

De zichtbare schakel: De inzet van wijkverpleegkundigen in aandachtswijken nader onderzocht

Eindverslag

Openbare versie

Student:
Thomas Husken
S0204463

Begeleiders:
Dr. V. Junjan
Dr. M. Boere-Boonekamp

16-8-2013

Samenvatting

In dit onderzoek wordt een project dat wijkverpleegkundigen inzet in aandachtswijken onder de loep genomen. Centraal in dit onderzoek staan de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn voor dit project. De opzet van het project is om de wijkverpleegkundigen veel professionele vrijheid te geven, de hoofdvraag in dit onderzoek richt zich erop om verschillen in handelingspatronen te constateren. De hoofdvraag is:

In hoeverre zijn er verschillen in handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen in het betreffende project in de periode januari 2010 tot december 2012?

De handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen worden in de theoretische achtergrond over discretionaire ruimte van Lipsky (1980) en Evans (2010) geplaatst. De descriptieve hoofdvraag wordt door middel van een cross-sectioneel en kwantitatief research design beantwoord. De dataset in dit onderzoek bestaat uit een database van 943 patiëntregistraties die door de wijkverpleegkundigen zijn ingevuld. Het blijkt dat er significante verschillen in de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen zitten, maar dat deze verschillen grotendeels verdwijnen als de analyse op wijkniveau wordt uitgevoerd.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	3
1. Inleiding	4
2. Theoretisch kader.....	7
2.1 Human service organizations	7
2.2 Discretionaire ruimte	8
2.3 Relatie human service organizations en discretionaire ruimte.....	9
2.4 Samenvatting.....	10
3. Methodologie	11
3.1 Onderzoeksopzet.....	11
3.2 Operationalisatie	12
3.3 Data-collectie.....	13
3.4 Data-analyse	14
4. Resultaten.....	16
4.1 Beschrijving van de handelingspatronen	16
4.2 Overeenkomsten en verschillen tussen wijkverpleegkundigen.....	17
5. Discussie	19
6. Conclusie	22
Referenties	24
Bijlagen	25
A. Verdeling van ratiovariabelen	26
B. Verdeling van nominale variabelen.....	29
C. Toetsen van de nominale variabelen	36
D. Toetsen van de ratiovariabelen.....	40

Voorwoord

Het is al een aardige tijd geleden dat ik door de projectleider van dit project werd benaderd of ik mijn bacheloropdracht voor hen wilde doen. Deze man ken ik persoonlijk en ik was dan ook verheugd om voor dit project aan de slag te gaan. Zoals dat wel vaker gaat bij het schrijven van scripties, verliep niet alles volgens planning. Ruim een jaar nadat ik de eerste versie mijn onderzoekvoorstel heb geschreven ligt hier dan het eindverslag van mijn bacheloropdracht. Deze opdracht heb ik uitgevoerd als afronding van mijn bachelor bestuurskunde aan de Universiteit Twente.

Dit is de openbare versie van mijn eindverslag. In verband met een vertrouwelijkheidsclausule in de stage-overeenkomst met het project worden het project en de projectleider in de openbare versie niet bij naam genoemd. De vertrouwelijke versie van dit verslag is alleen in te zien door mijn begeleiders van de Universiteit Twente en de projectleider en werknemers van het betreffende project.

Mijn dankwoord wil ik hier richten aan al mijn begeleiders die mij geholpen bij het schrijven van deze scriptie en zonder wie dit verslag er niet zou zijn. Zowel de ondersteuning van mijn interne begeleiders Veronica Junjan en Magda Boere-Boonekamp als de ondersteuning van de externe begeleiders is bijzonder nuttig geweest.

1. Inleiding

Een onderwerp dat regelmatig aandacht van de media krijgt is de herintroductie van de wijkverpleegkundige (Bles, 2012). Sinds de motie Hamer (2008) zijn er in het hele land projecten opgestart om de wijkverpleegkundige weer terug te brengen in de wijk. Het idee hierachter is om de wijkverpleegkundige de spil te maken in het zorgproces en de zorg laagdrempeliger te maken dan dat hij nu is. De uitvoering van de motie Hamer (2008) is neergelegd bij ZonMW, vanuit de rijksoverheid is er €40 miljoen beschikbaar gesteld voor extra wijkverpleegkundigen.

Het project waarvoor dit onderzoek wordt uitgevoerd is een van de projecten die wijkverpleegkundigen terugbrengt in de wijk. Bij dit project zijn in totaal 15 wijkverpleegkundigen actief voor 7 fte. Deze wijkverpleegkundigen worden ingezet in 17 wijken. De verpleegkundigen zijn allen in dienst bij een thuiszorgorganisatie en voeren hun werkzaamheden voor dit project naast hun werkzaamheden voor de thuiszorg uit.

Dit project maakt onderdeel uit van de Zichtbare Schakel, het landelijke traject van ZonMW voor de inzet van wijkverpleegkundigen. De filosofie achter het project is om terug te gaan naar de tijd waarin de verpleegkundige op een solex door de wijk reed en als aanspreekpunt diende voor een veelheid aan problemen. Het doel is om de zorg die wordt aangeboden laagdrempelig te houden met als beoogd gevolg het verbeteren van de gezondheid, het welzijn en de zelfredzaamheid van de bewoners van de aandachtswijken. Dit project is dus opgezet om af te wijken van de “treatment as usual”.

De tandem huisarts – wijkverpleegkundige staat centraal bij dit project. In de visie van het project werkt de wijkverpleegkundige nauw samen met de huisarts, de wijkverpleegkundige richt zich dan met name op vroegsignalering en preventie. Dit is mogelijk omdat de verpleegkundige ook zonder medische diagnose of indicatie al contacten heeft met de patiënt. Deze contacten worden gemaakt op basis van signalen van de huisarts, buurtbewoners of andere bestaande netwerkcontacten.

Centraal in dit onderzoek staan de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen, dit is namelijk wat de aanpak en beleidsopzet van dit project onderscheidt van de reguliere zorg. De insteek van het project is om de wijkverpleegkundigen veel handelingsvrijheid te geven in hun professionele activiteiten. Hierdoor zou de zorg laagdrempeliger worden en de bureaucratie in de thuiszorg verminderd worden. Uit deze insteek rijzen verschillende vragen. Is de zorg inderdaad laagdrempeliger? Leidt de handelingsvrijheid voor wijkverpleegkundigen tot een betere kwaliteit van de zorg? Leidt de handelingsvrijheid voor verpleegkundigen ook tot verschillende handelswijzen tussen verpleegkundigen? Van deze vragen zal de laatste vraag in dit onderzoek behandeld worden. Deze laatste vraag ligt ten grondslag aan de hoofdvraag van dit onderzoek. De hoofdvraag luidt:

In hoeverre zijn er verschillen in handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen in het betreffende project in de periode januari 2010 tot december 2012?

Deze hoofdvraag is beschrijvend en heeft als primair doel inzicht krijgen in de aanpak van het project. Dit onderzoek is bedoeld om meer inzicht te krijgen in het terrein waarin het project opereert. Er zijn projecten in het hele land die qua opzet vergelijkbaar zijn, voor deze projecten is dit onderzoek van belang. Om tot een gedegen beantwoording van de hoofdvraag te komen, zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

Deelvragen:

1. Wat is de theoretische achtergrond van de professionele handelingsvrijheid van de wijkverpleegkundigen?

Deze eerste deelvraag is puur op de theorie gericht, niet op de empirie. Het antwoord hierop draagt bij aan het inzicht in de opzet en aanpak van dit project. Het project is opgezet om af te wijken van de “treatment as usual”, deze vraag is bedoeld om erachter te komen wat er in de literatuur te vinden is over dit onderwerp.

2. Wat zijn de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen van dit project?

De volgende stap is de empirie in te duiken en erachter komen wát precies de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen zijn. Dit is de eerste stap in het proces om erachter te komen in hoeverre er verschillen zijn in handelingspatronen.

3. Wat is het verband tussen de theoretische achtergrond van de professionele handelingsvrijheid van de wijkverpleegkundigen en de empirische resultaten over de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen?

De laatste deelvraag verbindt de eerste en tweede deelvraag met elkaar. De gevonden handelingspatronen worden vergeleken met de theoretische achtergrond over de handelingspatronen. Zijn de handelingspatronen naar verwachting of juist niet? Nadat deze drie deelvragen beantwoord zijn kan de hoofdvraag beantwoord worden.

Om de vertrouwelijkheid van de patiëntgegevens te waarborgen is er een stageovereenkomst getekend. Hierin is onder andere opgenomen dat de gegevens over de patiënten van het project vertrouwelijk door mij behandeld zullen worden en dat de uitkomsten van het onderzoek niet openbaar zullen worden gepubliceerd. De gegevens die dit project voor dit onderzoek heeft aangeleverd zijn tevens geanonimiseerd zodat er geen terugkoppeling naar individuen mogelijk is. Naast het feit dat ik heb ondertekend de gegevens vertrouwelijk te behandelen, is de privacy van de patiënten dus extra gewaarborgd doordat de gegevens geanonimiseerd zijn.

Dit verslag zal naast deze inleiding met hoofd- en deelvragen bestaan uit de volgende hoofdstukken: theoretisch kader, methodologie, resultaten, discussie, conclusie, referenties en bijlagen. In het theoretisch kader zullen de concepten die van belang zijn voor dit onderzoek behandeld en besproken worden. Tevens zal het verband tussen deze concepten en de probleemstelling duidelijk worden. Het methodologie hoofdstuk behandelt de aanpak en opzet van dit onderzoek, dit hoofdstuk bestaat uit verschillende onderdelen, te weten: onderzoeksopzet, conceptualisatie en operationalisatie, data-collectie en data-analyse. De belangrijkste resultaten zullen behandeld worden in het daaropvolgende hoofdstuk getiteld resultaten. Alle resultaten en analyses zullen te vinden zijn in de bijlage. De betekenis van deze resultaten zal bij de discussie behandeld worden, hier vindt de interpretatie van de resultaten plaats. In de conclusie zullen de hoofd- en deelvragen beantwoord worden in een samenvattend hoofdstuk. Alle geraadpleegde literatuur zal op alfabetische volgorde te vinden zijn bij de referenties. In de bijlagen zullen alle resultaten uit SPSS te vinden zijn.

