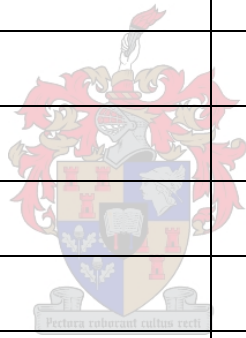
**27. REPRODUKTIEWE GESONDHEID SOOS  
 GEPRAKTISEER DEUR KLINIESE  
 VERPLEEGPRAKTISYN:**

	JA	NEE	OPMERKINGS
Motivering vir metode			
Inisiëring van metode			
Herhaling van metode			
Kondome sigbaar in instansie			
Dildo beskikbaar in instansie			
Alle kontraseptiewe middels beskikbaar in instansie			
Seksueeloordraagbare siekte protokol beskikbaar in stansie			
Alle medikasie volgens seksueel-oordraagbaresiekte protokol beskikbaar			
Noodkontrasepsie protokol beskikbaar			
Vaginale spatulas beskikbaar			
Fikseermiddel beskikbaar			

Glasskyfies beskikbaar			
Serologie aangevra en in lêers aangeteken van kliënte met SOS			
IUTs beskikbaar vir inplasing			

**28. WONDSORG DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN:**

	JA	NEE	OPMERKINGS
Vir 'n volle dag aan verbandkamer toegeken			
Vir 'n gedeelte van dag aan verbandkamer toegeken			
Hegtings			
Verwydering van steke			
Insisies en dreinerings			
Aanwending van gips			
Aanwending van "backslabs"			
Kontrolering van gips			
Verwydering van gips			



Spesifiseer:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**29. SIEKVERLOFBRIEWE DEUR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS:**

	JA	NEE	OPMERKINGS
Geen toegelaat			
1 dag toegelaat			
2 dae toegelaat			
3 dae toegelaat			
meer as 3 dae toegelaat			

### 30. APTEEK:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Beman deur apteker			
Beman deur kliniese verpleegpraktisyn			
Beman deur ander			
Kliniese Verpleegpraktisyn wat apteek beman het indiensopleiding in Geneesmiddelveorraad- hantering			

### 31. GESKIEDENISNEMING EN FISIESE ONDERSOEK DEUR DIE KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN:

Die volgende inligting is uit kliënte se lêers verkry:

	JA	NEE	OPMERKINGS
Sosiografiese data			
Hoofklagte			
Basiese data soos van toepassing op hoofklagte			
Familie geskiedenis oor siektetoestande			
Vorige gesondheidstatus			
Reproduktiewe gesondheidstatus			
Beroepsgesondheidstatus			
Huidige gesondheidstatus			
Ondersoek bevindinge			
Diagnose / differensiële diagnose			
Inligting soos gegee aan kliënt			
Voorskrifte volgens essensiële medisyne lys			

Enige opmerkings:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VRAELYS OOR DIE PRAKTYK VAN DIE KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYN

Geagte Kollega

Ek is besig met 'n ondersoek na die rol en funksies van die kliniese verpleegpraktisyn in verskillende gesondheidsdiensomgewings.

Ek sal dit waardeer indien u hierdie vraelys so eerlik as moontlik sal voltooi en aan my terugbesorg.

U antwoorde sal konfidensieel hanteer word en geen insae sal aan enige persoon gegee word nie, of u naam bekend gemaak word nie.

Kontak my gerus indien iets onduidelik is.

Baie dankie

Elmarie Earle

### INSTRUKSIES

- q Beantwoord alle vrae
- q Merk die mees waarskynlike antwoord met 'n x in die toepaslike blokkie of vul die ontbrekende inligting in
- q Motiveer waar versoek
- q Daar mag soms meer as een toepaslike antwoord wees



### AFDELING A: SOSIOGRAFIESE DATA

1.1 Wat is u ouderdom in jare soos op 1 Maart 2003?

.....

