

**DIE TOEPASSING VAN
GESONDHEIDSORGBESTUUR DEUR
SAMEWERKING TUSSEN GINEKOLOë EN
PRIVAAT VROEDVROUE**

deur

Elizabeth Gouws

SKRIPSIE

voorgelê ter gedeeltelike vervulling vir die graad

MAGISTER CURATIONIS

in

 UNIVERSITY
JOHANNESBURG
VERLOSKUNDE EN NEONATOLOGIE

in die

**FAKULTEIT OPVOEDKUNDE EN
VERPLEEGKUNDE**

aan die

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT

Studieleier: Prof. A.G.W.Nolte
November 1999

ERKENNINGS EN DANKBETUIGINGS

Hiermee wil ek graag my opregte dank betuig en erkenning gee aan almal wat bygedra het tot hierdie studie:

- ▶ Aan my Hemelse Vader wat my in staat gestel het om die studie te kon doen;
- ▶ My eggenoot, Mornè, vir al sy motivering en hulp;
- ▶ My ouers wat dit moontlik gemaak het om hierdie navorsing te kon onderneem, asook vir al jul hulp en belangstelling;
- ▶ Prof. Nolte vir leiding en ondersteuning;
- ▶ Alle ginekoloë wat aan die studie deelgeneem het. Daarsonder was die studie nie moontlik nie;
- ▶ Brig. Duveen Botha vir die taalversorging;
- ▶ Hendrien vir al haar hulp, belangstelling en spesiale ondersteuning;
- ▶ Aan my kollegas en vriendinne vir opregte belangstelling.



INHOUDSOPGAWE

	Bladsy
OPSOMMING	i
SUMMARY	iii

HOOFSTUK 1: INLEIDING TOT EN UITEENSETTING VAN HIERDIE STUDIE

1.1	AGTERGROND EN RASIONAAL	1
1.1.1	Gerieflike hospitalisering van pasiënte	1
1.1.2	Koste-implikasie	2
1.1.3	Invloed van hospitalisasie op die pasiënt	3
1.1.4	Moontlike oplossings	5
1.1.4.1	Samewerking tussen ginekoloë en vroedvroue	5
1.1.4.2	Gesondheidsorgbestuur	6
1.2	PROBLEEMSTELLING	6
1.3	DOELSTELLING	7
1.3.1	Doelwit	7
1.4	PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF	7
1.4.1	Meta-teoretiese aannames	7
1.4.2	Teoretiese aannames	8
1.4.3	Metodologiese aannames	9
1.5	KONSEPTE	10
1.5.1	Ruimte	10
1.5.2	Gesondheidsorgbestuur	10
1.5.3	Samewerking	10
1.5.4	Ginekoloog	11
1.5.5	Privaat vroedvrou	11
1.6	NAVORSINGSKONTEKS	11

1.7	NAVORSINGSONTWERP	11
1.7.1	Navorsingstrategie	12
1.7.2	Populasie	12
1.7.3	Steekproef	12
1.8	NAVORSINGSMETODE	13
1.8.1	Data-insameling	13
1.8.2	Data-analise	13
1.8.3	Geldigheid en betroubaarheid van die studie	14
1.9	SAMEVATTING	15
1.10	UITEENSETTING VAN DIE STUDIE	16

HOOFSTUK 2: GESONDHEIDSORGBESTUUR TEN OPSIGTE VAN HOË RISIKO VOORGEBOORTE-TUISSORG

2.1	INLEIDING	17
2.2	HOË RISIKO VOORGEBOORTE-TUISSORG	17
2.2.1	Hipertensie tydens swangerskap	18
2.2.2	Intra-uteriene groeivertraging	19
2.2.3	Meervoudige swangerskappe	20
2.2.4	Plasenta praevia	21
2.3	TUISSORG	22
2.4	GESONDHEIDSORGBESTUUR	24
2.4.1	Doelstellings van Gesondheidsorgbestuur	25
2.4.2	Verbruikbestuur	26
2.4.3	Kwaliteitbestuur	28



2.5	INVLOED VAN GESONDHEIDSORGBESTUUR OP VERPLEGING	30
2.6	SAMEWERKING VAN DIE MULTI-PROFESSIONELE SPAN	32
2.6.1	Kontraktuele verbintenis tussen die multi-professionele span en maatskappye van Gesondheidsorgbestuur	34

HOOFSTUK 3: NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE

3.1	INLEIDING	37
3.2	DOEL	37
3.3	NAVORSINGSONTWERP	37
3.4	NAVORSINGSMETODE	38
3.4.1	Populasie	38
3.4.2	Steekproef	38
3.5	DIE MEETINSTRUMENT	39
3.5.1	Geldigheid en betroubaarheid van die instrument	40
3.6	DATA-INSAMELING	41
3.6.1	Loodsstudie	41
3.6.2	Data-insameling	42
3.7	DATA-ANALISE	43
3.8	SAMEVATTING	43



UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

HOOFSTUK 4: DATA-ANALISE EN BESPREKING VAN RESULTATE

4.1	INLEIDING	44
4.2	STEEKPROEF	44
4.3	DATA-ANALISE	45
4.3.1	Die algemene gevoel van ginekoloë ten opsigte van Gesondheidsorgbestuur	45
4.3.2	Tuisversorging na vroeë ontslag of in plaas van hospitalisasie	48
4.3.3	Motivering op negatiewe antwoord van vraag 2	50
4.3.4	Siektetoestande wat die ginekoloë sal oorweeg vir tuisversorging	50
4.3.5	Persone verantwoordelik vir tuisversorging van pasiënte	55
4.3.6	Bereidheid van ginekoloë ten opsigte van samewerking met 'n vroedvrou in die tuisversorging van pasiënte	55
4.3.7	Voorwaardes waaronder ginekoloë bereid is om met 'n vroedvrou saam te werk	59
4.3.8	Terugvoer aan die ginekoloog in verband met pasiënte wat tuis deur 'n vroedvrou versorg word	60
4.3.9	Kwalifikasies waaroor die vroedvrou moet beskik om hoë risiko voorgeboorte-pasiënte tuis te verpleeg	62
4.3.10	Opmerkings	64
4.4	SAMEVATTING	66

HOOFSTUK 5: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1	INLEIDING	67
5.2	GEVOLGTREKKINGS	67
5.2.1	Ginekoloë se algemene gevoel ten opsigte van Gesondheidsorgbestuur	67
5.2.2	Toepassing van Gesondheidsorgbestuur deur samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue	68
5.2.3	Voorwaardes vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue	68
5.2.4	Hoë risiko voorgeboorte-tuissorg	69
5.2.5	Gevolgtrekking	70
5.3	GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID VAN DIE STUDIE	70
5.4	BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	71
5.5	AANBEVELINGS	72
5.5.1	Aanbevelings vir die verpleegpraktyk	72
5.5.2	Aanbevelings vir die verpleegonderwys	74
5.5.3	Aanbevelings vir verdere navorsing	74
5.6	SAMEVATTING	75
	BRONNELYS	76



UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

FIGURE

Figuur 4.1: Tuisversorging na vroeë ontslag

Figuur 4.2: Persone verantwoordelik vir tuissorg

Figuur 4.3: Bereidheid van ginekoloë tot samewerking

Figuur 4.4: Invloed van die uitvalsifer op die bereidheid van ginekoloë tot samewerking

TABELLE

Tabel 4.1: Siktetoestande wat oorweeg word vir tuisversorging

Tabel 4.2: Die bereidheid van ginekoloë ten opsigte van samewerking met vroedvroue

Tabel 4.3: Die hoeveelheid terugvoer wat ginekoloë van 'n vroedvrou verwag

Tabel 4.4: Spesifieke vereistes ten opsigte van kwalifikasies

BYLAE

Bylae A: Die dekbriëf van die navorsingsvraelys

Bylae B: Navorsingsvraelys

OPSOMMING

Vanuit die praktyk is die probleem identifiseer dat hoë risiko voorgeboorte-pasiënte soms vir lang tydperke gehospitaliseer word. Langdurige hospitalisasie beïnvloed die fisiese, psigiese en geestelike welsyn van die pasiënt.

Die literatuurstudie het getoon dat die moontlikheid bestaan om die siektetoestande op 'n ander manier te hanteer wat moontlik net so effektief as hospitalisasie kan wees.

Gesondheidsorgbestuur is 'n konsep wat by alle aspekte van verpleging insypel met die doel om 'n toeganklike, koste-effektiewe diens aan pasiënte te lewer sonder dat verpleegstandaarde ingehoet word.

Hierdie navorsing het ten doel gehad om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te verken en te beskryf.

Sewe en vyftig obstetrie-praktiserende ginekoloë is in Pretoria deur gerieflikheidsteekproefneming by die navorsing betrek. Daar is van 'n navorsingsvraelys gebruik gemaak om die navorsing uit te voer.

Inligting verkry vanuit die vraelyste is per hand verwerk. Daar is hoofsaaklik van beskrywende statistiek in die analisering van data gebruik gemaak.

Dit blyk dat die meerderheid obstetrie-praktiserende ginekoloë in Pretoria van mening is dat tuisversorging van sommige hoë risiko voorgeboorte-pasiënte 'n moontlike oplossing vir die probleem van langdurige hospitalisasie kan wees. Verskeie siektetoestande is deur die ginekoloë genoem vir die oorweging van tuissorg. Meeste ginekoloë verkies dat tuisbesoeke aan hoë risiko voorgeboorte-pasiënte deur 'n vroedvrou uitgevoer word. Die meerderheid ginekoloë wat aan die studie deelgeneem het, is bereid om sulke pasiënte tuis te versorg in samewerking met 'n vroedvrou. Verskeie voorwaardes is genoem waaronder ginekoloë bereid is om hul samewerking in die verband te verleen.

Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat daar na mening van die obstetrie-praktiserende ginekoloë in Pretoria wel ruimte bestaan vir die samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in die uitvoering van gesondheidsorghbestuur ten opsigte van hoë risiko vorgeboortetuissorg.



SUMMARY

The problem arising from the practice of extended periods of hospitalisation of high risk prenatal patients has been identified. Prolonged hospitalisation influences the physical, psychological and spiritual well-being of the patient.

A literature study showed that the possibility exists that the indisposition can be handled in a different way which could possibly be just as effective as hospitalisation.

The concept of Health Care Management is infiltrating all aspects of nursing services with the ultimate aim of providing an accessible, cost effective service to patients without lowering nursing standards.

This specific research was launched to ascertain and describe how gynaecologists in Pretoria feel about the scope of co-operation between gynaecologists and private midwives in the implementation of Health Care Management in respect of high risk prenatal patients.

Fifty seven obstetricians in Pretoria was involved in the research which was conducted by means of a convenient random test. A questionnaire was circulated for research purposes.

Information gathered from the questionnaires was processed by hand. Descriptive statistics were used in data analysis.

It appears that the majority of the obstetricians in Pretoria is of the opinion that home care of certain high risk prenatal patients could be a possible solution to the problem of prolonged hospitalisation. Various ailments for consideration of home care were mentioned by gynaecologists. Most of the gynaecologists prefer that home calls of high risk prenatal patients are made by midwives. The majority of the gynaecologists participating in the research is prepared to treat high risk prenatal patients at home in co-operation with a midwife. Several conditions were however mentioned under which gynaecologists are prepared to co-operate.

According to the opinion of obstetricians in Pretoria the conclusion arrived at was that there is scope for co-operation between the gynaecologist and the private midwife in the implementation of Health Care Management regarding high risk prenatal home care.



HOOFSTUK 1 : INLEIDING TOT EN UITEENSETTING VAN HIERDIE STUDIE

1.1 AGTERGROND EN RASIONAAL

In 'n privaat hospitaal in Pretoria is gemerk dat baie pasiënte soms vir algemene voorgeboorte-komplikasies gehospitaliseer word. Sulke pasiënte word soms vir lang tydperke gehospitaliseer terwyl die moontlikheid bestaan dat die siektetoestand op 'n ander manier kan hanteer word wat moontlik net so effektief as hospitalisasie oor langer tydperke kan wees.

1.1.1 Gerieflike hospitalisering van pasiënte

Pasiënte wat byvoorbeeld hipertensie, hiperemesis gravidarum, premature kraam, urienweginfeksie of vals kraam in swangerskap ontwikkel, word soms vir observasie gehospitaliseer. Duurte van hospitaalverblyf hang van die dokter en siektetoestand af.

Dit gebeur soms dat 'n pasiënt vir hipertensie gehospitaliseer word waarvan die behandeling hoofsaaklik daaglikse Rustende Kardiotokografie (RKTG) en bloeddrukmonitering is. Mev. Opperman is 'n voorbeeld van so pasiënt. Sy is sedert haar vyf en dertigste week van swangerskap vir sestien dae met pre-eklampsie gehospitaliseer. Daar was slegs een plus proteïene in haar urine teenwoordig en edeem van haar voete en hande het voorgekom. Tydens hospitalisasie het sy daaglikse RKTG en gereelde bloeddrukmonitering ontvang. Slegs orale medikasie is aan haar vir die hantering van haar bloeddruk voorgeskryf. Haar bloeddruk was deurgaans tussen 130/90 mmHg en 140/95 mmHg gestabiliseer.

Pasiënte met urienweginfeksie word gehospitaliseer om intra-veneuse antibiotika te ontvang. Nadat die kursus voltooi is, word die pasiënte dikwels profilakties vir nog 'n dag of twee in die hospitaal op orale Ipradol en antibiotika verpleeg. Mev. Groenewald is vir twee dae gehospitaliseer vir die behandeling van urienweginfeksie. Sy het slegs sedasie met opname sowel as een dosis intraveneuse antibiotika ontvang. Verdere behandeling het die monitering van uteriene-aktiwiteit behels. Sy het orale Ipradol vir die behandeling van 'n prikkelbare uterus ontvang. Dieselfde pasiënt is 'n week later weer agt uur vir abdominale pyn gehospitaliseer waar

sy sedasie en 'n RKTG ontvang het. Alhoewel sy slegs agt uur gehospitaliseer is, word 'n volle dag se fooi van die mediese fonds geëis.