2. Theoretisch kader

Het theoretisch kader van dit onderzoek bestaat uit verschillende concepten die betrekking hebben op de organisationele achtergrond van dit project. Met name de begrippen human service organization en discretionaire ruimte zullen uitgebreid behandeld worden gezien deze begrippen de fundering van het theoretisch kader zijn. De theorie van Hasenfeld (2007) over human service organizations is van toepassing op de organisationele achtergrond van het project. Op basis van deze organisationele achtergrond kan de professionele handelingsvrijheid van de wijkverpleegkundigen worden verklaard met het begrip discretionaire ruimte, zoals beschreven door Evans (2010) en Lipsky (1980). Aan de hand van deze begrippen kan het concept handelingspatronen worden verduidelijkt en op een bruikbare manier worden gedefinieerd.

2.1 Human service organizations

Een human service organization wordt door Hasenfeld (2007) omschreven als: “that set of organizations whose principal function is to protect, maintain or enhance the personal well-being of individuals by defining, shaping, or altering their personal attributes as “human service organizations”” (Hasenfeld, 2007). Hieruit kan worden opgemaakt dat een human service organization een dienstverlenende organisatie is waar de burger de klant is. Een andere onderscheidende factor van een human service organization is dat ze via mandaat het welzijn van de burger beschermt en verbetert. In veel gevallen is er bij een human service organization sprake van een (semi-)overheidsorgaan of zelfstandig bestuursorgaan dat een publieke taak uitvoert.

Er is een onderscheid te maken tussen drie verschillende methodes van dienstverlening die human service organizations hanteren, te weten: people-processing technologies, people-sustaining technologies en people-changing technologies (Hasenfeld, 2007). People-processing technologies behelst het labelen van de klanten met een bepaalde classificatie. Voorbeelden hiervan zijn “geesteszieke”, “aids-patiënt” of “achterstandsleerling”. Deze labels kunnen dan door verschillende human service organizations gebruikt worden om hulp te bieden aan dergelijke cliënten. Bij people-sustaining technologies draait het om het vasthouden van de huidige situatie en achteruitgang voorkomen. Mantelzorg en schuldsanering zijn voorbeelden hiervan. People-changing technologies zijn er direct op gericht om de persoonlijke attributen van een klant te veranderen en te verbeteren. Onderwijs, gezondheidszorg en psychotherapie zijn hier voorbeelden van (Hasenfeld, 2007). Daarnaast valt de klant in grofweg twee categorieën in te delen, te weten normaal functionerend of slecht functionerend.

Op basis van de variabelen “type klant” en “methode van dienstverlening”, kunnen er volgens Hasenfeld (2007) zes typen human service organizations worden geïdentificeerd:

TYPE OF CLIENT	PEOPLE PROCESSING	PEOPLE SUSTAINING	PEOPLE CHANGING
Normal Functioning	<i>Type I</i> College admissions Office Credit Rating Bureau	<i>Type III</i> Social Security Retirement Home	<i>Type V</i> Public School YMCA
Malfunctioning	<i>Type II</i> Juvenile court Diagnostic clinic	<i>Type IV</i> Public assistance Nursing	<i>Type VI</i> Hospital Residential treatment center

Tabel 1: typen van Human Service Organizations (Hasenfeld, 2007)

Voor de organisationele doelen van een human service organization is er een verschil tussen de officiële doelen en de werkelijke doelen. In veel gevallen is er hier discrepantie tussen. Officiële doelen zijn opgenomen in verschillende documenten van de organisatie en zijn vaak helder geformuleerd en gestructureerd. Uit de uitvoering van diensten van een organisatie kan echter blijken dat de werkelijke doelen afwijken van de officiële doelen. Werkelijke doelen zijn niet duidelijk geformuleerd, maar kunnen worden afgeleid uit de acties van een human service organization (Hasenfeld, 2007).

2.2 Discretionaire ruimte

Discretionaire ruimte houdt in dat een werknemer in een dagelijkse situatie over veel handelingsvrijheid beschikt (Evans, 2010). Het begrip discretionaire ruimte is door Lipsky (1980) geïntroduceerd in zijn boek *Street-Level Bureaucracies* (1980). Hierin constateert Lipsky een kloof tussen geformuleerd beleid en uitgevoerd beleid bij professionals in een servicetaak van de overheid. In de praktijk blijkt dat professionals in serviceorganisaties over veel handelingsvrijheid beschikken om keuzes te maken aangaande de burger. Derhalve wijkt het beleid dat wordt uitgevoerd door serviceprofessionals af van het door hun leidinggevendende geformuleerde beleid. De professionals die over deze handelingsvrijheid beschikken noemt Lipsky *street-level bureaucrats*. De organisaties waar deze professionals werken worden *street-level bureaucracies* genoemd. Lipsky's werk over *street-level bureaucracies* was het eerste waarin discretionaire ruimte werd besproken. De introductie van dat begrip heeft destijds voor veel controverse gezorgd (Lipsky, 1980). Gezien de technocratische aanpak van het publiek beleid in die tijd, was het ongehoord dat de serviceprofessionals het beleid bepaalden, en niet de managers (Lipsky, 1980).

Evans (2010) bouwt verder op het werk van Lipsky. Hij behandelt twee vormen van management, als aanvulling op de *street-level bureaucracy*. Deze twee managementstijlen zijn *domination managerialism* en *discursive managerialism*. *Domination managerialism* is een klassieke methode van aansturen. De verhouding tussen manager en professional is hiërarchisch, en er is veel controle over de op de werkzaamheden van professionals van bovenaf. Dit is een typische topdownmethode van aansturen. *Discursive managerialism* is de tegenhanger van *domination managerialism*. Bij deze vorm van aansturen is de relatie tussen manager en professional collegiaal, en zijn er weinig controlemechanismen aanwezig. *Discursive managerialism* is typisch een vorm van bottom-up policymaking.

Evans (2010) ziet street-level bureaucracy als een vorm van management, net als discursive managerialism en domination managerialism. Dat impliceert dat een street-level bureaucracy een bewuste keuze is van het management, en niet – zoals in de ogen van Lipsky (1980) – een onbedoeld gevolg van de structuur in een organisatie. In dit opzicht wijken de theorieën van Lipsky (1980) en Evans (2010) van elkaar af. Dit verschil kan onder andere verklaard worden door de verschillende perioden waarin de onderzoeken zijn uitgevoerd en gepubliceerd.

Er zijn meer verschillen tussen het werk van Lipsky en het werk van Evans. Zo wijst Evans (2011) erop dat de relatie tussen manager en professional niet zo antagonistisch is als Lipsky (1980) doet voorkomen. Lipsky ziet de managers als leidinggevend die het beleid topdown uitgevoerd willen zien worden, volgens Evans is de situatie omtrent de uitvoering van beleid complexer dan dit. Managers zijn in de ogen van Evans pragmatisch, en zijn niet per definitie tegen discretionaire ruimte voor professionals als dat goed uitkomt voor de organisatie (Evans, 2011). In de ogen van Lipsky zijn managers een homogene groep, die de organisationele doelen van het uitvoeren van het beleid als belangrijkste taak ziet.

Evans (2011) nuanceert dit beeld door te constateren dat er wel degelijk verschil is tussen managers, en dat de loyaliteit van de managers niet altijd in organisationele termen wordt gedefinieerd. Tevens is het beleid dat naar de street-level bureaucrats wordt gecommuniceerd vaak een product dat door vele organisationele lagen is gegaan en vele aanpassingen heeft ondergaan. Hierdoor is het mogelijk dat het beleid niet eenduidig of speculatief is, waardoor er voor de professional een verwarrende situatie ontstaat (Evans, 2011). Evans benadrukt wel dat het werk van Lipsky nog steeds een goede basis biedt voor de analyse van discretionaire ruimte, en nog steeds relevant is. Discretionaire ruimte komt nog steeds voor in verschillende organisaties en is niet verdwenen zoals sommige auteurs als Howe beweren. (Evans & Harris, 2004).

Bij discretionaire ruimte is er een onderscheid tussen discretionaire ruimte *de jure* en *de facto*. Discretionaire ruimte *de jure* houdt in dat de professional bewust ruimte wordt gegeven om naar eigen inzicht te handelen. Dit is een overwogen keuze van het management. Discretionaire ruimte *de facto* houdt in dat de professional niet vanuit het management de vrijheid krijgt om naar eigen inzicht te handelen, maar hier in de dagelijkse praktijk wel over beschikt. Mogelijke oorzaken hiervan zijn het niet goed functioneren van controlemechanismen of het bewust ondermijnen van de organisatienormen door de professional (Evans, 2010).

2.3 Relatie human service organizations en discretionaire ruimte

Een overeenkomst tussen de theorieën van Evans (2010) en Hasenfeld (2007) is het type organisatie waar deze begrippen op van toepassing zijn: publieke organisaties die in direct contact staan met de burger. Zo is er bij veel Human Service Organizations sprake van een loosely-coupled system (Hasenfeld, 2007). Dit houdt in dat structurele elementen van een organisatie slechts losjes aan elkaar zijn verbonden, terwijl de verwachting is dat er een sterke band is tussen deze structurele elementen. In plaats daarvan is er sprake van een behoorlijke mate van autonomie en identiteit. In een loosely-coupled system zijn er weinig controlemechanismen, hierdoor hebben werknemers een aanzienlijke mate van discretionaire ruimte.

Werknemers zijn vaak geïsoleerd van de eenheid die autoriteit over hen heeft, daarnaast kunnen er verschillende lijnen van autoriteit zijn waardoor de effectiviteit van deze autoriteiten daalt (Hasenfeld, 2007). Het begrip loosely-coupled system vormt de schakel tussen discretionaire ruimte, human service organizations en street-level bureaucracy. Veel street-level bureaucracies en human service organizations zijn loosely-coupled systems met een hoge mate van discretionaire ruimte.

2.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik verschillende begrippen behandeld die samen het theoretisch kader van dit onderzoek vormen. De betekenis van discretionaire ruimte is duidelijk geworden, alsmede de relatie met het begrip street-level bureaucracy. Discretionaire ruimte is een veelvoorkomend fenomeen, met name in human service organizations. Doordat er in veel gevallen sprake is van een loosely-coupled system ontwikkelt de mogelijkheid tot professionele vrijheid zich in dergelijke organisaties. Discretionaire ruimte is niet altijd onbedoeld, het kan ook zo zijn dat er bewust door het management wordt besloten dat professionele vrijheid wenselijk is. Deze vorm van discretionaire ruimte wordt discretionaire ruimte *de jure* genoemd. In veel gevallen is discretionaire ruimte echter een onbedoeld gevolg van de losse organisatiestructuur, het loosely-coupled system. Bovenstaande begrippen kunnen tezamen gebruikt worden om een bruikbare definitie van het begrip handelingspatronen te construeren. Deze definitie kan in dit onderzoek gebruikt worden om uiteindelijk tot beantwoording van de hoofd- en deelvragen te komen. De conceptuele definitie van handelingspatronen in dit onderzoek is de volgende:

“De reeks van keuzes van de wijkverpleegkundigen in professionele situaties die verband hebben met het behandelingsproces van een patiënt”.