1.2 By watter instansie is u tans werksaam

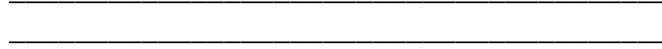
Mobiele eenheid

Kliniek

Gemeenskapsgesondheidsentrum

Distrikshospitaal

Ander: Spesifiseer



1.3 In watter distrik is u instansie geleë? .....

1.4 In watter hoedanigheid is u tans werksaam?

Areabestuurder

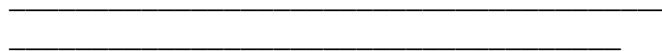
In bevel van instansie

Kuratiewe dienslewering alleenlik

Kuratiewe en ander dienslewering

Geen kuratiewe funksie

Ander: Spesifiseer



1.5 Wat is u posbenaming?

Direkteur

Adjunkdirekteur



Assistentdirekteur

Hoofverpleegkundige

Senior verpleegkundige

Professionele verpleegkundige

## AFDELING B: OPLEIDING

2.1 Hoeveel jare gelede (soos op 1 Maart 2003) het u u opleiding as Kliniese Verpleegpraktisyn ontvang?

.....

2.2 In watter provinsie het u u opleiding ontvang?

.....

2.3 By watter instansie het u u opleiding ontvang?



Provinsie

Verpleegkollege

Technikon

Universiteit

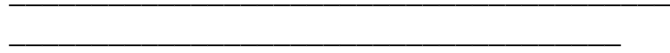
2.4 Watter kwalifikasie het u behaal?

Graad

Diploma

Sertifikaat

Ander: Spesifiseer



2.5.1 Wat was die lengte van u kursus?

Minder as 6 maande

Ses maande

Een jaar

Lange as een jaar

Spesifiseer:



2.5.2 Het u studeer:

Voltyds

Deeltyds

Afstandsonderrig

2.6 Wat was die rede waarom u hierdie kursus gedoen het?

Vir bevorderingsdoeleindes

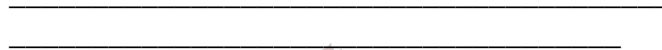
Dit was 'n behoefte in die diens

Vereis deur werkgewer

Om meer geriefliker ure te kan werk

Eie motivering: Verbetering van myself

Ander redes: Spesifiseer



2.7 Hoeveel ondervinding as kliniese verpleegpraktisyn het u nadat u u opleiding voltooi het?

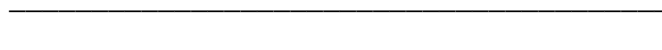
Nog nooit as kliniese verpleegpraktisyn gewerk nie

Een jaar en minder

Sedert opleiding voltooi is

Werk gedeeltelik as kliniese verpleegpraktisyn. Verduidelik

Ander: Spesifiseer



2.8 Het u 'n skriftelike matigingsbewys van u werkgewer/ direkteur?

--	--

2.9 Is u geregistreer by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging?

--	--

### AFDELING C: TAKE EN FUNKSIES

Hoe dikwels doen u as kliniese verpleegpraktisyn die volgende funksies/take in u huidige werksituasie? Dui aan met 'n X.

Geskiedenisneming, fisieke ondersoek, beraming en diagnosering

--	--	--	--	--

Medikasie voorskryf vir **akute** toestande

--	--	--	--	--

Herhaling van medikasie voorskryf vir chroniese toestande

--	--	--	--	--

Medikasie begin voorskryf vir **chroniese** toestande

--	--	--	--	--

Bestel van medikasie

--	--	--	--	--

Uitreik van medikasie

--	--	--	--	--

Stoor van medikasie

--	--	--	--	--

Hantering van trauma/noodtoestande

--	--	--	--	--

Kontrolering van noodtrollie

--	--	--	--	--

Roetine immuniserings volgens EPI program

--	--	--	--	--

Uitreik van kontrasepsie

--	--	--	--	--

Doen van sitologiese smere

--	--	--	--	--

Wond sorg

--	--	--	--	--

Hegting van wonde

--	--	--	--	--

Betrokke by klubs/  
ondersteuningsgroepe vir chroniese  
siekte

--	--	--	--	--

Voltooiing van statistieke

--	--	--	--	--

Bywoon van vergaderings

--	--	--	--	--

Infeksiebeheer

--	--	--	--	--

Lewering van voorgeboortesorg

--	--	--	--	--

Hantering van bevallings

--	--	--	--	--

Lewering van nageboortesorg

--	--	--	--	--

Verskaf indiensopleiding aan personeel

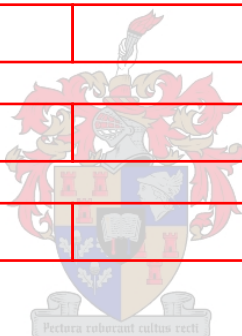
--	--	--	--	--

Tuisbesoeke

--	--	--	--	--

Konsulteer psigiatriese kliënte

--	--	--	--	--



## AFDELING D: KENNIS VAN SIEKTETOESTANDE OP PRIMêRE VLAK

Hoe sou u u kennis ten opsigte van die volgende siektetoestande beskou?

