

**DIE BEPALING VAN STANDAARDE
VIR 'N OMVATTENDE OPVOLGDIENS
AAN ONKOLOGIEPASIËNTE OP DIE
WES-KAAPSE PLATTELAND**

PORTIA BENITA BIMRAY

**TESIS INGELEWER TER GEDEELTELIKE VOLDOENING
AAN DIE VEREISTES VAN DIE GRAAD
MAGISTER IN VERPLEEGKUNDE
IN DIE DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE, FAKULTEIT GENEESKUNDE
AAN DIE
UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH**

STUDIELEIER: PROF. E.B. WELMANN

DESEMBER 2000

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander Universiteit ter verkryging van 'n meestersgraad voorgelê is nie.

Desember 2000

HANDTEKENING

DATUM

OPSOMMING

Teen die agtergrond van die benadering om opvolgdienste meer toeganklik te maak vir onkologiese pasiënte, met die beklemtoning van gehaltesorg, is dit aangedui dat hierdie diens geëvalueer moes word.

'n Studie gebaseer op 'n kombinasie van kwalitatiewe en kwantitatiewe metodes (genoem triangulasie) is uitgevoer om struktuur, proses en uitkomsstandaarde vir 'n omvattende opvolgdienste aan onkologiese pasiënte te formuleer en die diens aan die hand daarvan te evalueer.

Die belangrikste resultate is:

- Die gehalte van sorg wat verband hou met die struktuurstandaarde was net optimaal ten opsigte van die organisasie van die pasiënt se besoeke, opvolgbehandeling en verwysings. 'n Suboptimale standaard is gevind ten opsigte van die algemene bestuurstelsel.
- In die prosesstandaarde wat fokus op die fisiese en psigososiale behoeftes van die pasiënt, is 'n suboptimale standaard in alle aspekte gevind. Verpleegpraktyk wat lei tot suboptimale sorg van pasiënte is 'n groot bron van kommer.
- Met die uitkomsstandaarde wat reflekteer in pasiënttevredenheid is positiewe maar ook negatiewe opinies en persepsies gevind.

Aanbevelings sluit in:

- Verbetering van bestuurstelsels
- Bemagtiging van die verpleegkundige met kennis en wetenskaplike vaardighede
- Aandag aan pasiënte se opinies en persepsies ten einde die pasiënt ten volle te betrek by die hele diens en behandelingsproses.

Sleutelwoorde: Onkologiese opvolgdienste / formulering van struktuurproses en uitkomsstandaarde.

SUMMARY

Against the background of the approach to make the follow up care to oncology patients more accessible and with the emphasis on quality care, it was indicated that this service needs to be evaluated.

A study based on a combination of qualitative and quantitative methods (also called triangulation) was conducted to formulate structure, process and outcome standards for a comprehensive follow up care for the oncology patients and to evaluate this service according these standards.

The most important results are:

- The quality of care relating to the structure standards was optimal regarding the organization of the patient's visits, follow up treatment and referrals. A suboptimal standard was found regarding the general management system.
- In the process standards focusing on the physical and psychosocial needs of the patient, a suboptimal standard was found regarding all aspects. Nursing practice leading to suboptimal care of patients is a major cause for concern.
- With the outcome standards reflecting in patient satisfaction, positive as well as negative opinions and perceptions were found.

Recommendations include:

- Upgrading of management systems
- Empowerment of the nurses with knowledge and scientific competencies
- Attention to the opinions and perceptions of the patients to completely involve the patient in the service and treatment process.

Keywords: Oncology follow up service / formulation of structure, process and outcome standards.

DANKBETUIGINGS

My dankbetuiging gaan met lof aan ons Hemelse Vader vir die krag, sterkte en gesondheid wat aan my gegun is om hierdie navorsingstudie met deursettingsvermoë te voltooi.

My spesiale dank aan:

- My studieleier, prof. Barene Welmann vir haar akademiese insette en akademiese leiding.
- Mev. Rose-Maré Kreuser vir die tegniese versorging van die tesis.
- Mev. Joan Steel vir taalversorging.
- Die mediese en verpleegpersoneel van die twee plattelandse hospitale waar die navorsing gedoen is, vir hul samewerking.
- Die Kankervereniging van Suid-Afrika (Noord-Boland en Overberg) vir hulle samewerking en ondersteuning, asook vir die geleentheid wat aan my gegun is om die navorsingstudie by hierdie onkologieklinieke te doen.
- My eggenoot vir sy volgehoue ondersteuning en aansporing, en die opofferings wat hy moes maak in ons huwelik.
- My kinders Tamaryn, en Sebastian vir die spesiale manier waarop hulle as inspirasie vir my gedien het om 'n sukses van die studie te maak.
- My ouers Sam en Eileen wat my deur my akademiese loopbaan bygestaan en ondersteun het.
- Alle familie en vriende vir hul belangstelling.

Opedra aan my dogter, Tamaryne en seun, Sebastian. Mag hierdie studie dien as aansporing vir julle toekomstige akademiese loopbane.

INHOUDSOPGAWE

Bladsy

HOOFSTUK 1 1-14**AGTERGROND TOT STUDIE**

1.1	INLEIDING	1
1.2	PROBLEEMSTELLING	5
1.3	DOEL VAN DIE NAVORSING	6
1.4	NAVORSINGSMETODOLOGIE.....	7
1.4.1	Navorsingsbenadering	7
1.4.2	Navorsingsontwerp	7
1.4.3	Steekproefneming.....	7
1.4.4	Data-insameling	7
1.4.5	Data-analise	8
1.5	OPERASIONELE DEFINISIES	8
1.6	PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF.....	10
1.6.1	Die teorie van holisme.....	10
1.6.2	Die konsep van tuisgesondheidsorg	12
1.6.3	Die konsep gehalteversekering	12
1.6.4	Konseptuele raamwerk	13
1.7	OPSOMMING	14

HOOFSTUK 2 15 - 75**LITERATUUROORSIG**

2.1	INLEIDING	15
2.2	KANKER: 'N SUID-AFRIKAANSE PERSPEKTIEF.....	15
2.3	DIE NASIONALE KANKERBEHEERPROGRAM EN DIE GESONDHEIDSORGSISTEEM IN SUID-AFRIKA.....	18
2.3.1	Die Primêre-sorgdistrikgebaseerde model.....	20

2.3.1.1	'n Primêre Voorkomingskomponent	21
2.3.1.2	Die Sekondêre Voorkomingskomponent.....	21
2.3.1.3	Die Behandelingskomponent	22
2.4	OPVOLGDIENSTE IN DIE WES-KAAP VIR PASIËNTE MET KANKER.....	32
2.5	GEHALTEVERSEKERING	35
2.5.1	Gehalte	35
2.5.2	Versekering	36
2.6	GEHALTEVERSEKERINGSMODELLE	37
2.6.1	Donabedianproses model	37
2.6.2	Norma Langmodel.....	40
2.6.3	Besluitnemingstipologie van Constanzo en Vertinsky.....	43
2.7	STRUKTUURSTANDAARDE.....	44
2.8	GEHALTESORGSTANDAARD.....	45
2.8.1	Organisering.....	46
2.8.2	Toerusting en fasiliteite	46
2.8.3	Personeelvoorsiening.....	47
2.8.4	Personeeloriëntering	48
2.8.5	Prosedure en beleid (Bestuur)	48
2.9	PROSESSTANDAARDE.....	49
2.9.1	Pyn- en simptomebeheer	50
2.9.2	Dieet/voedingstatus.....	57
2.9.3	Psigo-sosiale ondersteuning	66
2.10	REKORDHOUDING	73
2.11	UITKOMSTANDAARDE.....	74
2.12	SAMEVATTING	75
HOOFSTUK 3		76 - 91
NAVORSINGSMETODOLOGIE		
3.1	INLEIDING	76
3.2	NAVORSINGSBENADERING.....	76

3.2.1	Kwalitatiewe benadering	77
3.2.2	Kwantitatiewe benadering	78
3.2.3	Triangulasie.....	78
3.3	NAVORSINGSONTWERP	79
3.4	POPULASIE.....	80
3.5	STEEKPROEF	80
3.6	REKORDS	81
3.7	INSTRUMENTE	82
3.7.1	Struktuurstandaarde.....	82
3.7.2	Prosesstandaarde	84
3.7.3	Uitkomsstandaarde	85
3.8	BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID	86
3.8.1	Betroubaarheid	86
3.8.2	Geldigheid	87
3.9	DATAVERSAMELING.....	89
3.10	LOODSSTUDIE	89
3.11	ETIESE INAGNEMINGS	90
3.12	DATA-ANALISE	90
3.13	BEPERKINGS.....	91
3.14	SAMEVATTING	91

HOOFSTUK 4..... 92 - 118

DATA-ANALISE

4.1	INLEIDING	92
4.2	STRUKTUURSTANDAARD	93
4.2.1	Organisering.....	93
4.2.1.1	Verwysing en eerste besoek	93
4.2.1.2	Buitepasiënt-opvolgkaartjie	94
4.2.1.3	Omvattende diens geïntegreer.....	94
4.2.2	Fasiliteite, toerusting en personeel	95
4.2.2.1	Ondersoekarea	96

4.2.2.2	Higiëne.....	96
4.2.2.3	Personeelvoorsiening.....	97
4.2.2.4	Uitleg van toegewysde area.....	97
4.2.2.5	Algemene voorraad.....	97
4.2.2.6	Ginekologiese konsultasiekamer	98
4.2.2.7	Kommunikasiefasiliteite en interdepartementele samenwerking	98
4.2.3	Personeelvoorsiening.....	98
4.2.4	Effektiewe bestuurstelsel	100
4.2.5	Personeeloriëntering, indiensopleiding en voortgesette ontwikkeling.....	101
4.2.6	Prosedure en beleid	102
4.3	PROSESSTANDAARDE.....	102
4.3.1	Omgewingshigiëne en pasiëntgemak	103
4.3.2	Die hantering van besprekings.....	103
4.3.3	Fisiese, psigiese en sosiale behoeftes.....	104
4.3.3.1	Algemene observasies.....	104
4.3.3.2	Pyn en ongemak	105
4.3.3.3	Dieet/voedingstatus.....	106
4.3.3.4	Psigososiale ondersteuning	106
4.3.3.5	Rekordhouding.....	107
4.3.3.6	Rekords en dokumentasie	108
4.4	UITKOMSSTANDAARDE: PASIËNTEVREDENHEID	108
4.4.1	Vraag 1 tot 3	109
4.4.2	Vraag 4	110
4.4.3	Vraag 5	111
4.4.4	Vraag 6	111
4.4.4.1	Pyn.....	112
4.4.4.2	Naarheid en braking.....	113
4.4.4.3	Maak van kliniekafsprake.....	113
4.4.4.4	Tuisversorging.....	113
4.4.5	Vraag 7	114

4.4.6	Vraag 8	114
4.4.7	Vraag 9 en 10	115
4.4.8	Vraag 11	116
4.4.9	Vraag 12 en 13	117
4.5	SAMEVATTING	118

HOOFSTUK 5..... 119 - 124

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1	INLEIDING	119
5.2	GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS.....	119
5.2.1	Struktuurstandaarde.....	119
5.2.1.1	Standaard	120
5.2.1.2	Organisasie	120
5.2.1.3	Fasiliteite, toerusting en personeel	121
5.2.1.4	Bestuurstelsel.....	121
5.2.2	Prosesstandaarde	122
5.2.2.1	Omgewingshigiëne en pasiëntgemak	122
5.2.2.2	Rekordhouding.....	123
5.3	UITKOMSSTANDAARD (PASIËNTEVREDENHEID)	123
5.4	SAMEVATTING	123

BRONNELYS 125

BYLAE A: TOESTEMMINGSBRIEF 135

BYLAE B: EENHEIDSTANDAARDE VIR 'N ONKOLOGIES- GESENTREERDE BUIEPASIËNTDIENS OP DIE WES-KAAPSE PLATTELAND 137

BYLAE C: VRAELYS AAN DIE PASIËNT 167

LYS VAN TABELLE

	Bladsy
TABEL 2.1: VERWAGTE KANKER GEVALLE PER JAAR	17
TABEL 4.1: ORGANISERING	95
TABEL 4.2: TOERUSTING, FASILITEITE EN PERSONEEL	96
TABEL 4.3: PERSONEELVOORSIENING	99
TABEL 4.4: EFFEKTIEWE BESTUURSTELSEL.....	101
TABEL 4.5 OUDERDOM	109
TABEL 4.6 BETROKKENHEID VAN FAMILIE BY BEHANDELING EN SORG	110
TABEL 4.7 KONTAKPERSOON.....	112

LYS VAN FIGURE

	Bladsy
FIGUUR 1.1: KONSEPTUELE RAAMWERK	13
FIGUUR 2.1: HOLISTIESE GESONDHEIDSORGMODEL.....	19
FIGUUR 2.2: DONABEDIAN MODEL.....	38
FIGUUR 2.3: NORMA LANG MODEL	41
FIGUUR 2.4: CONSTANZO EN VERTINSKY SE BESLUITNEMINGS- TIPOLOGIE VAN GEHALTEVERSEKERING.....	43
FIGUUR 2.5: PYNVLAKKE VOLGENS SKAAL.....	53

HOOFSTUK 1

AGTERGROND TOT STUDIE

1.1 INLEIDING

Kontemporêre veranderinge op die politieke en sosio-ekonomiese terreine het meegebring dat tradisionele benaderings tot gesondheidsdienslewering tans bevraagteken word. Die voorsieners van gesondheidsorg staan voor die uitdaging om toeganklike, bereikbare, bekostigbare en aanvaarbare gesondheidsdienste van hoogstaande gehalte vir almal in Suid-Afrika te lewer ten spyte van 'n gebrek aan voldoende ekonomiese ondersteuning.

Die verbruiker word toenemend gesien as 'n kernrolspeler in die gesondheidsorgstelsel wat tot gevolg het dat die behoud en verbetering van die gehalte van die diens soos dit deur die verbruiker ervaar word, 'n integrale deel uitmaak van die strewe tot gehaltesorgdienslewering (Bester, 1995).

Ten spyte van die veranderinge en die probleme wat die gesondheidsdienste in die gesig staar, is dit steeds die behoefte van die onderskeie rolspelers dat die gehalte en standaard van gesondheidsorg gehandhaaf en behoue moet bly, en waar toepaslik, ook verbeter moet word. Die basis van gehaltesorg is en bly doeltreffende en veilige praktykvoering wat op wetenskaplik gefundeerde kennis eerder as uitgediende tradisies gebaseer is. Ten einde te bepaal of gehaltesorg wel gelewer word, is dit nodig dat standaard geformuleer en geëvalueer word (Bester, 1995).

Dit was die navorser se ervaring dat gesondheidsdienste op die platteland tot onlangs en in enkele gevalle nog tot op hede, baie afgeskeep was en dat

gesondheidsdienste vir pasiënte op die buite-wyke en in landelike gebiede ontoeganklik was. Baie van hierdie pasiënte kon vóór afsterwe nie eers 'n dokter raadpleeg nie, wat die agtergeblewe familie met onbeskryflike frustrasie en ongekende woede laat, juis as gevolg van magteloosheid ten opsigte van die onregverdigheid van 'n sisteem wat hul gesondheidsdienste ontsê het. Met die desentralisasie van gesondheidsdienste word egter gepoog om regverdige, gelyke en toeganklike dienste vir almal daar te stel, wat die huidige omstandighede sal aanspreek.

Alle plattelandse areas sal mettertyd voorsien word van 'n gesondheids-diens wat toeganklik, bereikbaar en maklik bekombaar is.

Bruwer (1986) verklaar dat, alhoewel aanvaar word dat individue 'n verantwoordelikheid het ten opsigte van die instandhouding van sy eie gesondheid, daar tog van instansies verwag word om hierdie verantwoordelikheid na te kom. Gilliland (1983) bevestig ook dat:

Each individual, unless he is prevented by a physical or mental handicap, is ultimately responsible for the way he lives his life. And because individual people make up the community, individual responsibility merges into communal responsibility.

Volgens die Beleidsraamwerk van die Nasionale Gesondheidsstelsel word 'n omvattende ontwikkelingsbenadering tot gesondheidsorg uitgespel, met die integrering van verskeie rolspelers en ondersteuningsbronne, nie-regerings-organisasies en gemeenskapsgebaseerde organisasies ten einde vir alle permanente inwoners van Suid-Afrika universele toegang tot gesondheidsorg te waarborg. Vir die herstrukturering van die Nasionale Gesondheidsstelsel word die volgende prioriteit ingesluit: ... *Efforts to restrict the growth of global health sector expenditure, by focussing on the more efficient and effective use of existing resources* (National Health Bill, 1996).

Die herstrukturering van die Nasionale Gesondheidsstelsel maak baie beslis ook

voorsiening vir gemeenskapsverpleging en tuissorgdienste wat sorg aan terminale pasiënte insluit. Onkologiese verpleging het in hierdie opsig 'n definitiewe plek in die organisering van die gesondheidsplan ten opsigte van 'n omvattende gemeenskapsgeoriënteerde kliëntediens. So ook het die rol van die onkologiese verpleegkundige 'n belangrike entiteit in verpleging geword. Die algemene siening van onkologiese verpleging is dat dit tradisioneel te make het met palliatiewe sorg en die terminale pasiënt. In die meeste gevalle het dit wel hiermee te doen, maar die funksie van die onkologiese verpleegkundige in haar betrokkenheid by die kankerpatiënt en sy familie strek baie wyer as net palliatiewe sorg en tanatologie of sterwensbegeleiding. In haar betrokkenheid by die kankerpatiënt het sy ook die opvoedingstaak van die tuisversorger, naamlik die hantering van die pasiënt in sy eie omgewing. Hierdie opvoedingstaak behels nie net die emosionele hantering van die pasiënt en sy familie nie, maar ook die pyn-en simptomebeheer sowel as die normale fisiese versorging van so 'n pasiënt tuis. Die onkologiese verpleegkundige maak grotendeels staat op die ondersteuning van die gemeenskap en daarom moet sy dikwels gebruik maak van vrywilligers uit 'n spesifieke gemeenskap om haar te help om 'n omvattende rol en funksie te verrig in die sorg van die onkologiese pasiënt. *The National Health Bill (1996)* stel dit soos volg: *...The National Health System should emphasise the needs and rights of users, and should empower users and their communities to participate in governance of the health care system.*

Al hierdie primêre sorgvoorsieners op die platteland het egter nie toegang tot gesondheidsorgpersoneel, wat toegewyd die aanvanklike en volgehoue biopsigososiale ramings en evaluasie van die kankerpatiënt maak nie. Optimale en suksesvolle opvolgdienste en versorging kan ná oorskakeling van binnepasiënt- na buitepasiënt-sorg verseker word deur 'n geïntegreerde benadering tussen hierdie twee diensleweraars. Beide hierdie dienste moet gebaseer wees op 'n biopsigososiale, filosofiese model wat as paradigma het dat siekte nie net 'n biologiese verskynsel is nie, maar ook 'n psigososiale komponent bevat. Dit vind herkenning in die roetine en omvattende biopsigososiale evaluasie van die pasiënt en sy familie deur 'n opgeleide lid van die gesondheidsorgspan, 'n

kliniese verpleegspesialis of verkieslik 'n mediese maatskaplike werker. Dit is belangrik dat hierdie raming roetneweg gedoen word aangesien die evaluasie van die familie se bereidwilligheid en hul vermoë om die pasiënt te versorg, tesame met die motivering van die pasiënt, uiters belangrik is vir suksesvolle tuissorg.

Hierdie tipe opvolgdienste vir kankerpatiënte in die Wes-Kaap was beperk tot die akademiese hospitale soos die Tygerberg en Groote Schuur Hospitale in die Kaapse Metropool. Die lang afstande en die tyd wat in beslag geneem word om 'n gewone buitepatiënt- of opvolgklinieksessie by hierdie inrigtings by te woon, het kankerpatiënte vanaf die platteland vir 'n volle dag weg van hul huise geneem. Van reeds vroeg in die oggend is hierdie ritte na die stad aangepak, sommige pasiënte het kans gehad om vinnig iets te eet vóór die rit, terwyl ander die rit sonder ontbyt moes trotseer.

Vir baie jare was dit die enigste manier om toegang tot hierdie gesondheidsdienste te bekom, aangesien hierdie fasiliteit(e) nie vir die plattelandse gemeenskappe bestaan het nie. Dit het daartoe aanleiding gegee dat pasiënte aan die einde van die dag moeg, uitgeput en gefrustreerd by hul huise aangekom het. Omdat die gemeenskap al hoe meer ontevrede hieroor geword het, is besluit om die diens nader aan die kankerpatiënt en sy familie te bring. Met die betrokkenheid van die Kanker-vereniging van Suid-Afrika in die Wes-Kaap is daar begin met onkologieklinieke op die Wes-Kaapse platteland. Twee provinsiale onkologiese buitepatiënt- óf opvolgklinieke in die platteland het beloof om die diens toeganklik, bereikbaar en koste-effektief vir hierdie plattelandse gemeenskappe te maak.

Dié plattelandse opvolgkliniekdiens het grotendeels die verantwoordelikheid van die Kankervereniging in die Wes-Kaap geword, terwyl dit aanvanklik slegs 'n ondersteuningsrol sou speel. Die plattelandse onkologiekliniek word tans geheel en al deur opgeleide vrywilligers van die Kankervereniging gehanteer met 'n professionele verpleegkundige in diens van die vereniging wat in bevel is van die

kliniek. Sy tree ook op as koördineerder van die pasiëntesorgdiens. Die kliniekdiens word gewoonlik binne 'n hospitaal aangebied met noodsaaklike ondersteuningsdienste soos die apteek, laboratorium en x-straaldepartement binne bereik. Omdat die totale diens in een kliniekdag deur die vrywilligers van die vereniging gelewer word en dit gemeenskapsbetrokkenheid ten doel het, word die werksdruk op staatshospitale, as gevolg van personeeltekorte, sodoende aansienlik verlig. Dieselfde diens word as 'n spesialiteitskliniek in die akademiese hospitale gehanteer met mediese en verpleegpersoneel wat in onkologie gespesialiseer het. Boonop is die onkologiekliniek die verantwoordelikheid van die hospitaal en funksioneer dit as 'n hospitaalafdeling met sy eie identiteit en die hospitaal se ondersteuningsisteme tot sy diens.

Die navorser het gedurende die tydperk wat sy by 'n onkologiekliniek werksaam en betrokke was, bewus geword van leemtes in die sorg van die kankerpatiënt. Hierdie leemtes mag wel oorsake hê, maar blyk toe te neem omdat die pasiëntgetalle en eise vir totaliteitsorg steeds vermeerder en die menslike en ander hulpbronne nie dienooreenkomstig by die eise aangepas word nie.

Ook is die verpleegkundige in hierdie situasie sonder die ondersteuning van oorhoofse verpleegbestuur met die nodige beleid en riglyne wat daarmee gepaard gaan. Soos reeds gemeld, is die pasiënt geregtig op hoë kwaliteitsorg. Dit tesame met die leemtes wat deur die navorser geïdentifiseer is, het haar laat besluit om die opvolgdiens aan onkologiepatiënte op die Wes-Kaapse platteland aan die hand van standarde wat gestel is, te evalueer. Die navorsing word vanuit 'n verpleegperspektief benader.

1.2 PROBLEEMSTELLING

In die lig van bogenoemde observasies en die navorser se persoonlike ervaring, het die volgende vrae ontstaan wat as motivering vir die navorsing dien:

- Is daar bestaande standaarde vir die evaluering van die opvolgdiens aan onkologiepasiënte op die platteland van die Wes-Kaap?
- Watter aspekte of komponente van die onkologiese opvolgdiens moet geëvalueer word?
- Indien geen standaarde bestaan nie en nuwe standaarde geformuleer moet word, hoe vertoon die opvolgdiens wanneer dit aan die nuut gestelde standaarde gemeet word?
- Wat is die verbruiker se siening van die diens?

1.3 DOEL VAN DIE NAVORSING

Na kritiese bestudering van die vrae wat as motivering vir die navorsing dien, is dit duidelik dat daar geen standaarde in die Suid-Afrikaanse konteks bestaan om hierdie opvolgdiens te evalueer nie. Die formulering van standaarde waarteen hierdie omvattende opvolgdiens aan onkologiese pasiënte gemeet kan word, is dus nodig.

Na aanleiding van bogenoemde is die doelwitte van die navorsing om:

- 'n Situasië-analise te doen ten einde te bepaal of daar wel standaarde bestaan.
- Toepaslike standaarde wat gerig is op die lewering van 'n omvattende opvolgdiens aan onkologiepasiënte, te formuleer/bepaal.
- Die dienste in geselekteerde opvolgdienste met behulp van gestelde standaarde te evalueer.
- Verbruikerstevredenheid te bepaal en die faktore wat dit beïnvloed te identifiseer.
- Toepaslike aanbevelings te maak aan die onkologiese opvolgdiensleweraar.

1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE

1.4.1 Navorsingsbenadering

'n Verkennende, nie-eksperimentele, beskrywende benadering sal gevolg word om die bepaalde aspekte van 'n opvolgdiens aan onkologie pasiënte te ondersoek en te beskryf.

1.4.2 Navorsingsontwerp

Triangulasie as 'n tegniek waar beide kwalitatiewe en kwantitatiewe data ingewin word, word gebruik. Die gebruik van triangulasie as navorsingsontwerp impliseer dat die studie elemente van beide 'n kwalitatiewe en kwantitatiewe aard sal vertoon. Die navorser maak ook gebruik van triangulasie ten opsigte van dataversameling deurdat meer as een metode gebruik word om die data in te win.

1.4.3 Steekproefneming

Doelbewuste seleksie is gedoen ten opsigte van die opvolgklinieke. 'n Gerieflikheidsteekproef is gedoen ten opsigte van die pasiënte wat die kliniek besoek het.

1.4.4 Data-insameling

Data sal deur middel van gestruktureerde vraelyste en onderhoudvoering, asook direkte waarneming ingesamel word. Standaarde sal geformuleer word en die diens sal aan die hand van die standaard en kriteria wat gestel is, geëvalueer

word. Data-insameling sal oor 'n periode van ses maande geskied. Die konsep van data-saturasie sal gebruik word, met ander woorde data-insameling sal gestaak word sodra dit geen nuwe inligting of andersoortige perspektiewe meer oplewer nie. Diepte-onderhoude sal gevoer word, weereens met die konsep van data-saturasie. Die navorser tree op as primêre instrument vir data-insameling in die veldsituasie.

1.4.5 Data-analise

Data sal met behulp van die SAS (Statistical Analyzing System) op die VAX-hoofraamrekenaars van die Universiteit van Stellenbosch gedoen word. Basiese statistiese metodes soos frekwensies en persentasies sal bereken word.

1.5 OPERASIONELE DEFINISIES

Onkologie: 'n Studie van kanker

Professionele Verpleegkundige: 'n Individue wat geregistreer is by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging in Algemene verpleegkunde, Psigiatrie, Gemeenskapsverpleegkunde en/of Verloskunde

Vrywilligers: Individue wat opgelei is deur die Kankervereniging van Suid-Afrika om kankerpatiënte en hul families tuis te versorg en te hanteer. Vrywilligers verwys na 'n onbetaalde leke-versorger of professionele gekwalifiseerde persoon

- Palliatiewe sorg: Sorg wat daarop gemik is om simptome te verlig met 'n verhoogde lewenskwaliteit ten doel
- Omvattende opvolgdiens: 'n Diens met 'n holistiese pasiënt-gesentreerde benadering t.o.v die fisiese, psigiese, geestelike en sosio-ekonomiese welsyn van die pasiënt vanuit 'n verpleegkundige perspektief
- Verbruiker: Verwys na 'n pasiënt of kliënt wat op 'n gegewe tydstip 'n behoefte het aan die lewering van so 'n omvattende onkologiese opvolgdiens of wat reeds 'n ontvanger van so 'n diens is
- Toepaslik: 'n Diens wat ingestel is omdat die gemeenskap dit nodig het
- Toeganklik: Die gemak waarmee dienste beskikbaar is en bereik kan word
- Effektief: Die mate waarin 'n beoogde voordeel bereik is
- Aanvaarbaar: Die mate waarin die "redelike verwagtinge" van die verbruiker bevredig word
- Doeltreffend: Dit verbind voordele/uitkoms wat bereik is met die bronne wat benut is. Dit verwys na fisiese bronne, menslike bronne, finansiële bronne en tyd.
- Kontinuïteit: Die mate waarin die sorg van 'n kliënt/pasiënt effektief gekoördineer is deur die sorggewers en tussen toepaslike organisasies

Privaatheid: Die reg van die pasiënt om enige inligting aangaande homself te beheer

Deelname van pasiënt en sy familie: Die pasiënt en of sy familie se deelname aan die besluitnemingsproses ten opsigte van sy gesondheid/siekte/sorg.

1.6 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

A paradigm is an overall perspective on things, a worldview (Chaska, 1990). Verpleging word byvoorbeeld beskou as 'n wetenskap en kuns wat sorg aan die mens verleen en wat vir die mens omgee. Volgens Watson (in George, 1990) is die sorgaspek van omgee vir die pasiënt die hart van verpleging. Ook Leininger (in George, 1990) beklemtoon dat *caring is the central and unifying domain for the body of knowledge and practices in nursing*.

Dit is algemene kennis in die Suid-Afrikaanse konteks dat verpleging ook 'n wetenskap en kuns is. Verpleging word op wetenskaplike beginsels gebaseer en die pasiënt/kliënt word in totaliteit versorg.

In aansluiting by die Suid-Afrikaanse siening word die volgende deur die navorser ondersteun:

- Die teorie van Holisme
- Die konsep van Tuisgesondheidsorg en
- Gehalteversekering

1.6.1 Die teorie van holisme

Hierdie teorie beskryf 'n lewende wese, die mens, as 'n heelheid in interaksie en

nie net as 'n somtotaal van individuele dele nie (George, 1990). Daarom kan 'n mens net in sy heelheid en in verhouding tot sy gemeenskap verstaan word. Gesondheid beteken nie net die afwesigheid van siekte nie. Holisties beskou is gesondheid dus 'n uitdrukking van integrale heelheid. Die gesonde persoon is iemand wat aanpas by die lewende uitdagings, en inisiatief neem om verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid te aanvaar. Chaska (1990) ondersteun dit deur te sê: ... *the holistic view holds the individual ultimately responsible for health*. Die holistiese benadering in die bevordering van gesondheid beklemtoon ook die vryheid en keuse van die individu in die prosesse van gesondheids-bevordering en behandeling in verpleging. Hierdie vryheid en keuse wat die pasiënt/kliënt het, vereis dat die verpleegkundige voorspraak vir hom maak; hom moet raadpleeg; onderrig; en versorg. Holistiese sorg bestaan egter nie uit aksies nie, maar omsluit ook die intensie waarmee die sorg benader word. Dit alles help die pasiënt/kliënt om na 'n hoër of beter vlak van gesondheid te beweeg.

Die navorser het gevind dat die onkologiese pasiënt dikwels nie in die terminale fase holisties versorg word nie. Dit is die rol van die onkologiese verpleegkundige om die pasiënt in harmonie met homself te bring deur hom so pynvry en gemaklik moontlik te hou; sy vrese oor die siekte en/of behandeling op te hef; hom gerus te stel; die familie te ondersteun en te onderrig oor die versorging van die pasiënt; en om emosionele berading aan beide die pasiënt en die familie te verleen. Slegs wanneer die pasiënt in harmonie met homself is, sal die lewende sin en betekenis hê.

Holistiese verpleging beteken dus in werklikheid dat die verpleegkundige en die pasiënt saamwerk om 'n vlak van positiewe gesondheid vir die spesifieke pasiënt te bereik, met inagneming van die fisiologiese, sosiale, psigologiese, geestelike en omgewingsfaktore van die individu as 'n geheel.

1.6.2 Die konsep van Tuisgesondheidsorg

Volgens Warhola (1980) is .. *home health care that component of a continuum of comprehensive health care whereby health services are provided to individuals and families in their places of residence for the purpose of promoting, maintaining and restoring health, or of maximizing the level of independence, while minimizing the effects of disability and illness, including terminal illness.*

Die navorser ondersteun Warhola se siening van tuisgesondheidsorg. Die navorser se praktykervaring het bewys dat die onkologiese pasiënt gemaklik voel in 'n omgewing wat vir hom bekend is en met sy familie naby hom. Ook is dit bevorderlik vir sy gesondheid en algehele welsyn. Behalwe dat die familie ook 'n positiewe bydrae kan lewer in die tuissorg van die pasiënt, dra dit ook daartoe by om die finansiële las van sorg in 'n institusie te verlig.

Verder ondersteun die navorser die siening dat die begrip tuiste in die Afrika konteks nie net verwys na die fisiese infrastruktuur nie, maar ook die biologiese, sosiale, en geestelike agtergrond van die pasiënt betrek. Tuissorg in hierdie konteks gesien, ondersteun dus die totaliteits- of holistiese beginsel van pasiëntsorg.

1.6.3 Die konsep gehalteversekering

Soos in Hoofstuk 2 aangedui, is die wagwoord in gesondheidsorg gehalte en gehalteversekering. Gehaltesorg en gehalteversekering moet nooit as 'n gegewe beskou word waar geen ruimte is vir voortgesette evaluasies met toepaslike aanpassings en verbeteringe nie.

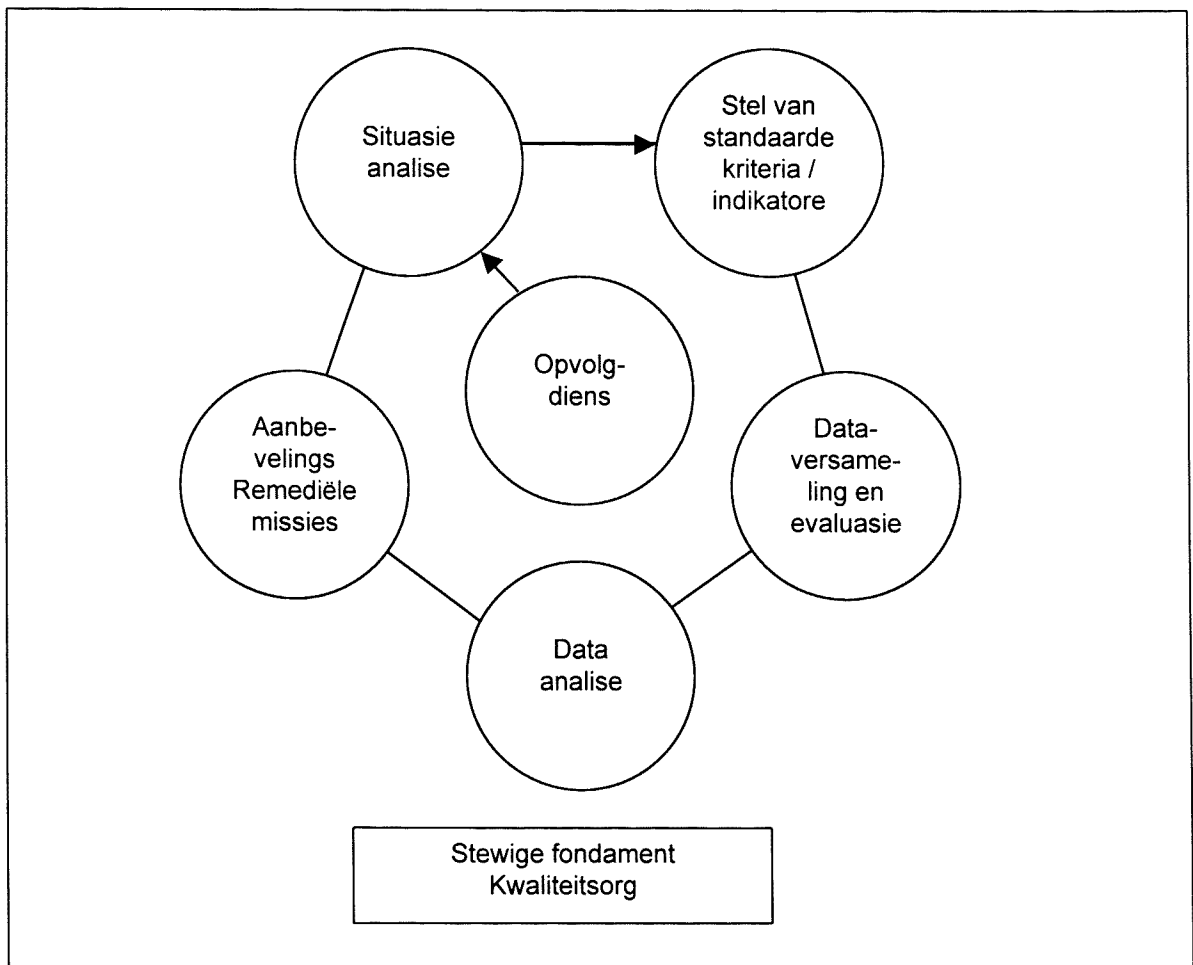
Die stel van standaarde en kriteria met gepaardgaande evaluasies van die omvattende sorg wat gegee is, vorm die hoeksteen van gehaltesorg. Die

navorser ondersteun die konsep van gehalteversekering as 'n kontinue proses ten einde te verseker dat die pasiënt/kliënt hoë kwaliteitgesondheidsorg ontvang. Dit beteken ook dat die sorg toeganklik, effektief en toepaslik moet wees.