Nu het theoretisch kader is geformuleerd, is het mogelijk om de eerste deelvraag van dit onderzoek te beantwoorden. Deze deelvraag luidt:

“Wat is de theoretische achtergrond van de professionele handelingsvrijheid van de wijkverpleegkundigen?”

De theoretische achtergrond van het project is hierboven samengevat. Dit project is een typisch voorbeeld van een human service organization met een losse structuur, een loosely-coupled system. Deze losse structuur leidt ertoe dat de wijkverpleegkundigen veel handelingsvrijheid wordt gegund. Deze discretionaire ruimte is een bewust keuze vanuit de opzet van het project, er is dus sprake van discretionaire ruimte *de jure*. Deze discretionaire ruimte kan op verschillende manieren door de wijkverpleegkundigen worden ingevuld, de hoofdvraag van dit onderzoek is erop toegespitst om erachter te komen of deze professionele vrijheid ook onderling verschillend wordt ingevuld door de wijkverpleegkundigen of niet. Juist doordat de aanpak van het project afwijkt van de “treatment as usual” is het van belang om de aanpak van het project via de theorie te onderbouwen, zodat duidelijk wordt wat de achtergrond is van het project en waarom het de moeite waard is om dit onderzoek uit te voeren.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk worden de diverse methodologische aspecten van dit onderzoek behandeld. De basis hiervan is de onderzoeksopzet, hier zal een keuze voor een onderzoeksdesign gemaakt en beargumenteerd worden. Vervolgens worden de belangrijke begrippen in dit onderzoek geconceptualiseerd en geoperationaliseerd. De dataset in dit onderzoek bestaat uit een database van patiëntregistraties van het project. De kenmerken en sterke en zwakke punten van deze dataset worden behandeld in de derde paragraaf van dit hoofdstuk. Als laatste wordt mijn methode van data-analyse behandeld en toegelicht.

3.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is descriptief en kwantitatief van aard. De keuze voor een descriptief onderzoek is geboren uit noodzaak. De data voor dit onderzoek wordt vanuit het project aangeleverd en leent zich enkel voor een descriptief onderzoek. Dit onderzoek is dus zo opgezet dat er wordt geconstateerd óf en in hoeverre er verschillen zijn in handelingspatronen, maar niet hoe mogelijke verschillen te verklaren zijn. Dergelijke verklarende uitspraken kunnen niet gedaan worden op basis van de beschikbare data.

Wat betreft het tijdaspect van dit onderzoek is er hier sprake van een cross-sectioneel onderzoek. De gegevens van dit onderzoek zijn verzameld in de periode januari 2010 – december 2012. Dit houdt in dat de gegevens over een langere periode zijn verzameld, maar dat er geen verschillende observatiemomenten zijn geweest. Het is zo dat de wijkverpleegkundigen over het algemeen meerdere contactmomenten met een patiënt hebben, maar de variabelen worden slechts één keer ingevuld en dus is er de facto sprake van één meetmoment. Derhalve is dit onderzoek cross-sectioneel, ondanks de meerdere contactmomenten.

De eenheden van analyse zijn de wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn voor dit project. De wijkverpleegkundigen zijn namelijk het onderwerp van de conclusies over de handelingspatronen. Deze conclusies worden getrokken op basis van de registraties van de patiëntcontacten, deze registraties zijn dus de eenheden van observatie. De wijkverpleegkundigen als eenheden van analyse worden beschouwd als individuen. De mogelijkheid om verschillende keuzes te maken is een eigenschap van het individu, en niet van de groep. Daarom zullen de uitspraken worden gedaan op individueel niveau, en niet op groepsniveau.

3.2 Operationalisatie

De theoretische achtergrond van dit onderzoek is inmiddels bekend en geformuleerd in het theoretisch kader. Dit sub-hoofdstuk richt zich erop het begrip handelingspatronen meetbaar te maken, oftewel operationaliseren. Aan de hand van de definitie van handelingspatronen die in het theoretisch kader is geformuleerd, zijn er verschillende variabelen gekozen die gebruikt zijn om de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen te meten.

Doordat dit onderzoek door zijn opzet afhankelijk is van de beschikbare data, moeten er enkele concessies worden gedaan op het gebied van de operationalisatie. In de dataset valt een onderscheid te maken tussen twee typen variabelen. Variabelen waar de wijkverpleegkundigen geen invloed op hebben en variabelen waar de wijkverpleegkundigen wel invloed op hebben. Voor de handelingspatronen is het tweede type variabelen van belang. Deze variabelen typeren het gedrag en de keuzes van de wijkverpleegkundigen. Van dit type variabelen heb ik de volgende gekozen die samen gebruikt worden om het begrip handelingspatronen te meten:

- tijd per patiënt
- gekozen behandeling/interventie
- eindresultaat van de gekozen behandeling/interventie
- aantal contactmomenten
- terugrapportage
- aantal weken tussen eerste en afrondend contact

Deze variabelen vormen samen een beeld van de keuzes die de wijkverpleegkundige in het behandelingsproces heeft gemaakt. Door deze variabelen voor alle patiënten van de verschillende wijkverpleegkundigen te gebruiken, wordt er per wijkverpleegkundige duidelijk welke keuzes zij maken in het behandelingsproces. In dit onderzoek zullen de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen dus worden gemeten aan de hand van deze variabelen.

3.3 Data-collectie

De dataset van dit onderzoek bestaat uit 943 patiëntregistraties die door 25 wijkverpleegkundigen zijn ingevuld. Deze data is aangeleverd door het project. Doordat het een bestaande dataset betreft, zal de inhoud van de analyse afhankelijk zijn van welke data er beschikbaar is. Tevens is er de mogelijkheid dat de patiëntregistraties onzorgvuldig zijn ingevuld door de wijkverpleegkundigen, waardoor de kans er is dat er bij bepaalde variabelen een aantal missing values zijn.

De dataset bestaat uit vier categorieën, te weten: aanmeldgegevens, intake, rapportage en overige activiteiten. De categorie aanmeldgegevens bevat enkele variabelen met basisgegevens zoals leeftijd, geslacht, huisarts en reden van het contact. De categorie intake bevat enkele aanvullende variabelen, zoals opleidingsniveau, maatschappelijke positie en de voornaamste bron van inkomen. In de categorie rapportage worden de verschillende contactmomenten met de patiënt geregistreerd, alsmede het eindresultaat en de terugrapportage. De categorie overige activiteiten is bedoeld om netwerkactiviteiten als overleggen en vergaderingen vast te leggen. Bij de eerste drie categorieën zijn alle variabelen aan een patiëntnummer gekoppeld, voor elke patiënt kan alles één keer worden ingevuld. De netwerkactiviteiten zijn niet aan een patiëntnummer gekoppeld. Met reden, want veel van deze activiteiten zijn ook niet direct aan een patiënt gerelateerd. Het is de moeite waard om nogmaals te vermelden dat deze gegevens zodanig zijn geanonimiseerd en gecodeerd dat de patiëntregistraties door mij niet terug te leiden zijn naar individuen.

In totaal zijn er 943 patiëntregistraties ingevuld door de wijkverpleegkundigen. De patiënten van dit project komen uit zeven wijken. In verband met de vertrouwelijkheid van de gegevens worden ook de wijken niet bij naam genoemd. De verdeling van de patiënten over de zeven wijken is als volgt:

	Aantal	Percentage
1	104	11.0%
2	152	16.1%
3	188	19.9%
4	41	4.3%
5	88	9.3%
6	98	10.4%
7	272	28.8%
Totaal	943	100.0%

Tabel 2: aantal patiënten per wijk

3.4 Data-analyse

De data-analyse in dit onderzoek bestaat uit een vergelijking van de wijkverpleegkundigen op basis van de variabelen die bij de operationalisatie zijn besproken.

1. De eerste stap in het analyseproces is duidelijk krijgen wát precies het handelingspatroon van de wijkverpleegkundigen is. Om dit te bewerkstelligen zullen er beschrijvende analyses worden gemaakt van de variabelen die bij de operationalisatie zijn geselecteerd. Dit zijn de variabelen:

- tijd per patiënt (numeriek, ratio)
- gekozen behandeling/interventie (string, nominaal)
- eindresultaat van de gekozen behandeling/interventie (string, nominaal)
- aantal contactmomenten (numeriek, ratio)
- terugrapportage aan (string, nominaal)
- aantal weken tussen eerste en afrondend contact (numeriek, ratio)

Het gaat hier om twee typen variabelen: numerieke ratiovariabelen en nominale stringvariabelen. Voor de numerieke ratiovariabelen wordt getoetst of deze normaal verdeeld zijn met $N(X, S)$ als verdeling. De toets die hiervoor gebruikt wordt is de Shapiro-Wilktoets. De nominale stringvariabelen zijn anders. Hiervoor kan een frequentieverdeling gemaakt worden. Uit deze frequentieverdeling zal de verdeling van de nominale variabelen duidelijk worden.

2. De volgende stap is het uitsplitsen per wijkverpleegkundige en per wijk. Voor elke verpleegkundige en elke wijk zal dan een verdeling of kruistabel van bovenstaande variabelen worden gemaakt. Hierdoor worden de handelingspatronen van de individuele wijkverpleegkundigen duidelijk. Voor de uitsplitsing per wijk wordt gekozen omdat in een van de wijken de wijkverpleegkundigen vanuit een gezondheidscentrum actief zijn in plaats van de thuiszorg. Door deze uitsplitsing worden de verschillen per wijk duidelijk, hierbij moet worden opgemerkt dat het feit dat de wijkverpleegkundigen vanuit een gezondheidscentrum actief zijn niet als verklarende factor wordt onderzocht. Het is een mogelijkheid dat gevonden verschillen in wijken verklaard worden door deze factor, maar zulke verklarende verbanden gaan de opzet van dit onderzoek te buiten. Het blijft echter de moeite waard om mogelijke verschillen per wijk te identificeren
3. Hierna is het zaak om de vergelijking tussen wijkverpleegkundigen te gaan maken. De ratiovariabelen zullen als eerst worden getoetst. De vergelijking van de ratio-variabelen zal gemaakt worden op basis van een variantieanalyse. De toets die hiervoor gebruikt wordt is de ANOVA-toets. De ANOVA-toets wordt gebruikt om verschillen tussen groepen te vergelijken met verschillen binnen groepen. De keuze voor een ANOVA-toets is gemaakt omdat zo wordt getoetst of gevonden waarden voor bepaalde wijkverpleegkundigen significant afwijken van de rest. De meerwaarde van een ANOVA-toets ten opzichte van een kruistabel is dat duidelijk wordt of mogelijke outliers binnen de grenzen van de verdeling passen of dat er sprake is van een significant verschil.