Hiperemesis gravidarum word dikwels slegs met 'n Maintelyte- infusie herstel. Pasiënte wat premature kraam ontwikkel word dikwels vir weke in die hospitaal op bedrus verpleeg nadat die Ipradol-infusie gestaak is. Soms word pasiënte vir observasie gehospitaliseer omdat hulle nie goed voel nie en daar nie 'n duidelike diagnose gemaak kan word nie. Mev. Munday is sedert negentien weke van haar swangerskap vyf keer gehospitaliseer met die volgende diagnoses; abdominale pyn, floutes en premature kontraksies. Met elke opname het sy sedasie ontvang en is fetale monitering gedoen. Slegs tydens twee opnames het haar behandeling intraveneuse Ipradol behels. Orale antibiotika is tydens vier opnames voorgeskryf.

1.1.2 Koste-implikasie

Volgens RAMS-tariewe val bogenoemde opnames buite die bestek van vasgestelde kraamfooie. Die rekening word saamgestel ten opsigte van 'n basiese fooi-vir-diens. Sulke opnames tel as mediese opnames. Die voorgestelde tarief is R565.20 per bed per dag. Ander koste wat nog bygereken moet word, is die daaglikse dokterskonsultasie, RKTG, toerusting en medikasie.

Mev. Opperman se totale hospitaalrekening vir die tydperk het R9837.03 beloop. Dit behels die saalfooie sowel as alle medikasie wat sy tydens haar verblyf ontvang het. Die doktersfooie is nie in berekening gebring nie. Slegs die saal-fooie het R9325.80 beloop.

Mev. Groenewald was in totaal 45.5 uur gehospitaliseer. Die mediese fonds is vir die koste van drie dae aanspreeklik gehou. Haar totale hospitaalrekening het R2501.17 beloop. Die saalfooie alleen was R1695.60.

Mev. Munday se opname vir abdominale pyn het R847.80 beloop en met haar opname vir floutes was die saalfooie R1130.40.

Na 'n normale bevalling vind ontslag meestal na drie dae plaas. In geval van 'n keisersnee, word pasiënte tot vyf dae gehospitaliseer. Dikwels word die verblyf verleng aangesien die baba fototerapie benodig.

1.1.3 Invloed van hospitalisasie op die pasiënt

Hospitalisasie beïnvloed die pasiënt se strewe na die heelheid van die mens wat konsepte soos die fisiese, psigiese en geestelike insluit. Tydens die opname-prosedure en verblyf in die hospitaal verloor pasiënte alle beheer en mag oor hulself. Pasiënte word met opname aanbeveel om alle waardevolle artikels byvoorbeeld juweliersware, bankkaarte en selfone tuis te laat. Daar word versoek dat pasiënte nie groot hoeveelhede kontant by hulle hou nie aangesien dit kan wegraak.

Pasiënte wat op streng bedrus is, het nie toegang tot 'n telefoon nie en kan nie privaat oproepe ontvang of maak nie. Verpleging van pasiënte word by die saalroetine aangepas wat daartoe lei dat pasiënte elke oggend 05:30 wakker gemaak word om te was, medikasie te neem en etes te bestel. Pasiënte ontvang sedasie om 21:30 waarna hulle versoek word om te slaap. Etes en tee kom op geskeduleerde tye wat daartoe lei dat die pasiënte reeds om 17:30 aandete nuttig. Pasiënte het meestal nie 'n keuse nie en word vriendelik verplig om by die reëls aan te pas.

Die interne omgewing kan so versteur word dat die pasiënt 'n verandering in liggaamstelsels ondergaan as gevolg van 'n gebrek aan mobilisasie.

Kozier, Erb en Oliveri (1991:843-848) noem dat immobilisasie kan lei tot die volgende :

- 'n Afname in spierweefsel of spieratrofie kan voorkom indien die spierweefsel nie so baie saamtrek soos tydens normale beweging nie.
- Langdurige immobiliteit verswak die kardiiovaskulêre sisteem wat dan nie aan die vereistes wat daaraan gestel word, kan voldoen nie. Pasiënte op bedrus is geneig om meer van die

Valsalva maneuver gebruik te maak tydens beweging wat tot 'n drastiese toename in intratorasiese druk en aritmieë kan lei.

- Pasiënte op bedrus is meer geneig tot die vorming van trombo-embolieë.

- Stasis van urine kan voorkom wat tot 'n groter risiko vir urienweginfeksie lei.

- Konstipasie is 'n algemene komplikasie van immobilisasie. In swangerskap kan ernstige gevalle van konstipasie tot aambeie lei.

Pasiënte word soms neerslagtig wanneer hulle so lank in die hospitaal moet lê. Kozier, et al. (1991:848) noem dat immobilisasie die psige van 'n pasiënt in so mate beïnvloed dat daar 'n afname in motivering voorkom om probleme op te los. 'n Verlies van persepsie van tyd en ruimte kan voorkom, toename in 'n gevoel van magteloosheid, besluitneming en konsentrasie neem af en die pasiënt ontwikkel 'n onvermoë om te slaap.

Die eksterne omgewing word op 'n baie drastiese wyse versteur. Fisiese hulpbronne soos die mediese fondse maak nie altyd voorsiening vir langdurige hospitalisasie nie. Sommige fondse vereis dat pasiënte 'n groot persentasie van die koste self moet dra.

Die leefomgewing word meestal tot 'n twee-bed kamer met 'n badkamer beperk. Besoektye word daargestel sodat die pasiënt nie vrye toegang tot vriende en familie het nie. Sosiale ondersteuning word drasties ingeboet. Die omgewing lei daartoe dat die pasiënt nie met normale vryetydbesteding soos tuis kan voortgaan nie wat soms tot groot frustrasie lei.

Geestelik word pasiënte verwaarloos aangesien hulle nie geleentheid kry om in 'n stil omgewing met hul Skepper te verkeer nie. Daar is ook nie 'n kerk of 'n diens in die hospitaal waarheen hulle op 'n Sondag kan gaan nie.

1.1.4 Moontlike oplossings

Om die pasiënt se strewe na heelheid te bevorder, is dit nodig om na moontlike oplossings vir die probleem te soek.