Genetiese afwykings


HIV/Vigs


Seksueel-oordraagbare siektes  
(HIV/Vigs uitgesluit)


Dermatologiese toestande


Oor-, neus- en keeltoestande


Oogtoestande


Respiratoriese toestande  
(tuberkulose uitgesluit)


Tuberkulose


Kardiovaskulêre toestande


Abdominale toestande

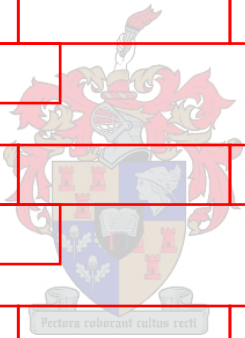

Endokriene toestande


Muskulo-skeletale toestande


Neurologiese toestande


Oordraagbare siektes


Ginekologiese toestande (HIV,  
Vigs en seksuele oordraagbare  
siektes uitgesluit)

Urinêre toestande


Indien daar enige aspekte is waaroor u voel u opknapping nodig het, verduidelik:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**AFDELING E: HANTERING VAN KLIËNT:**

Dui aan met 'n X die mees toepaslike antwoord

U as 'n **INDIVIDU**, lewer 'n:



Primêre voorkomingsdiens (voorkomende en bevorderende sorg)

--	--	--

Sekondêre voorkomingsdiens (kuratoriewe sorg)

--	--	--

Tersiêre voorkomingsdiens (rehabiliatiewe sorg)

--	--	--

Die **INSTANSIE** waar u werksaam is, lewer 'n

Primêre voorkomingsdiens (voorkomende en bevorderende sorg)

--	--	--

Sekondêre voorkomingsdiens (kuratoriewe sorg)

--	--	--

Ttersiêre voorkomingsdiens (rehabiliatiewe sorg)

--	--	--

U betrek altyd die familie in die hantering van die kliënt

--	--	--

U as 'n kliniese verpleegpraktisyn, werk baie nou saam met die kliënt se werkgewer betreffende langtermyn behandeling

--	--	--

Daar is noue samewerking tussen u instelling en die skole in die onmiddellike omgewing

--	--	--

U kliënt word hanteer dienooreenkomstig sy kulturele voorkeure bv. die tradisionele genesers word betrek

--	--	--

Daar is te alle tye 'n kliniese verpleegpraktisyn aan diens wat die volgende taal kan praat:

Afrikaans

--	--	--

Engels

--	--	--

Xhosa

--	--	--

Het u vrye toegang tot:

Toepaslike en opgedateerde protokolle wat nodig is vir die hantering van die kliënt?

--	--	--

Wetgewing en regulasies wat betrekking het op die bestek van praktyk van die kliniese verpleegpraktisyn?

--	--	--

## AFDELING F: SPANBENADERING

U as 'n kliniese verpleegpraktisyn vorm deel van 'n multidissiplinêre span by u instelling

--	--	--

U funksioneer as 'n onafhanklike praktisyn by u instelling

--	--	--

Dink u dat die kliniese verpleegpraktisyn **meer** verantwoordelikhede het as ander geregistreeerde verpleegkundige

--	--	--

Dink u dat die kliniese verpleegpraktisyn addisionele vergoeding of intensiewe moet ontvang?

--	--	--

Ervaar u werkstevredenheid as 'n kliniese verpleegpraktisyn?

--	--	--

Is daar 'n goeie verhouding tussen die kliniese verpleegpraktisyn en die geneeshere in u instelling?

--	--	--



Motiveer u antwoord:.....  
.....  
.....  
.....

Hoeveel kliënte sien u as individu gemiddeld per dag? – Skryf in asb.....