Uit het resultaat van de toetsen zal echter niet blijken welke verpleegkundige er afwijkt van de rest, maar óf er verpleegkundigen zijn die afwijken. Mocht uit de Shapiro-Wilktoets blijken dat één of meerdere variabelen niet normaal verdeeld zijn, dan zal worden gekozen voor het non-parametrische alternatief voor de ANOVA-toets. Dit alternatief is de Kruskal-Wallis test. Een nadeel van dit non-parametrische alternatief is dat resultaten minder snel significant zijn omdat de toets minder “power” heeft.

4. De laatste stap is de nominale stringvariabelen toetsen. Hiervoor wordt de chikwadraattoets gebruikt, hieruit zal blijken of een verband is tussen de variabele wijkverpleegkundigen en de te toetsen nominale variabelen. De aannames voor een chikwadraattoets zijn dat maximaal 20% van de cellen in de kruistabel een verwachte waarde van lager dan 5 heeft en dat voor elke cel de verwachte waarde minstens 1 is. Mochten de aannames voor een chikwadraattest niet zijn voldaan, dan zal er in eerste instantie worden gekeken naar waarden die mogelijk kunnen worden weggelaten bij de variabele wijkverpleegkundigen. Het hercoderen van de variabelen om een kleiner aantal categorieën te hebben zou normaal werken om de verwachte waardes van de cellen te verhogen, maar doordat er hier sprake is van nominale variabelen is dat niet mogelijk. Er is geen logische hiërarchie in de waardes van de variabelen, waardoor hercodering naar een kleiner aantal categorieën niet mogelijk is. Het is mogelijk dat sommige wijkverpleegkundigen maar een beperkt aantal patiënten hebben gehad, waardoor de N bij die wijkverpleegkundigen te laag is om inhoudelijke uitspraken te doen. Mocht het zo zijn dat na deze procedure de aannames voor een chikwadraattoets nog steeds niet zijn voldaan, dan zal worden gekozen voor de samenhangsmaat voor nominale variabelen: Cramer's V. Cramer's V geeft een mate van samenhang tussen 0 en 1, tevens zal de significantie van deze samenhang duidelijk worden. De waarde van Cramer's V geeft aan in hoeverre de keuze voor een bepaalde waarde van de variabele wijkverpleegkundige invloed heeft op de toetsvariabele. Het nadeel van Cramer's V is dat niet duidelijk wordt welke wijkverpleegkundigen voor de mogelijke samenhang zorgen. Het significantieniveau (α) dat gehanteerd wordt in dit onderzoek zal de standaard 5% zijn.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste resultaten worden geselecteerd en behandeld. Hier wordt duidelijk wát er precies gevonden is, de betekenis van deze resultaten zal ik in het volgende hoofdstuk behandelen. Voor alle resultaten geldt dat er een selectie is gemaakt op basis van afronding van het contact. Alleen afgeronde contacten worden meegenomen in de analyse. Het gevolg hiervan is dat het aantal patiënten (N) daalt naar 532. Alle toetsresultaten en frequentieverdelingen zijn te vinden in de bijlagen, daar dat er teveel zijn om in dit hoofdstuk te plaatsen. We beginnen met de eerste stap van de data-analyse; de frequentieverdeling van de nominale stringvariabelen en de toets op normaliteit van de ratiovariabelen.

4.1 Beschrijving van de handelingspatronen

Als eerste de nominale stringvariabelen. Elk van deze variabelen kan een beperkt aantal waarden aannemen, per variabelen zijn hieronder de meest voorkomende waardes te vinden (met het percentage van waarnemingen). Dit zijn dus de meest voorkomende handelingen van alle verpleegkundigen in het betreffende project.

- Activiteiten/interventies: inventarisatie problematiek, zorgvragen (38.1%)
- Eindresultaat: doorgeleid naar andere zorg/hulp (34.7%)
- Terugrapportage aan: huisarts (67.5%)

Dan de ratiovariabelen. Dit zijn numiereke variabelen waarvan een gemiddelde en standaardafwijking kan worden berekend. Voor de variabelen zijn de gemiddelden en standaardafwijking als volgt:

- Aantal weken tussen eerste en laatste contact: gemiddelde = 6.29, standaardafwijking = 10.2
- Aantal face-to-face momenten: gemiddelde = 2.27, standaardafwijking = 2.46
- Totale tijdsduur per patiënt in uren: gemiddelde = 7.95, standaardafwijking = 10.73

De Shapiro-Wilktoets om te testen op normaliteit komt voor alle drie de variabelen op een erg hoge significantie uit ($P < 0.001$). De nulhypothese bij deze toets is dat de variabele normaal is verdeeld. Met een α van 0.05 wordt deze nulhypothese verworpen en kan er geconcludeerd worden dat deze ratiovariabelen niet normaal zijn verdeeld. Voor het vervolg van de analyse zijn er dus non-parametrische alternatieven gekozen. Het non-parametrische alternatief voor de ANOVA-toets is de Kruskal-Wallistoets.

4.2 Overeenkomsten en verschillen tussen wijkverpleegkundigen

De eerste stap bij de Kruskal-Wallistoets is toetsen op het geheel, vervolgens zal er per wijk worden getoetst zodat de resultaten beter geïnterpreteerd kunnen worden. De significantieniveau's van de Kruskal-Wallistoetsen voor de drie variabelen zijn de volgende:

- Aantal weken tussen eerste en laatste contact: $P = 0.050$
- Aantal face-to-face momenten: $P = 0.016$
- Totale tijdsduur per patient: $P < 0.001$

Met een α van 0.05 kan de nulhypothese voor alle drie de variabelen worden verworpen. De nulhypothese is dat er geen verschil zit in de verdeling van de betreffende variabelen over de verschillende categorieën van de variabele wijkverpleegkundige. Oftewel, uit deze toetsen kan geconcludeerd worden dat er verschil zit in de drie variabelen voor de wijkverpleegkundigen. De volgende stap is het uitsplitsen per wijk om te onderzoeken of er verschil zit in de verdelingen van de drie ratiovariabelen voor een kleiner aantal verpleegkundigen. De resultaten hiervan zijn opvallend. Op twee gevallen na is er nergens sprake van een P-waarde lager dan 0.05. Deze twee gevallen zijn:

- Het aantal face-to-facemomenten in wijk 3, en
- De totale tijdsduur per patiënt in wijk 6.

Voor alle andere wijken geldt dus dat de resultaten niet significant zijn zodat er geconcludeerd kan worden dat er in die gevallen geen verschil zit in de verpleegkundigen als we per wijk gaan toetsen. In twee van de zeven wijken is er gebruik gemaakt van de Mann-Whitneytest in plaats van de Kruskal-Wallistest. In deze wijken zijn namelijk per wijk maar twee wijkverpleegkundigen actief. De Mann-Whitneytest is het non-parametrische alternatief voor een two sample t-test.

Na het toetsen van de ratiovariabelen is het nu tijd om de nominale stringvariabelen te toetsen. Elke nominale stringvariabele wordt getoetst op verband met de variabele wijkverpleegkundige. De voorkeurstoets hiervoor is de chikwadraattoets. Als blijkt dat de assumpties voor de chikwadraattoets niet zijn voldaan, zal worden gekozen voor de samenhangsmaat Cramer's V voor nominale variabelen. Voor alle drie de nominale stringvariabelen geldt dat de voorwaarden voor een chikwadraattoets in eerste instantie niet zijn voldaan. In een poging om toch aan deze assumpties te voldoen zijn enkele verpleegkundigen met een totale $N < 5$ weggelaten. Ook in dit geval wordt niet voldaan aan de assumpties van een chikwadraattoets, dus moet er worden uitgeweken naar de samenhangsmaat voor nominale variabelen Cramer's V.

Bij de resultaten van Cramer's V voor de verschillende wijken en het totaal zien we eenzelfde soort patroon als bij de ratiovariabelen. Voor het totaal aan verpleegkundigen en wijken is er een significante samenhang, hoewel de sterkte van deze samenhang niet bijzonder groot is. Voor de drie nominale stringvariabelen zijn de resultaten als volgt:

- Activiteiten/Interventies: Cramer's V = 0.25, $P < 0.001$
- Eindresultaat: Cramer's V = 0.228, $P < 0.001$
- Terugrapportage: Cramer's V = 0.255, $P < 0.001$

Uit deze resultaten kan dus geconcludeerd worden dat er een lichte, significante samenhang is tussen de variabele verpleegkundige en de betreffende afhankelijke variabelen. Inhoudelijk houdt dit in dat er een lichte samenhang is tussen de keuze voor een bepaalde verpleegkundige en de gekozen activiteiten, het eindresultaat en de terugrapportage.

Als we vervolgens per wijk de samenhang gaan bekijken, zien we dat de resultaten anders zijn. Hier zien we dat de samenhang maar in weinig gevallen significant is. Er zijn twee gevallen te vinden waar er wel sprake is van een P-waarde lager dan 0.05. Deze gevallen zijn:

- Het eindresultaat in wijk 3: Cramer's $V = 0.367$, $P = 0.001$
- Het eindresultaat in wijk 4: Cramer's $V = 0.706$, $P = 0.019$

Vooraf de samenhang in wijk 4 valt hier op. Een samenhang van 0.706 is erg sterk, inhoudelijk kan er gezegd worden dat de behandeling door een bepaalde wijkverpleegkundige sterke invloed heeft op het gekozen eindresultaat. In alle andere gevallen is er nergens sprake van een significante samenhang, waardoor de sterkte van de gevonden samenhang niet van toepassing is. Per wijk is er over het algemeen dus geen significante samenhang tussen de behandeling door een bepaalde wijkverpleegkundige en de variabelen activiteiten, eindresultaat en terugrapportage, op twee gevallen na (eindresultaat in wijk 3 en wijk 4).

5. Discussie

In dit hoofdstuk zullen de resultaten uit het vorige hoofdstuk behandeld en besproken worden. Wat betekenen de resultaten precies? Zijn de resultaten naar verwachting of juist niet? De interpretatie van de resultaten en de terugkoppeling naar de theorie vindt hier plaats. De resultaten van dit onderzoek worden hier in het perspectief van de sterke punten en bedreigingen van de onderzoeksopzet geplaatst.