1.1.4.1 Samewerking tussen ginekoloë en vroedvroue

Die DOMINO-skema in Brittanje is 'n voorbeeld van 'n moontlike oplossing. Vroedvroue in Brittanje lewer 'n onafhanklike omvattende diens wat uit verskeie pakkette bestaan. Die behandeling van die pasiënt tydens haar swangerskap word tuis deur 'n vroedvrou opgevolg of voortgesit. Die vroeë stadium van kraam kan ook tuis deur die vroedvrou hanteer word. Indien die pasiënt dit so verkies, kan die bevalling ook tuis geskied. Wanneer die bevalling in 'n kliniek plaasvind, kan sy na ses uur ontslaan word en daarna weer tuis deur die vroedvrou versorg word (Clow, 1997:10).

Uit 'n toevallige gesprekvoering met 'n ginekoloog in Centurion het die idee na vore gekom dat pasiënte met minder ernstige klagtes tuis deur 'n vroedvrou hanteer kan word (Reynders, 1999).

Mev. Opperman kon byvoorbeeld twee dae gehospitaliseer word waartydens haar bloeddruk gestabiliseer word en die ginekoloog haar gereeld besoek. Na stabilisering van haar bloeddruk, kon sy ontslaan word waarna 'n vroedvrou haar tuis besoek met die doel om haar toestand te evalueer en bloeddruk en fetale welsyn te monitor.

Daar word voorsiening gemaak deur RAMS vir vyftien tuisbesoeke deur 'n vroedvrou waarvan die voorgestelde fooi R59.40 beloop. Indien vervoerkoste van R50 en RKTG van R56 bygereken word, bespaar die mediese fonds op bogenoemde uitgawes reeds ten minste R5600 oor 'n tydperk van twee weke.

Mev. Opperman se rekening in so situasie sou R2992.22 beloop het. Die mediese fonds kon R6844.81 bespaar het deur van 'n vroedvrou se dienste gebruik te maak.

Indien mev. Munday se abdominale pyn en floutes deur 'n vroedvrou hanteer kon word, kon die mediese fonds ten minste R1316.60 ten opsigte van saalfooie bespaar het.

Sommige mediese fondse stel vandag 'n nageboortesorg-program aan pasiënte voor teen geen ekstra koste nie. Die program is daarop gemik om moeders met hul gesonde babas binne twee dae na geboorte te ontslaan en dan tuis deur 'n vroedvrou op te volg. 'n Telefoondiens is ook vrylik beskikbaar (Mavengere, 5 Januarie 1999).

1.1.4.2 Gesondheidsorgbestuur

Mediese fondse in Suid-Afrika is in die proses van verandering ten opsigte van hul voordele en administrasie. Die verandering word beskryf as "gesondheidsorgbestuur" (Tregear, 1999:17). Gesondheidsorgbestuur het ten doel om die fondse op so wyse te bestuur sodat dit meer koste-effektiewe diens aan die lede kan lewer deur die lede te versoek om 'n spaarplan en hospitaalplan uit te neem. Indien die pasiënt sy/haar gesondheidsorg op 'n verantwoordelike wyse bestuur, sal sy/haar spaarplan nie uitgeput raak nie en het hy/sy later meer fondse tot sy/haar beskikking.

Die bestaan van mediese fondse word verseker deurdat pasiënte self die verantwoordelikheid dra om vir sekere dienste te betaal. Bemagtiging vir sekere opnames, prosedures en medikasie lei daartoe dat onnodige opnames en toetse uitgeskakel word terwyl goedkoper medikasie voorgeskryf word.

1.2 PROBLEEMSTELLING

Dit blyk dus dat hospitalisasie 'n duidelike effek op die pasiënt se interne en eksterne omgewing het. Dit is belangrik om 'n oplossing vir die probleem te vind. Met die verandering in die Suid-Afrikaanse gesondheidsorgsisteem en mediese fondse kan gevra word of daar ruimte bestaan vir die toepassing van gesondheidsorgbestuur deur die samewerking tussen ginekoloë en privaat

vroedvroue ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg. Die vraag kan gevra word wat die ginekoloë se mening ten opsigte van sodanige samewerking is.

1.3 DOELSTELLING

Die doel van die navorsing is om die moontlikheid vir die toepassing van gesondheidsorgbestuur deur samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te verken en te beskryf.

1.3.1 Doelwit

Die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in die toepassing van gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg word verken en beskryf.

UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

1.4 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Ten einde die paradigmatiese perspektief suksesvol te beskryf word die perspektief in drie veronderstellings naamlik meta-teoreties, teoreties en metodologiese aannames verdeel.

1.4.1 Meta-teoretiese aannames

Die navorser beskou die mens as 'n unieke geskape persoon wat bestaan uit 'n liggaam, psige en gees. Die drie fasette is voortdurend in interaksie met mekaar en speel 'n belangrike rol in die welsyn van die mens. Die mens word egter meer gekompliseer aangesien sy swanger is en daar 'n vierde faset by haar reeds komplekse beeld gevoeg word.

Die mens word ondersteun deur die samelewing wat bestaan uit 'n gesin, familie, vriende, lede van die gemeenskap en 'n multi-professionele span.

Ondersteuning in hierdie navorsing vind in die informele terapeutiese omgewing plaas naamlik die tuiste van die pasiënt.

Verpleging word deur die navorser beskou as die aksie wat uitgevoer word en die ondersteuning wat deur die vroedvrou gebied word. Ondersteuning geskied in samewerking met die multi-professionele span om die gesondheid van die vrou en haar baba voor en na geboorte te bevorder en te handhaaf.

Gesondheid behels 'n toestand van optimale welsyn in al die fasette van die mens tydens swangerskap en na geboorte. Om optimale welsyn te verseker word die mens op so wyse ondersteun sodat daar 'n ewewig tussen alle fasette ontstaan.



1.4.2 Teoretiese aannames

Die navorsing word op die Verpleegteorie vir Mens Heelheid gebaseer.

Volgens die Departement Verpleegkunde (s.j.:4) fokus die teorie op die heelheid van die mens. Die mens sluit konsepte soos liggaam, psige en gees in.

Die mens word as geestelike wese beskou wat op so 'n geïntegreerde wyse funksioneer om haar strewe na heelheid te bevorder. Die mens het 'n interne en eksterne omgewing wat in voortdurende interaksie is en die gesondheidstatus beïnvloed.

Omgewing word omskryf as die interne en eksterne omgewing van die mens. Die interne omgewing behels die liggaam, psige en gees terwyl die eksterne omgewing fisies, sosiaal en geestelik van aard is (s.j.:6).

Gesondheid word bepaal deur die wyse van interaksie tussen die interne en eksterne omgewing van die mens. Optimale gesondheid is 'n toestand van liggaamlike, psigiese en geestelike heelheid (s.j.:5).

Verpleging word beskou as die diens wat daarop gerig is om die mens te help om haar gesondheid te handhaaf, te herstel of te bevorder (s.j.:5).