1.6.4 Konseptuele raamwerk

Die volgende diagram het die navorser in die navorsingsproses gerig ten einde die gestelde doelwitte te bereik.

FIGUUR 1.1
KONSEPTUELE RAAMWERK



1.7 OPSOMMING

Gesondheidsorg in Suid-Afrika word as een van die topprioriteite gesien, naas opvoedkunde en welsyn waar onreëlmatighede van die verlede reggestel word deur gelyke regte aan almal te verseker. Die klemverskuiwing ten opsigte van die desentralisasie van gesondheidsdienste plaas die fokus op 'n primêre gesondheidsorgbenadering. Dit sluit sorg van die onkologiepatiënt in.

Hierdie veranderinge in gesondheidsdienste impliseer dat die pasiënt op die platteland ook nou aanspraak kan maak op dieselfde gesondheidsdienste wat in die stedelike gebiede beskikbaar is. Pasiënte word nou genoodsaak om eers gebruik te maak van die beskikbare ondersteuningsbronne in die gemeenskap, alvorens hulle gesondheidsdienste van 'n sekondêre of tersiêre gesondheidsinstansie benut.

Die gebrek aan toepaslike navorsing asook die waarnemings en ervaring van die navorser het aangedui dat dit noodsaaklik is om die opvolgdiens aan onkologiepatiënte op die platteland aan die hand van gestelde standarde te evalueer.

HOOFSTUK 2

LITERATUUROORSIG

2.1 INLEIDING

In die literatuurstudie is gedoen om kanker vanuit 'n Suid-Afrikaanse perspektief bespreek. Gehalteversekering is ook bestudeer en beskryf. Die studie verskaf 'n breë oorsig oor die probleem wat nagevors word en plaas die navorsing in 'n breër konteks.

Die literatuurstudie is dus gedoen om:

- 'n Oorsig te gee van die huidige status van kanker en sy gevolge.
- 'n Oorsig te gee van die Suid-Afrikaanse Kankerbeheerprogram ten opsigte van die aanbevelings wat gemaak word om kanker en sy gevolge te bekamp.
- 'n Oorsig te gee van opvolgdienste vir pasiënte met kanker in die Wes-Kaap.
- Die ontwikkeling van gehalteversekering in verpleging te bespreek.
- Benaderings in modelle van gehalteversekering in verpleging te vergelyk.
- Standaarde te bestudeer, dit te beskryf en relevant te maak vir die navorsing.

2.2 KANKER: 'N SUID-AFRIKAANSE PERSPEKTIEF

Die voorkoms van kanker is besig om wêreldwyd toe te neem. Dit word bevestig deur die volgende stelling van die Nasionale Kanker Vereniging:

Cancer is emerging as a major global public health problem, due to ageing of the population, increasing control of communicable diseases, changing lifestyles and the relatively improved outcomes with competing chronic diseases such as cardiovascular diseases and diabetes. Though these developments have been more pronounced in developed countries, they are being experienced to a varying extent in developing countries as well, which has made cancer one among the emerging health problems, that needs to be tackled appropriately to sustain whatever public health advances that have been already attained (National Cancer Control Programme, 1997).

Volgens die *National Cancer Control Programme* (1997) sal ten minste een uit elke vier Suid-Afrikaners in hul leeftyd kanker ontwikkel. Die Nasionale Kanker Register is 'n omvattende bron van informasie ten opsigte van die probleem en voorkoms van kanker in Suid-Afrika. Die data word gebruik in statistiese voorspellings wat van waarde kan wees by gesondheidsbeleidsbepaling en die opstel van gesondheidsbegrotings. Volgens die *National Cancer Registry of South Africa* (1997) is kanker ... *a major health burden and needs to be dealt with appropriately to sustain the health advances that have been achieved by intervention programmes, such as the increasing control of communicable diseases.*

Ongeveer 50 000 nuwe gevalle van kanker word jaarliks in Suid-Afrika gediagnoseer. In 1997 is 6836 nuwe gevalle van kanker in die Wes-Kaapprovinsie alleen ingedien (*National Cancer Registry of South Africa*, 1997). Daar is geen kankervoorkomsverslae van die Nasionale Kanker Register van Suid-Afrika vir 1996 beskikbaar nie, aangesien statistiese verslae slegs in 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991 en 1992 gepubliseer is. Op grond van die kankervoorkoms oor jare kan voorspellings gemaak word ten opsigte van die verwagte nuwe gevalle kanker per jaar. Volgens berekeninge wat op die 1997-sensus gebaseer is, kan verwag word dat daar 62 000 nuwe gevalle van kanker in die hele Suid-

Afrika per jaar kan voorkom (velkanker uitgesluit). In die volgende tabel word die verwagte kankergevalle in Suid-Afrika aangetoon (Nasionale Kankervereniging):

TABEL 2.1
VERWAGTE KANKER GEVALLE PER JAAR

PROVINSIE	GETAL
Noordelike Provinsie	6 852 000
Noordwestelike Provinsie	5 051 000
Gauteng	11 904 000
Mpumalanga	4 392 000
Kwazulu Natal	12 735 000
Vrystaat	4 100 000
Noord-Kaapprovinsie	1 238 000
Oos-Kaapprovinsie	9 736 000
Wes-Kaapprovinsie	6 836 000
TOTAAL	62 000 000

Die wêreldgesondheidsorganisasie doen vanweë die voorkoms en problematiese aard van kanker 'n beroep op gesondheidsowerhede dwarsoor die wêreld om kankerbeheerprogramme as integrerende en belangrike komponente van gesondheidsdienste in hul land in te sluit (Searle en Brink, 1985).

Hierdie beheerprogram moet volgens die wêreldgesondheidsorganisasie bestaan uit ... *a measure based on present medical knowledge in the fields of prevention, diagnosis, treatment, aftercare and rehabilitation aimed at reducing significantly the number of new cases, increasing the number of cures and reducing the invalidism due to cancer* (WHO, 1963).

Die doelwitte van die Nasionale Kankerbeheerprogram in Suid-Afrika is om:

- die publiek se kennis oor kanker te vermeerder;

- die ontwikkeling van kanker te voorkom;
- kanker vroeg te diagnoseer;
- toepaslike behandeling te voorsien; en
- lyding te voorkom.

Die Nasionale Kankerbeheerprogram probeer ook om:

1. beperkte bronne optimaal te benut;
2. met die hoë dekking van die bevolking die vroeë opsporing en keuring van servikale kanker te bereik;
3. gelykheid van toegang tot die nasionale Kankerbeheerprogram te bereik
4. binne die nasionale gesondheidsstelsel, insluitende beginsels van gemeenskapsdeelname, geïntegreer te word;
5. die effektiwiteit van die program te evalueer en veranderinge aan te bring waar nodig.

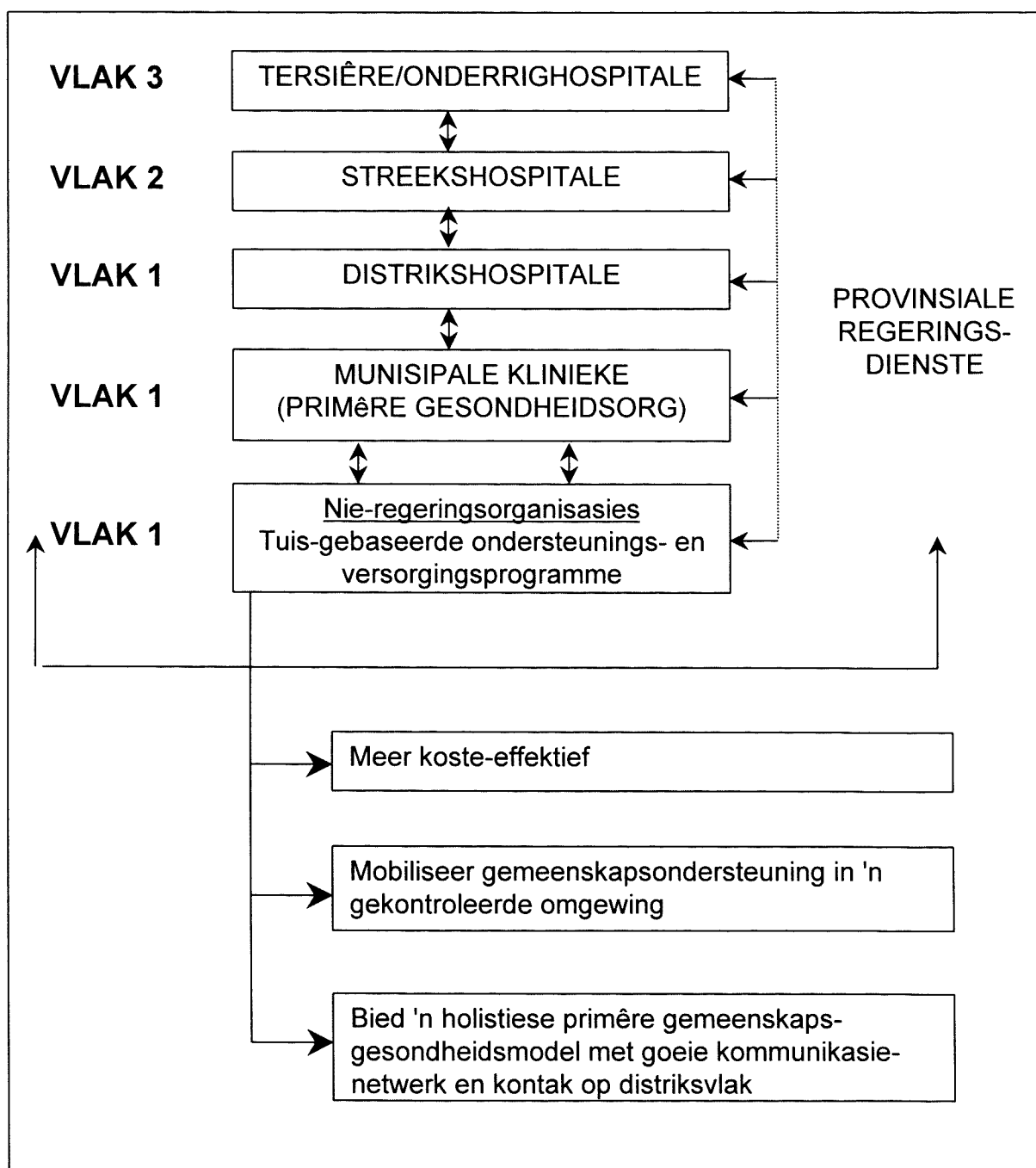
2.3 DIE NASIONALE KANKERBEHEERPROGRAM EN DIE GESONDHEIDSORGSISTEEM IN SUID-AFRIKA

Die veranderinge op politieke en sosio-ekonomiese terrein het gesondheidsowerhede genoodsaak om 'n nuwe nasionale gesondheidsorgstelsel tot stand te bring, juis om die gesondheidsbehoefte van die Suid-Afrikaanse bevolking aan te spreek. Dit het uiteindelik daartoe gelei dat 'n algemene Provinsiale Holistiese Gesondheidsorgmodel (sien figuur 2.1) tot stand gekom het sodat:

- die historiese wanbalanse en ongelykhede van gesondheidsdienste tussen gemeenskappe van die Suid-Afrikaanse bevolking reggestel kan word;
- die bestuur van provinsiale gesondheidsdienste vroeë of probleme ten opsigte van beleid en die lewering van dienste binne nasionale riglyne en internasionale norme sal kan aanspreek;
- 'n stelsel van gedesentraliseerde bestuur wat deelname van alle lede van die gemeenskap aanmoedig, ontwikkel kan word;

- 'n gees van samewerking en gedeelde verantwoordelikheid tussen openbare en private gesondheidsorgvoorsieners bevorder kan word.

FIGUUR 2.1
HOLISTIESE GESONDHEIDSORGMODEL



Voortvloeiend uit die Provinsiale Holistiese Gesondheidsorgmodel het 'n primêre-sorgdistrikgebaseerde model ontwikkel waar gemeenskappe nie net van die beskikbare ondersteuningsbronne in die gemeenskap gebruikmaak nie, maar ook hierdie ondersteuningsbronne effektief en doeltreffend aanwend en benut. Gemeenskappe word aangemoedig om ten opsigte van hul gesondheid eers hulp by 'n primêresorgdiens te soek, alvorens die dienste van tersiêre (vlak 3) en streekshospitale (vlak 2) geraadpleeg word.

Primêre gesondheidsorgdienste, beter bekend as gemeenskapsklinieke, funksioneer op vlak 1 tesame met die gemeenskapsondersteuningsbronne soos die neregierungsorganisasies. Hierdie organisasies het goeie kommunikasie met die primêre sorgdienste en skakel met mekaar op distrikvlak. Sodoende word beskikbare, toeganklike en koste-effektiewe gesondheidsorgdienste aan die gemeenskap gebied. Dit bied ook programme aan wat tuisgesondheidsorg ondersteun, en bevorder dus gemeenskaps-betrokkenheid.

Bogenoemde dienste het besondere relevansie vir die onkologiese pasiënt en sy familie omdat tuissorg onmiddellik volg nadat die pasiënt vanuit 'n behandelingshospitaal, hetsy op vlak 2 of vlak 3, ontslaan word.

2.3.1 Die Primêre- Sorgdistrikgebaseerde model

Hiervan het die Provinsiale Holistiese Gesondheidsorgmodel ontwikkel en bestaan uit die volgende voorkomings en behandelingskomponente:

- 2.3.1.1 Primêr
- 2.3.1.2 Sekondêr
- 2.3.1.3 Behandeling

2.3.1.1 'n Primêre Voorkomingskomponent

Die voorkomingskomponent is in lyn met en ondersteunend tot ander pogings om die gemeenskap se kennis te meerderheid ten einde individue in staat te stel om gesonde lewenstylkeuses te maak. Dit ondersteun ook pogings om omgewings te skep wat individue fasiliteer om gesonde lewenstylkeuses te maak.

Primêre voorkoming wil keer dat kanker in die eerste plek ontstaan deur die blootstelling aan risiko-faktore te verminder (*National Cancer Control Programme*, 1997).

Die onkologiese verpleegkundige, in haar rol as opvoedkundige in die gemeenskap, onderrig die gemeenskap deur opvoedkundige praatjies, lesings en demonstrasies oor voorkoming en bevegting van kanker (byvoorbeeld eet- en rookgewoontes). Hierdie voorkomende, opvoedkundige rol van die onkologiese verpleegkundige is 'n belangrike fase van die lewering van gehaltesorg aan die onkologiese pasiënt.

2.3.1.2 Die Sekondêre Voorkomingskomponent

Hierdie aksies vind ook op primêre sorgvlak plaas. Wanneer die siekte (kanker) alreeds ingetree het, word daar van die onkologiese verpleegkundige verwag om die pasiënt onverwyld en spoedig te verwys sodat behandeling onmiddellik begin kan word vóórdat verspreiding intree. Haar bekwaamheid en vaardigheid in haar praktyk en haar vermoë om oplettend te wees en die korrekte besluite te neem, is van kardinale belang. Sy moet in staat wees om die pasiënt, in samewerking en konsultasie met ander lede van die gesondheidspan, vir verdere opvolgondersoeke te verwys óf diagnostiese ondersoeke ten einde die diagnose so vroeg as moontlik te maak of te bevestig sodat die prognose van die pasiënt definitief kan verbeter.

Hierdie rol van die onkologiese verpleegkundige is veral belangrik by onkologie-pasiënte wat in 'n rusperiode (remissie) gaan ná behandeling voltooi is. Hier speel die opvolgbehandeling van die kankerpatiënt 'n essensiële rol en is dit die verpleegkundige se plig om die kankerpatiënt en sy familie aan te moedig om die opvolgbesoeke by die onkologieklinieke by te woon.

2.3.1.3 Die Behandelingskomponent

Die behandelingskomponent word gebaseer op 'n verwysingsstelsel vanaf primêre en sekondêre sorgvlakke na tersiêre vlak. Daar word voorgestel dat pasiënte vanaf 'n primêresorgdiens (gemeenskapsopvolgklinik) eers verwys word na 'n streekshospitaal (Vlak 2) vir behandeling, vóórdat die pasiënt direk na 'n tersiêre hospitaal (Vlak 3) vir behandeling gestuur word. Gemeenskapsbronne in die gesondheidssektor word dus beter versprei. Gebiede ryk aan hierdie bronne word meer toeganklik vir mense in die areas met minder bronne (*National Cancer Control Programme*, 1997). Laasgenoemde is veral van toepassing op die platteland waar pasiënte vanaf gemeenskapsklinieke verwys word na 'n hospitaal wat die hele streek bedien.

Die Nasionale Kankerbeheerprogram ondersteun die primêre-sorgdistrik-gebaseerde model van gesondheidsvoorsiening deur aanbevelings te maak ten opsigte van:

- (a) die behandeling van kanker;
- (b) die ontslagprotokol van 'n onkologiepatiënt;
- (c) palliatiewe sorg wat pynbeheer insluit.

a) Die Behandeling van Kanker

Die *National Cancer Control Programme* (1997) verklaar dat, alhoewel pogings

aangewend moet word om die voorkoms van spesifieke kankers te verminder, terapeutiese maatstawwe die hoofkomponent van kankerbeheer in Suid-Afrika bly.

Volgens die Nasionale Kankerbeheerprogram is die volgende van kritieke belang:

- Diegene wat voordeel uit die kanker behandeling sal trek moet geïdentifiseer word
- Daar moet verseker word dat hierdie individue toegang het tot die behandeling.
- Die kapasiteit by die verskillende vlakke van diens behoort ontwikkel te word om sodanige behandeling te voorsien.
- Effektiewe verwysingsprosesse moet tussen die vlakke van die gesondheidsdiens ontwikkel word.

Indien dit slaag kan:

- Toepaslike en voldoende behandeling aan die hele bevolking van Suid-Afrika voorsien word.
- Gelykheid bevorder word en kan verseker word dat daardie provinsies (areas) wat voldoende hulpbronne het, die provinsies (areas) met onvoldoende hulp-bronne bedien.
- Interdepartementele verhoudings op verskeie vlakke van die gesondheidsdiens verseker word met voldoende en doeltreffende verwysings en vervoersisteme.
- Beskikbare hulpbronne doeltreffend aangewend word in die diagnose, behandeling en ondersteunende sorg van kankerpatiënte.

Die primêre doelwitte van kankerbehandeling is dus om:

- (1) te genees;
- (2) sinvolle lewe te verleng;
- (3) kwaliteit van oorlewing te verbeter.

Die Nasionale Kankerbeheerprogram (1997) stel ook voor dat die behandeling van kanker by vlak 3- en vlak 2-hospitale onder die toesig en leiding van omvattende kankersorgsentrums gedoen moet word.

'n Omvattende kankersorgsentrum word gedefinieer as 'n sentrum wat al die diagnostiese modaliteite voorsien, en chirurgiese sowel as nie-chirurgiese behandelingsmodaliteite insluit. Dit sluit ook opvolg- en ondersteunende dienste aan kanker pasiënte in.

Dit beklemtoon dat vlak 3-hospitale die volgende dienste moet verskaf:

1. Chirurgie – alle dissiplines
2. Interne mediese dienste
3. Bestralingsonkologie – omvattend
4. Mediese onkologie – omvattend
5. Die volgende laboratoriums
 - ▶ chemiese patologie
 - ▶ mikrobiologie
 - ▶ hematologie
 - ▶ farmakologie
 - ▶ genetika
 - ▶ anatomiese patologie, insluitende sitologie
6. Mediese fisikadienste
7. Diagnostiese Radiologie met CMR en MRI
8. Kernmedisyne
9. Fisioterapie en arbeidsterapie
10. Psigiatrie en kliniese sielkunde
11. Maatskaplike dienste
12. Onkologiese verpleegdienste
13. Bio-statistiese dienste

Elke provinsie in konsultasie met vlak 3-rolspelers moet vlak 2-hospitale

identifiseer wat die volgende uitgebreide onkologiedienste sal voorsien:

1. Chirurgiese dissiplines soos algemene chirurgie en ginekologie
2. Mediese onkologie - slegs kundiges om chemoterapie tussen dosisse of interval siklusse te gee
3. Laboratoriumdienste
 - ▶ anatomiese patologie
 - ▶ chemiese patologie
 - ▶ hematologie
 - ▶ mikrobiologie
4. Diagnostiese radiologie
5. Rehabilitasiedienste
6. Sosiale ondersteuning
7. Interne medisyne
8. Verpleegdienste

Dit sluit die volgende dienste aan die kankerpatiënt in:

- Diagnostiese ondersoeke as pre-behandelingsprosedures
- Beraming van die beskikbaarheid en die koste-voordeel van sistemiese behandeling
- Evaluering van 'n pasiënt vir verwysing na 'n vlak 3-hospitaal vir behandeling óf vir toepaslike gestruktureerde en erkende kliniese proewe.
- Inisiëring van 'n sekere tipe behandeling in konsultasie met 'n vlak 3-hospitaal
- Die voortsetting van sekere sistemiese behandelings wat by 'n vlak 3-hospitaal begin is nadat die pasiënt se toestand gestabiliseer het
- Opvolg- en ondersteuningsdienste
- Palliatiewe en pynbeheerdienste

Die doelstellings van vlak 1-hospitale en primêresorgdienste aan die ander kant is:

- om alle pasiënte met moontlike maligniteit na vlak 2-hospitale te verwys vir

diagnose en verdere verwysing;

- om die kwaliteit van oorlewing te verbeter deur middel van pynbeheer van die terminale pasiënt.

Primêre gesondheidsorgfasiliteite behoort dus:

- Effektiewe en doeltreffende maniere van pasiëntvervoer te voorsien. Die beskikbaarheid van 'n ambulansdiens, veral in afgeleë areas op die platteland, verseker dat die pasiënt onverwyld na 'n primêre sorgfasiliteit vervoer kan word.
- Professionele gesondheidspersoneel te hê wat wetenskaplik gefundeerde kennis kan toepas om vroeë tekens en simptome van kanker te kan waarneem; ingeligte besluite kan neem; en korrekte aksies kan uitvoer om die pasiënt van die vroegste stadium vanaf die siekteproses tot in die terminale fase te begelei.
- 'n Gemeenskapsgebaseerde infrastruktuur in samewerking met nie-regeringsorganisasies te hê om terminale kankerpatiënte te hanteer.

b) Ontslagprotokol

Ontslag van 'n pasiënt moet volgens Hartigan en Brown bepland geskied omdat ... *Discharge planning, which helps to ensure continuity of care, helps sick and well persons and their family find the best solutions to their health problems, at the right time, from the appropriate source, at the right price and on a continuous basis for the required period of time* (Hartigan and Brown ,1985).

'n Ontslagprotokol moet volgens die *Health Care Financing Administration* ook voorsiening maak ... *for follow-up care that are consistent with available resources within the community* (*Health Care Financing Administration*,1986).

Volgens die Nasionale Kankerbeheerprogram (*National Cancer Control*

Program/NCCP) moet alle kankerpatiënte vanaf die behandelingshospitaal (vlak 3- of 2- hospitale) met 'n ontslagprotokol verwys word. Die ontslagprotokol sal aandui watter aksie op primêre sorg vlak. geneem moet word Die doel van sodanige ontslagprotokol is:

- Om te voorsien in die behoeftes van die drie partye wat betrokke is by palliatiewe sorg, naamlik:
 - (1) die pasiënt;
 - (2) die pasiënt se ondersteuningstruktuur of familie; en
 - (3) die primêre sorgvoorsiener.
- Om dié drie partye in te lig oor hulle regte en verantwoordelikhede, die sorg wat beplan word vir die pasiënt en die wyse waarop die pasiënt toegang tot hierdie sorg behoort te kry.
- Om te verseker dat daar 'n bevredigende oorskakeling na effektiewe palliatiewe sorg in die gemeenskap is.

Dit beklemtoon dus dat die individu met gevorderde, verspreide kanker wat 'n beperkte lewensverwagting en pyn- en simptomebeheer as primêre prioriteit het, ontslaan moet word met middels en inligting wat relevant is vir sy/haar behandelingsprotokol. Die pasiënt moet ingelig word oor die ligging van die primêre sorgsentrum waar aangemeld moet word vir verdere sorg, die afspraakdatum en die tyd van aanmelding. Die pasiënt moet ook 'n kontaknommer van die ontslaghospitaal kry sodat hy/sy kan skakel indien probleme ondervind word om toegang op primêre sorgvlak te verkry.

Die familie of ondersteuningsgroep van die pasiënt behoort toegang te hê tot dienste wat hulle sal bystaan en voorberei vir die rol van primêre versorger. Ook behoort hulle voorsien te word van inligting oor die hulpbronne wat beskikbaar is en hoe om dit effektief te gebruik.

Die verwysende hospitaal het egter ook sekere verantwoordelikhede:

- Bepaal die pasiënt se gereedheid vir ontslag.

- Lig die palliatiewe sorgvoorsiener na wie die pasiënt verwys word, in om die familie in kennis te stel en hulle voor te berei om die pasiënt te ontvang.
- Voorsien geskrewe instruksies oor die medikasie.
- Stuur 'n verwysingsbrief aan die primêre sorgfasiliteit wat die sorg van die pasiënt sal oorneem.
- Lig die pasiënt in oor opvolgsorg, afspraak, ensovoorts.
- Gee advies oor enige spesifieke sorg, byvoorbeeld dieet, higiëne, mondsorg, pynbeheer, infeksiebeheer, mobiliteit, wondsorg.
- Gee kontakbesonderhede soos distriksgesondheidsdienste, nie-regerings-organisasies, ensovoorts.
- Voorsien voorgeskrewe medisyne, veral vir pyn- en simptoombeheer en dieetaanvullings wat benodig word tot die opvolgafspraakdatum.
- Maak opvolgafspraak en skryf besonderhede op pasiënt se buitepasiëntkaartjie.
- Doen aansoek om 'n sosiale/ongeskiktheidstoelaag van die Welsynsdepartement wanneer van toepassing.
- Voorsien siekteverlofsertifikate.
- Stel familie in kennis van pasiënt se ontslag.
- Reël vir vervoer van die pasiënt.

Die verantwoordelikhede van die primêre sorgvoorsiener is die volgende:

- Voorsien toepaslike medikasie vir pyn- en simptoombeheer teen die agtergrond van relevante, toepaslike kennis en ervaring.
- Voorsien multidissiplinêre ondersteuning (psigososiaal, fisies en geestelik) soos toepaslik en beskikbaar in die primêre sorgopset deur gemeenskapsbronne te betrek.
- Voorsien direkte en indirekte supervisie en opleiding aan leke-versorgers.
- Respekteer die behoeftes van die pasiënt en die familie-eenheid en betoon deernis.
- Respekteer vertroulikheid en die reg tot inligting aan die pasiënt en die familie.

- Deur middel van opleiding en ontwikkeling moet verseker word dat kwaliteitsorg en ondersteuning aan die pasiënt met gevorderde verspreide kanker in die terminale fase gebied word.
- Bou verhoudings met nie-regeringsorganisasies wat beide opleiding kan voorsien en sommige van die dienste wat nodig is om voldoende palliasie te verseker kan oorneem.

c) Palliatiewe Sorg insluitend pynbeheer

Volgens Snyder moet palliatiewe sorg fokus op ... *relieving distressing physical symptoms resulting from relentless progression of an incurable disease. Management and control of distressing physical symptoms enable the client to function at an optimal level* (Snyder ,1986).

Volgens die NKCB(1997) is palliatiewe sorg die totale aktiewe sorg van pasiënte wie se siekte nie op kuratiewe behandeling respondeer nie. Dit sluit in die beheer van pyn, ander simptome, sowel as psigologiese, sosiale en geestelike aspekte van die persoon. Volgens Kasner en Tindel (1984) is palliatiewe sorg dus daarop ingestel om simptome te verlig en nie die siekte te genees nie. Die doel is om onder hierdie omstandighede die beste kwaliteit van lewe vir die pasiënt en sy familie te verseker. Radioterapie, chemoterapie en chirurgie het wel 'n plek in palliatiewe sorg indien die simptomatiese voordele van behandeling duidelik die nadele oortref. Die beheer van pyn vorm die belangrikste komponent van palliatiewe sorg.

Volgens die terapeutiese doelwitte van en beginsels by die hantering van pyn moet:

- pyn in kankerpatiënte onmiddellik te identifiseer, beraam en verlig word;
- die pasiënt se psigososiale en geestelike invloede op sy pynpersepsie (-ervaring) erken word, asook die hantering daarvan deur die pasiënt en sy

familie;

- pyn te alle tye verlig word;
- vrese wat geassosieer word met pyn geëlimineer word;
- versorgers van pasiënte met kanker ondersteun en bemoedig word;
- die maksimum moontlike kwaliteit van lewe en sterfte met deernis behou word;
- die pasiënt as die beoordelaar van sy doeltreffende analgesie beskou word;
- volgehoue opvolgmeganismes in plek gekry word;
- toegang en vroeë verwysing na spesialisdienste beskikbaar wees indien pynbeheer nie bereik word nie;
- behandeling vir pyn nooit van kankerpatiënte weerhou word nie.

(Nasionale Kankerbeheerprogram, 1997)

d) *Pynverligting en beheer*

In die literatuur is daar verskillende definisies van pyn. Omdat pyn so moeilik is om te beskryf, word daar van verpleegkundiges verwag om te aanvaar dat pyn alles is wat die pasiënt sê dit is. Pyn is 'n sensasie wat seer genoeg maak om iemand ongemaklik te laat voel (Alberts, 1993). Gedurende die laaste dekade het die medici daarin geslaag om hul begrip van akute en chroniese pyn aansienlik te verbeter en kan beskikbare analgetiese middels tot hul beste voordeel benut word. Dit is nou moontlik om pyn in 95% van alle kankerpatiënte met die regte medikasie te verlig. Ongelukkig word dit nie altyd gedoen nie, en 'n studie wat in 1994 gedoen is, het gevind dat 42% van 'n groep kankerpatiënte (*grootte van studie word nie in Joernaal aangedui nie*) onvoldoende pynverligting ontvang het (Brada, 1994).

Orale morfiën, is een van die sterk opiate wat met veiligheid vir die pasiënt in die privaatheid van sy eie tuiste toegedien kan word om voldoende pynverligting te

verskaf, mits die regte dosis voorgeskryf is, die dosis aangepas word volgens die pasiënt se pynvlak en korrekte voorligting vir die pasiënt en sy familie gegee word oor die korrekte gebruik van die morfien.

Die nasionale beleid vir die implementering van orale morfien is

- Dat dit in lyn met die Essensiële Geneesmiddel Program by alle primêre sorgdiensfasiliteite beskikbaar moet wees.
- Dat standaardbehandelingsriglyne ingestel word vir farmakologiese bestuur (hantering) van terminale kankerpyn by primêre sorgvlak met toepaslike opleiding van personeel in die gebruik van hierdie riglyne.

Oor die algemeen word egter nog aanvaar dat die mediese gebruik van opiate geassosieer word met psigologiese afhanklikheid. Kankerpatiënte ontwikkel nie toleransie vir opiate nie, maar dosisse word verhoog omdat pyn neig om in intensiteit toe te neem soos die siekte vorder.

Die mediese etiek speel 'n belangrike rol in palliatiewe sorg. Terwyl pyn beheer word, mag die opiaatdosis wat verlang word, somtyds baie ná aan die vlak wees wat respiratoriese onderdrukking kan veroorsaak en selfs tot die dood kan lei. Die gebruik van só 'n hoë dosis word dikwels geregverdig deur te verwys na die etiese beginsel van die dubbele effek. Hierdie beginsel verklaar dat wanneer 'n aksie, met die doel om 'n goeie effek te hê, die effek slegs kan bereik op die risiko om 'n kwade effek te produseer, dan is daardie effek op die volgende voorwaardes eties toelaatbaar:

- Die aksie is goed in homself.
- Die intensie is alleenlik om die goeie effek te produseer.
- Die goeie effek word nie bereik deur die slegte effek nie.
- Daar is voldoende rede om die slegte effek toe te laat (Doyle, Hanks en MacDonald, 1994).

2.4 OPVOLGDIENTE IN DIE WES-KAAP VIR PASIËNTE MET KANKER

Chaska (1990) en die National Cancer Institute (1996) sê dat *escalating costs compounded by an increase in cost restraints by third-party payers have reduced the frequency and length of hospitalization for all types of illness and medical procedures; diagnostic and therapeutic procedures are occurring in the outpatient setting whenever possible. This is particularly true of cancer care when it is estimated that 90% of all cancer care will be delivered in the out-patient or home setting in the near future.*

Ook beweer Somers (1986) dat ... *there is a strong evidence that the trend from institutional care to community and home care will continue.*

Kundige menings is ook dat *optimal and successful transitional care can be ensured through an integrated "seamless" relationship between inpatient and outpatient care* (National Cancer Institute, 1996), en dat ... *available resources must be utilized efficiently in the diagnosis, treatment and supportive care of cancer patients* (National Cancer Control Programme, 1997).

Chaska (1990) sê verder dat ... *referral to community cancer care resources must be more timely and more comprehensive in nature, and more cancer care community resources must be developed to meet newly identified needs.*

Die Kankervereniging in die Wes-Kaapprovinsie beskik naas professionele opgeleide verpleegkundiges en maatskaplike werkers, ook oor vrywilligers om 'n opvolgdienste aan kankerpatiënte te verskaf.

Die doel hiervan is om redelike toegang tot gemeenskapsorgdienste aan elke kankerpatiënt in alle stadiums van hul siekte te voorsien. Die diens word deur 'n goed opgeleide multi-dissiplinêre span in die distrikgebaseerde sisteem met die

ondersteuning van die sekondêre en tersiêre hospitale gelewer.