Bij het gekozen research design is de externe validiteit in het algemeen hoog (Babbie, 2010). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de opzet van dit project afwijkt van de reguliere zorg en dat bij een generalisatie naar een populatie men zich moet afvragen naar welke populatie er gegeneraliseerd wordt. De uitkomsten over de verpleegkundigen in dit project zijn bijvoorbeeld niet of weinig van toepassing op verpleegkundigen in ziekenhuizen. Ook is het de vraag in hoeverre er gegeneraliseerd kan worden naar een populatie, bijvoorbeeld de thuiszorg. Zeker omdat het project is opgezet om af te wijken van de “treatment as usual”. Door het significant verschillende organisationele karakter van dit project zal de generalisatie mogelijk niet opgaan. Daarom is de externe validiteit van dit onderzoek enkel hoog in situaties waar de populatie gedefinieerd wordt als een situatie met een gelijkend organisationeel karakter. Voorbeelden hiervan zijn andere ZonMW-projecten die in andere delen van Nederland wijkverpleegkundigen op eenzelfde manier inzetten als dit project. Deze projecten worden in het algemeen opgezet op een manier dat de wijkverpleegkundigen veel professionele vrijheid krijgen. Hier is het echter wel zo dat professionele vrijheid verschillend geïnterpreteerd en toegepast kan worden door zowel de organisatie als de wijkverpleegkundigen. De resultaten van dit onderzoek zijn dan ook niet 1 op 1 toe te passen op andere organisaties. Bij elke vergelijking moeten de organisationele omgeving en de betreffende organisatie in de juiste context worden geplaatst.

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is het gebrekkig of sociaal wenselijk invullen van de patiëntregistraties door de wijkverpleegkundigen. Een mogelijke reden dat wijkverpleegkundigen dit doen is dat ze weinig aandacht besteden aan het invullen omdat het invullen als saai of onnodig wordt ondervonden. Tevens kan het zo zijn dat wijkverpleegkundigen vaak voor dezelfde optie kiezen bij het invullen of bepaalde antwoordopties structureel als niet van toepassing vinden. Er valt te constateren dat sommige antwoordopties bij de variabelen eindresultaat, activiteiten/interventies en terugrapportage niet of nauwelijks zijn ingevuld. Het is echter niet te zeggen of dit komt doordat deze antwoordopties niet van toepassing zijn en dus weggelaten hadden kunnen worden, of doordat de wijkverpleegkundigen deze opties structureel negeerden omdat er te weinig aandacht werd besteed aan het invullen. Uit mijn communicatie met het project heb ik wel vernomen dat het invullen van de patiëntregistraties als een saaie, verplichte taak wordt ondervonden. Het is dus wel degelijk een mogelijkheid dat de wijkverpleegkundigen bepaalde antwoordopties structureel hebben genegeerd doordat de patiëntregistraties haastig en onzorgvuldig zijn ingevuld. Het is ook mogelijk dat de gevonden verdeling van de variabelen zodanig vereenvoudigd is dat deze verdeling niet of minder overeenkomt met de werkelijke situatie. In een gesprek met een aantal verpleegkundigen is mij verteld dat er bij een aantal patiënten sprake is van meervoudige problematiek en dat bij het invullen van de patiëntregistraties de opties worden gekozen die het meest van toepassing zijn. De werkelijke situatie zit dus vaak complexer in elkaar dan de gegevens in de patiëntregistraties doen voorkomen.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat er geen mogelijkheid was om de data vooraf te structureren doordat er gewerkt werd met een bestaande dataset. Hierdoor was de analyse afhankelijk van welke data er beschikbaar was, terwijl dit normaliter andersom is. Namelijk dat de data op een manier wordt verzameld dat deze geschikt is voor de gekozen analysemethode. Hierdoor moesten er concessies worden gedaan bij het selecteren van de onderzoeksopzet en de operationalisatie.

Opvallend aan de resultaten is het verschil tussen het totaal en de uitgesplitste resultaten. Voor het totaal kan gezegd worden dat er een significant verschil zit in de wijkverpleegkundigen voor de zes getoetste variabelen. De 25 wijkverpleegkundigen van dit project hebben dus verschillende handelingspatronen, hoewel hier niet duidelijk is wie de wijkverpleegkundigen zijn die voor dit resultaat zorgen. Vanuit de theorie is er de verwachting dat door de veronderstelde hoge discretionaire ruimte er verschil zit in de handelingspatronen, en deze verwachting wordt bevestigd door deze resultaten.

De resultaten per wijk laten een iets ander beeld zien. Waar er over het geheel gesproken kan worden van een significant verschil, is er in de meeste gevallen binnen de wijk echter geen sprake van een significant verschil tussen de wijkverpleegkundigen. De verklaringen hiervoor gaan de opzet van dit onderzoek te buiten, maar enkele speculaties zijn hierover wel mogelijk. Zo kan het zijn dat er de verpleegkundigen binnen een wijk meer contact hebben met elkaar dan met wijkverpleegkundigen buiten de wijk waar ze werkzaam zijn. Door deze contacten worden voor de wijkverpleegkundigen de handelingspatronen van elkaar duidelijk. Deze kennis kan invloed hebben op de keuzes die een verpleegkundige in dagelijkse situaties maakt. Er kan dus sprake zijn van een interactie-effect.

Het totaal van 943 patiëntregistraties is gereduceerd tot 532 door alleen de afgeronde contacten te selecteren. Desondanks heeft dit een goede basis voor statistische analyse geboden. Doordat bepaalde antwoordopties van de nominale variabelen nauwelijks waren vertegenwoordigd, waren chikwadraattoetsen niet mogelijk. Hercoderen van deze nominale variabelen was niet mogelijk, daarom moest worden uitgeweken naar de samenhangsmaat Cramer's V voor nominale variabelen. Ook bij de ratiovariabelen moest worden uitgeweken naar een andere analysemethode, omdat de ratiovariabelen niet normaal verdeeld zijn. Deze methoden hebben echter niet de voorkeur en het is enigszins teleurstellend dat voor zowel de nominale als de ratiovariabelen moest worden uitgeweken naar het alternatief.

De insteek van het project is om de wijkverpleegkundigen een hoge mate van professionele autonomie te geven. Ook in andere takken van de zorg wordt het belang van professionele autonomie duidelijk. Zo blijkt uit onderzoek van Papathanassoglou et al. (2012) dat professionele autonomie voor verpleegkundigen op intensive care-afdelingen leidt tot een betere verhouding tussen dokter en verpleegkundige, hogere werktevredenheid van verpleegkundigen en lagere mate van *moral distress* van verpleegkundigen. Het bewust verlenen van professionele autonomie aan verpleegkundigen is dus een ontwikkeling die zich in meerdere gebieden van de zorg afspeelt.

Dit onderzoek heeft laten zien dat er in dit project naast discretionaire ruimte *de jure* in het algemeen ook sprake is van discretionaire ruimte *de facto*. Oftewel, de wijkverpleegkundigen in dit project maken gebruik van de professionele autonomie die hen is gegund. De constatering dat de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen op wijkniveau nauwelijks verschillen is een opvallende. Hoewel uit dit onderzoek niet blijkt wat de oorzaken hiervan zijn, kan er wel gezegd worden dat er blijkbaar verschillende factoren invloed hebben op de discretionaire ruimte *de facto*. Het simpelweg verlenen van discretionaire ruimte *de jure* leidt niet altijd tot discretionaire ruimte *de facto*. Hieruit blijkt dat discretionaire ruimte een complex fenomeen is en in verschillende gradaties voorkomt, dit sluit aan bij de bevindingen van Evans & Harris (2004).

De resultaten van dit onderzoek geven inzicht in de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen van dit project en vergelijkbare projecten. Dit onderzoek heeft niet als doel om het succes van het project te beoordelen of de wijkverpleegkundigen te beoordelen op hun werk. Centraal staat het beschrijvende aspect waarin duidelijk wordt of wijkverpleegkundigen verschillende handelingspatronen hanteren in een project als dit. Doordat deze projecten pas relatief kort geleden van start zijn gegaan, is er nog weinig bekend over deze projecten en dit onderzoek verkent het onbekende terrein waar deze projecten actief in zijn.

6. Conclusie

Dan nu de afronding van het onderzoek. Hier is het tijd voor beantwoording van de hoofd- en deelvragen en de afsluiting van het verslag. De eerste deelvraag is reeds beantwoord in het theoretisch kader, dus hieronder zullen de tweede en derde deelvraag beantwoord worden. De tweede deelvraag luidt:

“Wat zijn de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen van dit project?”

De wijkverpleegkundigen van dit project zorgen in eerste instantie het vaakst (38.1%) voor een inventarisatie van de problematiek en de zorgvraag. Het meest voorkomende eindresultaat (34.7%) is dat een patiënt wordt doorgeleid naar andere zorg of hulp met terugrapportage aan de huisarts in 67.5% van de gevallen. Gemiddeld besteedt een wijkverpleegkundige 7.95 uur aan een patiënt in 2.27 contactmomenten. Dat is 3.502 uur per contactmoment. Er zit gemiddeld 6.29 weken tussen het eerste en laatste contact. Op basis van deze gegevens kan gezegd worden dat de wijkverpleegkundigen van dit project een doorsluisfunctie hebben. De wijkverpleegkundige kan hier worden beschouwd als een extensie van de huisarts die een veelheid aan gevallen oppikt en deze kortlopende zorg verleent. Uit mijn communicatie met het project begreep ik dat de wijkverpleegkundigen in nauw contact staan met de huisartsen, en de gegevens over de terugrapportage bevestigen dit. De derde deelvraag luidt:

“Wat is het verband tussen de theoretische achtergrond van de professionele handelingsvrijheid van de wijkverpleegkundigen en de empirische resultaten over de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen?”

Het kernbegrip bij de aanpak van dit project is discretionaire ruimte. Door deze opzet kan er worden gesproken van discretionaire ruimte *de jure*. De wijkverpleegkundigen krijgen immers bewust professionele vrijheid vanuit het management. De vraag is of er dan ook discretionaire ruimte *de facto* is. Het antwoord hierop is: ja. De theorie van Hasenfeld (2007) over loosely-coupled systems is hier van toepassing. Dit project heeft als samenwerkingsproject tussen twee organisaties een losse structuur waar de lijnen van autoriteit niet altijd zichtbaar zijn. De verpleegkundigen van dit project zijn officieel in dienst bij een thuiszorgorganisatie, maar in de praktijk is er meer terugkoppeling naar de huisarts dan naar de thuiszorgorganisatie. De lijnen van autoriteit en verantwoording zijn dus los gestructureerd. Doordat er geen directe verantwoording hoeft te worden afgelegd, beschikken de wijkverpleegkundigen van dit project ook over discretionaire ruimte *de facto*.

Nu de deelvragen zijn beantwoord, kan worden vervolgd met beantwoording van de hoofdvraag. De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

“In hoeverre zijn er verschillen in handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen in het betreffende project in de periode januari 2010 tot december 2012?”