Die swanger vrou is 'n individu wat liggaamlik verander en nog 'n lewe in haar saamdra. In haar interne omgewing vind veranderinge plaas naamlik liggaamlik, psigies en geestelike veranderinge. Sy word nie alleen verpleeg nie maar as deel van 'n gesin en gemeenskap gesien wat dus ook 'n invloed op haar eksterne omgewing naamlik fisies, sosiaal en geestelik het. Al die komponente van die twee omgewings oefen 'n invloed uit op mekaar. Indien die invloed nie 'n balans handhaaf nie, kan dit haar strewe na heelheid sowel as haar gesondheidstatus beïnvloed.

1.4.3 Metodologiese aannames



UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

Die navorser beskou navorsing as 'n sistematiese geordende ondersoek van 'n verskynsel of probleem wat deur die navorser geïdentifiseer is. Die doel van die navorsing is om die probleem te verken, te beskryf of te verklaar en sodoende die hoofdoel van navorsing te bereik naamlik om deur nuwe kennis die praktyk te rig en te bevorder (Burns & Grove, 1993:3-4).

Navorsing moet egter wetenskaplik verantwoordbaar wees (Botes, s.j.:6). Die navorsing moet duidelik gekonseptualiseer word en in 'n logiese proses volg. Die navorsing moet 'n relevante probleem in die praktyk aanspreek en lei tot die verbetering van die praktyk. Om geldigheid en betroubaarheid van die navorsing te verseker is deeglike beplanning noodsaaklik.

1.5 KONSEPTE

Ten einde die navorsingsidee ten volle te verstaan, word operasionele definisies van die volgende konsepte gegee.

1.5.1 Ruimte

Die rol van die privaat vroedvrou soos bepaal deur die ginekoloog in die uitvoer van gesondheidsorgbestuur. Die rol word omskryf binne die bestek van praktyk van die privaat vroedvrou soos deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging bepaal.

1.5.2 Gesondheidsorgbestuur

'n Aksie wat daarop ingestel is om op 'n unieke wyse tot die verlaging in mediese koste en handhawing van goeie verpleeg-standaarde deur effektiewe benutting van hulpbronne te lei. Daar word gepoog om goeie diens in 'n koste-effektiewe omgewing te lewer en toegang tot noodsaaklike dienste te vergemaklik.

1.5.3 Samewerking

Interaksie tussen die ginekoloog en vroedvrou ten opsigte van die versorging of verwysing van pasiënte waarin elke party onafhanklik funksioneer en aanspreeklikheid aanvaar vir sy/haar eie handelinge.

1.5.4 Ginekoloog

'n Mediese dokter wat in ginekologie en obstetrie gespesialiseerd is - ongeag deur 'n graad of diploma. In hierdie studie word ginekoloë wat tans obstetrie-praktiserend is betrek.

1.5.5 Privaat vroedvrou

'n Verpleegkundige wat die nodige opleiding in verloskunde geslaag het. Sy voldoen aan die vereistes om by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as vroedvrou te registreer. Sy is geregistreer by RAMS en funksioneer onafhanklik in 'n vroedvroupraktyk.

1.6 NAVORSINGSKONTEKS

Die konteks van die studie is gerig op alle obstetrie-praktiserende ginekoloë in privaat praktyke in Pretoria. Dit wil voorkom asof daar tans min ruimte vir samewerking tussen gine-koloë en privaat vroedvroue is alhoewel die leemte daarvoor bestaan as gevolg van die ontwikkeling van gesondheidsorgbestuur wat besig is om alle aspekte van pasiëntsorg te infiltrer.

1.7 NAVORSINGSONTWERP

Daar word van 'n nie-eksperimentele ontwerp gebruik gemaak aangesien die onafhanklike veranderlike nie gemanipuleer kan word nie. In hierdie studie is die obstetrie-praktiserende ginekoloë in Pretoria die onafhanklike veranderlike. Die ginekoloë het elkeen hul eie mening ten opsigte van gesondheidsorgbestuur en die toepassing daarvan sowel as hul bereidheid tot samewerking met privaat vroedvroue ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte tuissorg. Geen gesprekvoering vind plaas met ginekoloë in verband met die navorsing voor die uitvoer van die studie nie. Op dié wyse word die ginekoloë nie beïnvloed of gemanipuleer nie (Burns & Grove, 1993:293 & Uys & Basson, 1991:48).

1.7.1 Navorsingstrategie

'n Verkennende en beskrywende navorsingstrategie word gevolg aangesien die terrein wat bestudeer word relatief onbekend is (Burns & Grove, 1993:293).

Die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in die toepassing van gesondheidsorgbestuur word verken ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte tuissorg. Die mening van ginekoloë word aan die hand van die resultate beskryf.

Voortspruitend uit die navorsing kan prioriteite vir verdere navorsing vasgestel word.

1.7.2 Populasie

Alle obstetrie-praktiserende ginekoloë wat 'n privaat praktyk in Pretoria het.

1.7.3 Steekproef

'n Gerieflikheidsteekproefneming is gedoen deur alle ginekoloë wat in die 1998\99 telefoongids verskyn en tans obstetrie- praktiserend is by die navorsing te betrek. Dit is gerieflik aangesien dit blyk dat nie alle obstetrie-praktiserende ginekoloë in die telefoongids verskyn nie. Vraelyste is per hand by elke spreekkamer afgelewer.

1.8 NAVORSINGSMETODE

Die tegnieke waarvan gebruik gemaak word, is op opname baseer. Die metodes en tegnieke wat gebruik is vir data-insameling, analise sowel as geldigheid en betroubaarheid word vervolgens bespreek.

1.8.1 Data-insameling

Daar word gebruik gemaak van vraelyste aangesien dit 'n tyd-besparende manier is en baie persone by die studie betrek kan word (Burns & Grove, 1993:369 & Uys & Basson, 1991:70).

Vraelyste is opgestel vanuit die raamwerk van die literatuur-studie. Geslote en oop vrae word gevra om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in die toepassing van gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te verken en 'n mate van diepte in die studie te plaas (Burns & Grove, 1993:370). Veldwerkers word gebruik om die uitvalsifer van die steekproef te bekamp. Vraelyste is by die spreekkamers van die obstetrie-praktiserende ginekoloë afgelewer. Ontvangs van die vraelyste is erken deur die ontvangs-dames te versoek om op 'n alfabetiese naamlys daarvoor te teken. Telefoniese navraag is op gereelde basis gedoen om te bepaal of die vraelyste voltooi is. Voltooide vraelyste is deur 'n veldwerker afgehaal. Onvoltooide vraelyste is deur die volgnommer wat op elke vraelys verskyn, opgevolg om die uitvalsifer van die steekproef te bekamp.

1.8.2 Data - analise

Verhoudings van geslote vrae is rekenkundig uitgewerk. Resultate is grafies voorgestel en bespreek.

Antwoorde op oop vrae word transkribeer en analities verwerk. Resultate word bespreek.

1.8.3 Geldigheid en betroubaarheid van die studie

Geldigheid verwys na die mate waartoe die studie of 'n instrument in staat is om die konstruk te meet waarvoor dit ontwerp is (Burns & Grove, 1993:342).