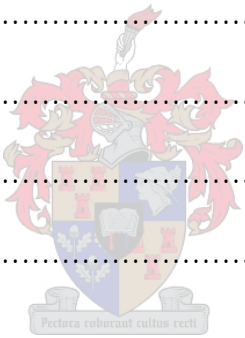
**AFDELING G: GEMEENSKAPSBETROKKENHEID**

Is u betrokke by gemeenskapsontwikkeling in u gemeenskap?

--	--	--

Indien wel, op watter wyse is u as individu by u gemeenskap betrokke?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**AFDELING H: INDIENSOPLEIDING**

Dui aan of u die volgende programme SEDERT 1994 deurloop het wat deur PAWC( Menslike hulpbronne en Opleiding: Metropoolstreek) aangebied word

Handhawing van Menseregte

--	--	--

Diversiteit

--	--	--

Gender (geslags-)aangeleenthede

--	--	--

Selfhandhawing

--	--	--

Motivering

--	--	--

Hantering van konflik

--	--	--

Hantering van stress

--	--	--

Beplanning en hantering van tyd

--	--	--

Kommunikasie

--	--	--

Huweliksverryking

--	--	--

Ouerverryking

--	--	--

*Batho Pele*

--	--	--

Transformasie van gesondheidsdienste

--	--	--

Pasiëntregte *Patient Rights Charter*

--	--	--

Geestesgesondheid op primêre vlak

--	--	--

Inleiding tot Skoolgesondheid

--	--	--

Gesondheidsbevordering in skole

--	--	--

Kindermishandeling

--	--	--

Ondersteuning van verkragtingslagoffers

--	--	--

Fetale alkohol sindroom

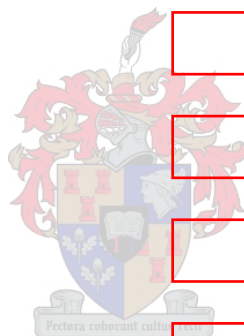
--	--	--

Versorging van die bejaarde

--	--	--

Tuis-gebaseerde sorg

--	--	--



Adolesente seksualiteit

--	--	--

Reproduktiewe Gesondheid

--	--	--

Hantering van medikasie

--	--	--

TOP: waarde-opheldering

--	--	--

TOP: berading

--	--	--

TOP: MVA tegniese opleiding

--	--	--

Openbare optrede

--	--	--

Telefoonetiket en ontvangsvaardighede

--	--	--

Opknappingskursusse

--	--	--

Seminare

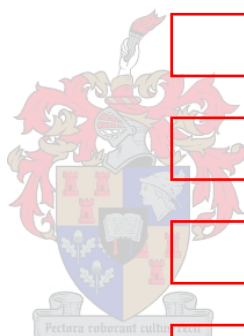
--	--	--

Ope-dae

--	--	--

Ander: Spesifiseer

--	--	--



.....  
.....  
Sou u graag meer indiensopleidingsessies wou bywoon?

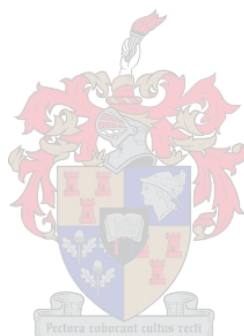
--	--	--

Lys die onderwerpe waaroor u graag meer opleiding wil kry

.....  
.....

.....

**BAIE DANKIE VIR U BEREIDWILLIGHEID OM DIE VRAELYS TE VOLTOOI**



QUESTIONNAIRE ON THE PRACTICE OF THE CLINICAL NURSE PRACTICIONER

Dear Colleague

I am currently involved with an investigation into the role and functions of the clinical nurse practitioner in different health service environments.

I will appreciate it if you will complete this questionnaire as honestly as possible and return it to me.

Your answers will be considered confidentially and nobody will obtain any information. Your name will be withheld.

Please contact me if anything is unclear.