Over het gehele project gezien kan er gesproken worden van significante verschillen tussen de wijkverpleegkundigen van dit project, maar als er uitgesplitst wordt naar wijk verdwijnen deze verschillen grotendeels. De conclusie hiervan is dus dat er wel degelijk verschillen zijn in de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen, maar dat deze verschillen verdwijnen als er per wijk naar de handelingspatronen wordt gekeken. Het is mogelijk dat er hier sprake is van een interactie-effect tussen de wijkverpleegkundigen, maar die conclusie kan niet worden getrokken op basis van dit onderzoek. Er zijn dus tot op zekere hoogte verschillen in de handelingspatronen van de wijkverpleegkundigen.

Tevens kan het zo zijn dat de verschillen op wijkniveau verdwijnen doordat de wijkverpleegkundigen hun handelen afstemmen op de problemen in een wijk. De wijken waarin dit project actief is hebben allemaal hun eigen problematiek en er wordt getracht de aanpak van de wijkverpleegkundigen af te stemmen op de problemen in een wijk. Dit zou verklaren waarom de wijkverpleegkundigen over het geheel gezien verschillend handelen maar op wijkniveau meer dezelfde handelingspatronen vertonen. Het zou echter voorbarig zijn om deze conclusie te trekken op basis van dit onderzoek, hiervoor is meer onderzoek vereist. Deze verklaring is op dit moment enkel een speculatie.

Deze resultaten zijn in principe in lijn met de verwachting vanuit de theorie. Over het geheel blijkt namelijk dat de wijkverpleegkundigen weldegelijk gebruik maken van de discretionaire ruimte. Naast discretionaire ruimte *de jure* blijkt dus dat er ook sprake is van discretionaire ruimte *de facto*. Dat de verschillen verdwijnen als de analyses op wijkniveau worden gedaan, is niet volgens verwachting vanuit de theorie. De verwachting was dat er ook hier sprake zou zijn van verschillen, terwijl dat niet het geval is. Een mogelijke verklaring is in de vorige paragraaf gegeven, maar er zijn verschillende oorzaken hiervoor mogelijk en het is dan ook aan te bevelen extra onderzoek te doen naar de oorzaken hiervan.

Dit onderzoek heeft geprobeerd de gevolgen van de aanpak van dit project voor de wijkverpleegkundigen te verduidelijken. Dit is tot op zekere hoogte gelukt, maar de inhoudelijke conclusies zijn in hun aard beperkt door het descriptieve karakter van het onderzoek. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar projecten als deze. Zeker nu er in het hele land vergelijkbare projecten actief zijn is het de moeite waard om deze projecten nader te onderzoeken. Mogelijk vervolgonderzoek kan bestaan uit evaluatieonderzoek naar het succes van deze projecten en factoren die voor het wel of niet halen van de doelstellingen zorgen. Daarnaast zou een vergelijkend onderzoek met de reguliere zorg een goede stap zijn. Uit een dergelijk onderzoek kan worden opgemaakt wat precies de meerwaarde van een project als dit is. De ervaringen van zowel de verpleegkundigen als de patiënten zijn voor zo'n vergelijkend onderzoek zeer waardevol, hoewel hier dan wel de privacy van de patiënten en verpleegkundigen moet worden gewaarborgd. Dit vergelijkende onderzoek kan zowel kwalitatief van aard zijn in de vorm van interviews, maar een kwantitatief onderzoek met enquêtes is zeker ook een mogelijkheid.

Referenties

- Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research*. Belmont: Wadsworth.
- Bles, v. d., W. . (2012). Klijnsma wil met zorgplan vrouwen verleiden tot herintreden, *Trouw*. Retrieved from <http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/3305146/2012/08/23/Klijnsma-wil-met-zorgplan-vrouwen-verleiden-tot-herintreden.dhtml>
- Evan, W. M. (1965). Toward a Theory of Inter-Organizational Relations. *Management Science*, 11(10), B217-B230.
- Evans, T. (2010). *Professional Discretion in Welfare Services: Beyond Street-level Bureaucracy*. Farmham: Ashgate.
- Evans, T. (2011). Professionals, Managers and Discretion: Critiquing Street-Level Bureaucracy. *British Journal of Social Work*, 41(2), 368-386. doi: Doi 10.1093/Bjsw/Bcq074
- Evans, T., & Harris, J. (2004). Street-level bureaucracy, social work and the (Exaggerated) death of discretion. *British Journal of Social Work*, 34(6), 871-895. doi: Doi 10.1093/Bjsw/Bch106
- Gerring, J. (2012). *Social Science Methodology: a Unified Framework*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hasenfeld, Y. (2007). *Human Service Organizations*. Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. S. (2008). *Uitvoering Motie Hamer*. Den Haag: Retrieved from <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/12/23/uitvoering-motie-hamer.html>.
- Molander, A., Grimen, H., & Eriksen, E. O. (2012). Professional Discretion and Accountability in the Welfare State. *Journal of Applied Philosophy*, 29(3), 214-230. doi: DOI 10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x
- Papathanassoglou, E. D. E., Karanikola, M. N. K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J. W. (2012). Professional Autonomy, Collaboration with Physicians, and Moral Distress among European Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2), E41-E52. doi: Doi 10.4037/Ajcc2012205
- Pardasani, M. (2011). Professional Discretion in Welfare Services: Beyond Street-Level Bureaucracy. *International Journal of Social Welfare*, 20(4), 439-440. doi: DOI 10.1111/j.1468-2397.2011.00787.x
- Powell, W. W. (1990). Neither Market nor Hierarchy - Network Forms of Organization. *Research in Organizational Behavior*, 12, 295-336.
- Svennson, J., Trommel, W., & Lantink, T. (2008). Reemployment services in the netherlands: A comparative study of bureaucratic, market, and network forms of organization. *Public Administration Review*, 68(3), 505-515.
- Trusty, T., & Cerveney, L. K. (2012). The role of discretion in recreation decision-making by resource professionals in the USDA Forest Service. *Journal of Environmental Management*, 107, 114-123. doi: DOI 10.1016/j.jenvman.2012.04.021
- van Aken, J. E., Berends, H., & van der Bij, H. (2007). *Problem Solving in Organizations*. New York: Cambridge University Press.
- Warren, R. L. (1967). Interorganizational Field as a Focus for Investigation. *Administrative Science Quarterly*, 12(3), 396-419.
- ZonMW. (2009). Uitvoeringsprogramma Zichtbare schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt Retrieved 04-09, 2012, from http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Programmatekst_Zichtbare_schakel_september_2009_1_.pdf

Bijlagen

Overzicht van de tabellen

Tabel 1: typen van Human Service Organizations (Hasenfeld, 2007)	8
Tabel 2: aantal patiënten per wijk.....	13
Tabel 3: gemiddelde en standaardafwijking van de ratiovariabelen	26
Tabel 4: totale tijdsduur per wijkverpleegkundige in uren	26
Tabel 5: aantal weken tussen eerste en laatste contact per wijkverpleegkundige	27
Tabel 6: aantal face-to-face momenten per wijkverpleegkundige	27
Tabel 7: totale tijdsduur per wijk in uren	28
Tabel 8: aantal weken tussen eerste en laatste contact per wijk	28
Tabel 9: aantal face-to-face momenten per wijk	28
Tabel 10: toetsen op normaliteit.....	28
Tabel 11: frequentieverdeling van de variabele eindresultaat	29
Tabel 12: frequentieverdeling van de variabele activiteiten/interventies	29
Tabel 13: frequentieverdeling van de variabele terugrapportage	30
Tabel 14: uitsplitsing activiteiten per wijkverpleegkundige	31
Tabel 15: legenda activiteiten/interventies	31
Tabel 16: uitsplitsing eindresultaat per wijkverpleegkundige	32
Tabel 17: legenda eindresultaat.....	32
Tabel 18: uitsplitsing terugrapportage per wijkverpleegkundige	33
Tabel 19: legenda terugrapportage.....	33
Tabel 20: uitsplitsing activiteiten per wijk.....	34
Tabel 21: uitsplitsing eindresultaat per wijk	34
Tabel 22: uitsplitsing terugrapportage per wijk	35
Tabel 23: chikwadraattoets activiteiten/interventies	36
Tabel 24: chikwadraattoets activiteiten/interventies na weghalen verpleegkundigen met lage N	36
Tabel 25: non-parametrisch alternatief voor activiteiten/interventies	36
Tabel 26: chikwadraattoets eindresultaat	37
Tabel 27: chikwadraattoets eindresultaat na weghalen verpleegkundigen met lage N.....	37
Tabel 28: non-parametrisch alternatief voor eindresultaat.....	37
Tabel 29: chikwadraattoets terugrapportage	38
Tabel 30: chikwadraattoets terugrapportage na weghalen verpleegkundigen met lage N	38
Tabel 31: non-parametrisch alternatief voor terugrapportage	38
Tabel 32: non-parametrisch alternatief voor activiteiten, eindresultaat en terugrapportage per wijk	39
Tabel 33: non-parametrisch alternatief voor de ratiovariabelen	40
Tabel 34: non-parametrisch alternatief voor de ratiovariabelen uitgesplitst per wijk.....	40

A. Verdeling van ratiovariabelen

Tabel 3: gemiddelde en standaardafwijking van de ratiovariabelen

	N	Gemiddelde	Standaardafwijking
Totale tijdsduur per klant in uren	506	7,951	10,7333
Aantal face-to-face momenten client	191	2,27	2,458
Weken verstreken tussen 1e en afrondende contact	471	6,29	10,202

Tabel 4: totale tijdsduur per wijkverpleegkundige in uren

Wijkverpleegkundige	Gemiddelde	N	Standaardafwijking
1	8,573	24	9,0522
3	5,080	66	4,9777
5	9,536	14	11,5167
6	13,659	22	17,6187
7	6,190	21	5,6247
8	7,992	33	7,7735
9	14,469	8	16,9302
10	4,483	15	4,2496
12	3,860	25	3,4702
13	11,833	24	19,2572
14	4,528	9	3,8980
16	9,929	20	16,2296
17	9,096	13	11,8029
19	6,138	52	9,7263
22	6,188	32	4,5232
23	6,321	7	8,2522
24	19,284	29	17,9329
25	7,713	47	7,5020
Totaal	8,184	461 ¹	11,0831

¹ De N is hier verlaagd van 506 naar 461 omdat enkele verpleegkundigen met een N < 5 zijn weggelaten en omdat er bij enkele patiënten geen wijkverpleegkundige is ingevuld terwijl er wel een tijdsduur is ingevuld.