Betroubaarheid verwys na die akkuraatheid en konstantheid waartoe die studie of 'n instrument in staat is om 'n verskynsel te meet, sowel as die stabiliteit en voorspelbaarheid daarvan (Burns & Grove, 1993:339).

Oudit van die proses en produk word gedoen deur deurgaans die navorsing met 'n studiebegeleier en kollega te bespreek.

Daar word sorg gedra hierin dat die steekproef verteenwoordigend is deur alle obstetrie-praktiserende ginekoloë in Pretoria wat in die 1998\99 telefoongids gelys is by die navorsing in te sluit.

Daar word gepoog om die oordraagbaarheid van die studie binne die bepaalde konteks te verseker deur ginekoloë regoor Pretoria by die studie te betrek ongeag hul ras, kultuur, ouderdom of geslag.

Interaksie en manipulasie van die seleksie word voorkom deur nie met ginekoloë in sosiale gesprekvoering betrokke te raak met betrekking tot die onderwerp alvorens hulle 'n vraelys beantwoord het nie.

Daar sal verslag gegee word van alle navorsingbevindings sonder die verswyging van belangrike gegewens wat die interpretasie van data kan beïnvloed.

Anonimiteit van die respondente word gerespekteer deur die volgnommer aan die vraelyste slegs te gebruik vir die opsporing van uitstaande vraelyste.

Toestemming word vanaf die respondente verkry om die inligting wat met hulle samewerking

in die voltooide vraelyste verkry is en deur die terugversorging van die lyste te gebruik.

Resultate van die navorsing word op versoek skriftelik aan alle respondente deurgegee.

1.9 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk is gewy aan die agtergrond, probleem en doelstellings van die studie. Die navorsingsbeplanning is uiteengesit aan die hand van die Botes-model vir navorsing in verpleegkunde (Departement Verpleegkunde, s.j.:16)



1.10 UITEENSETTING VAN DIE STUDIE

Hoofstuk 1

Die agtergrond en rasionaal van die probleem, probleemstelling, doelstellings, aannames en die navorsingstegniek en -ontwerp word in hierdie hoofstuk bespreek.

Hoofstuk 2

'n Literatuurstudie word gedoen om hoë risiko voorgeboorte-tuissorg, tuissorg, gesondheidsorgbestuur, die invloed daarvan op verpleging en samewerking van die multi-professionele span verken en te beskryf.

Hoofstuk 3

Die navorsingsontwerp en metodologie word bespreek.

Hoofstuk 4

Data-analise en resultate word bespreek.



Hoofstuk 5

Bevindinge en beperkinge van die studie word bespreek en aanbevelings word gedoen.

HOOFSTUK 2 : GESONDHEIDSORGBESTUUR TEN OPSIGTE VAN HOë RISIKO VOORGEBOORTE-TUISSORG

2.1 INLEIDING

In die praktyk blyk dit dat pasiënte met swangerskapkomplikasies soms vir lang tydperke gehospitaliseer word. In hoofstuk 1 is die finansiële en fisiese komplikasies ten opsigte daarvan bespreek.

Mediese fondse ondergaan tans 'n veranderingsproses wat as Gesondheidsorgbestuur bekend staan. Die doel daarvan is om hulpbronne soos ginekoloë en vroedvroue op so wyse te benut en gesondheidsorg in 'n koste-effektiewe omgewing toe te pas sonder om die kwaliteit daarvan te verlaag (Boshoff, 1997:1).

Die moontlikheid bestaan dat daar alternatiewe metodes is waarop pasiënte met swangerskapkomplikasies versorg kan.

2.2 HOë RISIKO VOORGEBOORTE-TUISSORG

Die Harvard Centre for Children's Health (1999/6/6:1) het in Junie 1997 'n byeenkoms gehou waar die voordele van voorgeboortesorg bespreek is. Navorsing toon dat vroeë en voldoende voorgeboortesorg die neonatale uitkoms verbeter alhoewel die toenemende voordele daarvan nie omskryf word nie.

Alhoewel sommige voorgeboorte-tussentredes tot op hede nie as effektief of voordelig bewys is nie, was daar wel bewyse by die konferensie voorgehou wat belowende rigtings vir toekomstige interaksies induseer (Harvard Centre for Children's Health, 1999/6/6:1).

Voorgeboortesorg lei soms tot langdurige hospitalisering van die pasiënt om effektiewe kwaliteitsverpleegsorg te voorsien.

Langdurige hospitalisasie beïnvloed die pasiënt se strewe na heelheid en impliseer ook groot finansiële uitgawe vir mediese fondse. In hoofstuk 1 is die hoë koste en invloed van langdurige hospitalisasie op die pasiënt duidelik uiteengesit en bespreek. (Sien paragrawe 1.1.2-3).

Die nodigheid vir voorgeboortesorg is reeds beklemtoon deur die Harvard Centre for Children's Health. Aangesien voldoende voorgeboortesorg en effektiewe hantering van swangerskapkomplikasies 'n belangrike rol in die neonatale uitkoms speel, is dit noodsaaklik dat ander moontlike metodes vir die hantering van sulke toestande ondersoek word.

In hul boek "A Guide to Effective Care in Pregnancy & Child-birth" (1996) bespreek Enkin, Keirse, Renfrew en Neilson die resultate van kliniese navorsing in verloskunde oor die afgelope vyftien jaar. Vervolgens vind 'n bespreking plaas ten opsigte van kliniese navorsing wat oor verskeie hoë risiko voorgeboorte-tuissorg in vergelyking met hospitalisasie handel.

2.2.1 Hipertensie tydens swangerskap

Hipertensiewe toestande tydens swangerskap word op verskillende wyses, afhangend van die erns daarvan, behandel. Nolte (1998:293-296) omskryf die hantering van hipertensie tydens swangerskap soos volg:

In gevalle van ligte hipertensie tydens swangerskap kan behandeling op 'n buite-pasiënte basis plaasvind waar die pasiënt die dokter of kliniek weklíks besoek. Voorligting word ten opsigte van gevaartekens en fetale beweging gegee. Die pasiënt word aanbeveel om soveel moontlik te rus. Indien die pasiënt nie haar samewerking gee nie, word sy gehospitaliseer.

Matige hipertensie behels 'n diastoliese druk van minder as 110mmHg en 1-2 plus proteïenuurie. In so geval word pasiënte verkieslik vir meer intensiewe observasie van bloeddruk, inname en uitskeiding, fetale monitering, bedrus en sedasie gehospitaliseer.

Enkin, et al. (1996:93-93) noem dat vroue met ligte of matige pre-eklampsie dikwels op bedrus verpleeg word, ongeag tuis of in die hospitaal. Bedrus tuis of in die hospitaal lei tot finansiële en sosiale koste vir swanger vroue en hul gesinne. Voorgeboorte hospitalisasie is dikwels 'n ontwrigtende en stresvolle ervaring. Aannee van die beleid ten opsigte van opname as gevolg van bedrus het substansiële koste vir die mediese fondse meegebring.