Thank you very much

Elmarie Earle

INSTRUCTIONS

- q Answer all questions
- q Mark the most relevant question with a x in the appropriate block or complete the information required
- q Motivate when requested
- q There may be more than one applicable answer

SECTION A: SOCIO-GRAPHIC DATA

1.1 What is your age in years on 1 Maart 2003? .....

1.2 For which institution are you working currently

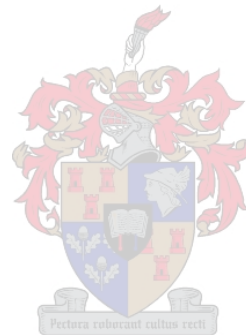
Mobile unit

Clinic

Community health centre

District hospital

Other: Specify



1.3 In which district is your institution situated? .....

1.4 In which capacity are you employed?

Area

manager

In charge of institution

Only curative service rendering

Curative and other service rendering

No curative function

Other: Specify

1.5 What is your post called?

Director

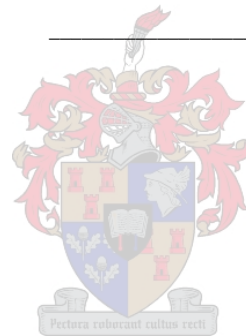
Deputy Director

Assistant Director

Chief professional nurse

Senior professional nurse

Professional Nurse



**SECTION B: TRAINING**

2.1 How many years ago, as on 1 March 2003, have you completed your training as clinical nurse practitioner? .....

2.2 In which province did you receive your training? .....

2.3 At which institution did you receive your training?

Province

Nursing College

Technikon

University

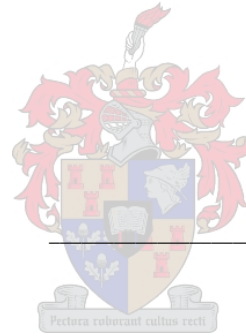
2.4 Which qualification did you receive?

Degree

Diploma

Certificate

Other: Specify



2.5.1 What was the duration of your course?

Less than 6 months

Six months

One year

Longer than one year

Specify:

2.5.2 Did you study:

Fulltime

Part-time

Distance education

2.6 What was the reason why you did this course?

For promotion purposes

There was a need in the service

Required by employer

To work more convenient hours

Own motivation: to better myself

Other reasons: Specify

---

2.7 How much experience do you have as clinical practitioner after completing your training? ?

Has never practices as clinical nurse practioner

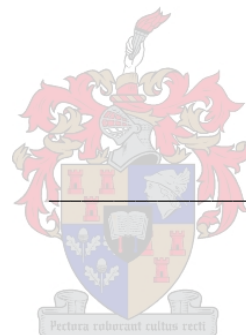
Less than one year

Since completion of training

Work partially as clinical nurse practitioner. Explain

Other: Specify

---



---



2.8 Do you have a written authorization from your employer/ director?

2.9 Are you registered/ listed at the South African Nursing Council as a clinical practitioner?

### SECTION C: TASKS AND FUNCTIONS

How often do you perform these tasks and functions as a clinical nursing practitioner in your current working situation? Indicate with a X.

History taking, physical examination, assessment and diagnosing

Prescribe medication for **acute conditions**

Repetition of prescribing medication for chronic conditions

Initiate prescription of medication for **chronic** conditions

Ordering of medication

Issuing of medication

Storage of medication

Management of trauma/ emergencies

Checking of emergency trolley

Routine immunizations according to the EPI programme

Issuing of contraception

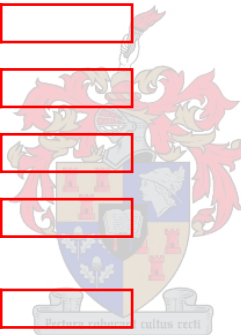
Performing cytology smears

Wound care

Suturing of wounds

Involved in clubs/ support groups for chronic diseases

Completion of statistics



Attendance of meetings					
Infection control					
Provision of antenatal care					
Management of deliveries					
Provision of postnatal care					
Provision of in service training for personnel					
Home Visits					
Consultation of psychiatric clients					

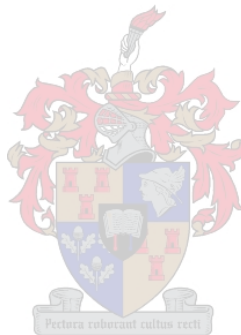
**SECTION D: KNOWLEDGE OF DISEASES ON PRIMARY LEVEL**

How would you consider your knowledge regarding the following diseases?