Tabel 5: aantal weken tussen eerste en laatste contact per wijkverpleegkundige

Wijkverpleegkundige	Gemiddelde	N	Standaardafwijking
1	7,99	25	8,640
3	5,73	66	12,393
5	6,28	13	7,331
6	7,30	13	19,387
7	7,81	20	12,082
8	8,01	33	8,729
9	6,94	5	9,355
10	12,74	14	16,812
12	6,01	24	10,163
13	3,97	17	4,016
14	14,29	9	23,354
16	3,42	20	4,976
17	3,51	10	5,148
19	5,47	57	7,704
22	3,41	33	4,920
23	5,05	3	5,654
24	11,86	21	13,615
25	5,83	44	7,108
Totaal	6,50	427 ²	10,461

Tabel 6: aantal face-to-face momenten per wijkverpleegkundige

Wijkverpleegkundige	Gemiddelde	N	Standaardafwijking
3	2,09	35	1,597
6	1,31	13	2,016
7	2,00	5	1,414
8	3,95	22	3,811
12	1,91	23	1,832
19	5,44	9	3,609
25	2,16	45	2,611
Totaal	2,48	152 ³	2,687

² De N is hier verlaagd van 471 naar 427 omdat enkele verpleegkundigen met een N < 5 zijn weggelaten en omdat er bij enkele patiënten geen wijkverpleegkundige is ingevuld terwijl het aantal weken tussen het eerste en laatste contact wel is ingevuld.

³ Deze N is sterk verlaagd doordat deze variabele door de wijkverpleegkundige gebrekkig is ingevuld.

Tabel 7: totale tijdsduur per wijk in uren

Wijk	Gemiddelde	N	Standaardafwijking
1	8,237	57	8,2625
2	11,396	53	14,6674
3	6,882	104	10,1892
4	3,935	27	3,3852
5	6,372	39	7,8191
6	13,613	73	16,6828
7	5,788	153	6,0007
Totaal	7,951	506	10,7333

Tabel 8: aantal weken tussen eerste en laatste contact per wijk

Wijk	Gemiddelde	N	Standaardafwijking
1	8,00	58	8,614
2	5,78	33	12,869
3	4,48	110	6,556
4	5,70	26	9,814
5	10,53	37	15,989
6	9,13	57	12,106
7	5,04	150	9,334
Totaal	6,29	471	10,202

Tabel 9: aantal face-to-face momenten per wijk

Wijk	Gemiddelde	N	Standaardafwijking
1	3,91	23	3,728
2	1,20	20	1,673
3	3,75	16	3,376
4	1,88	25	1,764
5	1,60	5	,548
7	2,01	102	2,012
Totaal	2,27	191	2,458

Tabel 10: toetsen op normaliteit

	Shapiro-Wilk: toets op normaliteit		
	Waarde	Vrijheidsgraden	Significantie
Totale tijdsduur per klant in uren	0.618	506	0.000
Weken verstreken tussen 1e en afrondende contact	0.633	471	0.000
Aantal face-to-face momenten client	0.726	191	0.000

B. Verdeling van nominale variabelen

Tabel 11: frequentieverdeling van de variabele eindresultaat

Eindresultaat		Aantal	Percentage	Valide Percentage
	Anders, namelijk...	148	15,7%	27,9%
	Client heeft (meer) regie over eigen leven	91	9,7%	17,1%
	Doorgeleid naar andere zorg/hulp	184	19,5%	34,7%
	Doorgeleid naar gezondheidsbevorderende activiteiten (cursussen, bewegen, etc.)	5	0,5%	0,9%
	Doorgeleid naar sociale activiteiten (vrijwilligerswerk, buurtcentrum, etc)	9	1,0%	1,7%
	Formele zorg is (beter) georganiseerd	51	5,4%	9,6%
	Formele zorg is (deels) afgebouwd	1	0,1%	0,2%
	Informele zorg is (meer) betrokken	15	1,6%	2,8%
	Mantelzorg heeft ondersteuning gekregen/is ontlast	27	2,9%	5,1%
	Total	531	56,3%	100,0%
	Missing	412	43,7%	
Totaal		943	100,0%	

Tabel 12: frequentieverdeling van de variabele activiteiten/interventies

Activiteiten/interventies		Aantal	Percentage	Valide Percentage
	Afstemming met hulpverlening en instanties	44	4,7%	5,5%
	Anders, nl...	26	2,8%	3,3%
	Bemiddelen/betrekken familie en informele zorg	11	1,2%	1,4%
	Inventarisatie problematiek, zorgvragen	305	32,3%	38,1%
	Praktische ondersteuning bieden/regelen	158	16,8%	19,8%
	Regie/coördinatie van zorgproces naar (informele) zorg en instanties	19	2,0%	2,4%
	Toeleiding naar juiste hulp en instanties	122	12,9%	15,3%
	Voorlichting en advies	93	9,9%	11,6%
	Vroegsignalering/screening op gezondheidsproblemen	22	2,3%	2,8%
	Total	800	84,8%	100,0%
	Missing	143	15,2%	
Totaal		943	100,0%	

Tabel 13: frequentieverdeling van de variabele terugrapportage

Terugrapportage		Aantal	Percentage	Valide Percentage
	Anders, nl	44	4,7%	9,5%
	Buurtbewoner	1	0,1%	0,2%
	Cliënt zelf	4	0,4%	0,9%
	Een andere zorgverlener	27	2,9%	5,8%
	Huisarts	312	33,1%	67,5%
	Vrouwencentrum	1	0,1%	0,2%
	GGZ-Organisatie	4	0,4%	0,9%
	Mantelzorger	1	0,1%	0,2%
	POH'er	18	1,9%	3,9%
	Sociale dienst	1	0,1%	0,2%
	Thuiszorg	1	0,1%	0,2%
	Wijkagent	3	0,3%	0,6%
	Wijkverpleegkundige	43	4,6%	9,3%
	Organisatie voor thuiszorg, wonen en welzijn	2	0,2%	0,4%
	Total	462	49,0%	100,0%
	Missing	481	51,0%	
Totaal		943	100,0%	

Tabel 14: uitsplitsing activiteiten per wijkverpleegkundige

	Activiteiten/ interventies									
Wijkverpleegkundige	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totaal
1	0	1	0	12	0	0	4	2	1	20
3	4	3	0	31	7	0	9	8	2	64
4	0	0	0	2	1	0	1	0	0	4
5	3	0	0	4	2	0	4	0	0	13
6	5	1	0	6	1	1	2	0	1	17
7	1	0	0	7	6	0	3	3	0	20
8	1	1	0	14	7	0	6	5	0	34
9	0	0	0	2	3	0	1	0	0	6
10	1	0	0	3	7	1	1	0	1	14
11	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
12	1	0	0	7	7	0	5	4	0	24
13	0	2	0	10	4	0	4	1	0	21
14	3	1	1	1	2	0	1	0	0	9
16	2	1	0	5	1	1	6	4	0	20
17	1	1	0	4	0	0	1	0	0	7
18	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
19	0	1	1	12	15	3	9	4	1	46
21	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
22	1	1	1	6	7	1	6	9	1	33
23	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3
24	3	0	4	6	3	1	11	0	0	28
25	0	1	0	22	15	0	1	6	0	45
Totaal	26	14	7	158	90	8	77	46	7	433

Tabel 15: legenda activiteiten/interventies

1	Afstemming met hulpverlening en instanties
2	Anders, nl...
3	Bemiddelen/betrekken familie en informele zorg
4	Inventarisatie problematiek, zorgvragen
5	Praktische ondersteuning bieden/regelen
6	Regie/coördinatie van zorgproces naar (informele) zorg en instanties
7	Toeleiding naar juiste hulp en instanties
8	Voorlichting en advies
9	Vroegsignalering/screening op gezondheidsproblemen

Tabel 16: uitsplitsing eindresultaat per wijkverpleegkundige

		Eindresultaat activiteiten / interventies									Totaal
Wijkverpleegkundige	1	8	3	5	1	1	2	0	0	4	24
	3	21	10	26	0	1	1	1	2	4	66
	4	0	0	2	0	0	0	0	0	2	4
	5	4	4	3	0	0	2	0	0	1	14
	6	7	4	6	0	0	4	0	1	0	22
	7	3	5	9	0	0	2	0	0	2	21
	8	12	6	5	1	0	8	0	1	1	34
	9	4	1	3	0	0	0	0	0	0	8
	10	2	5	3	0	0	1	0	1	3	15
	11	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	12	13	2	6	0	0	3	0	1	0	25
	13	6	5	9	0	0	2	0	1	1	24
	14	0	0	4	0	0	4	0	0	1	9
	16	1	3	19	0	0	0	0	1	0	24
	17	3	3	7	0	0	0	0	0	0	13
	18	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	19	19	15	13	0	5	9	0	1	1	63
	21	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3
	22	16	6	12	0	2	2	0	1	1	40
	23	0	2	2	0	0	2	0	0	1	7
	24	11	3	9	2	0	1	0	2	1	29
	25	10	9	24	0	0	1	0	2	1	47
Totaal		141	86	171	4	9	44	1	14	25	495

Tabel 17: legenda eindresultaat

1	Anders, namelijk...
2	Client heeft (meer) regie over eigen leven
3	Doorgeleid naar andere zorg/hulp
4	Doorgeleid naar gezondheidsbevorderende activiteiten (cursussen, bewegen, etc.)
5	Doorgeleid naar sociale activiteiten (vrijwilligerswerk, buurtcentrum, etc)
6	Formele zorg is (beter) georganiseerd
7	Formele zorg is (deels) afgebouwd
8	Informele zorg is (meer) betrokken
9	Mantelzorg heeft ondersteuning gekregen/is ontlast

Tabel 18: uitsplitsing terugrapportage per wijkverpleegkundige

		Terugrapportage aan														Totaal
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Wijkverpleegkundige	1	3	0	0	1	17	0	1	0	1	0	0	0	2	0	25
	3	3	0	0	1	44	0	0	0	4	0	0	0	2	0	54
	4	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	5	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	6	6	0	0	1	14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	22
	7	2	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	0	5	0	18
	8	2	0	0	2	23	0	0	0	0	0	0	0	6	0	33
	9	1	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	2	0	8
	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	11	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	12	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
	13	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	4	0	20
	14	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	16	0	0	0	1	14	0	0	0	0	1	0	0	1	0	17
	17	1	0	0	0	10	0	1	0	0	0	0	0	0	0	12
	19	0	0	1	3	24	0	0	1	3	0	0	0	5	0	37
	21	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	22	0	1	1	2	15	1	1	0	4	0	0	0	3	0	28
	23	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	3	0	7
	24	6	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0	4	0	28
25	8	0	1	0	34	0	0	0	0	0	1	0	1	2	47	
Totaal		36	1	3	18	253	1	4	1	12	1	1	2	41	2	376