In die stedelike gebiede word die onkologiese pasiënt by die groot tersiêre (vlak 3-) hospitale behandel waar hulle toegang het tot die behandelingsmodaliteite soos radio-en chemoterapie en selfs chirurgie om die siektetoestand en die gevolge van kanker aggressief te behandel. Stedelike en plattelandse onkologiese pasiënte maak van hierdie behandeling gebruik omdat dit aan hulle 'n gespesialiseerde diens bied. Pasiënte word, wanneer hul behandeling voltooi is, genoodsaak om na ontslag terug te keer na die tersiêre hospitale sodat opvolg-behandeling voortgesit kan word ten einde kontinuïteit in hul behandeling te verseker. Ter ondersteuning van 'n buitepasiënt-opvolgdiens vir onkologiese pasiënte na intensiewe behandeling van die kanker, word die hulp van die Kankervereniging ingeroep om die pasiënt en sy familie tuis te besoek en te ondersteun. Die Kankervereniging het kantore regoor die Wes-Kaap ontwikkel om in die behoefte van die gemeenskap te voorsien. Sodoende kon onkologiese pasiënte op die platteland tuis versorg word omdat hulle onmiddellik die ondersteuning van opgeleide personeel van die Kankervereniging tot hul beskikking het wanneer hulle probleme sou ervaar ten opsigte van hul siektetoestand en die nuwe-effekte van die siekte of die behandeling. Dit word egter steeds van hulle verwag om terug te gaan na die tersiêre hospitaal vir hul roetine-opvolgbehandeling by die onkologiese buitepasiëntfasiliteit.

Die Wes-Kaap Streek wat vanaf Vanrhynsdorp aan die Weskus tot Knysna aan die Suidkus en Beaufort-Wes/Murraysburg in die Karoo strek is tot onlangs nog bedien deur onkologie-fasiliteite in die akademiese hospitale van Grootte Schuur en Tygerberg (Vlak 3-hospitale) in die Kaapse Metropol. Pasiënte moes van sover as die Karoo reis vir hul opvolgbehandeling aan bogenoemde inrigtings.

Die nood en behoefte van hierdie plattelandse pasiënte aan 'n nader en meer toeganklike opvolgdiens is deur die Kankervereniging met sy areakantoor in die Breërivier-Overbergstreek geïdentifiseer. Dit het daartoe gelei dat twee omvattende opvolgklinieke op Worcester en Caledon tot stand gebring is wat hierdie

diens nader aan die betrokke gemeenskappe gebring het.

Dié twee klinieke funksioneer as 'n buitepasiëntfasiliteit op 'n maandelikse basis. Geneeshere van die vlak 3-hospitale besoek alternatiewelik elke maand die onkologiediens op die platteland om die kontinuïteit in die pasiënt se behandeling te verseker. Geneeshere van die plaaslike hospitale wat vrywilliglik elke maand die onkologiekliniek hanteer, kry terselfdertyd ondersteuning van 'n spesialis-onkoloog. Die verbruiker van hierdie dienste trek dus maksimum voordeel daaruit dat die diens bereikbaar en koste-effektief is.

Die onkologie-opvolgklinieke op Worcester en Caledon voorsien in die betrokke plattelandse gemeenskap die volgende dienste aan reeds gediagnoseerde kanker pasiënte:

- Roetine-opvolgbesoek
- Pyn- en simptomebeheer, onder andere gemak van die pasiënt
- Inligting en hantering van newe-effekte van die behandeling óf as gevolg van die siekte
- Inligting en handhawing van die dieet of voedingstatus van die kankerpatiënt
- Psigososiale ondersteuning

Die kliniek funksioneer as 'n buitepasiëntfasiliteit binne die hospitaalopset en pasiënte kry 'n afspraakdatum om die kliniek een keer per maand te besoek.

Die kliniek is hoofsaaklik die verantwoordelikheid van die Kankervereniging in die Wes-Kaap. 'n Professionele opgeleide verpleegkundige in diens van die Kankervereniging is in beheer van die kliniek, maar word verder geheel en al deur vrywilligers, wat deur die Kankervereniging opgelei is, beman.

Die volgende binnepasiënt- of interdepartementele fasiliteite van die hospitaal is vir die kliniek beskikbaar:

- X-straaldepartement
- Laboratorium
- Apteek
- Die hulp en bystand van hospitaalportiere
- 'n Goed gevestigde vervoersisteem met gebruik van die ambulansdiens

Dit bly egter noodsaaklik en krities dat hoë standaardsorg aan hierdie pasiënte en familie gelewer word, want ... *as expensive treatment represents a waste of money if it is not completed and if there is no long term follow up to evaluate the effectivity and cost-effectiveness of the treatment* (NCCP ,1997).

2.5 GEHALTEVERSEKERING

Die verpleegkundige word onderrig en opgelei om aanspreeklik te wees vir haar eie verpleegaksies en om standarde rakende verpleging in stand te hou, en waar nodig, te verseker dat gehaltesorg toegepas word.

Die woord gehalteversekering word soos volg opgebreek om dit duidelik te omskryf: gehalte en versekering.

2.5.1 Gehalte

Gehalte verwys na die eienskappe wat geassosieer word met uitmuntendheid. Daardie eienskappe vorm die kriteria waarvolgens die kwaliteit van 'n spesifieke diens beraam of geëvalueer word. Die eienskappe wat met uitmuntendheid geassosieer word, word vanuit die volgende perspektiewe beskou:

- Vir die pasiënt hang kwaliteit saam met die sorg wat hy ontvang het en daarom verwag hy dat daar in sy onmiddellike gesondheidsbehoefes soos byvoorbeeld fisiese en psigiese behoeftes voorsien moet word en

dat die diens toeganklik moet wees.

- Vir die professionele praktisyn is kwaliteit en gehalte sinoniem met die kennis en vaardighede wat in die professionele praktyk betrokke is (Booyens, 1993).

2.5.2 Versekering

Versekering impliseer 'n waarborg ten opsigte van kennis en vaardighede by die praktisyn en 'n doeltreffende diens in ooreenstemming met die eienskappe wat met uitmuntendheid geassosieer word. Dit impliseer ook dat formele kwaliteits-beheersisteme in plek is wat die wyse waarop standaarde in stand gehou word en remediële stappe gedoen word, monitor.

Kwaliteitsversekering (gehalteversekering) is dus 'n formele sisteem wat verseker dat die pasiënt 'n diens van 'n sekere gehalte sal ontvang (Booyens, 1993). Bruwer (1986) beskryf gehalte as 'n relatiewe begrip wat op 'n gegewe tyd en plek of as 'n minimum aanvaarbare vlak van dienslewering, of 'n optimale vlak van dienslewering beskou word. In die Verenigde State van Amerika is laasgenoemde die doelwit van akkrediteringshandelinge, terwyl eersgenoemde die doelwit is in die gehalteversekeringproses. In beide gevalle moet die vlak van gehalte duidelik omskryf word deur die stel van standaarde met spesifieke kriteria vir elk, met inagneming van die belange (veiligheid) van die verskaffer en verbruiker.

Ten einde gehaltesorg te lewer, is die volgende elemente noodsaaklik:

- Professionele praktykvoering
- Effektiewe aanwending van bronne
- Minimum risiko vir pasiënt
- Pasiënttevredenheid

Dit is dié elemente wat die navorser in berekening sal bring wanneer die standaard vir 'n opvolgdiens aan onkologiese pasiënte opgestel word.

2.6 GEHALTEVERSEKERINGSMODELLE

Sedert hospitale verplig is om aandag te skenk aan die beheer van koste en kwaliteit, het kwaliteitsversekering (gehalteversekering) 'n essensiële faktor in verpleging geword en moes leiers in verplegingsdienste kwaliteitsprogramme begin implementeer. Sedert die sewentigerjare het kwaliteitsversekeringsprogramme in verpleging toegeneem en is instrumente wat in Amerika ontwerp is, in Europa en selfs in Suid-Afrika getoets en aangepas (Booyens, 1993).

Gehalteversekeringsmodelle het 'n wetenskaplike basis verskaf vir die toepassing van gehaltesorg in verpleging. Die navorser het verskille tussen sekere modelle nagevors om dié wat algemeen in gebruik is te identifiseer. Dit het ook as riglyn gedien vir die opstel van die standaard wat in die navorsingsproses gebruik is. Die volgende modelle is geselekteer en word vervolgens bespreek:

2.6.1 Donabedianproses model

2.6.2 Norma Lang model

2.6.3 Besluitnemingstipologie van Constanzo en Vertenski

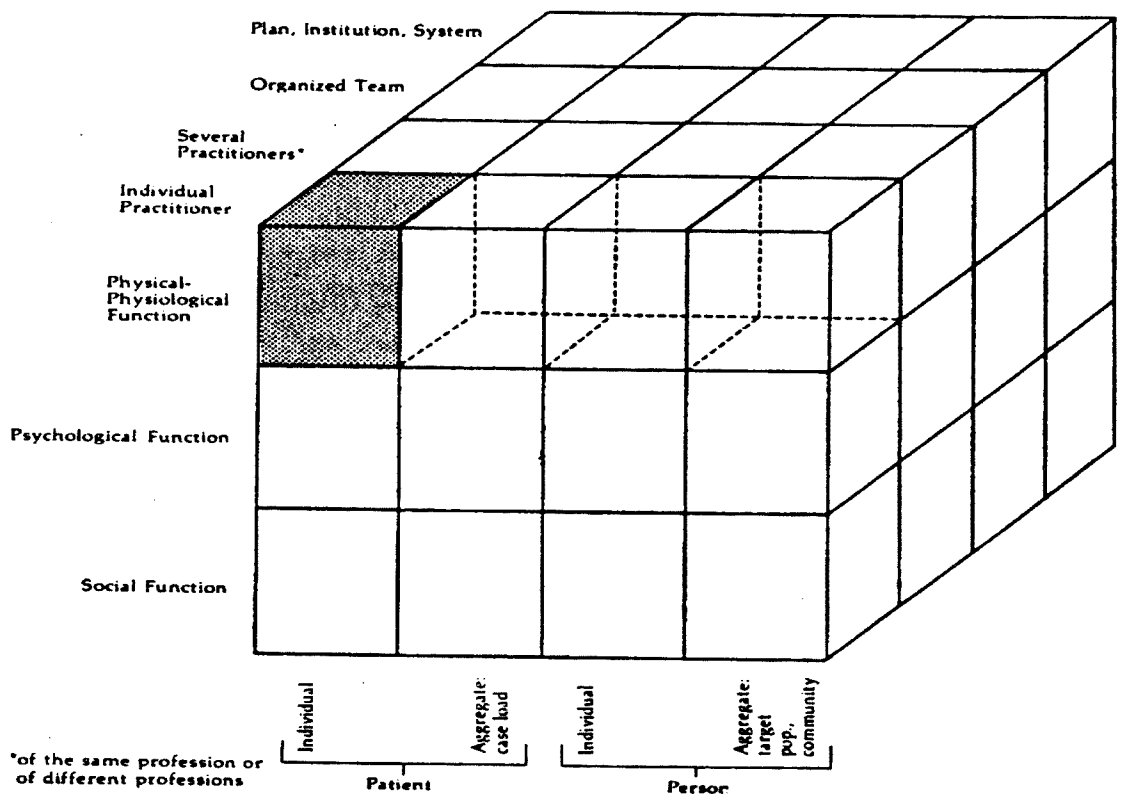
2.6.1 Donabedianproses model

Die navorsing van dr. Avedis Donabedian in gesondheidsadministrasie het gelei tot 'n prosesmodel vir gehalteversekering wat as vertrekpunt vir baie ander navorsers gedien het.

Die prosesmodel het as onderliggende rasionaal 'n ontleding van die

gesondheidsstelsel en kan visueel deur 'n kubus voorgestel word. Die volgende faktore is betrokke by die definisie van gesondheidsdienstegehalte soos in figuur 2.2 aangetoon word:

FIGUUR 2.2
DONABEDIAN MODEL



Die een kant van die kubus verteenwoordig die dimensies van gesondheid. Donabedian identifiseer drie komponente in die verband, naamlik fisiese, psigiese en sosiale funksies.

Die ander kant van die kubus verteenwoordig die ontvangers van gesondheidsbehandeling. In die verband is die volgende ter sprake, naamlik die

toeganklikheid, beskikbaarheid en toepaslikheid van die diens vir die pasiënt. Dit beïnvloed weer die koste-effektiwiteit van die dienslewering. Die derde kant van die kubus verteenwoordig die verskaffers van gesondheidsdiens.

Met bogenoemde as basis het Donabedian die prosesmodel ontwikkel. Die model maak daarvoor voorsiening dat alle aspekte/dimensies van 'n gesondheidsdiens in die gehalteversekeringsproses geëvalueer moet word.

Hierdie dimensies is:

- (a) Struktuurdimensie
- (b) Prosesdimensie
- (c) Resultaatdimensie

(a) Struktuurdimensie

Die struktuurdimensie van 'n gesondheidsdiens verwys na daardie hulpbronne wat nodig is om 'n diens te lewer. Dit behels onder andere die volgende: geboue, voorrade en toerusting, personeel en administratiewe sisteem. Donabedian verwys hierna as die milieu waarin 'n gesondheidsdiens moet plaasvind. Die aanname kan gemaak word dat meer en beter hulpbronne (struktuur) 'n hoër gehalteslewing sal verseker.

(b) Prosesdimensie

Die prosesdimensie verwys na die aanwending van hulpbronne in die gesondheidsdiens. Die evaluering van funksionele (kliniese) handeling word ook onder die hoof ingedeel. Die evaluering van die prosesdimensie van die gesondheidsdiens neem dus die normatiewe gedrag van die verskaffer van gesondheidsdiens (bv. die verpleegkundige) as vertrekpunt en behels die volgende:

- Korrekte diagnose van siekte
- Besluit of tussentrede nodig is of nie
- Stel van doelwitte vir die behandeling
- Keuse van behandelingsmetodes
- Korrekte uitvoering van tegnieke

Die evaluering van die dimensie is sinvol omrede die proses sigbaar is, beheer kan word en die gehalte onmiddellik bepaal kan word.

(c) Resultaatdimensie

Die resultaatdimensie is verteenwoordigend van dit wat met die gesondheidsdiens bereik is. Die evaluering van die pasiënt se toestand aan die einde van die geïmplementeerde gesondheidsprogram is hier ter sprake en volgens Donabedian die enigste werklike maatstaf vir die regverdiging van die gesondheidsstelsel.

Die meeste gesondheidswerkers stem saam met die verwagte resultate van gesondheidsbehandeling. Die aspek skakel ook baie probleme in die evalueringsproses uit en die bydrae van die verskillende professies hoef dan nie onafhanklik gemeet te word nie. Op makrovlak sluit dit ook die administratiewe stelsel in.

2.6.2 Norma Langmodel

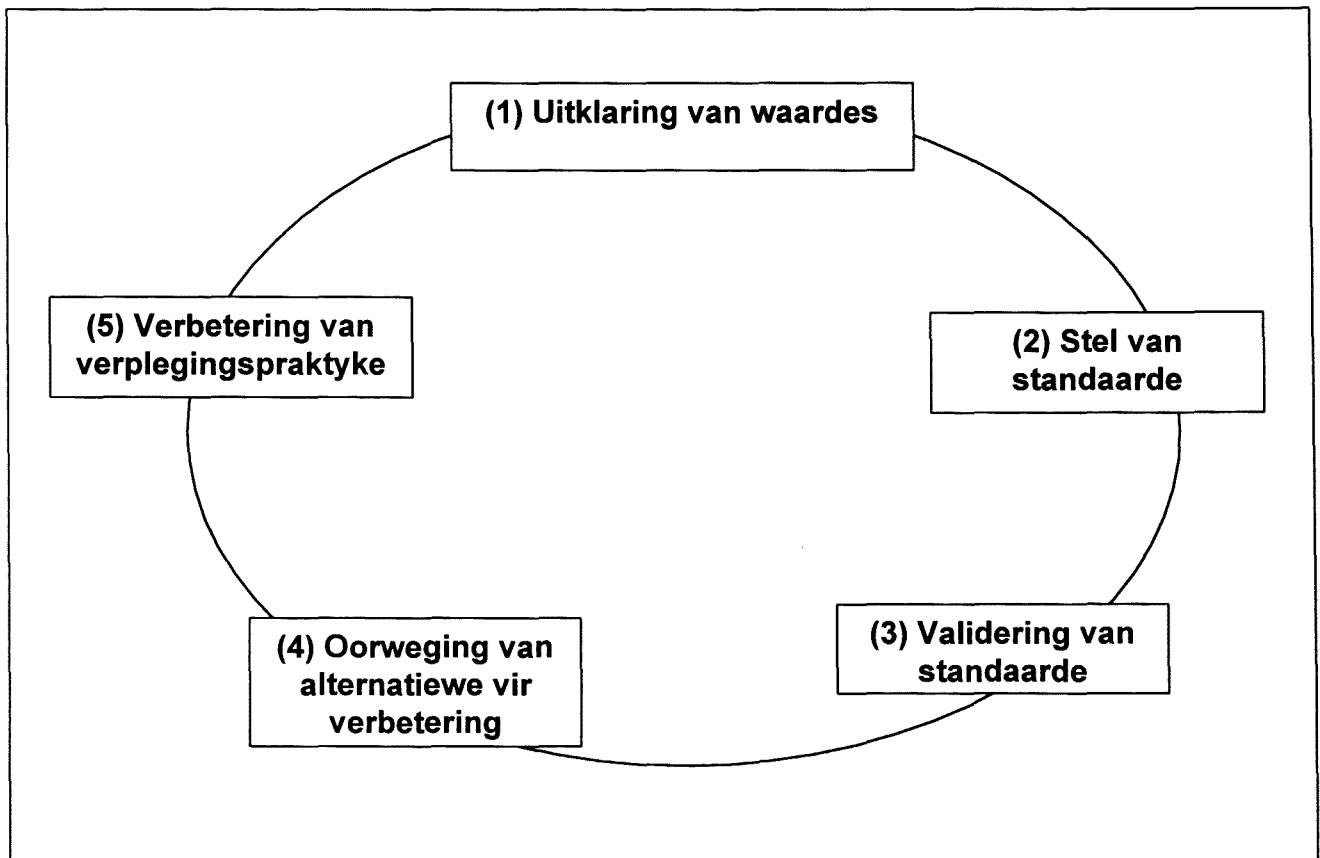
Norma Lang het 'n model geformuleer wat deur die Amerikaanse Verpleegstersvereniging aanvaar en ontwikkel is. Die model behels vyf stappe:

- (1) Vasstel van waardes
- (2) Stel van standaard
- (3) Validering van standaard
- (4) Oorweging van alternatiewe vir verbetering

- (5) Verbetering van verpleegpraktyk

Die Norma Lang model word in figuur 2.3 uiteengesit.

FIGUUR 2.3
NORMA LANG MODEL



(Booyens, 1993)

Vervolgens word die vyf punte in bogenoemde figuur nou bespreek.

(1) *Uitklaring van waardes*

Die uitklaring van waardes op 'n gegewe tyd en plek verander en gee dinamika aan die model van Lang. Dit laat ruimte vir verskille en groei in gemeenskappe,

professies en wetenskappe. Die noodsaaklikheid om die waardesisteem van die verpleegpraktyk te formuleer en op 'n deurlopende basis te evalueer, maak van die gehalteversekeringsprogram meer as bloot 'n tegniek. Die waardesisteem van 'n organisasie moet die missie, visie, doelwitte en beleid insluit.

(2) Die stel van standaarde

Die formalisering van eksplisiete waardes geskied aan die hand van standaarde en kriteria. Lang erken die terminologiese verwarring in die gebruik van die twee begrippe en beskryf 'n standaard kortliks as 'n ooreengekome vlak van gehalte, terwyl kriteria meetbare konstaterings is wat die inhoud van die standaard weergee. Die probleem by die bepaling van die effektiwiteit van verpleeg-tussentrede lê vir Lang en Donabedian daarin dat daar na struktuur-, proses- en resultaatdimensies gekyk moet word sonder om die een bo die ander te stel. Die standaard moet baie duidelik aandui watter groep of individu verantwoordelik is vir die handhawing van standaarde en moet 'n duidelike verklaring ten doel hê.

(3) Validering van standaarde

Gestelde standaarde moet gevalideer word deur kundiges, dit wil sê, aandui of die standaarde meetbaar, bereikbaar, spesifiek, relevant en teoreties/wetenskaplik gefubdeer is. Dit beteken dat dit op kliniese navorsing gebaseer is, die professionele gedragskode van die verpleegkundige reflekteer, en wetlike en etiese vereistes nakom (Parsley and Corrigan, 1995).

(4) Oorweging van alternatiewe vir verbetering

Verbetering vind plaas nadat die effektiwiteit van die aksieplan geëvalueer is. Oplossings vir probleme word oorweeg en die mees toepaslike alternatief vir

verbetering word geselekteer (Katz and Green, 1992).

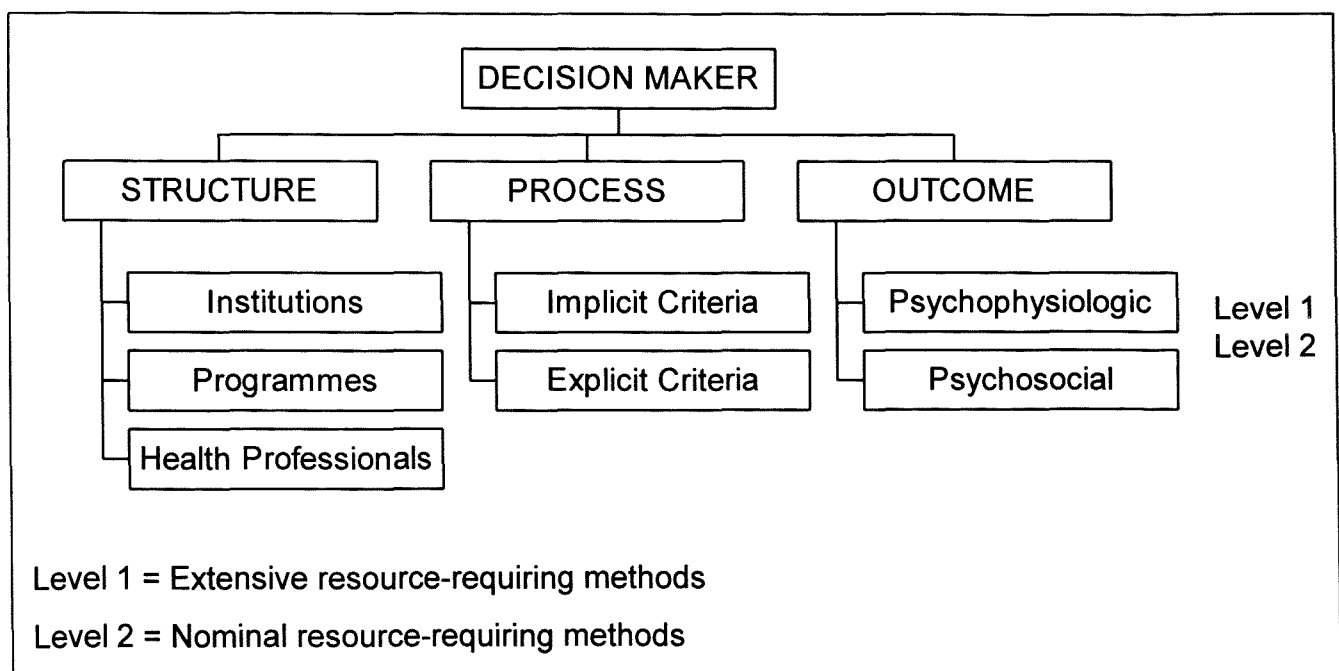
(5) *Verbetering van verpleegpraktyk*

Verbeterings word gedoen indien verwagte resultate nie bereik is nie (Katz and Green, 1992).

2.6.3 Besluitnemingstipologie van Constanzo en Vertinsky

Die uiteenlopende benaderings tot gehalteversekering het gelei tot die daarstelling van 'n raamwerk vir gebruik deur administrateurs, en wel deur Constanzo van die Vancouver Health Department en Vertinsky van die University of British Columbia, Vancouver. Die model word soos volg voorgestel:

FIGUUR 2.4
CONSTANZO EN VERTINSKY SE BESLUITNEMINGSTIPOLOGIE VAN
GEHALTEVERSEKERING



Die eerste vlak is soortgelyk aan die prosesbenadering van Donabedian, en word soos volg verdeel:

(1) Struktuurdimensie behels:

- ▶ inrigtings waar kontak met die pasiënt gemaak word;
- ▶ die daarstelling van programme ter doelwitbereiking; en
- ▶ professionele werkers wat mediese behandeling verskaf.

(2) Prosesdimensie behels:

- ▶ implisiete; en
- ▶ eksplisiete evaluering.

Omdat die behandeling wat aan pasiënte verskaf word, meesal op empiriese data berus, word voorafbepaalde kriteria vir evaluering gebruik.

(3) Resultaatdimensie:

Die resultaat wat verkry word, wys heen na die verandering wat by die pasiënt teweeggebring word, naamlik:

- ▶ fisiologiese; en
- ▶ psigo-sosiale verandering (pasiënttevredenheid).

Die drie modelle integreer al drie dimensies van die verpleegpraktyk, naamlik struktuur-, proses- en resultaatdimensie, en verseker sodoende dat 'n omvattende sorgbenadering gevolg word. Dit is dus wenslik dat standarde vir al drie domeine gestel word. Vir die doel van die betrokke navorsingsprojek fokus die navorser egter slegs op die struktuur- en prosesstandarde, omdat die resultaatdimensie in hierdie geval baie moeilik is om te evalueer en normaalweg oor 'n langer termyn strek. Die navorser moes die navorsing in 'n beperkte tyd afhandel weens logistiese en finansiële redes.

2.7 STRUKTUURSTANDAARDE

Vroeër is sekere reëls vir praktykvoering daargestel en is hulle gebruik om die

aktiwiteite van verpleegkundiges te beheer. Met die ontwikkeling van moderne bestuursteorieë en style is riglyne ontwikkel om die werknemers se praktyk en werkverrigtinge te standaardiseer en te koördineer. Omdat hierdie riglyne doeltreffend in die vorm van standarde geformuleer is, bied dit 'n breë raamwerk vir die verpleegkundige (werknemer) waarbinne sy haar praktyk kan beoefen. Dit bevorder terselfdertyd kritiese denke en professionele oordeel.

'n Standaard moet egter realisties en bereikbaar wees, en terselfdertyd 'n minimum vlak van veiligheid weerspieël.

2.8 GEHALTESORGSTANDAARD

Met inagneming van die gehalteversekeringsmodelle het die navorser besluit dat die standarde van die opvolgdiens ter sprake wanneer moet word deur middel van standarde gestel ten opsigte van die struktuurdimensie, prosesdimensie en resultaatdimensie.

Booyesen (1993) sê onder andere: *... a structural standard is a standard that concerns the composition of , and the resources in, a health service which go to make the provision of a service possible – in other words, the support structure. Structural standards refer to the physical set-up in which, and through which, service takes place.*

Will (1983) beklemtoon dit deur te sê: *... An evaluation of structure examines the setting in which care is given and includes assessment of the facility, equipment, supplies, manpower, support services and finance.*

Die navorser het die volgende aspekte ten opsigte van die struktuurdimensie in die formulering van die standarde in ag geneem:

- Die organisering van die opvolgkliniek

- Toerusting en fasiliteite
- Personeelvoorsiening
- Bestuur (beleid en prosedure)

2.8.1 Organisering

Die onkologiese opvolgdiens op die platteland is primêr voorkomend en bevorderend van aard, maar integreer kuratiewe dienste op sekondêre en tersiêre vlak. Ten einde 'n omvattende diens aan onkologiese pasiënte, te lewer is dit noodsaaklik dat daar 'n verwysingsstelsel bestaan wat verseker dat die pasiënt op toepaslike vlak in die onkologiese buitepasiëntfasiliteit behandel word. Standaard is opgestel met betrekking tot die organisering van die omvattende diens wat gelewer moet word.

Die verwysing van die pasiënte na die opvolgdiens en hul eerste besoek aan die diens is in hierdie raamwerk vervat. Die indikasies, pasiënt se siekte- en behandelingsgeskiedenis en die inligting omtrent die behandelende geneesheer is kernaspekte wat aangeraak behoort te word.

'n Volgende aspek waarvoor kriteria gestel is, is die bespreking van opvolgbesoeke/huidige detail-inligting wat beskikbaar moet wees ten opsigte van die pasiënt se volgende besoek. By die organisering van die opvolgdiens is die integrering van alle vlakke van gesondheidsdiens, ook belangrik en behoort sekere kriteria hier te geld.

2.8.2 Toerusting en fasiliteite

Die onkologiese opvolgdiens is afhanklik van die nodige toerusting en fasiliteite om pasiëntgemak te verseker. Dit is noodsaaklik dat die toerusting en fasiliteite

beskikbaar is en optimaal benut word. Die toegewysde area moet slegs voorsiening maak vir onkologiese opvolgpasiënte sodat die fasiliteit spesifiek vir die doel benut word. Die navorser het standaarde opgestel ten opsigte van:

- die uitleg van die toegewysde area;
- die ondersoekarea en die netheid daarvan sowel as die voorrade wat beskikbaar moet wees;
- die ginekologiese ondersoekkamer vir onkologie-vrouepasiënte en die voorrade wat beskikbaar is vir die doel van 'n ginekologiese ondersoek;
- kommunikasiefasiliteite in die toegewysde area; en
- interdepartementele samewerking.

2.8.3 Personeelvoorsiening

Dit is noodsaaklik dat die onkologiese buitepasiëntfasiliteit oor voldoende mannekrag beskik om in die individuele behoeftes van elke onkologiese pasiënt en sy familie te voorsien.

By die opstel van standaarde ten opsigte van die voorsiening van personeel vir die onkologiese kliniek, het die navorser die bespreekte pasiëntlading tydens die individuele klinieksessie asook die aantal geneeshere wat tydens só 'n sessie beskikbaar is, in ag geneem. Ten opsigte van die verpleegpersoneel vir die onkologiese opvolgkliniek is dit belangrik dat die verpleegkundige op diens die nodige ervaring in onkologiese verpleging en/of psigiatriese verpleging moet hê.

'n Wetenskaplik bepaalde formule word om die personeelvoorsiening van 'n opvolgdiens te bepaal, ontbreek nog. Die navorser het uit jare se ervaring en na konsultasie met kundiges bepaal dat die volgende 'n rol speel by die bepaling van personeeltoekenning:

- Beperkte pasiëntlading-indeks
- Aantal geneeshere beskikbaar

Kriteria is gestel ten opsigte van professionele verpleegkundiges en vrywilligers wat nodig is om so 'n opvolgdiens te bedryf.

2.8.4 Personeeloriëntering

Die Kankervereniging van Suid-Afrika speel 'n belangrike rol daarin dat almal wat betrokke is by die onkologiese diens 'n oriënteringsprogram wat deur hulle aangebied word, deurloop. Hierdie program is skriftelik beskikbaar en gereed by diensaanvaarding. Die program is veral daarop toegespits om die vrywilliger toe te rus met vaardighede om die onkologiese pasiënt en sy familie emosioneel te ondersteun en advies te gee oor kanker as siekteproses en die gevolge daarvan.

As kriteria vir 'n personeeloriënteringsprogram, was dit vir die navorser verder belangrik dat daar biblioteekfasiliteite beskikbaar moet wees met literatuur oor kanker en onkologiese verpleging. Dit is nodig dat die onkologiese opvolgdiens voor 'n kennisgewingsbord beskik waar verpleegkundiges inligting kan kry oor simposiums en werksinkels kan kry wat bygewoon kan word om hul kennis en vaardighede uit te brei ten opsigte van die nuutste ontwikkeling, asook die behandeling, verpleging en sorg van die kankerpatiënt.

2.8.5 Prosedure en beleid (Bestuur)

Alle gesondheidsinstansies is self verantwoordelik om die nodige beleids- en prosedurehandleidings vir sy personeel daar te stel. Dit verskaf 'n veilige raamwerk waarbinne die personeel effektief kan funksioneer.

Die onkologiese opvolgdiens behoort as 'n fasiliteit van die hoofhospitaal oor die nodige aangepaste prosedure- en beleidshandleiding te beskik. 'n Standaard ten opsigte van die beskikbaarheid en toeganklikheid van beleid en prosedure-

handleidings in die onkologiese opvolgdiens is gestel.

Aspekte soos die teenwoordigheid van 'n missie, visie, dissipline, griewe-prosedures en beleid ten opsigte van monitering van gehaltesorg is aangespreek en kriteria is gestel.

Omdat dit noodsaaklik is dat 'n gesondheidsinstansie 'n formele gehalteversekeringsprogram moet hê, is dit ook as standaard met kriteria deur die navorser gestel.

Die gesondheidsorganisasie is ook wetlik genoodsaak om 'n veilige omgewing vir sy werknemers te skep. In hierdie opvolgdiens is dit noodsaaklik dat die instansie voorskrifte moet hê ten opsigte van die hantering van pasiënte en personeel met VIGS byvoorbeeld immunisasie van personeel (Hepatitis B) en hantering van skerpvoorwerpbeserings.

2.9 PROSESSTANDAARDE

Prosesstandaarde is volgens Booyens (1993) ... *a process applies to the way in which a task should be executed – those aspects or factors focusing on the actual way the practice is conducted. It applies to the actual nursing interactions that are carried out.*

Phaneuf (1976) sê dat wanneer daar op proses gekonsentreer word, dit dalk makliker is om na 'n definisie van verpleegsorg te kyk. Hy sê: *nursing care is a process of interaction and transaction within which tasks and activities are carried out, but the care of the patient is more than the sum of the tasks and activities involved.*

Kemp en Richardson (1993) sluit hierby aan wanneer hulle sê: *The results of*

evaluating process should enable the nurses to improve their practice in weak areas, discard that which is no longer relevant and reinforce that which is good.

Die volgende prosesse (intervensies/aksies) in die opvolgdienssituasie is deur die kundiges wat geraadpleeg is, as krities geïdentifiseer en prosesstandaarde met kriteria is daarvoor gestel:

- (a) Omgewingshigiëne en gemak van pasiënt
- (b) Observasies (algemeen)
- (c) Pyn-en simptoombether
- (d) Dieet
- (e) Psigo-sosiale ondersteuning
- (f) Rekordhouding

Al ses kriteria hou baie nou verband met mekaar. As gevolg van die belangrike rol wat pyn- en simptoombether, dieet en psigo-sosiale ondersteuning by die kankerpatiënt speel, word daardie drie kriteria in die besonder bespreek.

2.9.1 Pyn-en simptoombether

Die doel van pynbether is om die pasiënt so pynvry as moontlik te hou. Snyder (1986) sê: *A major nursing and medical goal is to maintain the client in an alert, but pain-free state..., making it necessary to continuously assess the client's pain status in order to maintain an effective pain-control regime. Evaluation of the pain-control regime must be an ongoing process, so that nurses and physicians can alter the regime as necessary in response to the changing needs of the client. The pain of cancer deserves a systematic plan for control, rather than mere relief. The plan for pain control must aim to conserve the client's physical, mental, and moral resources and social usefulness for as long as possible.*

By die effektiewe beheer van kankerpyn moet verskeie faktore in ag geneem word, insluitende die

- graad en duur van die pyn;
- die aard van die siekteproses;
- die lewensverwagting van die pasiënt;
- psigologiese status;
- sosiale agtergrond.