In hoofstuk 1 is die geval van mev. Opperman bespreek wat vir sestien dae tydens haar swangerskap as gevolg van hipertensie gehospitaliseer is. (Sien paragraaf 1.1.1-2).

Die effektiwiteit van bedrus vir nie-proteïenurie hipertensie is in twee eksperimentele studies vergelyk. Een van die studies toon dat hospitalisasie 'n voordelige effek op die ontwikkeling van pre-eklampsie het, terwyl die ander studies die teenoorgestelde bewys (Enkin, et al.:1996:93).

Wanneer proteïenurie saam met hipertensie in swangerskap ontwikkel, verhoog die risiko vir moeder en fetus. Hospitalisasie word in so geval nodig geag vir evaluasie en meer gereelde observasie om 'n agteruitgang in moederlike en fetale welsyn so spoedig moontlik waar te neem (Enkin, et al. :1996:93).

2.2.2 Intra-uteriene groeivertraging

Intra-uteriene groeivertraging word soms behandel deur bedrus en monitering van fetale welsyn. Spesiale toetse word soms aangevra om die plasentale funksie en longmaturiteit te evalueer (Nolte, 1998:368).

Ongeag dat bedrus baie voorgestel word, het slegs een studie die effek daarvan op vroue met klein-vir-datum-babas beraam deur van sonar-ondersoeke gebruik te maak. Die studie kon nie enige effek van hospitalisasie of enige ander kliniese uitkoms aandui nie. Tans is daar geen duidelike bewys dat hospitalisasie fetale groei bevorder nie alhoewel navorsing ten opsigte van die onderwerp onvoldoende is om die moontlikheid daarvan uit te sluit (Enkin, et al.:1996:101).

2.2.3 Meervoudige swangerskappe

Meervoudige swangerskappe veroorsaak meestal besliste probleme vir swangervroue en hul versorgers as gevolg van die risiko van premature kraam, swak fetale groei, perinatale sterftes en op die lange duur serebrale paralise. Bykomend is vroue met meervoudige swangerskappe meer geneig tot geringe ongesteld-hede tydens swangerskap soos sooibrand, aambeie, moegheid en naarheid (Enkin, et al.:1996:105).

Vroue met 'n meervoudige swangerskap dra die risiko om ander komplikasies tydens swangerskap te ontwikkel soos premature kraam, pre-eklampsie, antepartum bloeding en intra-uteriene groeivertraging (Nolte, 1998:421-423).

Nolte (1998:422-423) bespreek belangrike punte wat inageneem behoort te word met die versorging van pasiënte met meervoudige swangerskappe. Behandeling behels meer gereelde besoeke aan die kliniek of ginekoloog, voldoende rus, gesonde dieet, gereelde bloedtoetse om die hemoglobienvlakke te toets en fetale welsynmonitering.

Verlengde bedrus in meervoudige swangerskappe met die doel om die duurtte van swangerskap te verleng, fetale groei te bevorder en perinatale mortaliteit te verminder, is reeds meer as 'n half eeu verkondig. Daar is geen konsensus oor wanneer bedrus begin of gestaak moet word nie en of bedrus in die hospitaal of tuis moet geskied nie (Enkin, et al.:1996:106).

Vanuit vorige navorsing word beweer dat roetine hospitalisasie van vroue met meervoudige swangerskappe kan lei tot 'n verminderde risiko van hipertensie alhoewel die impak op meer relevante uitkomst nagelaat is. Geen invloed op die voorkoms van lae geboortegewig is aangedui nie. Die data dui egter daarop dat roetine hospitalisasie ook nuwe effekte kan hê. Die risiko van premature geboorte en babas met 'n baie lae geboortegewig is verhoog (Enkin, et al.:1996:106).

2.2.4 Plasenta praevia

Indien antepartum-bloeding voorkom as gevolg van plasenta previa word die behandeling bepaal volgens die maturiteit van die fetus, mate van bloeding teenwoordig en of die pasiënt in kraam is. Pasiënte word dikwels op bedrus verpleeg tot die bloeding opgeklar het waarna hulle ontslaan word met voorligting ten opsigte van plasenta previa en die risiko daaraan verbonde (Nolte, 1998:281)

Indien vaginale bloeding verminder of heeltemal opgeklar het, word die diagnose van plasenta praevia deur 'n sonar ondersoek bevestig. Vroeë en akkurate diagnose van plasenta praevia is noodsaaklik om swanger pasiënte by wie die plasenta goed ingeplant het, die ekonomiese, emosionele en sosiale ontwrigting van langtermyn hospitalisasie te spaar (Enkin, et al. :1996:138)

Die grootste motivering vir hantering van so 'n pasiënt is om die voorkoms van premature geboortes te verminder deur die swangerskap te laat voortduur tot die fetus 'n relatiewe grootte en gewig bereik het wat die fetus in staat sal stel om 'n redelike kans op oorlewing te hê. Dié tipe versorging vereis soms dat die pasiënt vanaf die diagnose van die toestand tot die verlossing van die baba in 'n ten volle toegeruste eenheid gehospitaliseer word. Sommige geneeshere laat pasiënte toe om na diagnose van plasenta praevia weer huistoe te gaan. Baie pasiënte wat ontslaan is, word weer later in hul swangerskap as gevolg van bloeding gehospitaliseer alhoewel geen moederlike sterftes en geen duidelike verskille in perinatale uitkoms tussen pasiënte wat ontslaan was en die wat deurgaans gehospitaliseerd was, rapporteer is nie (Enkin, et al. :1996:138).

2.3 TUISSORG

Die tradisionele praktyk waar pasiënte tuis besoek word, duur steeds voort en is 'n sektor van die gesondheidsorgsisteem wat die vinnigste ontwikkel. Pasiënte word ontslaan vanuit verpleeginrigtings en benodig gereelde opvolgwerk en tuisversorging. Alhoewel daar koste aan tuisversorging verbonde is, is dit steeds waardevol aangesien pasiënte in 'n gemaklike bekende omgewing observeer word. Pasiënte wat nie gereeld van gesondheidsorgdienste gebruik maak nie, word besoek en evalueer. In die konteks van die studie behels dit pasiënte wat nie gehospitaliseer word nie en wat op gereelde grondslag deur 'n vroedvrou besoek word (Allender, 1997:10).

Kontinuiteit van sorg in hierdie konteks behels dat 'n pasiënt tydens haar swangerskap deur dieselfde persoon versorg word. Navorsing toon dat pasiënte wat kontinuiteit van sorg tydens hul swangerskap ontvang minder gehospitaliseer word as tydens vorige swangerskappe. Vroue het positief daarop gereageer in dié opsig dat hul voorgeboortesorg meer buigbaar was en by hul ander verpligtinge kon inpas (Kirkham & Perkins, 1997:37)

Navorsing dui dat pasiënte wat vroeër uit die hospitaal ontslaan en tuis versorg word meer tevredenheid met hul versorging toon (Ilfie, 1999/7/9:1).