Tabel 19: legenda terugrapportage

1	Anders, nl
2	Buurtbewoner
3	Cliënt zelf
4	Een andere zorgverlener
5	Huisarts
6	Vrouwencentrum
7	GGZ-Organisatie
8	Mantelzorger
9	POH'er
10	Sociale dienst
11	Thuiszorg
12	Wijkagent
13	Wijkverpleegkundige
14	Organisatie voor thuiszorg, wonen en welzijn

Tabel 20: uitsplitsing activiteiten per wijk

		Wijk							Totaal
		1	2	3	4	5	6	7	
Activiteiten/ interventies	Afstemming met hulpverlening en instanties	1	6	3	1	7	4	6	28
	Anders, nl...	2	2	3	0	1	2	5	15
	Bemiddelen/betrekken familie en informele zorg	0	0	2	0	1	4	0	7
	Inventarisatie problematiek, zorgvragen	26	16	23	7	8	24	69	173
	Praktische ondersteuning bieden/regelen	7	5	23	8	11	12	28	94
	Regie/coördinatie van zorgproces naar (informele) zorg en instanties	0	1	5	0	1	1	0	8
	Toeleiding naar juiste hulp en instanties	10	4	21	6	7	18	14	80
	Voorlichting en advies	7	1	17	4	0	3	24	56
	Vroegsignalering/screening op gezondheidsproblemen	1	1	2	0	1	0	2	7
Totaal		54	36	99	26	37	68	148	468

Tabel 21: uitsplitsing eindresultaat per wijk

		Wijk							Totaal
		1	2	3	4	5	6	7	
Eindresultaat activiteiten /interventies	Anders, namelijk...	20	14	36	14	6	19	39	148
	Client heeft (meer) regie over eigen leven	9	10	24	2	9	11	26	91
	Doorgeleid naar andere zorg/hulp	10	21	44	6	11	27	65	184
	Doorgeleid naar gezondheidsbevorderende activiteiten (cursussen, bewegen, etc.)	2	0	0	0	0	2	1	5
	Doorgeleid naar sociale activiteiten (vrijwilligerswerk, buurtcentrum, etc)	1	0	7	0	0	0	1	9
	Formele zorg is (beter) georganiseerd	10	7	11	3	7	5	8	51
	Formele zorg is (deels) afgebouwd	0	0	0	0	0	0	1	1
	Informele zorg is (meer) betrokken	1	1	3	1	1	3	5	15
	Mantelzorg heeft ondersteuning gekregen/is ontlast	5	1	2	1	5	6	7	27
Totaal		58	54	127	27	39	73	153	531

Tabel 22: uitsplitsing terugrapportage per wijk

		Wijk							Totaal
		1	2	3	4	5	6	7	
Terugrapportage aan	Anders, nl	5	9	0	0	3	8	12	37
	Buurtbewoner	0	0	1	0	0	0	0	1
	Cliënt zelf	0	0	2	0	0	0	2	4
	Een andere zorgverlener	3	1	6	0	6	0	2	18
	Huisarts	40	34	53	1	0	44	107	279
	Vrouwencentrum	0	0	1	0	0	0	0	1
	GGZ-Organisatie	1	2	1	0	0	0	0	4
	Mantelzorger	0	0	1	0	0	0	0	1
	POH'er	1	0	7	0	0	0	6	14
	Sociale dienst	0	0	1	0	0	0	0	1
	Thuiszorg	0	0	0	0	0	0	1	1
	Wijkagent	0	2	0	0	0	0	0	2
	Wijkverpleegkundige	8	5	9	3	0	13	3	41
	Organisatie voor thuiszorg, wonen en welzijn	0	0	0	0	0	0	2	2
Totaal		58	53	82	4	9	65	135	406

C. Toetsen van de nominale variabelen

Tabel 23: chikwadraattoets activiteiten/interventies

Chikwadraattoets			
	Waarde	df	Significantie (tweezijdig)
Pearson Chikwadraat	224,844 ^a	168	,002
N	433		
a. 173 cellen (87,4%) hebben een verwachte waarde lager dan 5. De kleinste verwachte waarde is ,02.			

Tabel 24: chikwadraattoets activiteiten/interventies na weghalen verpleegkundigen met lage N

Chikwadraattoets			
	Waarde	df	Significantie (tweezijdig)
Pearson Chikwadraat	212,480 ^a	136	,000
N	425		
a. 137 cellen (84,6%) hebben een verwachte waarde lager dan 5 ^{De} kleinste verwachte waarde is ,07.			

Tabel 25: non-parametrisch alternatief voor activiteiten/interventies⁴

	Waarde	Significantie
Cramer's V	,250	,000
N	425	

⁴ De assumpties dat maximaal 20% van de cellen een verwachte waarde lager dan 5 heeft en dat voor elke cel de verwachte waarde minstens 1 is zijn niet voldaan.

Tabel 26: chikwadraattoets eindresultaat

Chikwadraattoets			
	Waarde	df	Significantie (tweezijdig)
Pearson Chikwadraat	217,704 ^a	168	,006
N	495		
a. 165 cellen (83,3%) hebben een verwachte waarde lager dan 5. De kleinste verwachte waarde is ,00.			

Tabel 27: chikwadraattoets eindresultaat na weghalen verpleegkundigen met lage N

Chikwadraattoets			
	Waarde	df	Significantie (tweezijdig)
Pearson Chikwadraat	200,295 ^a	136	,000
N	482		
a. 129 cells (79,6%) hebben een verwachte waarde lager dan 5. De kleinste verwachte waarde is ,01.			

Tabel 28: non-parametrisch alternatief voor eindresultaat⁵

	Waarde	Significantie
Cramer's V	,228	,000
N	482	

⁵ De assumpties dat maximaal 20% van de cellen een verwachte waarde lager dan 5 heeft en dat voor elke cel de verwachte waarde minstens 1 is zijn niet voldaan.

Tabel 29: chikwadraattoets terugrapportage

Chikwadraattoets			
	Waarde	df	Significantie (tweezijdig)
Pearson Chikwadraat	411,800 ^a	260	,000
N	376		
a. 278 cellen (94,6%) hebben een verwachte waarde lager dan 5. De kleinste verwachte waarde is ,01.			

Tabel 30: chikwadraattoets terugrapportage na weghalen verpleegkundigen met lage N

Chikwadraattoets			
	Waarde	df	Significantie (tweezijdig)
Pearson Chikwadraat	309,024 ^a	221	,000
N	365		
a. 237 cellen (94,0%) hebben een verwachte waarde lager dan 5. De kleinste verwachte waarde is ,01.			

Tabel 31: non-parametrisch alternatief voor terugrapportage⁶

	Waarde	Significantie
Cramer's V	,255	,000
N	365	

⁶ De assumpties dat maximaal 20% van de cellen een verwachte waarde lager dan 5 heeft en dat voor elke cel de verwachte waarde minstens 1 is zijn niet voldaan.

Tabel 32: non-parametrisch alternatief voor activiteiten, eindresultaat en terugrapportage per wijk

Wijk	Variabele	Samenhangsmaat	Waarde	N	Significantie
1	Activiteiten/Interventies	Cramer's V	0.378	54	0.259
	Eindresultaat	Cramer's V	0.364	58	0.359
	Terugrapportage	Cramer's V	0.276	58	0.491
2	Activiteiten/Interventies	Cramer's V	0.391	33	0.651
	Eindresultaat	Cramer's V	0.348	50	0.257
	Terugrapportage	Cramer's V	0.390	49	0.100
3	Activiteiten/Interventies	Cramer's V	0.290	99	0.405
	Eindresultaat	Cramer's V	0.367	127	0.001
	Terugrapportage	Cramer's V	0.312	82	0.593
4	Activiteiten/Interventies	Cramer's V	0.273	26	0.747
	Eindresultaat	Cramer's V	0.706	27	0.019
	Terugrapportage	Cramer's V	0.333	4	0.505
5	Activiteiten/Interventies	Cramer's V	0.494	36	0.229
	Eindresultaat	Cramer's V	0.434	38	0.159
	Terugrapportage	Cramer's V	0.500	9	0.325
6	Activiteiten/Interventies	Cramer's V	0.356	68	0.212
	Eindresultaat	Cramer's V	0.319	73	0.221
	Terugrapportage	Cramer's V	0.270	65	0.149
7	Activiteiten/Interventies	Cramer's V	0.281	114	0.117
	Eindresultaat	Cramer's V	0.173	118	0.934
	Terugrapportage	Cramer's V	0.326	106	0.068

D. Toetsen van de ratiovariabelen

Tabel 33: non-parametrisch alternatief voor de ratiovariabelen

Variabele	Toets	Significantie
Aantal face-to-face momenten	Kruskal-Wallis	0.016
Aantal weken tussen eerste en laatste contact	Kruskal-Wallis	0.050
Tijdsduur per patiënt	Kruskal-Wallis	0.000

Tabel 34: non-parametrisch alternatief voor de ratiovariabelen uitgesplitst per wijk

Wijk	Variabele	Toets	Significantie
1	Aantal face-to-face momenten	Mann-Whitney	1.000
	Aantal weken tussen eerste en laatste contact	Mann-Whitney	0.912
	Tijdsduur per patiënt	Mann-Whitney	0.821
2	Aantal face-to-face momenten	Kruskal-Wallis	0.817
	Aantal weken tussen eerste en laatste contact	Kruskal-Wallis	0.616
	Tijdsduur per patiënt	Kruskal-Wallis	0.517
3	Aantal face-to-face momenten	Kruskal-Wallis	0.022
	Aantal weken tussen eerste en laatste contact	Kruskal-Wallis	0.540
	Tijdsduur per patiënt	Kruskal-Wallis	0.160
4	Aantal face-to-face momenten	Mann-Whitney	1.000
	Aantal weken tussen eerste en laatste contact	Mann-Whitney	0.812
	Tijdsduur per patiënt	Mann-Whitney	0.462
5	Aantal face-to-face momenten	Kruskal-Wallis	0.311
	Aantal weken tussen eerste en laatste contact	Kruskal-Wallis	0.953
	Tijdsduur per patiënt	Kruskal-Wallis	0.311
6	Aantal face-to-face momenten	Kruskal-Wallis	-
	Aantal weken tussen eerste en laatste contact	Kruskal-Wallis	0.058
	Tijdsduur per patiënt	Kruskal-Wallis	0.010
7	Aantal face-to-face momenten	Kruskal-Wallis	0.509
	Aantal weken tussen eerste en laatste contact	Kruskal-Wallis	0.335
	Tijdsduur per patiënt	Kruskal-Wallis	0.057