Snyder (1986) beweer dat ... *a factor in the mismanagement of pain associated with malignancy is the inadequate application of available knowledge about cancer pain. This results from a variety of causes, including the lack of organized teaching to health professionals on the topic of effective management of cancer pain, a lack of time in busy clinical practices which precludes health professionals from giving optimal pain relieve, and relatively meager published data on the subject.*

Die kommunikasievermoë van die onkologiese verpleegkundige speel 'n belangrike rol in die kankerbehandeling van 'n pasiënt, veral ten opsigte van pynkontrole. Die verpleegkundige moet haar vermoëns en vaardighede, sowel as haar persoonlikheid só gebruik dat dit terapeuties van aard vir die pasiënt en sy familie is. Sy moet dus beide simpatiek en empaties wees en oor 'n goeie luistervermoë beskik. Snyder (1986) sê: *The art of oncology nursing is rooted in skillful communication, the therapeutic use of self, and a willingness to be accountable for ones actions.*

Newlin en Wellish (1978) sê verder: *When compared with non-oncology nurses, cancer nurses are more constantly exposed to the emotional turmoil and physical distresses experienced by persons with cancer and their families. They may also experience intense dilemmas over participation in investigational treatment or in therapy that results in distressing and painful side effects, thus jeopardizing the open and communicative relationships necessary with*

caregivers and clients.

Met betrekking tot standarde vir pynbeheer moet die volgende observasies gemaak word wat die teenwoordigheid van pyn by die kankerpatiënt aandui:

- 'n abnormaal verhoogde bloeddruk;
- 'n verhoogde temperatuur;
- slaaploosheid;
- anoreksie/verlies aan eetlus;
- woede/aggressie;
- depressie.

Die pasiënte moet ook tydens hul eerste besoek aan die kliniek voorsien word van 'n pynkaart waarop die vlak van pyn aangedui kan word. Die pynkaart is 'n effektiewe instrument, veral vir kankerpatiënte wat nie die mate van pyn wat hulle ervaar verbaal aan die gesondheidspersoneel kan oordra nie. Die kaart gee ook 'n aanduiding daarvan of die analgetika wat die pasiënt tans gebruik, vermeerder of verminder moet word. Die pynpatroon word gemonitor op 'n skaal van 1-10 waar 'n telling naaste aan 1 'n lae intensiteit- en tellings naaste aan 10 'n hoë intensiteitsvlak aandui. Dit kan in figuur 2.5 gesien word.

Morfiensulfaat is die algemene middel om pynbeheer by pasiënte met karsinoom toe te pas. Dreyer (1995) sê dat geen analgetika pyn beter verlig as morfien nie, en daarom is morfien die standaard waarteen alle nuwe analgetika gemeet word. Dit verhoog die pyndrempelwaarde as gevolg van die stimulasie van die opioïedereseptore in die brein en rugmurg maar onderdruk nie ander sensoriese modaliteite nie. Alhoewel sedasie dus voorkom, verloor die pasiënt nie sy bewussyn nie. Die pasiënt ervaar dus pynvermindering of afwesigheid daarvan, asook gemaklikheid omdat psigiese sensasies soos ang, vrees en paniek verminder en 'n euforiese gevoel soms intree. Hierdie veranderinge in psigiese reaksie of verhoging van die pyntoleransie is baie belangrik.

FIGUUR 2.5
PYNVLAKKE VOLGENS SKAAL

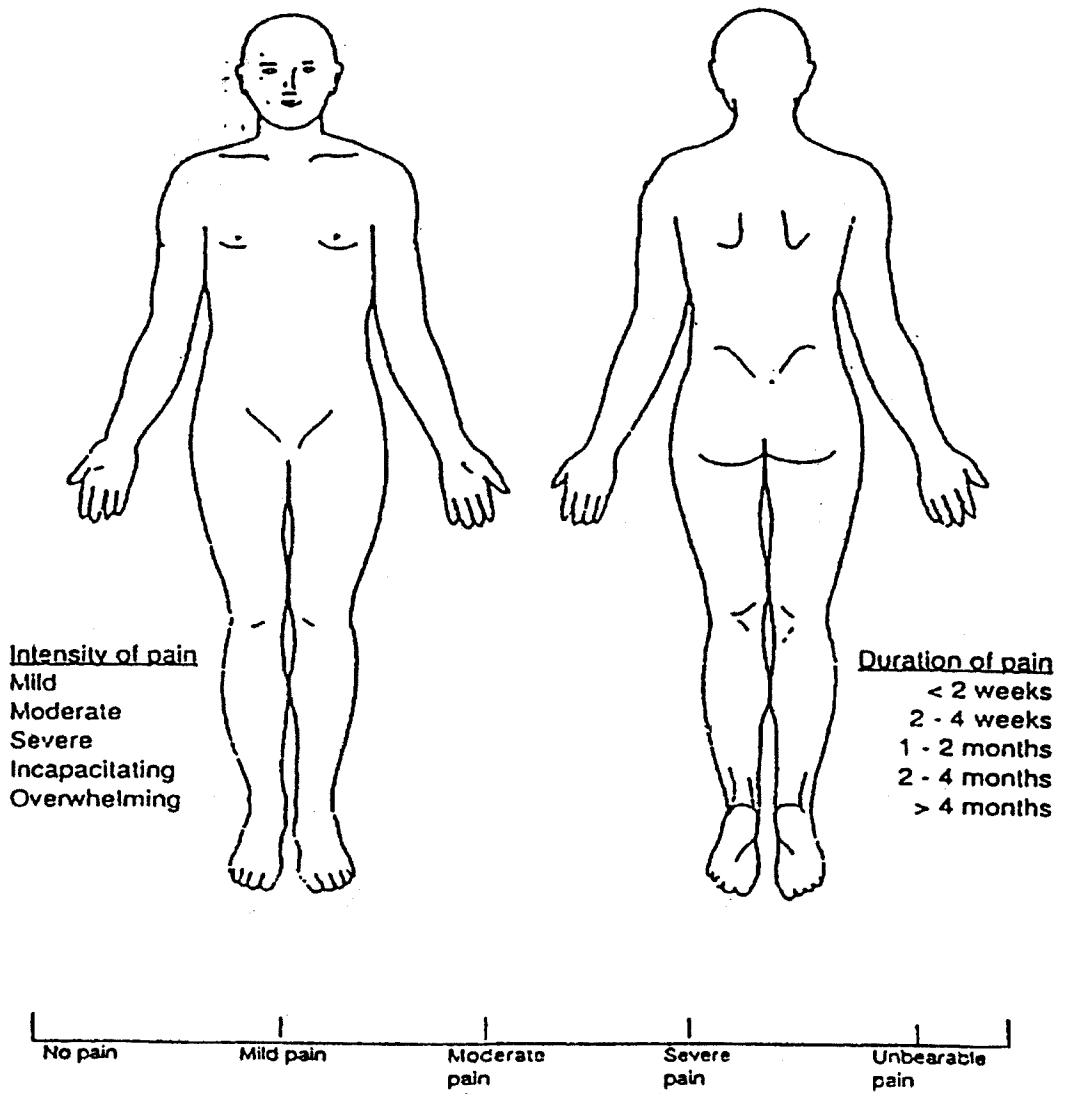


Fig. 1. Visual analogue scales (verbal report).

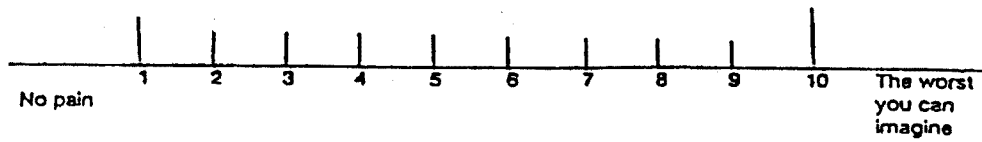
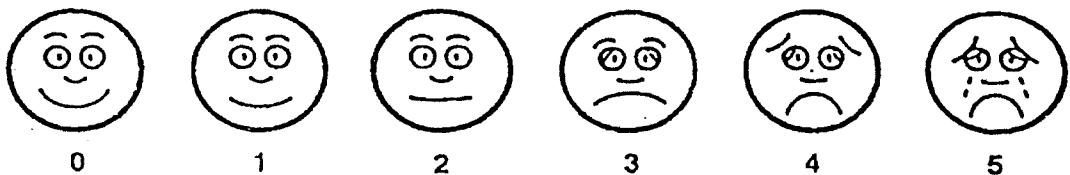


Fig. 2. Pain rating scale.



Kankerpatiënte wat medikasie vir pynbeheer gebruik ervaar dikwels nuwe-effekte, veral met die gebruik van sterk opiate soos morfien. Algemene nuwe-effekte wat ervaar word, is:

- (a) Hardlywigheid
- (b) Naarheid en braking
- (c) Slaperigheid /lomerigheid
- (d) Sweet en jeuk

Die verpleegkundige se kommunikasievaardighede word hier gebruik om die pasiënt se behoefte aan inligting en advies te bevredig. Alvorens die kankerpatiënt van morfien (of enige ander opiaat byvoorbeeld kodeïen) voorsien word, moet die pasiënt en sy familie ingelig word oor die nuwe-effekte wat mag voorkom en moet voorligting en advies verskaf word. Welch-McCaffey (1987) sê: *Much of the knowledge about cancer, its cause, treatment and effects, can be used to prevent the disease control its effects, and improving quality of life.*

Sonstegaard *et al.* (1976) gaan voort deur te sê: *Using an intensive nursing approach that gives ill persons the opportunity to understand their disease and treatment, and to verbalize and work through their feelings, may actually significantly reduce the physical, personal and social distress experienced by the person with cancer.*

(a) Hardlywigheid

Hardlywigheid is 'n nuwe-effek van morfien wat ongemak veroorsaak en so gou as moontlik verlig moet word, aangesien dit kan bydra tot pynverligting by die pasiënt. Omdat morfien gastriese motiliteit inhibeer en maaglediging vertraag, verhoog tonus van die antrale gedeelte van die maag en eerste deel van die duodenum, wat veroorsaak dat die deurgang van maaginhoud met tot 12 ure vertraag kan word. Ook verminder morfien die sekresies van die galblaas, pankreas en intestinum wat vertraging in die vertering van voedsel teweegbring.

Propulsiewe kontraksies van die dunderm en peristalses van die kolon word onderdruk. Omdat facies se deurgang vertraag word, lei dit tot uitdroging daarvan wat die deurgang nog meer vertraag. Terwyl anale sfinktertonus verhoog, verminder die normale refleksontspanning daarvan as gevolg van die vol rektum. Dit lei tot opioïedkonstipasie (Dreyer, 1995).

Advies en praktiese wenke aan die pasiënt en sy familie ten opsigte van die pasiënt se dieet moet gereeld geskied. Medikasie ter verligting van die probleem moet altyd die laaste uitweg wees, want indien die pasiënt voldoende inligting ontvang oor die dieet wat hy/sy moet volg, kan die probleem van hardlywigheid op 'n natuurlike wyse opgehef word.

Voorligting omtrent die dieet sou insluit:

- Verhoogde inname van voedselsoorte met 'n hoë veselinhoud.
- Verhoogde vloeistofinname in die mate wat die pasiënt dit kan tolereer. Die pasiënt moet aangemoedig word om vrugtesappe of warm drankies veral soggens wanneer hy wakker word, in te neem.

Mediese personeel vergeet dikwels dat analgetika soos morfien hand aan hand gaan met die uitreiking van 'n lakseermiddel of stoelgangversagter. Pasiënte moet die vrymoedigheid hê om dit met hul dokter te bespreek en 'n voorskrif aan te vra vir 'n stoelgangversagter eerder as 'n kragtige lakseermiddel wat kwaai maagkrampe en los stoelgange veroorsaak voordat die hardlywigheid maar weer begin.

(b) Naarheid en braking

Pyn veroorsaak dikwels naarheid en braking. As die pyn onder beheer is, sal die naarheid oor die algemeen ook verdwyn. Naarheid en braking kan ook 'n newe-effek van morfien wees as gevolg van die stimulasie van opioïedreseptore in die

chemo-emetiese snellerarea (Dreyer, 1995). Pasiëntvoorligting en advies speel ook 'n groot rol in die hantering van naarheid en braking.

Pasiënte behoort advies te kry oor hul dieet byvoorbeeld om kleiner maaltye meer dikwels te neem eerder as 'n groot maaltyd op 'n spesifieke tyd. 'n Praktiese wenk sal byvoorbeeld wees om los klere te dra. Ook moet vetterige, olierige kossoorte asook baie sout lekkernye vermy word. Koue voedings, soutighede, droë beskuitjies en roosterbrood mag ook makliker gekontroleer word. Indien braking baie erg is, en gewigsverlies byvoorbeeld voorkom, moet die geneesheer in kennis gestel word.

Die neem van 'n anti-emetikum (anti-naarheidmiddel) 'n halfuur vóór etes is baie effektief in die hantering van naarheid en braking, maar dit behoort ook die laaste uitweg te wees.

(c) Lomerigheid

Morfien kan lomerigheid veroorsaak. By die meeste pasiënte kom lomerigheid veral voor gedurende die eerste paar dae nadat hulle morfien begin gebruik het. Die lomerigheid neem af of verdwyn na 'n paar dae.

Pasiënte wat lomerigheid ervaar, moet baie versigtig wees om nie dan te bestuur nie. Pasiëntvoorligting is weereens belangrik om verdere komplikasies as gevolg van ongelukke en weens val te voorkom.

(d) Sweet en jeuk

Indien hierdie newe-effekte as gevolg van die neem van morfien voorkom, is dit gewoonlik 'n allergiese respons. Pasiënte moet ook hieroor goed ingelig word en aangeraai word om hul dokter te kontak indien hulle hierdie newe-effek sou

ervaar.

The only way a symptom can be brought under control, is to understand the cause, then provide the appropriate therapy. Knowledge of the cancer is a guide to therapy (St.Luke's Hospice).

2.9.2 Dieet/voedingstatus

Kankerpatiënte ervaar probleme met hul dieet en voedingstatus as gevolg van die siekteproses, óf as gevolg van die effek van die behandeling wat hulle ontvang, sou dit radioterapie, chemoterapie of chirurgie wees. Een van die mees direkte en onaangename newe-effekte van kankerbehandeling is die effek wat dit op voeding, eetlus, eetgewoontes, asook op die funksie van die spysverteringskanaal het. Naarheid, diarree en hardlywigheid is sommige van die newe-effekte. Dieet tydens behandeling kan 'n kardinale rol speel in die voorkoming en behandeling van probleme.

Shills (1979) sê: *Cancer patients frequently experience severe nutritional problems, primarily anorexia and weight loss. These occur as a result of the combined effects of the treatment and the disease. Feeding contributes significantly to the psychological support of the patient and his relatives. Progressive weight loss and physical wasting are extremely worrying and serve as a constant reminder of the presence of the disease.*

Snyder (1986) sluit by hom aan wanneer hy sê: *Persons with cancer often encounter disease or treatment-related malnutrition, so that normal eating or a regular diet without supplementation is inadequate for their metabolic needs.*

Gewigsverlies kan voorkom as gevolg van die volgende:

- Verhoging in metaboliese spoed met gevolglike verhoogde energie-verbruik

- Verminderde voedselinname weens:
 - ▶ Emosionele steurnis
 - ▶ Anatomiese probleme
- Wanabsorpsie van voedingstowwe in die dermkanaal

Dit is belangrik om goed te eet wanneer jy kankerbehandeling kry. Navorsing toon dat pasiënte wat goeie diete volg, die behandeling beter verwerk. Tot soveel as 50% meer proteïen en 20% meer kalorieë kan tydens kankerbehandeling nodig wees. Daarom is dit belangrik dat die verbetering van die pasiënt se voedingstatus gesien word as 'n belangrike komponent van behandeling, wat by toelating begin en tot die herstelfase voortduur.

'n Goeie dieet is belangrik om:

- die pasiënt in staat te stel om die behandeling en enige newe-effekte van behandeling te kan verwerk;
- te voorkom dat gesonde liggaamsweefsel beskadig word;
- te help om normale weefsel wat deur die behandeling geaffekteer is weer op te bou; en
- om die voorkoms van infeksies te verminder.

Die volgende kritiese punte is van belang in die hantering van sodanige pasiënte om te verseker dat hulle voedingstoestand so optimaal moontlik bly. Die verpleegkundige moet let op die volgende om die voedingstatus van die pasiënt te bepaal. Dit is vir haar 'n aanduiding of die kankerpatiënt probleme met sy dieet ervaar. Rekordhouding en nodige aksies ten opsigte van gewigsverlies en vermindering in die normale liggaams- of spierweefsel is daarom belangrik.

Probleme wat bogenoemde beïnvloed, sluit die volgende in:

- (a) Tekens en simptome van naarheid en braking
- (b) Verlies van eetlus
- (c) Hardlywigheid

- (d) Diarree
- (e) Moeilike kou- of slukprobleme
- (f) Die gee van pasiënt-advies

Indien een van bogenoemde probleme voorkom, word dit as die verpleegkundige se plig beskou om:

- die pasiënt en sy familie te adviseer om die spesifieke probleem(-e) te hanteer;
- die dokter in te lig oor die spesifieke probleem(-e); en/of
- die pasiënt na die dieetkundige te verwys, sodat die voedselinname van die pasiënt te geëvalueer en aanbevelings gemaak kan word om in die pasiënt se behoeftes te voorsien.

(a) Naarheid en braking

Meer as die helfte van alle kankerpatiënte vertoon nie hierdie simptome nie. By die pasiënte wat dit wel kry, is dit gewoonlik net 'n tydelike probleem wat verband hou met die behandeling. Slegs die minderheid van pasiënte ervaar dit as 'n aanhoudende probleem. Volgens Alberts (1993) kan pasiënte wat as gevolg van radio-en chemoterapie wel naarheid en braking ondervind, gerusgestel word dat daar heelwat maniere is waarop die probleem aangespreek kan word. Antibraakmiddels (anti-emetika), soos odansetron en granisetron (vyf hidroksie triptamien reseptor drie antagonist), is hoogs effektiewe inspuitbare (maar in sekere gevalle ook mondelingse) middels wat deur volwassenes en in sekere gevalle ook kinders gebruik kan word. Alberts (1993) verklaar dat verdere navorsing wat gedoen is, bewys het dat die middels nog beter werk as hulle met kortisone gekombineer word. Die gebruik daarvan het geen beduidende newe-effekte nie.

Die pasiënt moet ook inligting kry ten einde te weet wanneer om hulp in te roep.

Die verpleegkundige of geneesheer moet geraadpleeg word indien die volgende voorkom:

- Bloed in of koffiemoeragtige braaksel
- Braking meer as 3 keer per uur of langer as 12 ure
- Projektiële braking
- Twee dosisse van enige voorgeskrewe medisyne wat nie ingehou kan word nie
- Minder as vier koppies vloeistof in 24 uur en geen soliede voedsel ingeneem is nie
- Gepaardgaande swakheid of lighoofdigheid
- Erge gastriese pyn gepaard met braking

Om die naarheid en braking te bekamp, kan die volgende inligting aan die pasiënt gegee word:

- Maak die beste gebruik moontlik van anti-emetiese middels
- Neem voedsel drie tot vier uur voor 'n behandeling
- Vermy vetgebraaide kos, mienprodukte en suur kossoorte
- Kou kougom of harde lekkers om slegte smaak in mond te verwyder
- Moedig rus aan
- Neem klein hoeveelhede vloeistowwe in na braking
- Net droë beskuitjies
- Uurlikse mondspoeling
- Minimum van middels wat maagirritasie bekamp
- Streshanteringstegnieke
- Ontspanningstegnieke

b) Verlies van eetlus

Verlies van eetlus is 'n algemene klagte by kankerlyers. Die "siekwees"-proses of emosionele belewenis van die siekte, pyn, moegheid, stres, teneergedruktheid of

'n kombinasie van hierdie faktore speel 'n rol. Dit mag ook wees as gevolg van die siekte of die behandeling. Weereens moet die pasiënt weet dat hy die verpleegkundige of geneesheer moet kontak indien die volgende voorkom:

- Die pasiënt vir twee dae baie min geeet of gedrink het.
- Die pasiënt twee kilogram in een week verloor het.
- Pyn tydens kou of sluk.

Die pasiënt moet die volgende inligting ontvang ten einde sy eetlus te verbeter:

- Ligte oefening, byvoorbeeld stap voor maaltye
- Eet saam met ander persone
- Bedien maaltye in:
 - ▶ Aangename, ontspanne atmosfeer
 - ▶ Kleiner porsies, meer dikwels
- Drink meer vrugtesap
- Probeer nuwe geurmiddels
- Eet koue kos
- Doen ligte oefeninge tussen maaltye
- Vermyn gasvormende voedselsoorte
- Verhoog kilojoule en proteïeninhoud
- Neem voedsel-supplemente soos byvoorbeeld *Ensure*

c) **Hardlywigheid**

Hardlywigheid kom dikwels by kankerpatiënte voor. Dit is een van die belangrikste newe-effekte van pynmedikasie (veral middels wat kodeïen en morfienderivate bevat). Dit kom voor na die toediening van sekere chemoterapiemiddels (soos Vinkristien). Dit kan as gevolg van verkeerde eetgewoontes voorkom, veral as die persoon daaraan gewoond was om sagte, vloeistofryke kos met min vesel te eet. Min oefening en 'n gebrekkige vloeistofinname kan ook faktore wees wat meehelp tot konstipasie. Die pasiënt

moet weet dat die geneesheer of verpleegkundige geraadpleeg moet word indien die volgende voorkom:

- Indien dit die normale roetine was om een keer per dag opelyf te hê en hy vir drie tot vier dae geen opelyf gehad het nie, of indien dit normale roetine was om opelyf elke tweede dag te hê en geen opelyf vir vier of vyf dae gehad het nie.
- Erge afdrukpogings noodsaaklik is
- Erge abdomiese pyn
- Rooi bloed rondom stoelgange of ander probleme met aambeie.

Die pasiënt moet die volgende inligting of advies kry om die toestand van van hardlywigheid op te hef of te voorkom:

- Die gewone dieet moet alles bevat wat die pasiënt in die verlede gereelde opelyf besorg, soos vrugte en groente (twee keer per dag), volgraanbrood en -produkte, gedroogde vrugte (rosyntjies, pruimedante of appelkose) en neute wat meer vesel verskaf. Indien die pasiënt nie kan sluk nie, probeer om dit te rasper of te versap.
- Vermy fyn kosse soos wit brood en goedgekookte groente. Eet vrugte met skil. Probeer ook growwe kossoorte soos *Weetbix* en *All Bran*.
- Drink baie vloeistowwe - ses tot agt glase per dag. Neem 'n glas water, verkieslik warm, die eerste ding soggens.
- Maak elke dag tyd om na die toilet te gaan.
- Oefen elke dag. Stap ten minste vir dertig minute per dag.
- Bespreek die gebruik van 'n lakseermiddel of stoelgangversagter met jou dokter. Dit is beter om gereeld genoeg van 'n ligte lakseermiddel te gebruik om elke dag 'n stoelgange te verseker, as om so nou en dan 'n lakseermiddel te gebruik wat hewige diarree veroorsaak.

d) Diarree

Sekere kankers (soos kanker van die pankreas), asook bestraling, chemoterapie en soms emosionele stres kan diarree veroorsaak. Soms volg dit na behandeling met antibiotika. Diarree beteken dat daar 'n verlies aan vloeistof en elektroliete is wat bydra by tot gevoel van moegheid en uitgeputheid. Die pasiënt moet ingelig word dat hy die verpleegkundige of geneesheer moet kontak indien:

- Erge diarree voorkom.
- Diarree vir meer as een dag voorkom.
- Bloed in die diarree stoelgang teenwoordig is.
- Diarree voorkom met 'n gepaardgaande 'n temperatuur van 38°C.

Die volgende inligting moet aan die pasiënt gegee word om diarree te bekamp of voorkom:

- Vermyn kosse wat ryk is aan ru-vesel. Gebruik slegs gekookte vrugte en groente. Vermyn kosse met sade en skille, asook boontjies en gasvormende voedsel soos kool en brokkoli, asook suurbevattende en vetterige voedselsoorte.
- Kalium is 'n mineraalelement wat verlore gaan wanneer jy diarree het. Eet voedsel met 'n hoë kaliuminhoud, maar wat nie diarree sal veroorsaak nie. Probeer voedselsoorte soos piesangs, appelkoos-en peernektar, vis, vleis en aartappels.
- Eet meer dikwels, maar klein hoeveelhede.
- Drink helder vloeistowwe eerder tussen maaltye as saam met kos. Vermyn melk en melkprodukte totdat die diarree gestop het. Beperk kafeïen-inname.
- Irritasie van die rektum tydens bekkenbestraling kan pynlike stoelgang veroorsaak, met 'n drang om baie dikwels 'n stoelgang te passeer. Enige abnormaliteit soos bloed of slym in die stoelgang moet met die geneesheer bespreek word.
- Neem medikasie soos voorgeskryf.

- Hou anale-area skoon en wend room aan om teerheid, rooiheid en infeksies te voorkom.

e) Moeilike kou- of slukprobleme

Die slymvliese van die mond en keel is van die mees sensitiewe areas van die liggaam. Probleme ten opsigte van kou of sluk mag voorkom as gevolg van:

- (1) 'n Tumor in die mond wat kou beïnvloed.
 - (2) 'n Tumor in die mond wat sluk beïnvloed.
 - (3) Bestraling aan die nek of kop wat sluk en kou beïnvloed.
 - (4) Tandekstraksie wat as gevolg van radioterapie gedoen moes word.
 - (5) Vermindering in die vloeï van speeksel of verdikking as gevolg van radioterapie in die kop- en nekareas.
 - (6) Seer mond of keel as gevolg van siekte of die effek van die behandeling.
- Die pasiënt moet geadviseer word om die verpleegkundige of geneesheer te kontak indien:
- ▶ 'n temperatuur van 38°C voorkom, want dit kan op 'n infeksiedui.
 - ▶ 'n ligte rooiheid op die tong, nog rooier raak en enige areas is in die mond en op die tandvleise rooier as gewoonlik.
 - ▶ rooi areas op die tong in wit kolle verander en wit kolle in die mond en op die tandvleise voorkom.
 - ▶ 'n dik gevoel op die tong voorkom.
 - ▶ 'n seer of ulkus op die lippe of in die mond voorkom.
 - ▶ 'n seer of pynlike keel voorkom.
 - ▶ medikasie nie per mond geneem kan word as gevolg van slukprobleme nie.
 - ▶ baie min voedsel en vloeistof as gevolg van slukprobleme oor 'n periode van 48 uur ingeneem is.

Die pasiënt moet die volgende inligting wat die hantering van die probleem sal vergemaklik kry:

- Neem kosse met baie sous of verander na 'n sagte- of vloeistofdieet.
- Eet waarvan jy hou, maar verander die voorbereiding sodanig sodat dit sagter is.
- Gebruik 'n voedselversapper en drink met behulp van 'n strooitjie.
- Vermy baie sout of suur kos.
- Eet kos eerder loutwarm of koud as warm.
- Doop beskuit in vloeistof soos koffie, tee of melk.
- Doop sagte brood in sop, melk of yoghurt.
- Spoel mond elke keer wanneer klaar geëet is, asook regdeur die dag.
- Vir 'n baie droë mond kan die geneesheer gevra word om kunsmatige speeksel voor te skryf.
- Neem baie vloeistowwe in gedurende die dag (8 tot 12 glase).
- Gebruik voorgeskrewe medikasie.
- Voorkom mondsere deur die volgende te doen:
 - ▶ Borsel tande vieruurliks.
 - ▶ Spoel mond twee-uurliks met koeksoda en soutoplossing of met soutoplossing.
 - ▶ Gebruik 'n sagte tandeborsel om tande te borsel.
 - ▶ Hou lippe klam.
 - ▶ Neem baie vloeistowwe in.
 - ▶ Kou suikerlose kougom of suig suikerlose lekkers.
 - ▶ Flos tande gereeld.
 - ▶ Verwyder kunsgebit wanneer gaan slaap.

f) Algemene advies oor eetgewoontes tydens terapie

Algemene advies rakende eetgewoontes tydens terapie is die volgende:

- Varieer voedselsoorte volgens pasiënte se voorkeur.
- Maak gebruik van die tye waarin die pasiënt goed voel. As die pasiënt goed voel, moet hy/sy toegelaat word om meer te eet en dan moet voedsel voorberei word waarvan die pasiënt hou. Gunstelingdisse moet bevries word vir die dae waarop die pasiënt minder goed voel. Die pasiënt moet aangemoedig word om te eet wanneer hy honger is.
- Bespreek eetgewoontes altyd met die mediese span. Die pasiënt se probleem het dalk mediese sorg nodig. Moenie huiwer om te vra nie, selfs al klink die vraag nie baie belangrik nie.
- Bespaar tyd: voedsel wat min tyd neem om voor te berei, kan baie voordelig wees. Blikkieskos soos sop, spaghetti en souse kan met vars gekookte vleis gemeng word.
- Skep 'n aangename atmosfeer: 'n aantreklik gedekte tafel met blomme kan die pasiënt se aandag aflei van sy/haar verminderde eetlus. Besondere geure soos dié van vars gebakte brood kan help. Speel rustige musiek, of eet op verskillende plekke in die huis.

Rose (1979) sê: *There is increasing evidence that maintaining cancer patients in an optimal nutritional condition prior to and during therapy, reduces the incidence and severity of side-effects*

2.9.3 Psigo-sosiale ondersteuning

Volgens Manthey (1980), Pearson (1988) en Wright (1990) behels psigo-sosiale ondersteuning die volgende: ... *Rekordhouding* *The most important gift a nurse can bring to the nurse-patient relationship is herself. The very ability as a nurse, with all the many variables of practice, is more important than wards, beds, equipment or drugs.*

Pasiënte moet nooit slegs as individue met kanker gesien word nie, maar altyd

as individue wat deel vorm van 'n gesin. Die pasiënt tesame met sy gesin is die eenheid wat versorg moet word. Ten einde te verstaan en te begryp waardeur die kankerpatiënt emosioneel gaan, word vervolgens verwys na die stadiums van aanpassing by die terminale siekte, soos dit beskryf word deur dr. Elizabeth Kübler Ross. Nie alle kankerpatiënte gaan deur elke stadium nie en ook nie in presies dieselfde volgorde nie. Die stadiums mag egter oorvleuel. Reaksies is die volgende:

- (a) Reaksie tydens die oorspronklike diagnose
- (b) Reaksie tydens die behandelingstydperk
- (c) Die fase van hervatting
- (d) Die terminale fase

(a) Reaksie tydens die oorspronklike diagnose

Wanneer kanker gediagnoseer word, voel pasiënte dikwels asof hulle wêreld ineens stort. Wanneer 'n mens die woorde "gewas", "kanker" en "leukemie" hoor word 'n mens platgeslaan soos nooit tevore nie. Dit is dikwels onmoontlik om die diagnose te verstaan en te glo. Dit is egter 'n normale reaksie. Gedurende behandeling moet besluite geneem word, vrae moet beantwoord word en reëlins moet getref word. Die pasiënt het baie vrae wat varieer van 'n mediese tot 'n persoonlike aard. Daar mag probleme met die diagnose wees, sowel as onsekerheid oor die prognose. Finansiële probleme kan akuit wees. Dit mag die broodwinner wees wat deur die siekte oorval word. Vervoer na en van die dokter kan probleme oplewer, asook die sorg van die kinders. Vir die eerste keer leer baie mense om hulp van buite te vra en te aanvaar (Alberts, 1993).

Wanneer die pasiënt verneem dat hy kanker het, is die onmiddellike reaksie gewoonlik dié van skok: "Nee, nie ek nie!". Dit is 'n tipiese reaksie wat en volgens dokter Kübler Ross is dit 'n belangrike en noodsaaklike fase is. Hierdie fase staan bekend as ontkenning. Ontkenning is gewoonlik 'n tydelike verdedigingsmeganisme, wat aan die pasiënt die geleentheid gee om homself reg te ruk en

om ander hanteringsmeganismes te mobiliseer.

Sodra die pasiënt deur die ontkenningfase is, is “vrees” die volgende fase. Pasiënte is bang vir die onbekende, die siekteproses en die behandeling wat daarmee gepaardgaan. Ook die gesinslede bevind hulle in 'n toestand van skok en is verward. Hulle mag hulle op hierdie stadium van die pasiënt onttrek, omdat dit vir hulle te pynlik mag wees om werklik by die pasiënt te wees. Die gesin se hele wêreld verander en enigeen na aan die pasiënt word deur die siekte beïnvloed. Die kwaliteit van die verhoudings tussen die gesinslede en die pasiënt sal op hierdie stadium 'n bepalende faktor wees. As gevolg van onopgeloste konflikte of spanninge van die verlede kan gesinslede dikwels skuldgevoelens ervaar. Hulle kan hulself daarvoor blameer dat die pasiënt in die eerste plek kanker ontwikkel het. Gesinslede vra dikwels die vraag: “Hoekom het ek hom/haar nie vroeër dokter toe geneem nie?”. Op hierdie stadium sal die inskakeling by 'n ondersteuningsgroep vir beide die pasiënt en die gesinslede van groot waarde wees omdat by sulke groepe leer hoe om hul gevoelens te erken en te hanteer. Die kontak met 'n groep mense wat gemeenskaplike probleme ervaar, kan baie terapeuties wees.

Kankerpatiënte en hul families ervaar gewoonlik kort na die diagnose 'n groot behoefte aan inligting en daarom moet hulle aangemoedig word om sodanige inligting te bekom. Terwyl die pasiënt en sy/haar familie nog in 'n toestand van skok verkeer, is dit raadsaam om inligting ten opsigte van die diagnose (siekteproses), en die verskillende behandelingsmetodes, van hul geneesheer of bronnesentrum, soos dié van die Kankervereniging, te bekom. Die familielede moet op hierdie stadium die pasiënt help om hierdie inligting te bekom deur belangrike oproepe te maak en 'n tweede, of selfs derde opinie ten opsigte van die diagnose en behandeling te bekom.

(b) Reaksie tydens die behandelingstydperk

Tydens die behandelingstydperk mag die kankerpatiënt deur die mediese proses "gestoomroller" word. Die pasiënt word dikwels nie gekonsulteer oor besluite wat rakende 'n spesifieke behandeling geneem word nie en voel dus dat die hospitaal en die behandeling beheer oor hul lewe neem. Tydens hierdie fase moet die pasiënt en die familie poog om kontrole te herwin en moet hulle aangemoedig word om deel te neem aan die bespreking en om vrae te vra rakende hul diagnose, die verskillende behandelingsmodaliteite (voor-en nadele daarvan), asook spesiale diëte wat gevolg kan word.

Pasiënte mag emosioneel verskillend op verskillende vorms van behandeling reageer. Chirurgie mag by hulle 'n gevoel van verligting laat ontstaan, omdat die kanker "uitgesny" is. Chemoterapie en radioterapie met die nuwe-effekte wat daarmee geraardgaan, mag pasiënte weer depressief maak, omdat die behandeling hul fisies sieker mag laat voel as die siekte self. Selfs die verlies van hul hare is vir kankerpatiënte wat chemoterapie ondergaan, baie traumaties, aangesien hulle dit as 'n skending van hul selfbeeld beskou. 'n Vrouepasiënt wat 'n mastektomie ondergaan het, vrees dat haar eggenoot haar nie meer as seksueel aantreklik beskou nie en dit veroorsaak geweldige depressie by só 'n pasiënt.