Genetic disorders					
HIV/AIDS					
Sexual transmitted diseases HIV/AIDS					
Dermatological conditions					
Ear, nose and throat conditions					
Eye conditions					
Respiratory conditions (tuberculosis excluded)					



Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
Cardiovascular conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
Abdominal conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
Endocrine conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
Musculo-skeletal conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
Neurological conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
Transmitted diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
Gynecological conditions (HIV, AIDS and sexual transmitted diseases excluded)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			
Urinary conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			



If there are any aspects you are of opinion you need updating in, explain:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SECTION E: MANAGEMENT OF CLIENT**

Indicate with a X the most appropriate answer

You as an **INDIVIDUAL** renders a:

Primary prevention service (prevention and promotive care)

Secondary prevention service (curative care)

Tertiary prevention service (rehabilitation)

The **INSTITUTION** where you are employed deliver a:

Primary prevention service (prevention and promotive care)

Secondary prevention service (curative care)

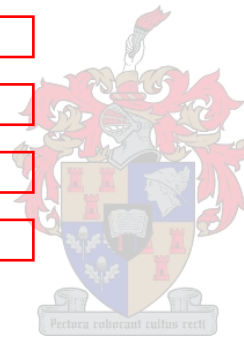
Tertiary prevention service (rehabilitation)

You always involve the family in the management of the client

You as a clinical nurse practitioner work closely with the client's employer regarding longterm treatment

There is close corporation between your institution and the schools in the immediate environment

Your client is managed according to his cultural preferences e.g. traditional healers are involved



There is always a clinical nurse practitioner on duty who can speak the following language:

Afrikaans

English

Xhosa

Do you have freely access to:

Applicable and updated protocols necessary for the management of the client?

Legislation and regulations regarding the scope of practice of the clinical nurse practitioner?

**SECTION F: TEAM APPROACH**

You as a clinical nurse practitioner form part of a multidisciplinary team at your institution

You function as an independent practitioner at your institution

Do you think that the clinical nurse practitioner has **more** responsibilities than other registered nurses?

Do you think that the clinical nurse practitioner must receive additional remuneration or incentives?

Do you experience work satisfaction as a clinical nurse practitioner?

Is there a good relationship between the clinical nurse practitioner and the doctors in your institution?

Motivate your answer:.....

.....  
.....  
.....

How many clients do you see on average per day? Please write in .....

**SECTION G: COMMUNITY INVOLVEMENT**

Are you involved with community development in your institution?

If you are involved, in which manner is you as an individual involved with the community?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



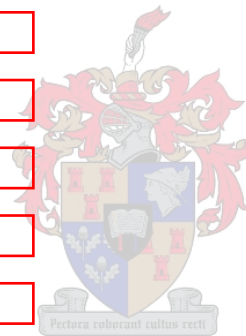
**SECTION H: INSERVICE TRAINING**

Indicate whether you have completed the following programmes SINCE 1994 presented by PAWC (Human Resources and Development: Metropole Region)

Human Rights Awareness

Diversity

Gender issues			
Self assertiveness			
Motivation			
Management of conflict			
Management of stress			
Planning and time management			
Communication			
Marriage enrichment			
Parent Enrichment			
<i>Batho Pele</i>			
Transformation of health services			
<i>Patient Rights charter</i>			
Mental health on primary level			
Introduction to School health			
Health promotion in schools			
Child abuse			
Support of rape victims			
Fetal alcohol syndrome			
Care of the aged			
Home-based care			
Adolescent sexuality			
Reproductive Health			



Management of medication

TOP: value clarification

TOP: counselling

TOP: MVA technical training

Public speaking

Telephone etiquette and reception skills

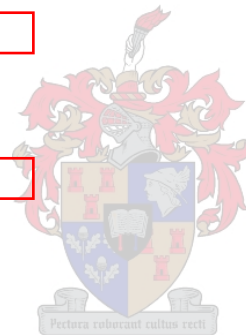
Updates

Seminars

Open days

Other: Specifies

Would you like to attend in service training sessions?



List the topics you would like more training in

.....  
.....  
.....

**THANK YOU FOR YOUR WILLINGNESS TO COMPLETE THE QUESTIONNAIRE**