Die opvolgbesoeke na die behandeling is ook senutergend, omdat pasiënte en hul familie altyd met die vrees leef dat die kanker weer mag hervat. Hulle sal hierdie vrees beter hanteer as die periode tussen die behandeling en opvolgbesoek nie te kort is nie. Soos die kanse op hervatting kleiner raak, raak hulle ook meer rustig en minder angstig.

Die vrees vir hervatting veroorsaak dikwels dat pasiënte hul perspektiewe ten opsigte van hul lewe verander. Waardes word verhoog en prioriteite word uitgesorteer.

(c) Die fase van hervatting

Wanneer hervatting van die kanker wel intree, is pasiënte gewoonlik meer bevrees as voorheen, en indien hulle tot dusver nog nie woede ervaar het nie, is hulle geneig om dit nou te ervaar. Dit is 'n moeilike stadium om te hanteer, want die woede vind uiting op allerlei maniere. Die pasiënt mag met God begin onderhandel. Alhoewel hulle die onvermydelikheid van die dood begin aanvaar, probeer hulle vir meer tyd onderhandel.

(d) Die terminale fase

Wanneer beide ontkenning en onderhandeling faal, mag depressie intree. Dit is 'n natuurlike reaksie op 'n groot verlies. Sterwende pasiënte het baie vrees, maar die vrees vir verlies aan selfwaarde is seker die belangrikste. Dit is byvoorbeeld die verlies aan persoonlike menswaardigheid. Hulle vrees dat hulle hul onafhanklikheid en beheer oor hulself sal verloor. Pasiënte en hul families wil op hierdie stadium nie graag hulp van buite aanvaar nie en dit moet gerespekteer word. Wanneer die kankerpatiënt die terminale fase bereik, probeer hulle om vir solank as moontlik dinge vir hulself te doen, soos hulle dit verkies. Die familie daarenteen, wil ook weer probeer om vir die laaste keer nog iets vir die sterwende pasiënt te doen. Die familie moet egter aangemoedig word om net daar te wees vir die pasiënt en nie te probeer om die pasiënt te vermoei deur spesiale behandeling vir hom of haar te gee nie. Die familie moet egter deurentyd ondersteun word ten opsigte van die fisiese hantering van die pasiënt. Omdat emosionele berading op hierdie stadium van groot waarde is, kan 'n ondersteuningsbron, soos die Kankervereniging, 'n groot rol speel.

Die kankerpatiënt en sy familie word beskou as die gesinseenheid wat vanaf diagnose tot en met die terminale fase ondersteun moet word. Dit word aanvaar dat slegs deur volledige inligting en advies aan die pasiënt en sy familie te gee, hulle in staat sal wees om die siekte fisies en emosioneel te kan hanteer.

Alhoewel elke mens uniek is, is daar baie gevoelens wat dieselfde is. Die meeste

mense vind dit makliker om met kanker saam te leef as hulle hul gevoelens en gedagtes met ander kan deel. Die terapeutiese dienste van kundige maatskaplike werkers (van 'n ondersteuningsbron soos die Kankervereniging) is beskikbaar om pasiënte en hul families by te staan (soos leiding, ondersteuning, berading en hulp op 'n individuele vlak).

Dit bly egter die primêre verantwoordelikheid van die verpleegkundige om die pasiënt en sy familie van advies en voorligting te bedien en positiewe en aangename ervarings te skep en te handhaaf. Dit is bewys dat dit die pasiënte help om hul siekte en ernstige probleme beter te hanteer. Daarom moet die verpleegkundige empaties by die pasiënt in sy familie betrokke raak om sodoende inligting in te win en die sorg en hantering met die pasiënt se samewerking te beplan.

Buiten bogenoemde aksies moet die verpleegkundige paraat wees om twee baie spesifieke probleme by die pasiënt te hanteer, naamlik angstigheid en depressie. Die verpleegkundige met 'n psigiatrisse kwalifikasie is by uitstek toegerus om hierdie probleme te identifiseer en te hanteer. Daarom is dit so noodsaaklik dat die verpleegkundiges wat hierdie pasiënt versorg, oor hierdie kwalifikasies beskik.

(i) Angstigheid

Soos reeds bespreek, kom angstigheid voor by die pasiënt met kanker. Die verpleegkundige kan hierdie angstigheid slegs in samewerking met die pasiënt beheer en verminder. Sy moet die pasiënt inlig om 'n verpleegkundige of geneesheer te kontak, indien die pasiënt:

- Oorweeg om behandeling te staak of opvolgbesoeke vermy.
- Erge angstigheid ervaar.
- Se lewenskwaliteit weens angstigheid verlaag het.

- Erge probleme ervaar om aan die slaap te raak of vir 'n paar nagte agtermekaar te slaap.
- Verhoogde hartspoed ervaar.
- Gemoedskommeling wat nie beheer kan word nie, ervaar
- Kortasem is.

Die verpleegkundige kan in samewerking met die pasiënt en die familie probeer om die angstigtheid te beheer/verminder deur die volgende:

- Identifiseer die gedagtes wat die pasiënt angstig maak en beplan intervensies om dit reg te stel.
- Moedig die pasiënt aan om met iemand wat 'n soortgelyke ervaring gehad het te praat.
- Moedig kontak met en ondersteuning van familie en vriende aan.
- Moedig ontspanningsoefeninge aan.
- Indien nodig, verwys die pasiënt na 'n sielkundige of psigiater.

(ii) **Depressie**

'n Pasiënt met kanker wat depressief is, sal probleme ervaar om die siekte en die impak wat dit het, te hanteer. Depressiewe pasiënte probeer nie werklik om die probleme op te los nie, en indien die probleme vererger, sal die depressie vererger.

Die verpleegkundige moet nie net bedag wees op die volgende simptome nie, maar ook die pasiënt aanmoedig om kontak te maak met die verpleegkundige of geneesheer indien:

- Selfmoordgedagtes voorkom.
- Ten minste twee van die volgende simptome konstant in die afgelope twee weke voorgekom het:
 - ▶ Feitlik die hele dag treurig voel.

- ▶ Verlies van belangstelling in daaglikse aktiwiteite.
- ▶ Moeilik konsentreer en probleme ervaar om 'n keuse te maak.
- ▶ Gemoedskommelinge wat wissel van periodes van depressie tot agitatie en hoë energieperiodes ervaar

Die pasiënt moet ook weet wat gedoen kan word om depressie te voorkom of te verlig. Die samewerking van die pasiënt in hierdie opsig is van kardinale belang.

Die volgende is relevant:

- Skep aangename ervarings wat die pasiënt betrek.
- Help die pasiënt om redelike, haalbare en realistiese doelwitte te stel.
- Ondersteun die pasiënt in sy pogings om herhalende, negatiewe gedagtes te beheer, en vervang dit met aangename, positiewe gedagtes.
- Help die pasiënt om kreatief en optimisties te bly, goed te beplan en om deskundige hulp te kry.

Ondersteuning en inligting aan die pasiënt en sy familie ten opsigte van die volgende is belangrik:

- Die pasiënt en sy/haar familie se vrese oor die siekte en behandeling.
- Vrese ten opsigte van die verlies aan seksualiteit .
- Die hantering van veranderinge van die liggaams of selfbeeld.
- Sosio-ekonomiese probleme:
 - a) die reël van ongeskiktheidspensioene;
 - b) die reël van kospakkies vir behoeftige pasiënte.
- Verwysing na ondersteuningsgroepe vir mastektomiepatiënte soos Reik-na-Herstel of die "*I Can Cope*"-program vir pasiënte en hul families waar onderwerpe ten opsigte van die hantering van kanker en sy gevolge bespreek word.

2.10 REKORDHOUDING

Die hou van akkurate rekords is van uiterste belang by alle verpleegaksies wat uitgevoer word. Sonder akkurate en volledige rekords kan toepaslike aksies en beplanning ten opsigte van die pasiënt se siekte/gesondheid nie gedoen word nie. Snyder (1986) sê: *... to be accountable is to be responsible and answerable. Implicit in the concept of accountability is the premise that nurses must conform to prevailing legal, ethical and social expectations that are held for one's performance of nursing care directed toward other people.*

Die navorser het gekyk of rekords ten opsigte van die pasiënt se basislyndata bestaan:

- Algehele fisiese toestand
- Geestestoestand
- Beplande behandeling
- Medikasie
- Psigososiale behoeftes
- Fisiese behoeftes
- Gemak van die pasiënt
- Voorligting gegee
- Verpleegaksies uitgevoer

Identifisering van rekords bestaan uit die volgende:

- Naam en Van van pasiënt
- Geboortedatum van pasiënt
- Adres van pasiënt
- Hospitaallêernommer

2.11 UITKOMSSTANDAARDE

Uitkomsstandaarde het te make met pasiënttevredenheid. Die pasiënt se siening van hul versorging soos dit in hul tevredenheid gereflekteer word, word algemeen beskou as die maatstaf om uitkoms te evalueer. Pasiënte behoort ingelig te word oor hulle sorg en te weer wie by enige besluitneming/beplanning wat ten opsigte van hulle sorg gedoen word, betrek word. Indien dit gebeur, word goeie samewerking van die pasiënt verkry en die gehalte van sorg verhoog. Die verbruiker van 'n diens verskaf ook waardevolle inligting ten opsigte van standaardformulering en monitering. Hulle is diegene wat waardeoordele in hul evaluering byvoeg, en duidelike riglyne kan gee ten opsigte van wat vir hulle aanvaarbare kwaliteit van sorg is.

'n Vraelys aan pasiënte om hul tevredenheid te evalueer, word dus aanbeveel vir enige gehalteversekering-evalueringsprogram.

2.12 SAMEVATTING

Kanker is vanuit 'n Suid-Afrikaanse perspektief bespreek. 'n Oorsig van die Suid-Afrikaanse Kankerprogram om kanker en sy gevolge te bekamp is gegee.

Gehaltenavorsing in verpleging is ook bespreek. Verskeie gehalteversekeringsmodelle is bespreek asook die ontwikkeling van standaarde wat daaruit voortvloei.

Die kritiese aspekte van belang in die verskillende standaarddomeine is geïdentifiseer en die belang en relevansie tot die navorsing is beklemtoon.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSMETODOLOGIE

3.1 INLEIDING

'n Akkurate en sistematiese beskrywing van die metodologie is noodsaaklik om die wetenskaplike korrektheid van die studie te verseker.

Die volgende word in die hoofstuk bespreek:

- Die navorsingsbenadering en -ontwerp.
- Populasie en steekproef.
- Die ontwikkeling en aanwending van die dataversamelingsinstrument.
- Die wyse waarop die data-analise gedoen word.

3.2 NAVORSINGSBENADERING

Die navorsingsbenadering verwys na die breë raamwerk waarbinne die navorsing plaasvind.

Twee hooftipes benaderings, naamlik 'n kwalitatiewe en kwantitatiewe benadering word in die literatuur beskryf (Burns and Grove, 1993). Burns en Grove (1997) meld dat daar veral in verpleegnavorsing, 'n behoefte ontstaan het om eerder 'n kombinasie van die twee benaderings te gebruik. Die kombinerings van die benaderings staan bekend as triangulasie. Deur middel van triangulasie word die verpleegfenomeen in 'n breër perspektief geplaas en die status van verpleging as wetenskap verhoog (Haase and Meyers, 1988; Mitchell, 1986;

Duffy, 1987).

'n Kombinasie van 'n kwalitatiewe en 'n kwantitatiewe benadering, dit wil sê triangulasie, word ook in hierdie studie gebruik.

3.2.1 Kwalitatiewe benadering

Die kwalitatiewe benadering verwys na 'n siening wat holisties is en wat gebaseer is op die volgende aannames:

- Daar is nie 'n enkele realiteit nie. Realiteit wat op persepsies gebaseer is, is dinamies en verskillend van persoon tot persoon, terwyl dit oor tyd verander.
- Wat die individu weet, het slegs binne 'n spesifieke situasie of konteks betekenis (Munhall and Diler, 1986).

Kwalitatiewe navorsing:

- *... is a systematic, subjective approach used to describe life experiences and give them meaning* (Leininger, 1985; Munhall, 1989; Silva and Rothbart, 1984).
- *... focusses on understanding the whole, which is consistent with the holistic philosophy of nursing* (Baer, 1979; Leininger, 1985; Ludamann, 1979; Munhall, 1982, 1989; Munhall and Diler, 1986). Hierdie tipe navorsing word uitgevoer om menslike ervarings soos pyn, magteloosheid, gemak en besorgdheid (*care*) te beskryf en begrip te verhoog.

Die kwalitatiewe data wat ingewin word, verwys hoofsaaklik na die data wat vanaf die verbruiker verkry is.

3.2.2 Kwantitatiewe benadering

Die kwantitatiewe benadering verwys meer na spesifieke meetbare kenmerke van 'n individu, situasie of groep (Selltiz *et al.*, 1976).

Norbech (1987) sê: *Quantitative research is a formal, objective, systematic process in which numerical data is utilized to obtain information about the world. This research method is used to describe variables, and determine cause-and-effect interactions between variables.*

Mariner (1981) stel dit soos volg: *Descriptive studies are a means of discovering new meaning, describing what exists, determining the frequency with which something occurs, and categorizing information.* In beskrywende navorsing word gebruik gemaak van onderhoude, ongestruktureerde observasie, gestruktureerde observasie (observasie deur middel van 'n kontrolelys) en vraelyste om die verskynsel wat bestudeer word, te beskryf.

3.2.3 Triangulasie

Triangulasie is die kombinerings van veelvuldige metodes in die studie van dieselfde verskynsel (Denzin, 1989). Die verskynsel onder bespreking is gewoonlik kompleks, soos die menslike vermoë om 'n chroniese siekte te hanteer (Burns and Grove, 1993). Hierdie kombinasie van metodes kan betrekking hê op die ontwerp, instrumente of data-versamelingsaspekte van die navorsing.

Duffy (1987) ondersteun die gebruik van triangulasie: *... where triangulation is used appropriately it combines the different methods in a variety of ways to produce richer and more insightful analysis of complex phenomena than can be achieved by either method separately.*

In hierdie studie is van twee tipes triangulasies gebruik gemaak, naamlik data-triangulasie en metodologiese triangulasie. By data-triangulasie word data oor dieselfde fenomeen vanaf meer as een bron verkry. Volgens Kimchi *et al.* (1991) ... *the intent is to obtain diverse views of the phenomenon under study for the purposes of validation.*

Daar is van data-triangulasie gebruik gemaak deur die opvolgkliniekstrukture te evalueer asook rekords te oudit.

By die gebruik van metodologiese triangulasie word twee of meer metodes in dieselfde studie gebruik om data in te win. In hierdie studie het die navorser bykomend tot bogenoemde objektiewe data, ooksubjektiewe data vanaf die pasiënt verkry ten einde evaluasie van sorg te kon doen.

Die navorser is van mening dat die kombinasie van hierdie metodes die geldigheid van hierdie studie verhoog omdat die resultate uit die veelvuldige metings van die versorgings aspek verkry is. Ook sal hierdie kombinerings van benaderings die resultate van die studie versterk en bydra tot die ontwikkeling van kennis as riglyn vir verdere soortgelyke studies, omdat verpleging en sorg so 'n komplekse konsep is. Morse (1991:122) ondersteun metodologiese triangulasie en beklemtoon dat dit resultate versterk en tot teorie- en kennisontwikkeling bydra.

3.3 NAVORSINGSONTWERP

'n Nie-eksperimentele, beskrywende ontwerp is gebruik om data deur middel van direkte observasie, onderhoude en oudit van rekords te verkry. 'n Beskrywende ontwerp word gebruik om 'n teorie te ontwikkel, probleme binne die huidige praktyk te identifiseer, die huidige praktyk te regverdig, en te beoordeel, of om te bepaal wat ander in dieselfde situasies doen (Waltz en Bausell, 1981).

In hierdie studie is die volgende by die twee onkologieklinieke op die platteland geëvalueer:

- die gehalte van sorg wat by bogenoemde klinieke gelewer word; en
- die tevredenheid van die onkologiepasiënte wat die klinieke bywoon .

Pasiënttevredenheid word in die betrokke studie deur hulle opinies en evaluasie van die sorg wat hulle ontvang het, gereflekteer.

3.4 POPULASIE

Die populasie sluit alle elemente (individue, voorwerpe, gebeure of substansie) in wat aan die insluitingskriteria voldoen (Burns and Grove, 1993). Die populasie in die studie het bestaan uit die twee plattelandse onkologieklinieke van die openbare sektor in die Wes-Kaap asook pasiënte wat die klinieke besoek. 'n Derde kliniek in die Wes-Kaap is 'n privaatkliniek en is uitgesluit wat die studie omdat die navorser van mening was dat dit veranderlikes in die studie sou inbring wat die resultate sou beïnvloed. Die navorser het dus beide klinieke in die openbare sektor in die studie ingesluit, aangesien die studiepulasie te klein was om subjekte uit te laat (Barhyte, Redman and Neill, 1990).

3.5 STEEKPROEF

Volgens Brink (1987) is *... a sample confined to a section of the population that is readily accessible or available*. Burns en Grove (1993) sluit hierby aan *... available subjects are simply entered into the study until the desired sample size is reached*.

Doelbewuste seleksie is gedoen en die twee opvolgklinieke vir onkologiepasiënte in die Wes-Kaap is as bronne benut. 'n Gerieflikheidsteekproef is

gedoen ten opsigte van die pasiënte wat die kliniek bywoon en met wie onderhoude gevoer is. Die navorser is van mening dat die resultate betroubaar is, omdat die navorser nie spesifieke persone in- of uitgesluit het nie.

Data is versamel totdat datasaturasie bereik is en dat geen verdere nuwe inligting verkry is nie. Slegs enkele pasiënte het nie aan die studie deelgeneem nie omdat hulle te siek was.

Die metode van datavaslegging was soos volg: Twee klinieke is vir drie dae vir die hele dag lank (8 ure) besoek. Die drie dae is oor drie maande versprei. Gedurende die dag is gekontroleer of die onkologiese pasiënte volgens struktuur, proses en uitkomsstandaarde maksimaal, soos uiteengesit in 'n vraelys, gehanteer is.

3.6 REKORDS

Die kontrolelyste het uit 'n standaard met spesifieke kriteria bestaan. Elke kriterium is afgemerk volgens 'n kodering nul (0) óf een (1). Die navorser het 'n kode 0 aan die kriteria toegeken, indien die aksie nie by die kliniek uitgevoer word nie en 'n kode 1 indien die aksie wel uitgevoer word. Die totaal van kode 1 wat behaal is, is as relevant beskou en die navorser het dit tot 'n persentasie verwerk om 'n aanvaarbare standaard van bokant 80% te bereik. Indien die persentasie minder as 80% was, het dit beteken dat die standaard onaanvaarbaar is.

'n Nie van toepassing-kategorie is bygevoeg om te onderskei tussen die aksies wat by die kliniek uitgevoer word en dié wat by die huis tydens tuisbesoeke uitgevoer word. Die navorser het die aksies wat tydens tuisbesoeke deur personeel van die Kankervereniging uitgevoer word, nie aanvaar as deel van die kriteria wat opgestel was om 'n aanvaarbare standaard vir die onkologiese

buitepasiëntdiens te verseker nie. Die *nie van toepassing*-kategorie het dus 'n kodering van 0 ontvang en was van geen relevansie vir die persentasie wat aan 'n standaard by die onkologiese buitepasiëntopvolgdiens toegeken was nie.

3.7 INSTRUMENTE

Volgens Polit en Hungler (1983:438) is 'n instrument ... *the device or technique that a researcher uses to collect data (questionnaires, observations, interviews, statistics and tests)*.

Gebaseer op die vrae en doelwitte en literatuurstudie is die volgende instrumente gebruik:

- 'n vraelys ten opsigte van struktuur- en prosesstandaarde van pasiënt- en kliniekkords;
- 'n vraelys om pasiënttevredenheid te bepaal.

3.7.1 Struktuurstandaarde

In hoofstuk 2 is gehalteversekering, verpleegmodelle en standaarde in diepte bespreek. Dit is algemeen bekend en word deur navorsing ondersteun dat, indien die diens of sorg aan 'n pasiënt geëvalueer word, die totale institusie (in hierdie geval die kliniek) ook geëvalueer moet word, dit wil sê pasiëntorgaktiwiteite maar ook professionele en administratiewe aktiwiteite moet geëvalueer word.

Die stel van standaarde en gevolglike evaluasie moet by die struktuur van die institusie begin, met proses wat die uitkoms sal bepaal. Die missie, filosofie en doelwitte van die institusie is belangrike struktuurstandaarde, want dit dui die kwaliteit van die verbintenis tot hoë standaardsorg aan. Beleid maak 'n kritiese

komponent van die struktuur uit. Monitoring is op beleid gebaseer ... *and they are not negotiable directives that outline dispensing of care, practice or governance* (Kats and Green, 1992:32).

Structural standards specify the quantity and quality of the inputs into the health care system. Donabedian (1980) identifiseer dit as mense, toerusting en die omgewing. Die organisatoriese omgewing, is self onder die beheer van bestuur. Smith-Marker (1988) ... *considers that structural standards provide the foundation of any organisation through policy, and that management is responsible for formulating and shaping that policy.*

Standaard ten opsigte van struktuur het die volgende aspekte ingesluit :

- Organisasie
- Toerusting, fasiliteite en omgewing
- Menslike hulpbronne
- Bestuur
 - ▶ 'n skriftelike oriënteringsprogram by diensaanvaarding
 - ▶ indiensopleidingsprogramme
 - ▶ voortgesette ontwikkelingsprogramme
 - ▶ prosedurehandleidings
 - ▶ beleidshandleidings
 - ▶ missie/filosofie
 - ▶ skriftelike dissiplinêre prosedures
 - ▶ grieweprosedures
 - ▶ opgegradeerde kennisgewinglêers
 - ▶ beleid ten opsigte van die beskerming van personeel

Mense wil graag goed doen, maar word beperk deur strukture en sisteme waarbinne hulle werk. In baie gevalle is dit egter ook 'n gebrek aan kennis ten opsigte van wat goeie kwaliteit behels, asook 'n onvermoë om te bepaal of hulle

wel bereik het wat hulle wou bereik. Die eerste fase om kennis om te sit in bevoegde aksies word bereik wanneer die verpleegkundige weet wat van haar verwag word en op watter wyse dit gedoen moet word.

3.7.2 Prosesstandaarde

Prosesstandaarde verwys na werkstandaarde wat beskryf wat gedoen word, wat pasiënte kry en hoe die sisteem funksioneer.

Die prosesstandaard verwys dus na die direkte sorg van die kliënt, met ander woorde dit beskryf wat die verpleegkundige doen, wat die pasiënte ontvang en hoe die sisteem werk. Dit sluit ook aktiwiteite in soos pasiëntsorgplanne en voorligting/onderrigprogramme (Katz and Green, 1992).

Die belangrike aspekte van sorg of van 'n diens is die diagnostiese, voorkomende, terapeutiese, rehabilitatiewe/ondersteunende en/of palliatiewe pasiëntsorg-aktiwiteite of dienste wat binne die bestek van praktyk van die verpleegkundige of institusie verrig word (Patterson, 1988).

Kritiese aspekte wat in ag geneem word, is:

- Hoë volume-aktiwiteite - die aktiwiteite wat gereeld voorkom.
- Hoë risiko-aktiwiteite - die aktiwiteite wat tot voor- of nadeel kan strek wanneer dit uitgevoer of nie uitgevoer word nie.
- Probleemgerigte aktiwiteite - die aktiwiteite wat probleme vir die pasiënt, personeel of sisteem mag veroorsaak.
- Hoë koste-aktiwiteite - aktiwiteite waaraan 'n hoë koste verbonde is vir die institusie (Booyens, 1996).

Die volgende is geëvalueer:

- Pasiëntakkommodasie

- Die hantering van besprekings
- Die neem van observasies
- Pyn- en ongemak (pynbeheer en newe-effekte)
- Dieet en newe-effekte ten opsigte van dieet
- Psigo-sosiale ondersteuning
- Emosionele ondersteuning
- Rekordhouding:
 - ▶ oudits van rekords
 - ▶ dokumentasie

3.7.3 Uitkomsstandaarde

'n Pasiënttevredenheidsvraelys is deur die navorser ontwikkel om die mening van die onkologiese pasiënt wat die kliniek bywoon, oor die diens wat hulle ontvang, te verkry. Die pasiënt se siening of opinie oor die sorg/diens wat hy ontvang het, is van kardinale belang in die gehalteversekeringsproses. Dit staan ook bekend as uitkomsstandaarde. Die navorser het self die vrae aan die pasiënte gestel ten einde seker te maak dat daar geen misverstand was met die interpretasie van vrae nie.

Die volgende aspekte is in die vraelys gedek:

- inligting wat die pasiënte ontvang aangaande hul siektetoestand en behandeling, asook die newe-effekte wat hulle ervaar as gevolg van die behandeling;
- die tydperk wat pasiënte die kliniekdiens bywoon;
- die ondersteuning wat hulle by die diens ontvang van die onkologiese personeel wat betrokke is by die kliniek;
- persone wat gekontak kan word indien pasiënte en hul families probleme ondervind met hul siekteprosesse vòòrdat hulle weer die volgende klinieksessie kan bywoon;

- personeel by die kliniek met wie pasiënte gemaklik voel om te gesels; en
- hulle persoonlike indrukke van die diens.

Die vrae in die vraelys verteenwoordig verskillende temas. Die vrae het die aspekte behels soos in tabel 3.1 uiteengesit.

TABEL 3.1
TEMAS VAN VRAELYS

Vraag	Onderwerp
1 en 2	Biografiese besonderhede
3, 5, 11, 12 en 13	Pasiënttevredenheid
4 en 9	Pasiënt- en familieondersteuning
6 en 10	Pasiëntgemak
7	Inligting en advies (rakende kanker en die behandeling)
8	Pynkontrole

3.8 BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID

Betroubaarheid en geldigheid is in enige meetinstrument van kardinale belang, omdat dit die waarde van die navorsing verhoog, en die wetenskaplike waarde daarvan beklemtoon. Hierdie twee begrippe word nou afsonderlik bespreek.

3.8.1 Betroubaarheid

Betroubaarheid is die mate waarin 'n toets of prosedure dieselfde resultate onder

konstante omstandighede by alle geleenthede lewer (Bell, 1987).

Burns en Grove (1993) sê: *...if the same questionnaire is administered to the same individuals at different times, one hopes that the individuals responses to the items remain the same. If their responses vary each time the test is administered, there might be a chance that the instrument is not reliable.*

As die metings en prosedure wat in die navorsing gebruik word, onbetroubaar is, word die geldigheid van die navorsing ernstig bedreig (French, 1993).

'n Instrument of prosedure is onbetroubaar:

- wanneer die navorser by verskillende metings uitkom as dieselfde entiteit by verskillende geleenthede gemeet word;
- wanneer verskillende navorsers nie saamstem met die meting van dieselfde entiteit nie;
- wanneer die deelnemers aan die navorsing ongelyksoortige antwoorde by verskillende geleenthede gee as daar met dieselfde toets gewerk word.

Betroubaarheid word volgens Burns en Grove (1993) verhoog wanneer:

- die navorser oor persoonlike kennis of ervaring omtrent die onderwerp beskik;
- die navorser bekend is met die navorsingsomgewing.

Die navorser voldoen aan beide bogenoemde kriteria. Omdat die navorser nie amptelik betrokke is by enige van die institusies nie, verhoog dit verder die betroubaarheid en geldigheid van die studie.

3.8.2 Geldigheid

Dit is veel meer gekompliseerd om die geldigheid van 'n instrument te bepaal as

die betroubaarheid daarvan. Betroubaarheid behels die tegniese uitdrukking of aard, terwyl geldigheid die aard van realiteit uitspel (French, 1993). Volgens Berger en Patchner (1988) is... *the validity of an instrument the extent to which it measures what it is suppose to measure*. Burns en Grove (1993) sluit hierby aan: *The validity of an instrument is a determination of the extend to which the instrument actually reflects the abstract construct being examined*.

Daar kan verwag word dat die geldigheid sal varieër van een steekproef tot 'n ander, en van een situasie tot 'n ander. Die geldigheidstoetsing valideer eintlik die gebruik van 'n instrument vir 'n spesifieke groep of doel, eerder as om na die instrument self te kyk.

Coward (1990) stel dit dat die kombinerings van kwalitatiewe en kwantitatiewe metodes (triangulasie) die geldigheid van 'n studie verhoog. Die voorafbepaalde standaarde en vraelys is aan deskundiges binne die navorsingsveld, onkologiese verpleegkundiges, bestuur en onderwyskundiges voorgelê om die geldigheid te bepaal. Die standaarde wat gestel is, is volledig met deskundiges bespreek om dit te evalueer, maar ook te bepaal of dit realisties, realiseerbaar of bereikbaar is en of dit op 'n koste-effektiewe manier gebruik kan word.

Volgens Brink (1987) is ... *content validity the degree to which a test appears to measure a concept by a logical analysis of the items. The decision as to whether a test has content validity involves subjective judgement and not statistical testing*.

Om die geldigheid te verhoog, het die navorser self die data versamel. Milunsky (1985) sê: ... *in conclusion if the evaluation of a system is based on clinical observation supported by literature the results can be considered as valid and reliable*. Rogers (1973) sluit by hom aan: ... *the credibility of the research is increased when the researcher explains the procedures and rationale for decisions/actions made throughout the study*.

Die nodige veranderinge is volgens die deskundiges se aanbevelings aangebring.

3.9 DATAVERSAMELING

By dataversameling word subjekte gekies en data by hierdie subjekte verkry. Burns en Grove (1993) sê: ... *data may be collected on subjects by observing, testing, measuring, questioning, and/or recording*. Dataversameling is ook 'n kritiese fase in die triangulasieproses.

Volgens Booyens (1993) is dataversameling 'n belangrike stap in die evaluering van die kwaliteit van verpleging. Voldoende data moet versamel word om 'n ware beeld van die kwaliteit van verpleging te verkry. As daar té min data is, sal dit 'n verwarrende beeld gee, terwyl té veel data duur en verkwistend is.

Gedetailleerde veldnotas is gehou ten opsigte van observasies wat gedoen is, asook van gebeure en faktore van toepassing op die data wat tydens die onderhoud met die pasiënte ingewin is. Data is oor 'n periode van ses maande deur die navorser self versamel. Die navorser het data versamel totdat data-saturasie voorgekom het en geen nuwe inligting of ander perspektiewe verkry is nie.

3.10 LOODSSTUDIE

'n Loodsstudie word gedoen om die metodologie te ontwikkel of te verfyn (Burns and Grove, 1993). Dit word om enige van die volgende redes gedoen:

- om te bepaal of die studie lewensvatbaar is;
- om die instrument te ontwikkel of te verfyn;
- om 'n protokol vir die implementering van behandelingsrigime te ontwikkel;

- om probleme met die ontwerp te identifiseer;
- om te bepaal of die steekproef verteenwoordigend van die populasie is en of die tegniek van steekproefbepaling korrek is;
- om die geldigheid en betroubaarheid van die navorsingsinstrument te ondersoek;
- om hierdie instrument te ontwikkel of te verfyn;
- om analisetegnieke te toets.

(Prescott and Sockin, 1989)

'n Loodsstudie is gedoen, geen probleme is ondervind nie. Die subjekte van die loodsstudie is nie in die finale studie ingesluit nie.

3.11 ETIESE INAGNEMINGS

Toestemming is verkry van onderskeidelik die betrokke mediese superintendente en verpleegdiensbestuurders (sien Bylae A). Alle vraelyste aan pasiënte was vergesel deur 'n dekbrief waarin die regte van die pasiënt vervat is (sien Bylae C). Die dekbrief het onder andere die volgende ingesluit:

- Toestemming om aan die navorsing deel te neem.
- Vrywillige deelname van pasiënte aan die navorsing.
- Waarborg van anonimiteit van pasiënte en vertroulike hantering van inligting.

Die navorsing was verkennend en nie-eksperimenteel van aard. Deelnemers is nie vergoed om aan die studie deel te neem nie.

3.12 DATA-ANALISE

Data-analise is met behulp van 'n konsultant gedoen. Die vraelys is opgestel om

met die SAS-pakket (Statistical Analysing System) op die VAX-hoofraamrekenaars van die Universiteit van Stellenbosch ontleed te word. Die nodige frekwensiegegevens met gepaardgaande persentasies is gedoen.

Die bevindings in die vraelys word in dieselfde volgorde gehanteer as wat die vrae in die vraelys gevra is. Resultate word hoofsaaklik in frekwensies en persentasies weergegee.

3.13 BEPERKINGS

Die volgende kan as beperkings beskou word, maar die navorser glo dat ten spyte daarvan dat die getalle relatief klein is, die studie geloofwaardig is omdat:

- die beginsel van data-saturasie toegepas is;
- die stabiliteit van die personeelkomponent minimale variasies en fluktuasies wat die uitvoering van prosedures en intervensies en gevolglik die standaard van sorg kan affekteer, verseker

3.14 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die navorsingsmetodologie bespreek. Triangulasie blyk die mees toepaslike benadering te wees. Standaarde is noodsaaklik ten einde die kwaliteit van sorg te definieer. Dit verskaf ook kriteria/indikatore wat gebruik kan word ten einde aan te dui of kwaliteitsorg gelewer is al dan nie.

HOOFSTUK 4

DATA ANALISE

4.1 INLEIDING

Standaard is geformuleer om 'n omvattende onkologiese opvolgdiens in geselekteerde opvolgklinieke in die Wes-Kaapse platteland te evalueer. In hierdie hoofstuk word die data verkry, geanaliseer, geïnterpreteer en bespreek. Dit geld ten opsigte van die struktuur-, proses- en uitkomdimensies. Laasgenoemde is die bevindinge ten opsigte van die pasiënttevredenheid. Omdat die navorser die navorsing vanuit 'n verpleegperspektief benader het, sal die bevindinge ook as sodanig verwerk en bespreek word.

Die bevindinge word bespreek na aanleiding van die standaard wat in Bylae B gestel is, asook die vraelys aan die pasiënt (sien Bylaag C).

Die persentasies ten opsigte van die struktuur- en prosesstandaarde is soos volg bereken:

- Die kriteria (indikatore) waaraan ten opsigte van elke standaard voldoen is, is afgemerkt.
- Die totale aantal kriteria (nadat die nie-van-toepassing-items buite berekening gelaat is) is in persentasievorm bereken.
- Die finale persentasie ten opsigte van die standaard is bereken.
- Die afsonderlike vrae van die pasiënt tevredenheidsvraelys se is ook in prestasievorm verwerk en individueel bespreek. Waar die opinie van die pasiënt ter sprake is, is sentrale temas, weens die kwalitatiewe aard daarvan, geïdentifiseer en bespreek.

'n Definitiewe persentasie wat as goed/hog, bevredigend of suboptimale

standaard beskryf kan word, is in die literatuur gevind nie. Die navorser of akkrediteringstak besluit self watter persentasie bogenoemde kategorieë sal verteenwoordig. Die navorser het, in die lig van haar jare ervaring as 'n professionele verpleegkundige besluit dat 80% en bo as 'n goeie aanvaarbare standaard beskou sal word. Enigiets onder 80% sal dringende remediële aksies noodsaak. Indien 'n spesifieke standaard met 100% verlang word, sal dit as sodanig in die bespreking gemeld en gemotiveer word.

4.2 STRUKTUURSTANDAARD

In die struktuurstandaard is die organisasie, voorsiening, instandhouding en benutting van fasiliteite, personeeltoerusting en voorrade sodanig dat dit die lewering van 'n omvattende opvolgdiens aan onkologiepasiënte bevorder. Kriteria is geformuleer wat kritieke areas gedek het. Die data word vervolgens aangebied en bespreek.

4.2.1 Organisering

Organisering ten opsigte van die onkologiepasiënt hou die volgende in:

- 4.2.1.1 Verwysing en eerste besoek van pasiënt aan onkologie-opvolgdiens
- 4.2.1.2 Die buitepasiënt-opvolgkaartjie
- 4.2.1.3 Omvattende geïntegreerde diens

Hierdie drie punte sal vervolgens bespreek word.

4.2.1.1 Verwysing en eerste besoek

Die kriteria en verwysing van reeds gediagnoseerde kankerpatiëntem wat vir die eerste keer die kliniek bywoon, is gestel. (Kyk struktuurstandaarde, Bylae B)

Alle inligting wat in die kriteria/indikatore gereflekteer word, is krities omdat daar nie 'n holistiese en omvattende opvolgdiens aan die pasiënte gelewer kan word as al die betrokke inligting nie beskikbaar is nie. Indien die inligting nie beskikbaar is nie, kan wetenskaplik gefundeerde besluite ten opsigte van die opvolgbehandeling nie geneem word nie. Laastens verseker dit ook kontinuïteit in die sorg van die pasiënt. Daar is 'n persentasie van 100% toegeken aan hierdie kriteria vir verwysing en eerste besoeke.

4.2.1.2 Buitepasiënt-opvolgkaartjie

Die navorser het bevind dat pasiënte se buitepasiënt-opvolgkaartjies volledig vir hul volgende besoek aan die onkologiekliniek ingevul was. Die buitepasiëntkaartjie word aan die einde van die kliniek deur 'n verpleegkundige vir volledigheid gekontroleer. Verpleegkundiges gebruik die geleentheid om inligting en advies te gee oor die noodsaaklikheid van maandelikse opvolgbesoeke. 'n Uitstekende standaard is gehandhaaf. Die onkologiese opvolgdienste het 'n persentasie van 100% behaal. Die pasiënt ontvang dus volledig voltooide kaartjies sodat daar geen onsekerheid kan bestaan ten opsigte van hulle volgende opvolgbestraling of chemoterapie.

4.2.1.3 Omvattende diens geïntegreer

Die personeel het aangevoer dat daar tydens besige klinieksessies geen tyd is om byvoorbeeld gesondheidspraatjies aan 'n groep pasiënte te bied nie. Die ideaal is om inligting en gesondheidsopvoeding op 'n een-tot-een basis aan die betrokke pasiënt en sy familie te gee. Hierdie gee van inligting vind egter op 'n baie lukraak basis plaas. Kontaknommers en literatuur van die ondersteuningsgroepe soos *Reik-na-Herstel* is op individuele aanvraag by die Kankervereniging beskikbaar. Een van die kritiese take van die verpleegkundige waarop 'n verpleegregime berus, naamlik die gee van voorligting, inligting en verwysing soos nodig, word nie hier ten volle verrig nie. Die onkologiese pasiënt

is juis baie afhanklik van korrekte voorligting en inligting en daarom is dit onrusbarend dat so 'n kritieke funksie nie verrig word nie. Volgens die personeel is die kliniekarea nie spesifiek net aan onkologie toegesê nie, maar ander opvolgklinikdienste soos medies en ortopedie vind ook daar plaas. Dit kan egter nie as 'n beperking gesien word nie, omdat dit die teikengroep/populasie net groter maak en waardevolle inligting/voorligting deur middel van biljette, ensovoorts bedien kan word.

In tabel 4.1 word evaluering van die onkologieklinieke ten opsigte van organisasievermoë onder die genoemde drie punte gedoen.

TABEL 4.1
ORGANISERING

	%
1. Verwysingsbrief en eerste besoek	100,0
2. Volledige buitepasiëntopvolgkaartjies	100,0
3. Integrering van dienste	56,0

Die navorser is van mening dat 'n persentasie van 100% in die standaard behaal moes word, om as 'n hoë standaard van diens beskou te word. Die opvolgdienste het 56% behaal wat 'n suboptimale standaard verteenwoordig.

4.2.2 Fasiliteite, toerusting en personeel

Ten einde gehaltesorg te lewer, is dit noodsaaklik dat die nodige fasiliteite en toerusting beskikbaar is en optimaal benut word om kontinuïteit, sorg en pasiëntgemak te verseker.

In tabel 4.2 volg die response ten opsigte van toerusting en fasiliteite.

TABEL 4.2
TOERUSTING, FASILITEITE EN PERSONEEL

	%
1. Ondersoek-area	33,3
2. Higiëne	100,0
3. Personeelvoorsiening	75,0
4. Uitleg van toegewysde area	0,0
5. Algemene voorraad	83,09
6. Ginekologiese konsultasiekamer	100,0
7. Kommunikasiefasiliteite	100,0
8. Interdepartementele samewerking	100,0

4.2.2.1 Ondersoekarea

Areas met spesifieke beperkinge en wat nie spesiaal vir 'n onkologiediens ontwerp is nie, is aan hierdie diens toegewys. Dit het spesifieke beperkinge meegebring. Omdat daar byvoorbeeld nie 'n ontkleekamer vir pasiënte is nie, moet pasiënte in die teenwoordigheid van geneeshere, verpleeg-personeel en dikwels vrywiligers ontklee. Die privaatheid van die pasiënt kan dus nie verseker word nie. 'n Aanvaarbare standaard van 100% is gestel en die dienste het slegs 'n persentasie van 33,3% behaal.

4.2.2.2 Higiëne

Die higiëne van 'n gesondheidsdiensinstansie is van kritieke belang. Indien dit goed is, word verskeie risiko's uitgeskakel. Dit is verblydend dat die dienste 100% ten opsigte van hierdie standaard behaal het.

4.2.2.3 Personeelvoorsiening

Ten opsigte van die personeelvoorsiening het die navorser bevind dat konsultasiekamers nie altyd deur 'n verpleegkundige beman word nie. Ook is 'n maatskaplike werker nie by elke klinieksessie vir die pasiënt beskikbaar nie. Hierdie dienste is noodsaaklik ten einde 'n hoë standaard van totale of omvattende pasiëntsorg te lewer. 'n Persentasie van 75% is in hierdie substandaarde behaal. Die navorser voorsien nog meer probleme vir die bestuur van die dienste indien die pasiëntgetalle toeneem en die personeelkomponent nie dienoreenkomstig aangepas word nie.

4.2.2.4 Uitleg van toegewysde area

Die ruimte by beide klinieke maak nie voorsiening vir rolstoele en trollies in die ondersoekarea nie. Die spasie is te klein en pasiënte word met baie moeite in 'n afskorting versorg. Ten einde 'n goeie en toepaslike opvolgdienste te lewer, moet die ruimte van so 'n aard wees dat 'n pasiënt met gemak gehanteer kan word. Geen diens het hieraan voldoen nie, en 'n persentasie van 0,0% is hier behaal.

4.2.2.5 Algemene voorraad

Die navorser beskou 'n persentasie van 100% as 'n aanvaarbare standaard. Die opvolgdienste het 'n persentasie van 83,3% behaal. Daar is bevind dat geen bloeddruk-apparaat, stetoskoop weegskaal teenwoordig was nie. Basislyndata, veral ten opsigte van die massa van 'n pasiënt, is dus nie verkry nie. Indien enige van die observasies gedoen moes word, is die apparaat vanaf ander sale in die hospitaal geleen. Omdat dit tot vertraging in die pasiënt se hantering lei is dit nie net vir beide personeel en pasiënt frustrerend nie, maar kan ook 'n beeld van swak organisasie na buite skeep.

4.2.2.6 Ginekologiese konsultasiekamer

Net een opvolgdienskliniek het oor die spesifieke fasiliteite beskik. Alle toerusting en voorrade wat vir 'n ginokologiese ondersoek nodig is, is egter beskikbaar. Vir die volledigheid van voorrade het die navorser 'n persentasie van 100% aan albei klinieke toegeken.

4.2.2.7 Kommunikasiefasiliteite en interdepartementele samewerking

Omdat beide onkologiese klinieke tydens die klinieksessie direkte toegang tot telefone en 'n faks het, is direkte kliniese konsultasie met personeel binne ander gesondheidsorgdienste en -fasiliteite dus moontlik. Afdelings soos die laboratorium, apteek en X-straaldepartemente is onmiddellik beskikbaar. Portiere is gereed om pasiënte byvoorbeeld na die X-straaldepartement te vergesel of om laboratoriummonsters vir ontleding weg te neem.

Die apteker van beide moederhospitale kry aan die begin van elke jaar 'n lys van die maandelikse kliniekdatums waarop klinieksessies gehou word. Noukeurige beplanning ten opsigte van die bestelling van essensiële medikasie, uitsluitlik vir die onkologiepasiënte, kan dus gedoen word. Ekstra aandag moet en word veral gegee aan die beskikbaarheid van medikasie soos morfien vir pynkontrole. Wanneer nuwe-effekte as gevolg van die siekte behandel moet word, moet dit onmiddellik op aanvraag aan die pasiënt voorsien kan word. Aan beide klinieke is 'n persentasie van 100% vir beide substandaarde toegeken.

4.2.3 Personeelvoorsiening

Die formule wat by algemene hospitale gebruik word om personeelvoorsiening te bepaal, is nie hier van toepassing nie omdat die pasiëntklassifikasiesisteen hier

irrelevant is.

Die wetenskaplike formule om die personeelvoorsiening vir 'n onkologiese opvolgdiens te bepaal, kan nie gevind word nie. Die navorser, met haar jarelange ervaring in hierdie diens, het ander verpleegkundiges van hierdie spesialisasiegebied en bestuur geraadpleeg en 'n metode bepaal om wel die personeelvoorsiening vir hierdie dienste te bereken. Faktore wat in hierdie raming 'n rol speel is

- pasiëntgetalle en
- aantal geneeshere teenwoordig.

Die ervaring en kwalifikasies van die verpleegpersoneel het ook 'n invloed, maar weens die grootskaalse tekort aan personeel met 'n onkologie-kwalifikasie is dit buite rekening gelaat. Daar is toe bepaal dat 'n kliniek wat 45 pasiënte per dag opvolg, ten minste drie professionele verpleegkundiges vir die duur van die hele sessie aan diens moet hê.

Die verpleegkundige in bevel moet ook oor 'n na-basiese registrasie in onkologiese verpleging beskik. Die vrywilligers wat betrokke is, het geen formele opleiding ondergaan in onkologiese verpleging nie. Hulle bestaan hoofsaaklik uit afgetrede verpleegkundiges of verpleegkundiges vanaf die hoofhospitale wat net vir die klinieksessie toegeken word. In table 4.3 kan hierdie gegewens gesien word.

TABEL 4.3
PERSONEELVOORSIENING

	%
Kliniek A	100,0
Kliniek B	89,0

Kliniek A het 'n persentasie van 100% behaal vir die standaard en kliniek B 'n

persentasie van 89,0%. Laasgenoemde kliniek het 'n tekort gehad aan verpleegkundiges wat die pasiënt vir die konsultasiekamers moes hanteer en die geneesheer moes bystaan.

Die navorser is van mening dat pasiëntsorg daaronder kan ly en medies-verpleegkundige regsrisiko's kan voorkom. Die kliniek wat op die oomblik nie 'n groot aantal pasiënte opvolg nie, het 'n persentasie van 100% behaal. Die navorser voorsien egter 'n probleem indien die getalle vermeerder en die personeelgetalle nie dienooreenkomstig aangepas word nie. Die omvattende sorg aan die pasiënt en standarde kan verlaag.

4.2.4 Effektiewe bestuurstelsel

Aan beide klinieke is 'n persentasie van 25% toegeken. In 'n poging om die onkologiese verpleegkundige in staat te stel om optimale gehaltesorg aan kankerpatiënte te lewer, moet alle beleids- en prosedurehandleidings volledig beskikbaar wees om die nodige riglyne tot effektiewe bestuur daar te stel.

Onkologiese verpleegkundiges van die Kankervereniging aanvaar verantwoordelikheid vir die hantering van die twee onkologieklinieke op die platteland. Hulle beweer egter dat hulle op hul eie aangewese is en nie die ondersteuning van die formele verpleegbestuurstelsel of verpleegowerheid van die moederhospitaal het nie.

Generiese beleid is wel beskikbaar ten opsigte van die missie en doelstellings van die Kankervereniging. Skriftelike dissiplinêre en grieweprosedures bestaan nie. Omdat daar geen kennisgewingslêers, memorandum of opdaterings van prosedures bestaan nie, kom gebrekkige kommunikasie voor.

Geen onkologiese spanvergaderings word gehou nie, maar wel 'n maandelikse en kwartaallikse verslag ten opsigte van die funksionering en vordering van die onkologiekliniek wat deur die betrokke bestuur van die Kankervereniging

opgestel en aan die betrokke geneeshere en hospitaalowerhede gestuur word.

Die navorser het bevind dat geen spesifieke verpleegbestuursafdeling verantwoordelikheid aanvaar vir die verpleegkundiges wat in die opvolgkliniek werksaam is nie. Daarom is daar geen kontrole of beheer oor die verpleegkundiges se praktykervaring nie. Geen protokol is gevind ten opsigte van die hantering of verpleging van pasiënte met kanker en/of VIGS nie. Daar is ook geen protokolle in plek ten opsigte van 'n immuniseringsbeleid (Hepatitis B) en hantering van personeel na skerpvoorwerp-beserings nie.

TABEL 4.4
EFFEKTIEWE BESTUURSTELSEL

	%
Kliniek A	25,0
Kliniek B	25,0

Dit is kommerwekkend dat daar geen kritiese bestuursaksies en riglyne bestaan nie. Die kritiese aspekte in die omvattende sorg van die pasiënt, soos byvoorbeeld voorligting, inligting en onderrig is die eerste wat soos in paragraaf 4.2.1.1 aangedui, nagelaat word. Menslike hulpbronne is 'n belangrike aspek in die lewering van gehaltdiens en moet voldoende wees. Daarom word 'n persentasie van 100% as 'n aanvaarbare standaard beskou.

4.2.5 Personeeloriëntering, indiensopleiding en voortgesette ontwikkeling

Beide klinieke A en B het 'n persentasie van 58% behaal. 'n Skriftelike oriënteringsprogram is wel beskikbaar. Die navorser het egter bevind dat daar geen indiensopleidingsprogramme of voortgesette ontwikkelingsprogram by enigeen van die twee klinieke bestaan nie. Simposiums en werksinkels word

nie bekend gestel nie. Alhoewel biblioteekfasiliteite wel beskikbaar is, is daar maar min relevante literatuur. Daar is geen oorkoepelende verpleegbeheer of -bestuur wat as ondersteuningstruktuur vir die verpleegkundige in diens van die Kankervereniging kan dien nie. Persone in bestuursposisies het min of geen verpleegagtergrond nie. Dit blyk nou asof die professionele/akademiese, kliniese ontwikkeling van die verpleegpersoneel nie optimaal geskied nie.

Booyens (1993) sê dat *... the staff members of a health care institution are its most valuable asset and the quality of the patient care rendered by them can be directly related to their knowledge and skills.* Wanneer in die ontwikkeling van personeel belê word kan kwaliteitdiens van gemotiveerde personeel verwag. Die navorser vind dit kommerwekkend dat dit blyk asof hierdie ontwikkeling nie in hierdie dienste gestimuleer word nie.

4.2.6 Prosedure en Beleid

Prosedure en beleidhandleidings help die werknemers om die organisasie se doel te bereik. Dit dien ook as basis vir die bestuur van toekomstige besluitneming en aksies, koördinering en prestasiebeheer. Geen prosedure- of beleidhandleidings is gevind nie. Die navorser is van mening dat veilige praktykvoering nie kan geskied sonder dat die nodige beleid en prosedures in plek nie. Dit verskaf die riglyne vir 'n algemene standaard van sorg vir die kliniek. Beide klinieke het 'n persentasie van 0% ontvang. Dit is onrusbarend dat klinieke sonder hierdie belangrike bestuurs- en organisasie-instrument funksioneer.

4.3 PROSESSTANDAARDE

Onkologiese verpleging behels die monitering, handhawing en bevordering van pasiëntgesentreerde ondersteuning aan kankerpatiënte en hul families ten opsigte van fisiese, psigiese en sosiale welstand in die post-hospitalisasiefase. Die pasiënt se behoefte aan betrokkenheid by besluitneming, psigososiale

ondersteuning, inligting en voorligting, word erken. 'n Algemene standaard is gestel (sien Bylae B) en die volgende kritiese aspekte is geëvalueer:

- Omgewingshigiëne en pasiëntgemak
- Die hantering van besprekings
- Observasies
- Pyn en ongemak
- Dieet
- Psigo-sosiale ondersteuning
- Emosionele ondersteuning
- Rekordhouding

'n Aanvaarbare standaard van 100,0% is gestel vir alle prosesstandaarde.

4.3.1 Omgewingshigiëne en pasiëntgemak

'n Aanvaarbare standaard is 'n persentasie van 100%. Aan beide klinieke is 'n persentasie van 100% toegeken ten opsigte van die omgewingshigiëne en pasiëntgemak. Dit is verblydend om te sien dat die higiëne van die omgewing waarin die pasiënt hom vir sy gemak bevind, hoë prioriteit geniet. Dit skakel vele risiko's en moontlike regsgedinge uit.

4.3.2 Die hantering van besprekings

Tydens 'n buitepasiëntbesoek word daar verwag dat klinieksessies só vinnig en glad moontlik moet verloop. Besprekings word vooraf gemaak by die afdelings se sekretaresse of Kankerverenigingskantoor vir 'n opvolgbesoek. Dit word 'n dag vòòr die kliniekbesoek by die lêerafdeling ingelewer sodat die lêers gereed gemaak kan word vir die volgende dag. Voorafbesprekings verseker dat spesifieke spesialisdiens(te) soos toepaslik op die spesifieke kliniekdag beskikbaar kan wees. Dit bevorder net kwaliteitgesondheidsorgaandag aan die pasiënt. Beide klinieke het voldoen aan die kriteria wat vir die hantering van

besprekings gestel is en dus 'n persentasie van 100% behaal.

4.3.3 Fisiese, psigiese en sosiale behoeftes

'n Substandaard is gestel, waarvolgens die pasiënt se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes aangespreek, bevorder en gehandhaaf word.

4.3.3.3 Algemene observasies

Onkologiepasiënte op die platteland besoek die twee onderskeie klinieke slegs een keer per maand omdat die diens net een maal per maand aangebied word. Baie van die pasiënte ervaar probleme as gevolg van die siektetoestand self óf die behandeling daarvan. Baie van hierdie probleme kan onmiddellik geïdentifiseer word deur eenvoudige basislyn-observasies tydens die opvolgbesoek te doen. Baie pasiënte is steeds in 'n fase van ontkenning, óf hulle is té siek om aan die geneesheer te verduidelik wat die probleem is, óf hulle aanvaar bloot net dat hulle weer dieselfde behandeling wat die vorige maande aan hulle uitgereik is, moet ontvang. Die navorser glo dat basislyn-observasies alreeds vir die bekwame verpleegkundige en die geneesheer 'n aanduiding gee van 'n onderliggende probleem met betrekking tot die pasiënt se siekte en/of behandeling. Die basislyn-observasies wat verpleegkundiges moet doen, is massabepaling en waarneming van vitale tekens. By geeneen van die twee klinieke word hierdie twee basislyn-observasies tydens die opvolgbesoek gedoen nie.

Massaverlies by die kankerpatiënt kan toegeskryf word aan moontlike probleme in die dieet van die pasiënt (kyk hoofstuk 2). Deur die pasiënt by elke opvolgbesoek te weeg, kan hierdie probleem of probleme gou geïdentifiseer word en regstellende aksies kan gedoen word, of hierdie probleem kan so gou as moontlik aangespreek word.

Abnormale lesings in bloeddruk, pols en asemhaling, sowel as temperatuur mag aanduidend wees van bykomende siekteprosesse, maar is ook aanduidend van onbeheersde pyn. Hierdie is basiese observasies wat die verpleegkundige kan uitvoer om haar in staat te stel om vinnige besluite te neem ten opsigte van probleme wat geïdentifiseer is. By die vasstelling van die standaard ten opsigte van die neem van observasies, is 'n persentasie van 0% aan die dienste toegeken.

Dit is werklik kommerwekkend dat die verpleegkundige nie die basiese vaardighede en waarnemings gebruik in die beplanning van haar pasiënt se sorg nie. Indien 'n verpleegkundige ingeligte wetenskaplike gefundeerde besluite ten opsigte van pasiëntsorg wil neem, moet sy begin om basiese inligting in te win en daarvandaan meer gedetailleerde pasiëntdata te verkry.

4.3.3.3 Pyn en ongemak

Dit is belangrik dat die pasiënt so pynvry as moontlik gehou moet word ten einde 'n verhoogde lewenskwaliteit soos in paragraaf 3.7 bespreek is, te bevorder en te handhaaf. 'n Pynkaart wat deur die verpleegkundige asook die pasiënt en sy familie gebruik kan word om sy pynvlak op 'n voortgesette basis te monitor, is deur die jare deur deskundiges ontwikkel. Hierdie inligting word dan met goeie resultate gebruik om die pasiënt se pynmedikasie aan te pas.

Alhoewel hierdie pynkaart in algemene gebruik is, was dit nie in die klinieke beskikbaar nie. Die navorser het bevind dat geen observasies ten opsigte van die pasiënt se pyn gemaak is nie. Ten spyte daarvan dat pynbeheerklinieke in die groter sentra bestaan, word die pasiënte met voortdurende en onbewuste pyn nie daarheen verwys nie.

Monitering en evaluering van die pyn wat die pasiënt ervaar, is krities want die nodige aanpassing in pynmedikasie word juis gemaak op grond van hierdie inligting. Pynbeheer by die pasiënt word aanvanklik deur middel van 'n swak

opiaat toegepas. Namate die pyn vererger, word 'n sterk opiaat soos morfiën gebruik. Hierdie dosis en sterkte word aangepas totdat die pyn so effektief moontlik beheer word.

Slegs inligting ten opsigte van die gebruik en nuwe-effekte word by die klinieke aan die pasiënt gegee, terwyl ander belangrike voorligting, advies en wenke rondom die beheer en bekamping van die pyn nie deur gegee word nie. As rede hiervoor is aangevoer dat tyd ontbreek.

Dit is kommerwekkend dat pynkontrole nie effektief gehanteer word nie en dat die probleem tydens klinieksessies slegs oppervlakkige aandag geniet. Hierdie aspek behoort dringend aangespreek te word. Slegs 'n persentasie van 18% is toegeken.

4.3.3.3 *Dieet/voedingstatus*

Ten opsigte van hierdie standaard is 'n persentasie van 17% toegeken. Die navorser het bevind dat tydens die uitreiking van medikasie klem op advies gelê word. Verpleegkundiges sien toe dat daar aan die pasiënt verduidelik word hoe om die medikasie te gebruik en wat die doel daarvan is. Daar word egter nagelaat om die pasiënt te voorsien van praktiese inligting en wenke wat hulle tuis kan doen om probleme soos naarheid en braking, verlies aan eetlus, hardlywigheid en diarree te hanteer en te beheer. Wat hierdie aspekte betref lewer beide klinieke sorg van 'n suboptimale standaard. Dit is kommerwekkend dat hierdie kritiese aspekte nie deur die verpleegkundige aangespreek word nie, juis omdat die pasiënt hierdie probleme ten opsigte van diens en voedingstatus ervaar, en inligting dringend nodig het.

4.3.3.4 *Psigososiale ondersteuning*

Die navorser kon vir hierdie standaard slegs 'n persentasie van 11% toeken. Die

enigste probleme wat wel tydens 'n klinieksessie aangespreek word, is sosio-ekonomies van aard en word ook na die maatskaplike werker vir verdere hantering verwys. Dit geskied ook slegs op die kliniekdae wanneer die maatskaplike werker by die kliniek is. Die probleme wat aangespreek word, behels die volgende:

- Die reël vir aansoek om ongeskiktheidspensioen
- Die reël vir aansoek om 'n tydelike toelaag totdat die pensioen uitgekeer word
- Die reël vir aansoek om 'n kospakkie

Dit is kommerwekkend dat die pasiënt feitlik geen psigo-sosiale ondersteuning by die opvolgklinieke ontvang nie, terwyl personeel toegerus is om die taak te verrig.

Die navorser is van mening dat dit een van die belangrikste kritiese sorgaspekte in die hantering van die pasiënt met kanker is. Uit die literatuur blyk dit ook dat, indien probleme/behoefte vroeg geïdentifiseer en gehanteer word, dit ernstige psigo-sosiale probleme kan voorkom en of bekamp. Hierdie aspek van die sorg vereis dringende aandag.

4.3.3.5 *Rekordhouding*

Die verpleegrekords van die pasiënte is wel by die klinieke beskikbaar. Die data dui aan dat die verpleegkundiges by beide opvolgklinieke 100% rekord hou van alle aksies en intervensies wat tydens die pasiënt se besoek uitgevoer word. Die een kliniek maak van 'n bandopname gebruik om inligting vas te lê. Die band word na afloop van die sessie teruggespeel en inligting word dan genoteer. By die ander kliniek maak die verpleegkundige tydens die sessie aantekeninge, asook fotokopieë van die geneesheer of ander spanlede se notas om sodoende die lêer volledig te hou. Alhoewel die twee dienste 'n persentasie van 100% vir rekordhouding gekry het is, dit kommerwekkend vir die navorser dat daar geen rekord van basislynobservasies bestaan nie (sien paragraaf 4.2.3 tot 4.3.6).

4.3.3.6 Rekords en dokumentasie

Die dokumentasieproses by die klinieke word deur eenvormigheid gekenmerk. Alle dokumente word in een lêer saamgevat. Die rekords voldoen aan die wetlike vereistes ten opsigte van datering, en bevat die handtekening van die persoon wat die inskrywing maak. Die pasiënt se naam, geboortedatum, lêernommer en adres word aangeteken, asook die pasiënt se vordering.

Daar is bevind dat die rekords by die verwysende hospitale met mekaar ooreenstem. Indien die pasiënt na 'n ander instansie of hospitaal oorgeplaas word, gaan die rekords saam of volledige fotostate word tesame met 'n verwysingsbrief gestuur. Verpleegnotas het altyd 'n ontslag-inskrywing wanneer pasiënte na ander instansies oorgeplaas word om kontinuïteit in die pasiënt se behandelingsplan te verseker.

'n Laaste aspek wat onder rekordhouding geklassifiseer is, maar eintlik losstaan daarvan, is die oudit van rekords. Die navorser het bevind dat geeneen van die klinieke enige ouditproses van rekords toepas nie. Ten einde omvattende kwaliteitsorg te lewer, is dit nodig dat rekords geoudit moet word. Sodoende word probleemareas uitgewys en kan betyds beplan word om die nodige regstellings te doen.

4.4 UITKOMSSTANDAARDE: PASIËNTTEVREDENHEID

'n Vraelys is ontwerp vir pasiënte om hul tevredenheid met die sorg wat hulle by die opvolgkliniek ontvang, te bepaal. Onderhoude is met 37 pasiënte gevoer. Die beginsel van datasaturasie is toegepas. Die vraelys aan die pasiënt kan in bylaag C gesien word.

4.4.1 Vraag 1 tot 3

Hierdie drie vrae het die biografiese inligting van die vraelys bevat, naamlik ouderdom en geslag van, asook die aantal jare wat die pasiënt behandel word. In tabel 4.4 volg die ouderdom van die respondent/pasiënt.

TABEL 4.5
OUERDOM

	N	%
20 - 39 jaar	4	10,8
40 - 49 jaar	8	21,6
50 - 59 jaar	9	24,3
60 - 69 jaar	4	10,8
70 jaar en ouer	10	27,0
Geen respons	2	5,5
TOTAAL	37	100,0

Twee (5,5%) van die 37 pasiënte het nie hul ouderdomme aangedui nie. Ook is bevind dat 27,0% pasiënte (10) in die ouderdomsgroep 70 jaar en ouer geval het. Vier pasiënte (10,8%) is tussen 60 en 69 jaar oud, terwyl nege (24,3%) tussen 50 tot 59 jaar is. Agt (21,6%) was tussen 40 en 49 jaar oud. Vier pasiënte (10,8%) het in die ouderdomsgroep 20-39 jaar geval. Volgens tabel 4.4 is dit duidelik dat die meeste pasiënte (83,7% óf 31) tydens die opname 40 jaar en ouer was. Die pasiënte was dus almal volwassenes wat 'n opinie oor 'n diens behoort te kan uitspreek en besliste menings kan hê oor hul betrokkenheid by besluite rakende hul siekte en behandeling.

Wat geslag betref, was 27 pasiënte (73,0%) vroulik, terwyl 8 pasiënte (21,6%) manlik was. Twee pasiënte het nie hul geslag aangedui nie.

Die tydperk wat die pasiënte 'n opvolgkliniek al besoek het, het gevarieer vanaf 2 maande tot een pasiënt wat 'n kliniek al 20 jaar bywoon. Een pasiënt (2,7%) het

die vraag verkeerd verstaan en geen aanduiding gegee van hoe lank sy die kliniek al bywoon nie, terwyl twee (5,5%) nie die vraag beantwoord het nie. Elf pasiënte (29,7%) het die kliniek die tweede keer besoek, ses pasiënte (16,2%) vir die derde keer. Die oorblywende 17 pasiënte (45,9%) besoek die kliniek al langer as 'n jaar. Omdat die meerderheid pasiënte die opvolgkliniek al vir meer as twee keer bygewoon het, kan aanvaar word dat hulle 'n opinie oor die diens kan uitspreek.

4.4.2 Vraag 4

By hierdie oop vraag moes pasiënte aandui of hulle familie by hulle behandeling en sorg betrek was. In tabel 4.5 volg opsommende gegewens van die respondente se antwoorde.

TABEL 4.6
BETROKKENHEID VAN FAMILIE BY BEHANDELING EN SORG

	N	%		N	%
Familie is betrokke	13	35,1	Familie is onbetrokke	24	64,9

Behoeft tot betrokkenheid	N	%
Ja	21	87,5
Nee	3	12,5
TOTAAL	24	100,0

Op die vraag of pasiënte se families betrokke is by hulle behandeling en sorg, het 35,1% (13) pasiënte aangetoon dat hulle familie wel betrokke is, en dat hulle ook die nodige inligting, voorligting en ondersteuning ontvang. Dit is ontstellend dat die meeste pasiënte (64,9% óf 24) aangedui het dat hul familie nie by die behandeling en sorg betrek is nie. Die meeste van hierde 24 pasiënte, naamlik

21 (87,5%), het spesifiek die behoefte uitgespreek dat hulle graag die familie betrokke sou wou sien. Dit sou hul ondersteuningsstelsel ten opsigte van die fisiese sowel as psigo-sosiale komponent van hul behandeling en sorg verbreed. Die navorser wil ook daarop wys dat die dienste suboptimale standaardpersentasies behaal het in dié standaard ten opsigte van voorligting, inligting, fisiese en psigo-sosiale raming en inligting en of onderrteuning. Die orige drie pasiënte (12,5%) wie se familie nie betrokke is nie, het aangetoon dat hulle nie hul familie betrokke wil hê nie.

4.4.3 Vraag 5

In hierdie vraag moes respondente aantoon of hulle ook by 'n ander instansie behandeling ontvang vir dieselfde doel as by hierdie spesifieke kliniek. Geeneen van die pasiënte het aangedui dat daar so 'n geval bestaan nie.

4.4.4 Vraag 6

Vraag ses het spesifiek gehandel oor die eerste persoon met wie die pasiënt kontak maak wanneer hy 'n spesifieke probleem ten opsigte van vier simptome óf probleemareas ondervind. In tabel 4.6 volg 'n uiteensetting van die eerste persoon met wie die pasiënt gewoonlik kontak maak. Daarna volg 'n bespreking van die vier probleemareas. Elke individuele probleemarea sommeer na 37 pasiënte en tot 100,0%.

Die belangrikste afleiding wat uit tabel 4.6 gemaak kan word, is dat die meeste pasiënte weet dat hulle in alle gevalle die gesondheidspersoneel kan kontak wanneer hulle probleme ondervind. Dit is waarskynlik omdat hulle al in so 'n mate 'n vertrouensverhouding opgebou het, en weet dat hulle die regte raad sal kry. Die bespreking van die individuele probleemgebiede volg nou.

TABEL 4.7
KONTAKPERSOON

PYN	N	%
Gesondheidspersoneel	22	59,5
Familie	6	16,2
Weet nie	9	24,3
NAARHEID EN BRAKING	N	%
Gesondheidspersoneel	17	46,0
Familie	5	13,5
Weet nie	13	35,1
Nie van toepassing	2	5,4
MAAK VAN KLINIEKAFSPRAKE	N	%
Gesondheidspersoneel	37	100,0
TUISVERSORGING	N	%
Gesondheidspersoneel	17	46,0
Weet nie	8	21,6
Nie van toepassing	12	32,4

4.4.4.1 Pyn

Soos gesien kan word in tabel 4.6, het die meeste pasiënte (59,5% óf 22) die gesondheidspersoneel gekontak wanneer hulle pyn ervaar. Nege pasiënte (24,3%) het aangedui dat hulle nie weet wie om te kontak nie, terwyl ses pasiënte (16,2%) aangedui het dat hulle familieledede kontak. Die waarskynlikheid dat 'n familielid van groot hulp kan wees indien 'n pasiënt pyn ervaar en dringende verligting nodig het, is minimaal, omdat hulle nie die nodige insig en kennis het nie. Hierdie stelling word ondersteun deur die bevinding by die vasstelling van prosesstandaarde. Die navorser het bepaal dat omdat pynevaluasie/kontrak nie by gedoen word pasiënte nie, gepaardgaande inligting ook nie deurgegee word nie.

4.4.4.2 Naarheid en Braking

Wat naarheid en braking betref, het die meeste pasiënte (17 óf 46,0%) ook hier aangetoon dat hulle die gesondheidspersoneel kontak vir hulp, terwyl vyf pasiënte (13,5%) 'n familielid gekontak het. Dit is kommerwekkend dat 13 (35,1%) pasiënte aangetoon het dat hulle nie geweet het wie om te kontak indien hulle hierdie simptome ervaar nie. Hierdie gegewens dui op 'n gebrek aan inligting aan die pasiënt deur die kliniek.

4.4.4.3 Maak van kliniekafsprake

Ten opsigte van kliniekafsprake het al die pasiënte (100,0%) die gesondheidspersoneel genader om 'n afspraak te maak. Dit word ondersteun deur die struktuurstandaard van 100% ten opsigte van die opvolgbesprekingskaartjie van die pasiënt wat volledige inligting bevat.

4.4.4.4 Tuisversorging

Ten opsigte van tuisversorging het die meeste pasiënte (17 óf 46,0%) weereens aangetoon dat hulle die gesondheidspersoneel kontak indien nodig. Ongeveer een derde van die pasiënte (12 óf 32,4%) het aangetoon dat tuisversorging nie op hulle van toepassing is nie. Daar word dus aanvaar dat hierdie pasiënte nog na hulself kan omsien. Die oorblywende agt pasiënte (21,6%) het aangedui dat hulle nie weet wie om te kontak nie.

Opsommenderwys kan gesê word dat die meeste pasiënte weet dat hulle in die meeste gevalle die gesondheidspersoneel oor 'n spesifieke probleem kan kontak. Dit blyk egter asof daar 'n groot onsekerheid bestaan oor spesifieke probleemarea, en inligting ten opsigte hiervan word nie duidelik aan die pasiënt oorgedra nie.

4.4.5 Vraag 7

In hierdie vraag moes respondente aantoon of hulle enige inligting omtrent hulle siekte en die behandeling daarvan ontvang, en indien hulle dit nie ontvang nie, of hulle graag meer inligting sou wou ontvang.

Dit is verblydend dat die meeste pasiënte (25 óf 67,6%) aangetoon het dat hulle inligting omtrent hulle siekte en/of behandeling ontvang het. Terselfdertyd is dit kommerwekkend dat twaalf pasiënte (32,4%) aangetoon het dat hulle geen inligting ontvang het nie.

Van die 25 pasiënte wat wel inligting ontvang het, wil vier pasiënte (16%) addisionele inligting oor hulle siekte bekom. Hulle was van mening dat die inligting waaroor hulle beskik, baie lukraak was.

Al twaalf pasiënte wat aangetoon het dat hulle geen inligting ontvang nie, het dit benadruk dat hulle graag inligting sou wou bekom. Dit is belangrik dat die pasiënt inligting omtrent sy siekteproses en behandeling moet kry om hom in staat te stel om ingeligte besluite te neem omtrent sy betrokkenheid by sy behandelings- of versorgingsproses, asook persoonlike sake. Dit mag wees dat 'n pasiënt byvoorbeeld in die ontwikkelingsfase van sy siekte is, en nie die inligting wat hy wil ontvang, sal kan verwerk nie. Dit bly egter die verpleegkundige se plig en verantwoordelikheid om die pasiënt fisies en psigies op 'n kontinue basis te evalueer. Die toepaslike verpleegintervensies moet dan na aanleiding daarvan gedoen word.

4.4.6 Vraag 8

In hierdie vraag moes respondente aantoon of hulle met hulle eerste besoek aan die kliniek 'n pynkaart ontvang het, en of daar aan hulle verduidelik is hoe om die kaart te voltooi. Geeneen van die pasiënte (0,0%) het aangetoon dat hulle tydens hul eerste besoek 'n pynkaart ontvang het nie. Hierdie gegewens word

bevestig deur die bevinding ten opsigte van die prosesstandaard (sien paragraaf 4.4.2) by pyn en gemak waar die navorser bevind het dat pynkontrole nie effektief gedoen word nie.

4.4.7 Vraag 9 en 10

Wat vraag 9 betref, moes respondente in 'n oop vraag aantoon of die kliniek aan hulle behoeftes voldoen, en watter behoeftes hulle nog graag aangespreek wil hê.

Die meeste pasiënte (30 óf 81.1%) was van mening dat hulle behoeftes aangespreek word. Dit is gereflekteer in die volgende reaksies van die pasiënte:

- *Sovêr doen hulle wat ek van hulle verwag*
- *... aangemoedig om gereeld my medikasie te gebruik.*

Dit is egter vir die navorser kommerwekkend dat sewe van die pasiënte (18,9%) aangetoon het dat hulle behoeftes nie aangespreek word nie. Dit word weerspieël in stellings soos die volgende:

- *Ek het baie pyn. Ek dink daar kan meer aan my pyn gedoen word.*
- *My behoeftes word nie aangespreek nie.*
- *Ek is op 'n ouderdomspensioen en ek moet betaal as ek hier kom.*

By die behoeftes wat die pasiënte graag aangespreek sou wou hê, is 'n onderskeid gemaak tussen die algemene en spesifieke behoeftes van die pasiënt. Algemene behoeftes van pasiënte waaraan voldoen moet word, reflekteer in die volgende:

- *Ek wil meer tyd hê om te praat oor my siekte.*
- *... daar is klein dingetjies wat aandag nodig het ...*
- *... wil weet hoe ver die kanker is.*

Die pasiënt sou graag meer inligting wou hê oor die volgende:

- Diagnostiese toetse

- Die siekteproses
- Dieet
- Slegte spysvertering
- Gesondheid oor die algemeen
- Lewenswyse
- Vervoer

Daar moet in gedagte gehou word dat 'n gebrek aan inligting, van watter aard óf om watter rede ookal, 'n groot onsekerheid by die onkologiepatiënt kan meebring. Dit kan weer 'n groot mate van angs en spanning by die pasiënt veroorsaak. Dit blyk dus asof 'n gebrek aan duidelike en openlike kommunikasie as 'n groot probleem wat daadwerklik aandag moet geniet beskou kan word.

4.4.8 Vraag 11

In hierdie vraag moes respondente aantoon met wie hulle die gemaklikste oor hulle probleem rakende hulle siekte praat. Die meeste pasiënte (30 óf 81,1%) het aangetoon dat hulle verkies om met die geneesheer oor 'n probleem te praat. Van die redes wat hulle daarvoor aangevoer het, was die volgende:

- *Die dokter is die eerste persoon met wie ek in kontak kom.*
- *... hy verduidelik vir my alles.*
- *... hy het die kennis.*
- *... hy is eerlik.*
- *Ek kan hom vertrou.*

Slegs vier pasiënte (10,8%) het aangedui dat hulle met die verpleegkundige sal praat. Geen redes is verskaf nie. Drie pasiënte (8,1%) het wel aangedui dat hulle met niemand daarvoor wil praat nie, wat dan ook hulle goeie reg is. Hierdie bevindings word ondersteun uit gegewens soos verkry uit die vasstel van prosesstandaarde. Daar was dit duidelik dat die verpleegkundige nie haar omvattende verplegingsrol vervul nie. Die pasiënt mag ervaar dat sy nie volledig betrokke is by sy totale omvattende sorg nie, en haar daarom nie ken in

konsultasie nie.

4.4.9 Vraag 12 en 13

Hier moes die pasiënt by twee vrae aantoon wat sy persoonlike indruk is van die diens wat hy ontvang het. Ook moet hy aantoon waar die diens moontlik kan verbeter, indien nodig.

Wat persoonlike indrukke ten opsigte van die diens wat ontvang is, betref, het pasiënte positiewe sowel as minder goeie indrukke verkry. Wat goeie indrukke betref, het pasiënte soos volg gereageer:

- *Jy kan nie dit in woorde uitspreek nie. Dis te wonderlik.*
- *Hulle is vrywillig om te kom help en hulle gee baie liefde. In tye van nood is hulle daar.*
- *Die mense wat my help is liefdevol en geduldig.*
- *Puik en vriendelik.*
- *Hulle is oraait.*

Ten opsigte van minder goeie indrukke het pasiënte soos volg gereageer:

- *Geriewe is nie na wense nie.*
- *Hier is niks vir mense wat verlam is om dit vir hulle gerieflik te maak nie.*
- *Hulle is nie flink genoeg nie.*
- *Hulle is stadig en traak-my-nie-agtig.*

Hierdie indrukke van die respondente word ondersteun deur die bevindinge ten opsigte van die struktuurstandaarde (sien paragraaf 4.2.2.4), wat aandui dat die area nie voorsiening maak vir byvoorbeeld rolstoele en trollies nie en dit feitlik onmoontlik is om pasiënte met gemak te hanteer. Paragraaf 4.2.2.5 dui ook aan dat die nodige apparaat byvoorbeeld nie beskikbaar is vir die basislyn-observasies nie.

Wat pasiënte se mening betref ten opsigte van moontlike verbeteringe wat

aangebring kan word, is die volgende reaksies gevind:

- *Die diens kan baie verbeter word, veral by die verpleegsters.*
- *Hulle moet meer oplettend wees ... meer bedagsaam en tyd maak om te gesels met die pasiënt.*
- *Ek voel alleen.*
- *Aantal beskikbare geneeshere te min vir te veel pasiënte.*
- *Dit duur 'n bietjie lank ... kan spoediger verloop.*
- *Ek dink soos pasiënte meer raak, kan hulle die plek groter maak.*

Hierdie kommentaar word bewvestig deur die bevindings in wat paragraaf 4.2.2.4 asook in paragraaf 4.2.3 onder prosesstandaarde bespreek is. Die navorser het bevind dat personeelvoorsiening nie optimaal is nie, en dat die pasiënte daarom nie die aandag wat hulle nodig kry nie. Ook is by die besprekings van die prosesstandaarde bevind dat die fisiese en psigo-sosiale behoeftes van die pasiënt nie optimaal aangespreek word nie. Die verbruikers van die diens het dit bevestig deur die opinies en indrukke wat oor hulle daaroor gelug het.

4.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het die navorser die data wat tydens die veldstudie versamel is, geanaliseer en geïnterpreteer. Oorwegend het die diens nie aan die standaard voldoen nie. Suboptimale standaard is verkry in kritiese areas wat dus dringende regstellende aksies benodig ten einde 'n kwaliteitdiens aan die onkologiesepasiënt te verskaf.

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

Die noodsaaklikheid om die opvolgdiens aan onkologiepasiënte te evalueer is in hoofstuk 1 uitgewys. Die navorsing kan alleen 'n bydrae lewer om die gehalte van sorg te verbeter indien die resultate geïnterpreteer en benut word om realistiese en toepaslike aanbevelings te doen. Die navorser wil beklemtoon en argumenteer dat na gesprekke met kundiges en gerugsteun deur literatuur, hierdie bevindinge toepassingswaarde op ander dienste van hierdie aard het. In hierdie hoofstuk word die gevolgtrekkings en aanbevelings bespreek.

5.2 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Gevolgtrekkings en aanbevelings word gemaak op grond van die drie standaarde wat gestel is:

5.2.1 Struktuurstandaarde

5.2.2 Prosesstandaarde

5.2.3 Uitkomsstandaarde (pasiënttevredenheid)

By elk van hierdie standaarde sal afsonderlik gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak word.

5.2.1 Struktuurstandaarde

Die onkologiese opvolgkliniekdienste is 'n nuwe diens wat op die platteland

aangebied word. Die navorser neem ook in ag dat die vaste struktuur van die kliniek deel uitmaak van die bestaande hospitaal wat op die betrokke dae beskikbaar gestel word om die diens te lewer. Dit word in ag geneem in die aanbevelings wat die navorser maak. Gevolgtrekkings en aanbevelings ten opsigte van die standaard wat gestel is, word vervolgens bespreek.

5.2.1.1 Standaard

Die organisasie, voorsiening, instandhouding en benutting van fasiliteite, personeel, toerusting en voorrade is sodanig dat dit 'n omvattende opvolgdienste vir onkologiese pasiënte moontlik maak.

5.2.1.2 Organisasie

'n Hoë standaard is gevind in die verwysing van die pasiënt by sy eerste besoek aan die kliniek, asook by die reël van sy verdere besoek(e). By die integrering van 'n omvattende diens aan die pasiënt is daar sekere leemtes en 'n suboptimale standaard gevind. Die navorser beveel aan dat primêre voorkomende en bevorderende dienste gelewer moet word.

Opgeleide lede van die kankervereniging wat vrywilligers kan insluit, moet gebruik word om op 'n maandelikse basis voorligtingspraatjies in die wagkamer van die kliniek aan te bied. Dit moet byvoorbeeld onderwerpe insluit soos lewensstyl- aanpassings, dieet, voeding, pyn- en simptomebeheer, waarskuwings- tekens, fisiese en psigiese toestande. Oudio-visuele apparaat kan met welslae gebruik word, byvoorbeeld video's oor die verskillende onderwerpe van belang. Gebruikersvriendelike literatuur oor al die aspekte van belang vir die onkologiese pasiënt moet vryelik beskikbaar wees. Inligting ten opsigte van verskeie ondersteuningsgroepe, byvoorbeeld vir mastektomiepasiënte, moet ook beskikbaar wees. Dit kan as kennisgewing of plakkaat op kennisgewingsborde aangebring word.

5.2.1.3 Fasiliteite, toerusting en personeel

Die higiëne van die diensarea, kommunikasiefasiliteite en interdepartementele samewerking was van hoë standaard. 'n Suboptimale standaard is gevind by die voorsiening van basiese toerusting en personeel.

Die navorser beveel aan dat dit dringend noodsaaklik is om aandag te skenk aan voldoende toerusting en personeelvoorsiening. Omdat die pasiënte toeneem sal dit toenemende eise stel aan toerusting en personeelvoorsiening. Indien begrotingstekorte die aanvul van toerusting belemmer, moet die moontlikheid van borge wat op 'n vaste basis basiese toerusting voorsien ondersoek word.

Die personeelsituasie moet wetenskaplik benader word. 'n Formele ondersoek na personeelvoorsiening vir hierdie tipe diens moet gedoen word. Die benutting van vrywillige professionele verpleegkundiges moet uitgebrei word. Die leke-vrywilligers verlig die werkklas, maar die navorser is van mening dat die omvattende sorg van die onkologiepasiënt nie effektief geskied nie, omdat professioneel opgeleide persone nodig is om in die fisiese en psigo-sosiale behoeftes van die pasiënt te voorsien.

5.2.1.4 Bestuurstelsel

'n Suboptimale standaard is ten opsigte van die bestuurstelsel gevind. Dit is kommerwekkend dat die kritiese bestuursaksies en riglyne nie effektief is nie. Die bestuur van die menslike hulpbronne het ook 'n suboptimale standaard behaal. Die navorser beveel die volgende aan:

- Onderhandelinge moet begin word sodat die opvolgklinieke bestuursmatig en diensgerig onder die betrokke hospitaal kan ressorteer soos enige ander diensdepartement of -afdeling. Daarbenewens moet die Kankervereniging as 'n gemeenskapshulpbron benut word. Die huidige situasie skep verwarring en onsekerheid ten opsigte van die verantwoordelikheid vir die handhawing van standarde van die

omvattende diens wat gelewer moet word. Indien een oorkoepelende beheer in plek is, behoort bestuursaksies en riglyne in plek te wees en kan bestuur effektief geskied.

- Die ontwikkeling van die personeel moet dringend aandag kry. Maatreëls moet ingestel word om te verseker dat die persoon wat in bevel is van die diens, oor die addisionele registrasie in Onkologiese Verpleging beskik. Dit sal die identifisering van probleme en die behoeftes by die personeel en pasiënte in hierdie spesifieke omgewing fasiliteer. Die bywoning van kursusse, simposiums of kongresse en indiensopleidingsprogramme moet aangemoedig en moontlik gemaak word.
- 'n Gehalteversekeringsprogram moet ontwikkel en geïmplementeer word. Die navorser is van mening dat hierdie navorsing as riglyn benut kan word.
- Laastens beveel die navorser aan dat die opvolgklinieke op 'n daaglikse basis en nie net een keer per maand moet funksioneer nie. Die toenemende pasiëntgetalle soos in hoofstuk 2 aangedui, regverdig ook so 'n aanbeveling.

5.2.2 Prosesstandaarde

5.2.2.1 Omgewingshigiëne en pasiëntgemak

By omgewingshigiëne, pasiëntgemak en hantering van besprekings is 'n optimale standaard van 100% behaal. Die navorser beveel aan dat die kontrole-meganismes in plek bly om te verseker dat hierdie standaard gehandhaaf word.

In die standaard is uitgewys dat die fisiese en psigososiale behoeftes van pasiënte aangespreek, bevorder en gehandhaaf behoort te word.

'n Suboptimale standaard is by al hierdie aspekte gevind. Dit is werklik vir die navorser kommerwekkend dat hierdie belangrike deel van 'n omvattende sorg nie die nodige aandag kry nie.

Die navorser beveel die volgende aan:

- 'n Omvattende sorgplan van die onkologiepasiënt wat 'n opvolgdiens besoek, moet opgestel word. Die plan moet al die verpleegaksies of intervensies duidelik uitspel.
- Hierdie sorgplan moet aan word, alle personeellede gekommunikeer word deur middel van:
 - ▶ Indiensopleidingsessies
 - ▶ Werkgroepe
 - ▶ Kort kursusse
- Die omvattende sorg wat gelewer word, moet op 'n jaarlikse basis geëvalueer word en regstellings/verbeteringe moet aangebring word soos nodig.

5.2.2.2 *Rekordhouding*

Die data toon aan dat die personeel wel volledig rekord hou van aksies wat verrig word. Die navorser beveel aan dat die rekords ten minste jaarliks geoudit word.

5.3 UITKOMSSTANDAARD (PASIËNTTEVREDENHEID)

Die navorser is van mening dat, indien die leemtes soos uitgewys deur die navorsing, aangespreek word, die pasiënte se negatiewe opinies en persepsies ook na die positiewe verander kan word.

5.4 SAMEVATTING

In hierdie navorsing is standarde gestel vir 'n omvattende opvolgdiens aan onkologiepasiënte. Ten spyte van negatiewe bevindings is die navorser van mening dat daar genoeg bereidwilligheid en motivering by die betrokke owerhede

en personeel bestaan om die negatiewe in 'n positiewe te omskep.

Kwaliteitsorg kan alleen aan pasiënte gelewer word indien dit wetenskaplik en kubs van verpleging daartoe verbind is om vaardige, wetenskaplik opgeleide professionele verpleegkundiges daar te stel.

Indien die standaard van die diens verhoog word sal kwaliteitsorg aan hierdie groep pasiënte gelewer kan word. Die doel om 'n omvattende, koste-effektiewe diens, waar die pasiënt in totaliteit versorg word, sal dan ook verwesenlik kan word.

BIBLIOGRAFIE

- Alberts, A.S., 1993. **Kennis Klop Kanker**. Pretoria: Haum Tersiêr.
- Ash, C.R. and J.F.Jenkins, 1990. **Enhancing the Role of Cancer Nursing**. New York: Raven Press.
- Baer, E.D., 1979. *Philosophy provides the rationale for nursing's multiple research directions*. **Image**, 11(3):72-74.
- Barhyte, D.Y., Redman, B.K. and K.M. Neill, 1990. *Population or Sample: Design decision*. **Nursing Research**, 39(5):309-310.
- Bendix, S., 1992. **Industrial Relations in South Africa**. Cape Town: Juta.
- Berger, R.M. and M.A. Patcher, 1988: **Implementing the Research Plan: A Guide for Helping Professions**. London: Sage Publications.
- Bester, M.E., 1995. Die Bepaling van Standaard vir die Verloskundige Verpleegpraktyk, (M.A.) Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch.
- Booyens, S.W., 1996. **Introduction to Health Services Management**. Cape Town: Juta Co. (Ltd.)
- Booyens, S.W., 1993. **Dimensions of Nursing Management**. Cape Town: Juta Co. (Ltd.)
- Brada, M., 1994. *Who should follow up cancer patients? Nurse Specialist based outpatient care and the introduction of a phone clinic system. Neuro- oncology Unit, Royal Marsden Hospital , Sutton, England*. **Clinical Oncology**, 6(5):283-287.

- Brink, H.I.L., 1990. **Statistics for Nurses**. Pretoria: Academica.
- Brody, J. 1986. *Cancer education: how nurses can help*. **Oncology Nursing Forum**, **13(4)**:18-24.
- Bruwer, A., 1986. *Gehalteversekering in Verplegingsdienste*. (D. Cur.) Port Elizabeth: Universiteit van Port Elizabeth.
- Burns, N. and S. Grove, 1993. **The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique and Utilization. Second Edition**. Philadelphia: W. B Saunders Company.
- Butler, J.H., 1979. *Nutrition and Cancer: a review of the literature*. **Cancer Nursing**, **3**:131-136.
- Campbell, D.T. and D.W. Fiske 1959. *Convergent and Discriminant Validation by the Multitriat-multimethod Matrix*. **Psychological Bulletin**, **56(2)**:81-105.
- Copeland, E.M., Daly, J.M., Ota, D.M. and S.J. Dudrich, 1979. *Nutrition, Cancer and Intravenous Hyperalimentation*. **Cancer Nursing**, **43**:2108-2116.
- Coward, D.D. 1990. *Critical Multiplism: A Research Strategy for Nursing Service Image*. **Journal of Nursing Scholarship**, **22(3)**:163-167.
- Denzin, N.K., 1989. **The Research Act. Third Edition**. New York: McGraw-Hill
- Donabedian, A., 1980. **Exploration in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality Assurance and Approaches to it's Assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press.

- Donabedian, A., 1969: *Some Issues in evaluating the Quality of Nursing Care. American Journal of Public Health, 59(10):1833-1836.*
- Douglas, Z.M and Bevis, O. 1983: **Nursing Management and Leadership in Action. Fourth Edition.** St. Louis: Mosby.
- Doyle, D. Hannks, G. and N. MacDonald, (Eds.) (1994) **Oxford Textbook of Palliative Medicine.** Oxford: Oxford University Press.
- Dreyer, M.S., 1995. **Farmakologie.** Pretoria: Kagiso-Tersiêr Ltd. Pty.
- Du Preez, L.T., 1988. *Protecting the Patient. Nursing RSA, 3(7):17,21-27.*
- Duffy, M.E., 1987. *Methodological Triangulation : A Vehicle for Merging Quantitative and Quantitative Research Methods. Image Journal of Nursing Scholarship, 19(3):30-132.*
- Duffy, M.E., 1987. *Methodology Triangulation: A vehicle for Merging Quantitative and Qualitative Research Methods Image. Journal of Nursing Scholarship, 19(3):130-133.*
- French, S. 1993. **Practical Research . A Guide For Therapists.** Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Gilliland, J. 1983. **Health for All by The Year 2000, Opening Address at Symposium.** Pretoria: Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.
- Given, B. (1980) *Education of the Oncology Nurse. Seminars in Oncology, VII:71-79*
- George, J. (1985) **Nursing Theories. Second Edition.** Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- George, J. (ed.) (1980) **The Base for Professional Nursing. Second Edition.** New Jersey: Prentice-Hall.
- Haase, J E. and S.T. Meyers. 1988. *Reconciling Paradigm assumptions of Qualitative and Quantitative research*, **Western Journal of Nursing Research**, 10(2):195-198.
- Hartigan, E.G. and D.J. Brown, (Ed.) (1985) *Definitions, Goals, Benefits, Principals*. In **Discharge Planning for Continuity of Care**. New York: National League for Nursing.
- Health Care Financing Administration (1986) *Medicare/Medicaid: Conditions of Participation for Hospital Effective*. **Federal Register** 51(115):22101-22051. June & September.
- James, E. 1981. **The Nutritional Problems of Patients with Cancer and Nursing Approaches to Relieve Them**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Joiley, M. and G. Brykczynska. 1992. **Nursing Care. A Challenge to Change**. London: Edward Arnold.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. 1989. *Characteristics of clinical Indicator* . **Quality Review Bulletin**, 15(4):330-339.
- Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1983. **A Guide to JCAH Nursing Services Standards**. Chicago: JCAH.
- Karani, D. and E. Wittshaw, 1986. *How well informed?* **Cancer Nursing**, 9(5):238-242.

- Katz, J. and E. Green. 1992. **Managing Quality: A Guide to Monitoring and Evaluating Nursing Services**, St. Louis: Mosby Ltd.
- Katz, J. and Green, E. 1992. **Managing Quality. A Guide to Monitoring and Evaluate Nursing Services**. St. Louise: Mosby.
- Kemp, N. and E. Richardson. 1993. **Quality Assurance in Nursing Practice**. London: Butterworth-Heinemann.
- Kimchi, J.; Polivka, B. and J.S. Stevenson, 1991. *Triangulation: Operational Definitions*. **Nursing Research**, 40(6):364-366.
- Kimchie, J. Polivka, B. and Stevan, J.s. 1991. *Triangulation: Operational Definitions*. **Nursing Research**, 40(6):364-366.
- Landers, R. 1988. *What is causing the nurse shortage?* **Congressional Quarterly's Research Reports**, 1(12):158-166.
- Landman W.J. (1997) *Pain and Sympton Control in Terminal Illness*. **CME**, July, 1(5):
- Leininger, M.M. 1985. **Qualitative research methods in Nursing**. Orlando, Florida: Grune and Stratton.
- Ludeman, R., 1979. *The Paradoxical nature of nursing research*. **Image**, 11 (1)2-8.
- Manthey, M. 1980. **The Practice of Primary Nursing**. Boston: Blackwell.
- Mariner, A. 1981. *Research design : Survey 1 desriptive*. In Kranipitz S.P. and N. Pavlovich (Editors) **Readings for Nursing Research**. St. Louis: Mosby Ltd.

- Mason, E.J. 1994. **How to write meaningful standards. Third Edition.** Columbia: Delmar.
- Mitchell, E.S. 1986. *Multiple Triangulation: A methodology for Nursing Science.* **Advances in Nursing Science, 8(3):18-26.**
- Morris, B. 1989. *Total Quality Management.* **International Journal of Health Care Quality Assurance, 2(3):4-6**
- Morse, J.M. 1991. *Approach to Quantitative-Qualitative Methodological Triangulation.* **Nursing Research, 40(1):120-123.**
- Munhall, P.L. 1982. *Nursing philosophy and nursing research In apposition or opposition?* **Nursing Research , 31(3):176-181.**
- Munhall, P.L. 1989. *Philosophical ponderings on qualitative research methods in nursing.* **Nursing Science Quarterly, 2(1):20-28.**
- Munhall, P.L. and C.J. Oiler. 1986. **Nursing Research.** Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Myers, J. 1985. *Cancer Pain: assessment of nurse's knowledge and attitudes.* **Oncology Nursing Forum, 12(4):62-66.**
- Nasionale Verpleegnavorsings Register: Vol. VII (1990) Pretoria: SAVV.
- National Cancer Control Program, 1997. Technical Committee, National Department of Health. Pretoria: State Printers
- Nelson, P., en Hill, J. (Ed.) **Nasionale Kanververeniging: Pasiëntsorg Vrywillige Opleiding.** Kaapstad: Nasionale Kankervereniging.

- Sitas, F., 1997. **National Cancer Registry. The South African Institute for Medical Research Embargo: News Release.** Johannesburg: South African Institute for Medical Research.
- National Health Bill, 1996. **Provisional Draft 9.** Pretoria: State Printers.
- Newlin, J.J. and D.K. Wellish. (Ed.), 1978. *The oncology nurse: Life on an Emotional Roller Coaster.* In **Cancer Nursing.** Toronto: Little, Brown and Company.
- Norbeck, J.S. 1987. *In defense of empiricism.* **Image: Journal of Nursing Scholarship, 19(1):28-30.**
- Oiler, C. 1982. *The phenomenological Approach in Nursing Research.* **Nursing Research, 31(3):178-181.**
- Omery, A. 1987. *Qualitative research designs in the critical care setting: Review & Application.* **Heart & Lung, 16(4):432-436.**
- Oniery, A. 1983. *Phenomenology: A method for nursing research.* **Advances in Nursing Science, 5(2):49-63.**
- Parsleu, K and Corrigan, P. 1995. **Quality Improvement in Nursing and Health Care: A practical approach.** London: Chapman and Hall.
- Paterson, J.G. and L.T. Zderad (1976) **Humanistic Nursing.** New York: John Wiley and Sons.
- Patison, E.M. (1984) *Towards a psycho-social cultural analysis of religion and Mental Health: The Mart Hemingway Reece Memorial Lecture.* **Mental Health, Cultural Values and social Development.** Boston: D. Reidel.

- Pearson, A. 1988. **Primary Nursing**. London: Croom Helm.
- Polit, D.F. and Hungler. B.P. 1993. **Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization. Third Edition**. Philadelphia: Lippencott.
- Prescott, P.A. en Sockin, K.Z. 1989. *Methodology Corner the Potential use of Pilot work*. **Nursing Research**, 28(1):60-62.
- Robinson, L. 1994. *Palliative Care in the Community: Setting Practice Guidelines for Primary Care Teams. Department of Primary Health Care, University of Newcastle upon Tyne England*. **British Journal on General Practice**, 44(387):461-464.
- Rogers, C.G., (1973) *Conceptual modes as guides to clinical Nursing Specialization*. **Journal of Nursing Education**, 12(4):2-6.
- Rose, J.C., 1979. *Nutritional Problems in radiotherapy patients*. **American Journal of Nursing** , 78:1194-1196
- Selitz, C., Wrightsman, LL. And S. Cook, 1976. **Research Methods in social relations Fourth Edition**. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Shills, M.E., 1979. *Principals of Nutritional therapy*. **Cancer**, 43:2093-2102
- Silva, M.C. and D. Rothbart (1984) *An analysis of Changing Trends in Philosophies of Science on Nursing Theory Development and Testing*. **Advances in Nursing Science**, 6:1-13.
- Smith-Marker, C.G. 1988. **Setting Standards for Professional Nursing Marker Model, Resource Applications**. Baltimore: Edward Arnold.

- Snyder, C. 1986. **Oncology Nursing**. Boston, Toronto: Little, Brown and Company.
- Somers, A.R. 1986. *The Changing Demand for Health Services: A Historical Perspective and Some Thoughts for the Future*. **Inquiry**, **23**:395-402.
- Sonstegaard, L. Hansen, N., Johnston M.J. and L. Zillman. (1976) *A Way to Minimize Side Effects from Radiation Therapy*. **American Journal of Maternal Child Nursing**, **1**(27):7-19.
- Soukeys, M. and K.C. Calman K C. 1979. *Nutritional Support in Patients with Malignant disease*. **Journal of Human Nutrition**, **33**:179-188.
- Tiffany, R. 1981. **Cancer Nursing Update, Royal Marsden Hospital**. London: Bailliere Tindall.
- Vlok, M.E. 1977. **Manual of Basic Nursing, University of Stellenbosch**. Cape Town: Juta and Company Ltd.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L. and E.R. Lenz, 1991. **Measurement in Nursing Research**. Second Edition Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Waltz, C.F. 1988. *Validation Study*. In Hart, S and Waltz (eds.) **Educational outcomes : Assessment of Quality**. New York: State of the Art and Future Directions NLN Publications.
- Waltz, C.F. and R.B. Bausell. 1981. **Nursing Research: Design, Statistics and Computer analysis**. Philadelphia: Davis.
- Warhole, C.R. (1980) **Planning of Home Health Services: A Resource Handbook (DHHS Publication No. HRA 80-14017)**. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

- Webb, E.J. , Campbell, D.T. and R.D. Swartz (1995) **Onobtrusive Measures: Nonreactive Research in the Social Sciences**. Chicago: Rand McNally.
- Welch-McCaffey, D. 1987. *Evolving patient education needs in cancer*. **Oncology Nursing Forum**, 14(5):50-60
- Will, E.A. (1983) **Quality Assurance in Bursing New Zealand Hospital**. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Wilson, M. and H. Williams. 1988. *Oncology nurse's attitudes and behavior related to sexuality of patients with cancer*. **Oncology Nursing Forum**, 15(1):49-53.
- World Health Organisation (1983) **The Principals of Quality Assurance**. **EURO Reports and Studies, 94**. Coperhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wright, S.G. 1990. **My patient - My nurse**. London: Scutari.

BYLAE A

TOESTEMMINGSBRIEF

RWYSING:
REFERENCE: Dr H Schumann
DATE :
INQUIRIES : 1999.06.30
FROM :
TO :

PROVINSIALE ADMINISTRASIE: WES-KAAP
EBEN DÖNGES HOSPITAAL, WORCESTER

PROVINCIAL ADMINISTRATION: WESTERN CAPE
EBEN DÖNGES HOSPITAL, WORCESTER

Mev P Bimray
Vredendalweg 41
Gleemoor
ATHLONE
7745

TOESTEMMING NAVORSINGSTUDIE

U versoek van 27 Junie 1999 en ons daaropvolgende gesprek op 29 Junie 1999 het betrekking.

Hiermee word toestemming aan u verleen om u navorsing oor die bepaling standarde vir 'n vrywilliger - opvolgdiens aan onkologie pasiënte ten einde kwaliteit kliënte diens te bewerkstellig, te Eben Dönges Hospitaal Onkologie Kliniek te doen.

Kopie van u protokol sal aan verpleging en die geneeshere betrokke gegee word.

Sterkte word u toegewens met u studies en ons sien uit daarna om die resultaat van u navorsing onder oë te hê,

Vriendelike groete.


SENIOR MEDIËSE SUPERINTENDENT
HS/bl

EBEN DÖNGES HOSPITAAL
PRIVATSAK X3058
WORCESTER
6849
TELEFOON: 023 -3481100
FAX : 023 -3481211



EBEN DÖNGES HOSPITAL
PRIVATE BAG X3058
WORCESTER
6849

TELEPHONE: 023 -3481100
FAX : 023 -3481211

BYLAE B

**EENHEIDSTANDAARDE VIR 'N ONKOLOGIES-GESENTEERDE
BUIEPASIËNTDIENS OP DIE WES-KAAPSE PLATTELAND**

INSTRUKSIES

- Elke standaard (byvoorbeeld: 1, 2, 3) word verdeel in onderafdelings (byvoorbeeld 1.1, 1.2, 1.3).
- Elke onderafdeling word weer deur bepaalde kriteria wat as riglyne vir die evaluering van die betrokke standaard kan dien, omskryf.
- Die evalueerder moet ten opsigte van elke kriterium aandui of aan die betrokke kriterium voldoen (merk af by 1) of nie voldoen is nie.
- Indien 'n item nie van toepassing is nie, word 'n aantekening onder “opmerkings” geskryf. Enige addisionele kommentaar word ook hier aangebring.
- Die finale punte word in persentasievorm verwerk.

METING VAN STANDAARDE

STANDAARDE	JA	NEE	N.V.T
STRUKTUURSTANDAARDE			
PROSESSTANDAARDE			
REKORDHOUDING			
BESTUUR			
TOTAAL			

STRUKTUURSTANDAARDE

1. Die organisering, voorsiening, instandhouding en benutting van fasiliteite, personeel, toerusting en voorrade is sodanig dat dit die lewering van 'n omvattende opvolgdiens aan kankerpatiënte bevorder.

1.1 Verwysing en eerste besoek aan die onkologie-opvolgdiens	JA	NEE	N.V.T
Die Kankerpatiënt se eerste besoek aan die onkologie-buitepatiënt opvolgdiens gaan gepaard met die volgende:			
Pasiënte word na die korrekte afdeling (onkologie-buitepatiënt opvolgdiens) verwys d.m.v. duidelike skriftelike kriteria (verwysingsbrief) wat spesifiseer:			
(a) indikasie/rede vir verwysing, bv. ▶ Maandelikse roetine-opvolg ▶ Palliatiewe versorging			
(a) behandeling ontvang/toekomstige behandeling ▶ kuratiewe bestraling ▶ kuratiewe chemoterapie ▶ palliatiewe bestraling ▶ palliatiewe chemoterapie			
(b) instansie waarheen die pasiënt verwys word, bv. ▶ onkologiese buitepatiënt-afdeling ▶ Kankervereniging van Suid-Afrika			
(c) Naam en adres van verwysende geneesheer ▶ Identifikasie van pasiënt ▶ Diagnose van pasiënt ▶ Vorige en/of huidige medikasie of behandeling ontvang ▶ Prognose van pasiënt ▶ Skriftelike toestemming van pasiënt of familielid dat ▶ Kankervereniging by die pasiënt betrokke mag raak ▶ Terugvoer aan verwysende hospitaal/verwysende ▶ bron ▶ Datum waarop verwysing plaasgevind het ▶ Verwysingsnommer van pasiënt ▶ Handtekening en kwalifikasies van geneesheer wat pasiënt verwys			

1.3 Die belang van 'n buitepatiënt-opvolgdiens word as 'n omvattende diens erken met primêre voorkomende en bevorderende kuratiewe sekondêre, sowel as tersiêre dienste geïntegreer	JA	NEE	N.V.T
1.3.1 Voorkomende en bevorderende dienste word gekenmerk deur :			
(a) die gee van maandelikse gesondheidspraatjies aan kankerpatiënte en hul families oor gesonde lewenstyl- en eetgewoontes			
(b) die beskikbaarheid van duidelike, leesbare en maklik verstaanbare pamflette wat inligting bevat oor die waarskuwingstekens van kanker			
(c) verbale aanmoediging van pasiënte en hul families om die maandelikse opvolgklinieke by te woon			
(d) onderrig van pasiënte en hul families om self borsondersoeke en testikillêre ondersoeke te doen			
(e) verbale aanmoediging van pasiënte en hul families om ten minste jaarliks vir 'n mediese besoek te gaan waar diagnostiese ondersoeke soos 'n mammogram, borskas X-strale en 'n rektale ondersoek gedoen kan word			
1.3.2 Verwysing na kuratiewe sekondêre en tersiêre dienste van reeds gediagnoseerde pasiënte vir opvolgbehandeling soos bestraling of chemoterapie om verspreiding (metastases) te voorkom			
1.3.3 Tersiêre dienste is beskikbaar wat pasiënte in staat stel om by 'n ondersteuningsgroep vir pasiënte met mastektomies, kolostomies en laringektomies aan te sluit vir rehabilitasie-doeleindes <ul style="list-style-type: none"> ● Kontaknommers van ondersteuningsgroepe bv. Reik -na -Herstel en die Lost Cord groepe is verkrygbaar by betrokke kliniek ● Literatuur, in die vorm van pamflette wat handel oor mastektomies, kolostomies en laringektomies is beskikbaar aan alle pasiënte 			

OPMERKINGS

2. Die nodige fasiliteite en toerusting is beskikbaar en word optimaal benut en aangewend om kontinuïteit te bevorder en die gemak van die pasiënt te bevorder.	JA	NEE	N.V.T
2.1 Onderzoekarea:			
(a) Konsultasie en sorg geskied in een spesifieke toegewysde area			
(b) Die toegewysde area is ruim genoeg en kan afsonderlik verskillende spesialisgeneeshere akkommodeer			
(c) Een ontkleekamer per konsultasie-area			
2.2 Higiëne:			
(a) Onderzoekkamers word afgestof in die oggend vóór elke klinieksessie			
(b) Onderzoekkamers word van ekstra skoon linne voorsien			
(c) Opwasbakke in onderzoekkamers word elk voorsien van vloeibare seep en handdoekpapier			
(d) Elke onderzoekkamer het 'n vullisdrom en Waste Tech houer vir gebruikte skerp voorwerpe			
2.3 Personeelvoorsiening:			
(a) Elke kubukel/konsultasiekamer word beman deur ten minste een verpleegkundige per geneesheer			
(b) Ten minste een spesialis is as vrywillige beskikbaar per klinieksessie vir 'n konsultasiesessie			
(c) Ten minste een maatskaplike werker is per klinieksessie beskikbaar om sosio-ekonomiese advies en berading te verleen aan pasiënte wat 'n behoefte daaraan het			
(d) Statistiek d.m.v. toepaslike statistiekvorms word gehou van pasiëntlading tydens elke klinieksessie			

OPMERKINGS

2. Die nodige fasiliteite en toerusting beskikbaar (vervolg)	JA	NEE	N.V.T
2.4 Uitleg van toegewysde area vir klinieksessie:			
Spasie is groot genoeg om trollies en rolstoel in te laat vir immobiele kanker pasiënte			
2.5 Algemene voorrade/benodigdhede in konsultasiekamer. Elke ondersoekkamer sluit in:			
(a) Bloeddrukapparate en stetoskope in werkende toestand vir elke konsultasiekamer			
(b) Naalde en spuite van verskillende groottes			
(c) Verskillende groottes handskoene			
(d) Deurligtingkas			
(e) Oor-neus-en keelstel			
(f) Alkoholdeppers			
(g) Monster flessies			
(h) Waste Tech houer vir gebruikte naalde en spuite			
(i) Wasbak met handewasseep en handdoekrol			
(j) Vullisdrom			
(k) Weegskaal om basislyngewigsbepaling tydens opvolgbesoeke te doen			
(l) Spatels			
2.6 Gineokologiese konsultasiekamer. Die voorraadtrullie word aangevul met die volgende :			
(a) Vaginale pak (x1)			
(b) Formalien vir sitologiesmeer			
(c) Monster glasskyfies			
(d) Depperstokkies			
(e) Handskoene			
(f) Bak met ontsmettingsmiddel (cidex)			
(g) Ondersoeklig			
(h) Sitologievorms			
(i) Potlood vir identifikasie van glasskyfies			

OPMERKINGS

2. Die nodige fasiliteite en toerusting beskikbaar (vervolg)	JA	NEE	N.V.T
2.7 Kommunikasiefasiliteite, interdepartementele samewerking en apteekfasiliteite.			
2.7.1 Kommunikasiefasiliteite			
(a) Faks en telefone – verpleegkundiges en geneeshere het toegang tot hierdie fasiliteite solank die klinieksessie aanhou			
(b) Direkte kliniese konsultasie met personeel binne ander dienste is dus moontlik			
2.7.2 interdepartementele samewerking			
(a) Hulpfasiliteite is byderhand: Laboratorium- en X-straal fasiliteite maak voorsiening vir roetine-diagnostiese en opvolgbesoeke			
(b) Portiere is op bystand om pasiënte na X-straal-departement te vergesel of om laboratorium-monsters te kollekteer vir ontleding			
2.7.3 Apteekfasiliteite			
(a) Gemaklike toegang tot die apteek is beskikbaar			
(b) Apteeker het 'n lys van die maandelikse kliniekdatums per jaar			
(c) Medikasie vir onkologiese pasiënte is in voorraad vir uitreiking op kliniekdae			
(d) Pynmedikasie, veral opiate en spesifiek die beskikbaarheid en uitreiking van morfien geskied sonder probleme			
(e) Addisionele medikasie op voorskrif word aan die pasiënt voorsien om die nuwe-effekte van morfien, bv. hardlywigheid teen te werk.			

OPMERKINGS

4.2 Procedure-handleidings: Geskrewe verpleegprosedures en administratiewe beleidsake is beskikbaar in twee dele ten einde verpleegpersoneel en vrywilligers van aanvaarbare metodes van verantwoordelikhede te voorsien.	JA	NEE	N.V.T
4.2.1 'n Prosedurehandleiding. Dit bevat prosedures ten opsigte van:			
(a) die hantering van die nuut gediagnoseerde kankerpatiënt			
(b) skriftelike toestemming vir die toediening van chemoterapie			
(c) die neem van bloedmonsters en monsters vir sitologie en die versending van monsters vir laboratoriumtleding			
4.2.2 'n Beleidshandleiding. Dit bevat prosedures ten opsigte van:			
(a) die bekendmaking van die diagnose aan die kankerpatiënt			
(b) aktiewe resussitasie van die terminale pasiënt			
(c) die hantering van VIGS en kankerpatiënte			
(d) die hantering van Hepatitis B en kankerpatiënte			
(e) die toediening van onkoterapeutiese/chemoterapeutiese middels			
(f) die verantwoordelikhede/pligte van 'n vrywilliger (wat 'n vrywilliger mag en nie mag doen nie)			
4.2.3 Toepaslike wette is beskikbaar:			
(a) Wet op verpleging no 50 van 1978			
(b) Reg. 2598 -Die bestek van praktyk			
(c) Gedragskode vir verpleegsters			
(d) Wet op Geestesgesondheid no.18 van 1963			
(e) Wet op die beheer van medisyne en verwante stowwe no. 101 van 1965 (Wette en regulasies soos gewysig)			

OPMERKINGS

PROSESSTANDAARDE

1. Die onkologiese verpleegkundige monitor, handhaaf en bevorder pasiënt-gesentreerde ondersteuning aan kankerpatiënte en hul families t.o.v. fisiese, psigiese en sosiale welstand in die post-hospitalisasietydperk. Die pasiënt se behoefte aan betrokkenheid by besluitneming, psigososiale ondersteuning, inligting en voorligting word erken.

2.1 Maatreëls word getref om die omgewings-higiëne en pasiëntgemak te bevorder	JA	NEE	N.V.T
2.1.1 Higiëne:			
(a) Die omgewing is netjies en skoon			
(b) Ondersoekkamers word afgestof voor elke klinieksessie			
(c) Ondersoekkamers/konsultasiekamers word vooraf voorberei vir elke klinieksessie: Algemene voorrade/benodigdhede word aangevul op voorraadrolle vir gebruik			
(d) Skoon linne is op elke ondersoekbed met 'n addisionele treklaken om privaatheid van pasiënt te verseker			
(e) Toiletgeriewe is beskikbaar <ul style="list-style-type: none"> ▶ toilette is in werkende toestand ▶ Toilette is netjies en skoon ▶ Toiletpapier in toilette ▶ Handewasseep en handdoekrol 			
(f) Pasiëntegemak: Pasiënte is gemaklik en die area is ruim om alle pasiënte in die wagkamer van 'n sitplek te voorsien: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Geen staande pasiënte ▶ Baie siek pasiënte word eerste deur 'n geneesheer gesien ▶ Die kliniekarea word weer skoongemaak en afgestof sodra die klinieksessie verby is 			
(g) 'n Spesiale wagarea word aangewys vir pasiënte wat van ambulansvervoer gebruik maak.			

OPMERKINGS

2.1 Maatreëls word getref om die omgewings-higiëne en pasiëntgemak te bevorder (vervolg)	JA	NEE	N.V.T
2.1.2 Die hantering van besprekings:			
(a) Elke pasiënt kry 'n opvolgdatum om na die onkologiekliniek terug te keer vir: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 'n roetine- opvolgbesoek ▶ pyn- en simptoombesorging ▶ opvolgmedikasie ▶ die neem van bloedmonsters (indien chemoterapie ontvang) 			
(b) Pasiënte reël vooraf met die buitepasiënt-sekretaresse vir 'n afspraak of opvolgbesoek aan die onkologiekliniek (pasiënte skakel kantoor 1 dag vóór kliniek)			
(c) Die besprekingslys van onkologiepasiënte, vir 'n spesifieke maand, word 'n dag vóór die klinieksessie by die lêerafdeling ingelewer			
(d) Die lêers word deur die klerk gereed gemaak vir kontrolering deur 'n vrywilliger			
(e) 'n Vrywilliger kontroleer al die lêers wat getrek is, teen die besprekingslys ('n dag vóór die klinieksessie)			
(f) Elke lêer kry 'n kleurplakker volgens die kleurkode vir 'n spesifieke dokter om pasiëntindeling te vergemaklik bv. 'n pienk plakker vir die onkoloog-ginekoloog, rooi vir die chirurg-onkoloog			
(g) 'n Verpleegpersoneellid word toegewys per afskorting om 'n geneesheer by te staan			

OPMERKINGS

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes word aangespreek, bevorder en gehandhaaf.	JA	NEE	N.V.T
2.2.1. Fisies (algemeen):			
(a) Alle pasiënte word as 'n basislynprosedure geweeg voordat hulle in konsultasie met die geneesheer gaan			
(b) Roetine bloeddruk, pols en asemhaling word geneem			
(c) Bloed word getrek vir volbloedtelling, van pasiënte wat chemoterapie ontvang			
(d) Bloedmonsters word geïdentifiseer en na laboratorium versend vir spoedontleding			
(e) Alle abnormale lesings van observasies geneem word aan die geneesheer gerapporteer			
(f) Observasies word in pasiëntelêer opgeskryf			

OPMERKINGS

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
2.2.2 Pyn en ongemak. Die pasiënt sal relatiewe stand van gemak ervaar:			
(a) gesprek vind op 1-tot-1-basis plaas: luister aktief, beantwoord vrae, poog om vrese op te hef			
(b) erken die pasiënt se behoefte om pyn uit te druk, bv. deur te praat, huil, woede, onttrekking			
(c) aanvaar die pasiënt se beskrywing van pyn			
(d) identifiseer die pynvlak as verwant aan die pasiënt se siekteproses en beraam die effektiwiteit van die maatreëls wat gebruik word om die pyn te verlig			
(e) gebruik pynverligingmaatreëls van toepassing op 'n spesifieke pasiënt			
(f) werk in samewerking met die geneesheer en ander professionele persone om 'n plan vir pynbeheer, vir daardie spesifieke pasiënt, uit te werk			
(g) onderrig die pasiënt om gebruik te maak van algemene maatreëls, bv. rus			
(h) moedig die pasiënt aan om die omgewing te wysig en om steurende stimuli te verwyder of te verminder deur die volgende in ag te neem : die hoeveelheid lig in die kamer, humiditeit, privaatheid en die aantal besoekers wat toegelaat word			
(i) die verpleegkundige neem ontspannings tegnieke soos asemhaling, spierverslappings oefeninge en verbeelding in ag			
(j) die verpleegkundige neem analgetika wat vir die pasiënt voorgeskryf word, in ag ten opsigte van die tipe, dosis, roete, frekwensie in verhouding met die intensiteit van die pyn			
(k) neem in ag dat ander medikasie saam met die analgetika voorgeskryf kan word wat die gemak van die pasiënt bevorder, bv. anti-emetika en sedeermiddels			

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
(l) moedig kommunikasie aan vòòrdat die pyn intens raak: vra die pasiënt uit aangaande sy/haar pyn (bv. wanneer ervaar pasiënt pyn, hóé erg is die pyn, wat verlig/vererger pyn)			
(m) kontroleer of pasiënt 'n pynkaart ontvang het			
(n) evalueer pynpatroon op pynkaart tydens elke kliniekbesoek			
(o) rapporteer pynvlak van pasiënt soos aangedui op pynkaart, aan geneesheer			

OPMERKINGS

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
2.2.3 Fisiese Tekens			
1. Observeer enige tekens van pyn en ongemak: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 'n abnormaal verhoogde bloeddruk ▶ 'n verhoogde temperatuur ▶ slaaploosheid ▶ anoreksie/verlies aan eetlus ▶ woede/aggressie ▶ depressie 			
2. Aanvaar die pasiënt se evaluering van sy pyn			
3. Monitor pasiënt vir enige hardlywigheid			
4. Monitor pasiënt vir enige druksere			

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
5. Moedig pynkontrolle aan en handhaaf dit: <ul style="list-style-type: none"> ▶ pasiënt verbaliseer pyn ▶ pasiënt verbaliseer oneffektiewe pynbehandeling ▶ pasiënt identifiseer aktiwiteite wat pyn verlig ▶ pasiënt identifiseer aktiwiteite wat pyn vererger ▶ pasiënt neem medikasie vir pyn soos voorgeskryf ▶ indien pyn voortduur, word die pasiënt na 'n spesiale pynkliniek verwys vir verdere hantering 			
6. Pynpatroon word gemonitor oor 24 uur <ul style="list-style-type: none"> ▶ 'n pynkaart word aan elke pasiënt gegee tydens sy/haar eerste besoek aan die onkologiekliniek ▶ pyn word gekontroleer en gemeet op 'n skaal van 1-10, tellings naaste aan 1 verteenwoordig 'n lae intensiteit- en tellings naaste aan 10 'n hoë intensiteit- pynvlak. 			
7. Pynpatroon word op 'n pynkaart genoteer			
8. Rapporteer enige pyn wat die pasiënt ervaar, aan die geneesheer			
9. Pynmedikasie word aangepas na aanleiding van die intensiteit van die pyn: <ul style="list-style-type: none"> ▶ swak opiate(Dolorol/Codis tablette) vir ligte pyn ▶ sterk opiate(Morfien) vir ondraaglike pyn 			

OPMERKINGS

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
10. Voorligting t.o.v. die gebruik en newe-effekte van Morfien word aan alle pasiënte gegee aan wie die middel voorgeskryf word. Advies t.o.v. hardywigheid:			
(a) Moedig die inname van vloeistowwe aan			
(b) Moedig die inname van growwe kossoorte aan, bv. growwe brood en vesel			
(c) Moedig die inname van vars, rou of liggekookte groente aan			
(d) Moedig die inname van vrugte aan, bv. droë vrugte, veral pruime			
(e) Kontroleer dat die geneesheer 'n lakseermiddel (Sennakots of Aptekersparafien) voorskryf wat saam met die uitreiking van morfien gaan			
(f) Verduidelik aan die pasiënt/versorger hóé die lakseermiddel saam met die morfien gebruik moet word			
11. Naarheid en braking			
11.1 Pasiënte kry die volgende inligting ter verduideliking wanneer om die verpleegkundige of geneesheer te kontak: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bloed in of koffiemoerbraaksel ▶ Braking > 3x per uur of > 12 ure ▶ Projektiële braking ▶ Voorgeskrewe medikasie x2 dosisse nie ingehou ▶ < 4 koppies vloeistof/24 uur en geen vaste voedsel ▶ Voorkoms swakheid/lichoofdigheid ▶ Erg gastriese pyn 			
11.2 Moedig die inname van kleiner maaltye wat meer dikwels geneem word, aan			
11.3 Moedig inname van koue kos in plaas van warm kos aan			
11.4 Beveel die dra van los klere aan			
11.5 Moedig pasiënte aan om Morfien met bv. 'n bietjie Oros te meng om die smaak te verbloem			

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
11.6 Vra die geneesheer om 'n middel teen naarheid voor te skryf, bv. Maxalon			
11.7 Leer streshantering of ontspanningstegnieke			
11.8 Moedig rus aan			
11.9 Moedig mondspeele aan			
12 Slaperigheid			
12.1 Verduidelik aan die pasiënt dat die morfien hom/haar lomerig sal maak			
12.2 Ontmoedig hoë risiko-fisiese aktiwiteite, bv. die bestuur van 'n motor nadat 'n dosis morfien geneem is			
12.3 Raai die pasiënt aan om te gaan rus nadat morfien geneem is.			
13 Sweet en Jeuk			
13.1 Verduidelik aan die pasiënt dat sweet die gevolg van die inname van morfien is			
13.2 Vra die pasiënt of hy sweet, veral snags en rapporteer dit aan die geneesheer			
13.3 Moedig die pasiënt aan om 'n room te gebruik, bv. Acqausroom (verlig jeuk)			
13.4 Rapporteer enige voel-irritasies aan die geneesheer			
14. Werking van morfien: 4-uurliks			
14.1 Verduidelik die werking van morfien aan die pasiënt en sy/haar versorger			
14.2 Verduidelik aan die pasiënt die belang daarvan om die Morfien streng 4-uurliks te neem soos voorgeskryf			
14.3 Noem aan die pasiënt dat die morfien sy piek van effektiwiteit na 2 ure bereik en dat die effek dan sal afneem			
14.4 Evalueer die vlak van pyn wat die pasiënt ervaar maandeliks by die opvolgkliniek en noteer die pasiënt se vordering ten opsigte van sy/haar pynkontrole en die mate van gemak wat ervaar word			

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg)	JA	NEE	N.V.T
14.5 Roetes van toediening: <ul style="list-style-type: none"> ▶ oraal : bv. Morfiestroop/Morfiensulfaat-tablette(MST) ▶ subkutaan: d.m.v. Syringe Driver ▶ intramuskuler ▶ intraveneus ▶ lokale aanwending d.m.v. 'n Durogesic plakker oor 72 uur 			

OPMERKINGS

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
2.2.4 Dieet/Voedingstatus			
(a) Observeer en identifiseer spesifieke probleme wat mag voorkom t.o.v. die dieetbehoefte van die pasiënt			
(b) Observeer vir enige tekens van: <ul style="list-style-type: none"> ▶ anoreksie ▶ gewigsverlies ▶ afname in gewig ▶ vermindering in normale liggaams- of spierweefsel ▶ weeg pasiënt met elke klinieksessie ▶ naarheid of braking ▶ 'n vol gevoel ▶ afkeer van sommige geliefkoosde voedselsoorte 			

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
(c) advies word gegee oor die dieet van die kankerpatiënt t.o.v. spesifieke probleme wat die pasiënt en die familie ervaar a.g.v. die siekte of die behandeling (tydens elke kliniekbesoek)			
(d) Verlies van eetlus			
<p>Inligting aan pasiënte wanneer om verpleegkundige/geneeshere te kontak</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2 dae min geëet het ▶ 2kg in 1 week verloor ▶ pyn tydens kou en sluk ▶ moedig die pasiënt aan om sy/haar geliefkoosde kosse so dikwels moontlik te eet/geur kos ▶ moedig die pasiënt aan om die hoofmaal te eet op 'n tydstip wat vir hom/haar die beste pas ▶ vra die geneesheer om 'n eetlusopkikker soos Periactin of 'n multivitamien voor te skryf ▶ aangename atmosfeer skep ▶ ligte oefeninge voor en tussen maaltye ▶ vermy gasvormende voedsel ▶ verhoog proteïëinhoud 			
(e) Hardlywigheid			
<p>Inligting aan pasiënte wanneer om verpleegkundige/geneeshere te kontak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 3 tot 5 dae geen opelyf ▶ erge afdrukpogings nodig ▶ erge abdominale pyn ▶ rooibloed vorm aan stoelgang ▶ moedig pasiënt aan om fyn kosse soos wit brood en goedgekookte groente te vermy ▶ moedig pasiënt aan om growwe kossoorte, bv. Weetbix, rou of liggekookte groente en droë vrugte te eet ▶ moedig die inname van baie vloeistowwe aan ▶ moedig oefening, veral stap, aan (indien moontlik) ▶ moedig pasiënt aan om medikasie te gebruik soos voorgeskryf 			

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
(f) Diarree			
<p>Inligting aan pasiënte wanneer om verpleegkundige/geneeshere te kontak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Erge diarree voorkom ▶ > as 1 dag voorkom ▶ Bloed in diarree ▶ Temperatuur van 38°C ▶ Vermyn kosse wat ryk is aan ru-vesel soos volgraanbrood en ongeskilte vrugte ▶ Vermyn kosse wat winde veroorsaak soos droë bone, lensies, kool en komkommer ▶ Moedig die pasiënt aan om Nestum Maize en rys te gebruik ▶ Moedig die pasiënt aan om groente (behalwe gasvormende groente) goed te kook ▶ Moedig pasiënt aan om vrugte te eet soos geskilte gerasperde appel, sagte piesang en papaja ▶ Moedig pasiënt aan om suiwelprodukte, veral Bulgaarse jogurt te eet ▶ Gebruik medikasie, bv. Immodium, soos voorgeskryf 			
(g) Moeilike kou- of slukprobleme			
<p>1. Inligting aan pasiënte wanneer om verpleegkundige/geneeshere te kontak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Temperatuur van 38°C ▶ Rooiheid van tong, mond en tandvleise vererger ▶ Rou tongareas na wit kolle verander ▶ Wit kolle op tandvleise en in mond ▶ Seer/ulkusse op lippe/mond ▶ Seer/pynlike keel ▶ Medikasie nie met mond geneem word nie ▶ < vloeistof/kos in 48 uur 			

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
2. Pasiënt word aangemoedig om die volgende te doen: <ul style="list-style-type: none"> ▶ inname van kosse met baie sous of verander na 'n sagte of vloeistofdieet ▶ gereelde, kleiner maaltye teen kamer temperatuur of koud ▶ die pasiënt moet sy/haar mond spoel elke keer nadat iets geëet is ▶ voedselaanvullings soos Complan, Ensure of Built-up ▶ borsel tande 4-uurlikse ▶ verhoogde vloeistofinname 			
3. Betrek die dieetkundige om 'n dieetplan vir die pasiënt uit te werk indien erge dieetprobleme voorkom			
4. Rapporteer enige abnormale veranderinge in die dieetbehoefte van die pasiënt, met elke kliniekbesoek, aan die geneesheer			
2.2.5 Psigo-sosiaal			
(a) Die onkologiese verpleegkundige (adviseur/terapeut) luister ongesteurd na die pasiënt se behoeftes en vrese			
(b) Vra toepaslike vrae			
(c) Die pasiënt en familie kry geleentheid om vrese rondom die siekte te verbaliseer: <ul style="list-style-type: none"> ▶ die pasiënt en sy familie word aangemoedig om vrylik te kommunikeer ▶ gesprekke rondom die siekteproses word geïnisieer 			
(d) Die behoefte (byvoorbeeld ten opsigte van die behandeling, dieet, hantering van pyn en die hantering van seksualiteit) word geïdentifiseer en die pasiënt en sy familie word by 'n ondersteuningsgroep ingeskakel.			

2.2 Pasiënte se fisiese, psigiese en sosiale behoeftes (vervolg)	JA	NEE	N.V.T
(e) Sosio-ekonomiese probleme word geïdentifiseer en toepaslike verwysings word na die maatskaplike werkster verwys t.o.v.: <ul style="list-style-type: none"> ▶ die reë vir aansoek om ongeskiktheids pensioen ▶ die reël vir aansoek om 'n kospakkie ▶ die reël vir aansoek om 'n tydelike toelaag totdat die pensioen uitkeer 			
(f) Pasiënte en families word aangemoedig om vrese rondom diagnose te verbaliseer deur vrae te vra oor onsekerhede aangaande die diagnose en behandeling			
(g) Vrese rondom die behandeling en hul nuwe-effekte word aangespreek			
(h) Inligting aan pasiënte wanneer om 'n verpleegkundige/dokter se hulp in te roep: <ul style="list-style-type: none"> ▶ oorweeg om behandeling te staak ▶ erg angstig raak ▶ lewenskwaliteit verlaag word ▶ angstigheid ▶ slaapprobleme ▶ 'n hartspoed ervaar ▶ gemoedskommeling ervaar, buite beheer ▶ selfmoordgedagtes ▶ verlies aan belangstelling in daaglikse aktiwiteite 			
(i) Advies t.o.v. nuwe-effekte word gegee: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hardlywigheid ▶ Naarheid en braking ▶ Diarree ▶ Eetlusverlies ▶ Haarverlies/alopecia ▶ Kou- en slukprobleme ▶ Aantasting van mondslymvliese 			
(j) Ondersteuning aan die familie/versorger: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Monitor die familie se vlak van begrip m.b.t. die pasiënt se probleme ▶ Observeer die familie se interaksie en verhouding met die pasiënt, tydens elke kliniekbesoek en evalueer deurlopend ▶ Onderrig die familie/versorger t.o.v. probleme wat die pasiënt mag ervaar rakende geïdentifiseerde probleme van pasiënt 			

REKORDHOUDING

3. Die onkologiese verpleegkundige noteer alle tussentredes deur middel van 'n effektiewe dokumentasiesistelsel deurdat 'n veilige sisteem vir rekordhouding in stand gehou sal word	JA	NEE	N.V.T
3.1 Rekords			
(a) Rekords voldoen aan wetlike vereistes (gedateer, handtekening van persoon wat inskrywing doen)			
(b) Rekords is geïdentifiseer met pasiënt se naam, geboortedatum en lêernommer			
3.2 Oudit van rekords			
(a) deurlopend			
(b) retrospektief			
(c) oudit deur eksterne en interne persone			
2.3.3 Weerspieëling van rekords			
(a) Die dokument is 'n omvattende rekord van die pasiënt en sy/haar versorging t.o.v. fisiese, psigiese en sosiale dimensie			
(b) Rekords weerspieël pasiënt se vordering			
(c) Rekords bevat toepaslike basislyndata, bv. <ul style="list-style-type: none"> ▶ algehele fisiese toestand ▶ geestestoestand ▶ beplande behandeling ▶ medikasie ▶ psigososiale behoeftes ▶ fisiese behoeftes ▶ gemak van die pasiënt ▶ voorligting gegee ▶ verpleegaksies uitgevoer 			

OPMERKINGS

3. Rekordhouding (vervolg)		JA	NEE	N.V.T
2.3.4 Rekords t.o.v. verwysings				
(a)	Die rekords tussen verwysende hospitale/instansies stem ooreen t.o.v. - rede vir verwysing <ul style="list-style-type: none"> ▶ behandelingsplan ▶ histologie ▶ naam van geneesheer wat pasiënt verwys ▶ naam van die hospitaal waarheen pasiënt verwys word ▶ die afdeling waarna pasiënt verwys word (onkologie-buitepasiënt-afdeling) 			
(b)	Indien pasiënt oorgeplaas word, gaan rekords saam of volledige fotostate word gestuur tesame met 'n verwysingsbrief			
2.3.5 Dokumentasie				
(a)	Dokumente is saamgevat in een lêer <ul style="list-style-type: none"> ▶ alle spanlede gebruik dieselfde stelsel ▶ waar nodig om te dupliseer, word gebruik gemaak van deurslagpapier 			
(b)	Elke onkologieleêr bevat 'n gekleurde vorm wat gebruik word om onkologienotas op aan te teken en die notas te onderskei van gewone hospitaalnotas			

OPMERKINGS

TOTAAL : REKORDHOUDING

4. Bestuurstelsel (vervolg).	JA	NEE	N.V.T
4.2 'n Formele gehalteversekeringsprogram is beskikbaar en word optimaal benut			
(a) Formele gehaltesorgstandaarde geformuleer: ▶ Bestuursaspekte ▶ Kliniese aspekte			
(b) Struktuurstandaarde word gemonitor (fisiese fasiliteite/infrastruktuur)			
(c) Prosesstandaarde word gemonitor: ▶ prosedures/praktyke ▶ doel van prosedure/praktyk evalueer ▶ koste van praktyk in ag neem			
(d) Pasiënttevredenheid word jaarliks geëvalueer			
(e) Onkologiese spanvergaderings: ▶ maandeliks ▶ verpleegbestuur/geneeshere ▶ kliniese onkologieverpleegkundiges			
4.3 Die verpleegbestuur dra sorg dat alle maatreëls getref word dat die onkologiese personeel, sowel as vrywilligers, hul praktyk uitvoer binne 'n veilige omgewing deur die nodige toerusting en middels daar te stel			
(a) Beskerming van personeel geniet prioriteit: ▶ Protokolhantering van VIGS ▶ Immunisering teen Hepatitis B-virus ▶ Skerpvoorwerpbeserings monitor			

BYLAE C

VRAELYS AAN DIE PASIËNT

DEKBRIEF:

Navorsingsonderwerp: Die bepaling van standarde vir 'n omvattende opvolgdiens aan onkologiepasiënte op die Wes-Kaapse Platteland.

Geagte Meneer/Mevrou

Baie dankie dat u ingewillig het om met hierdie navorsing behulpsaam te wees. Dit word vertrou dat almal betrokke by die navorsing iets daaruit sal leer en dat die pasiënte in die toekoms baat sal vind by die kennis wat ingewin sal word.

Aangeheg is 'n vraelys wat asseblief voltooi moet word. U word vriendelik versoek om die vrae so eerlik moontlik te beantwoord. Die navorser verseker vertroulikheid en anonimiteit te alle tye. Geen personeellid of lid van die span sal die individuele inligting sien nie. Daarom word u naam nie verlang nie. Neem asseblief ook kennis dat u deelname vrywillig is.

Sommige vrae kan uu met 'n kruisie in die toepaslike blokkie u antwoord aantoon. By ander vrae moet 'n 'n kort antwoord verskaf.

Nogmaals baie dankie vir u vriendelike samewerking

Die uwe

Mev. P. Bimray

Merk met 'n kruisie

Gee toestemming	JA	NEE
------------------------	-----------	------------

VRAELYS AAN PASIËNTE / QUESTIONNAIRE TO PATIENTS

1. U ouderdom/Your age

20 - 29 jaar/year	1
30 - 39 jaar/year	2
40 - 49 jaar/year	3
50 - 59 jaar/year	4
60 - 69 jaar/year	5
70 jaar en ouer/years and older	6

2. U geslag/Your gender?

Manlik/Male	1
Vroulik/Female	2

3. Hoe lank nadat u gediagnoseer is, word u by die spesifieke instansie behandel?

For how long since you've been diagnosed are you being treated at this specific institution?

.....

4. Was u familie by u behandeling en sorg betrek?

Has your family been involved in the treatment and care that you are receiving?

Ja/Yes	1
Nee/No	2

- 4.1 Indien "Ja" by vraag 4, verduidelik in watter hoedanigheid hulle betrek was (byvoorbeeld behandelings-opsies is aan hulle verduidelik).
 If "Yes" at question 4, explain in which way they were involved, (e.g. treatment options were explained).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Ontvang u ook behandeling by 'n ander instansie vir dieselfde doel as wat u hierdie instansie bywoon?
 Do you receive treatment for the same purpose at another institution while attending this institution?

Ja/Yes	1
Nee/No	2

- 5.1 Indien "Ja" by vraag 5, gee u redes.
 If "Yes" at question 5, give reasons why

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Wie is die eerste persoon wie u kontak wanneer u 'n probleem het ten opsigte van die volgende:

Who is the first person that you contact when a problem arises regarding the following:

PROBLEEM		PERSOON
6.1	Pyn Pain	
6.2	Naarheid en braking Nausea and vomiting	
6.3	Die maak van 'n kliniekafspraak Making a clinic appointment	
6.4	Tuisversorging Home-based care	

7. Het u enige voorligting omtrent u siekte en behandeling ontvang?
Dit you receive any information with regards to your illness and treatment?

Ja/Yes	1
Nee/No	2

- 7.1 Indien "Nee" by vraag 7, wou u graag meer voorligting en/of advies wou ontvang.

If "No" at question 7, would you like to receive more information?

N.v.t. -- ontvang voorligting / N.a. receive information	0
Ja/Yes	1
Nee/No	2

8. Het u 'n kontrole pynkaart met u eerste besoek aan die fasiliteit ontvang?
When you first visit this facility, did you receive a chart for paincontrol?

Ja/Yes	1
Nee/No	2

- 8.1 Indien "Ja" by vraag 8, is aan u verduidelik hoe om die kaart te voltooi?
If "Yes" at question 8, have you been explained how to complete the chart?

N.v.t.- het nie kaart ontvang / N.a. did not receive card	0
Ja/Yes	1
Nee/No	2

9. Word u behoeftes aangespreek by die fasiliteit wat u bywoon?
Do you feel that your needs are being met at this facility which you attend?

Ja/Yes	1
Nee/No	2

- 9.1 Indien "Nee" by vraag 9, motiveer u antwoord.
If "No" at question 7, motivate your answer?

N.v.t.- behoeftes word aangespreek / N.a. Needs are being met	0
---	---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Watter van u behoeftes wou u graag aangespreek wil hê. Noem hulle.
Which of your needs would you like getting attended to? Name them?

.....

.....

.....

.....

11. By die kliniek waar u tans behandeling ontvang, met wie voel u die mees gemaklike om oor 'n probleem rakende u siekte te praat?
At this clinic where you receive your treatment, who do you feel most comfortable talking to?

PERSOON/PERSON		ANSWER	
(a)	Dokter/Doctor	JA	NEE
Motiveer/Motivate:			
(b)	Verpleegster/Nurse	JA	NEE
Motiveer/Motivate:			
(c)	Sekretaresse/Secretary	JA	NEE
Motiveer/Motivate:			
(d)	Vrywilliger/Volunteer	JA	NEE
Motiveer/Motivate:			
(e)	Mede-pasiënt/fellow patient	JA	NEE
Motiveer/Motivate:			

12. Wat is u persoonlike indrukke van die diens wat u ontvang.
What is your personal impressions of the service that you receive?

.....
.....
.....
.....

13. Volgens u mening, wat van die diens wat u ontvang, dink u kan verbeter?
In your opinion, what of the service that you receive do you think can improve?

.....
.....
.....
.....

Dankie vir u samewerking/Thank you for your co-operation.

1. Introduction

2. Methodology

3. Results

4. Discussion

5. Conclusion