Vorgeboortebesoeke kan by die pasiënt se huis uitgevoer word. Dit is gerusstellend vir die res van die gesin aangesien hulle in 'n bekende omgewing is en meer vrymoedigheid het om vrae te vra en betrokke te raak. Die gesin kry byvoorbeeld geleentheid om na die baba se hart te luister. Aktiewe betrokkenheid van die gesin tydens die swangerskap maak voorsiening vir vroeë en maklike binding met die baba (Cohen & Dorsey, 1999/6/6:6).

Tuissorg van vorgeboorte-pasiënte behels 'n omvattende benadering waar daar na die pasiënt se behoeftes in geheel omgesien moet word. Die pasiënt word as deel van die gesin en die gemeenskap geag. Enige beraming van die pasiënt, beplanning van verpleegaksies, uitvoering

van die verpleegplan en evaluering van die uitkoms van toegepaste behandeling moet die gesin en omgewing ook in ag neem (Allender, 1997:167-168).

Tuissorg behels die uitvoer van verskillende verpleegaksies om die pasiënt se gezondheidstatus te herstel, te handhaaf en te bevorder. In die konteks van die studie sal die bestek van praktyk van die verpleegkundige / vroedvrou alle moontlike verpleegaksies insluit wat tuis uitgevoer kan word of wat deur die ginekoloog voorgeskryf word.

Tuisversorging van swanger pasiënte sal onder meer die volgende insluit: roetine observasies, oriëntoetsing, monitering van fetale welsyn, ondersteuning, voorligting en toediening van medikasie soos voorgeskryf deur die geneesheer.

Tuistoediening van medikasie kan onder meer ook die inwerking-stelling en instandhouding van intraveneuse terapie insluit.

"Outpatient parenteral antibiotic therapy" (OPAT) behels buitepasiënte parenterale antimikrobiale terapie. Verskeie faktore het bygedra tot die ontwikkeling van OPAT byvoorbeeld kostebesparing, pasiëntversoeke, vereiste van die persoon verantwoordelik vir die rekening, goeie mediese praktyk, tegnologiese en farmakologiese voordele en die behoefte om risiko's verbonde aan hospitalisasie te vermy (Vinen, 1995:435).

Libowitz (1994:1) en Vinen (1995:435) beweer dat daar verskeie voordele aan die gebruik van OPAT verbonde is. Die grootste voordeel is die lae koste. Die voorreg om tuis behandel te word, bevorder die pasiënt se lewenskwaliteit. Sy het meer privaatheid, 'n mindere mate van beperking, kan enige tyd deur familie besoek word en loop nie die risiko om hospitaal-verwante infeksies op te doen nie. Volgens navorsing deur dr Libowitz gedoen, is urienweginfeksie een van die agt mees algemene infeksies wat suksesvol deur OPAT behandel is.

Vinen (1995:436) beskryf vier basiese modelle waarvolgens OPAT kan funksioneer. Die modelle is soos volg; die infusiesentrum, besoekende verpleegpersoon, selfadministrasie en ongevalle model.

Die besoekende verpleegpersoonmodel het die voordeel dat toediening van die antibiotika onder direkte toesig plaasvind. 'n Beraming van die pasiënt se huislike omstandighede kan daagliks gedoen word (Vinen, 1995:436).

Stabiele pasiënte met geen ander gesondheidsprobleme nie kan veilig en effektief in geheel as buitepasiënte verpleeg word mits hulle noukeurig uitgekiees word. Pasiënte wat gehospitaliseer word, moet met volgehoue OPAT vir vroeë ontslag oorweeg word. Dit sal lei tot verlaging in die koste verbonde aan behandeling sowel as die risiko om hospitaal-verwante infeksies op te doen (Vinen, 1995:437-438).

2.4 GESONDHEIDSORGBESTUUR

As gevolg van toenemende gevalle van bedrog is mediese fondse in 'n bestaanstryd gewikkel. Daar is twee maniere waarop mediese fondse hul bestaan kan verseker, naamlik om die bydraes te verhoog of om die voordele te verminder (Tregear, 1999:17).

Aangesien nie een van bogenoemde opsies wenslik is nie, kan die risiko van bedrog beperk word indien Gesondheidsorgbestuur toegepas word. Dit kan egter slegs ten volle toegepas word indien dit die volle ondersteuning van die diensverskaffers en mediese fondse ontvang (Tregear, 1999:17).

Gesondheidsorgbestuur is 'n globale oplossing vir die probleem van toenemende mediese koste. Dit integreer befondsing en voorsiening van dienste deur mediese fondse. Voorheen het mediese fondse slegs vir voordele betaal en gepoog om die gebruik daarvan te beïnvloed deur die voordele van die mediese fondspakket te verander. Deur Gesondheidsorgbestuur kan die hele proses bestuur word deur onnodige uitgawes te elimineer en sodoende geld te bespaar. Dokters word aangemoedig om ook verantwoordelikheid te dra vir koste betrokke by behandeling van hul pasiënte (Sanlam).

Boshoff (1997:1) en die koerant Pretoria News (1998:11) definieer Gesondheidsorgbestuur as 'n meganisme wat strukture in plek stel om koste te verminder terwyl voldoende standaarde van kwaliteit gesondheidsorg gehandhaaf word.

Gesondheidsorgbestuur is die effektiewe allokasie en verbruiking van hulpbronne om 'n gesondheidsorgsisteem daar te stel in 'n koste-effektiewe omgewing sonder om die kwaliteit van so diens in te boet of om toegang tot so diens te verminder (Boshoff, 1997:1).

2.4.1 Doelstellings van Gesondheidsorgbestuur

Gesondheidsorgbestuur het bepaalde doelstellings naamlik (Pretoria News, 1998:11):

- Bevordering of handhawing van gesondheid
- Voldoende allokasie van hulpbronne
- Bestuur van diensverskaffers
- Vermindering en beheer van koste
- Bevordering van die pasiënt - dokter verhouding
- Verbetering in die effektiwiteit van gesondheidsorgprogramme
- Effektiwiteit van nuwe tegnologie

Greyling (s.j.:4) beweer dat beter kwaliteit altyd tot verminderde koste sal lei. Greyling noem dat dit die taak van mediese bestuur is om hierdie verskynsel in Gesondheidsorgbestuur te verseker. Sonder voldoende inligting omtrent die onderwerp kan niks uitgevoer word nie. Om dit te voorkom, is daar 'n sisteem ontwerp deur die "Medical Service Organisation" (MSO) wat dit moontlik maak om beide verbruik, kwaliteit en hul interafhanklikes te bestuur.

2.4.2 Verbruikbestuur

Verbruikbestuur word deur Greyling (s.j.:4) soos volg verduidelik :

Daar is drie verskillende velde wat tot voordeel van beide die pasiënt en mediese fonds bestuur kan word. Hierdie velde word vervolgens verduidelik.

a) Verwagting- / Vooruitsigorsig :

Hierdie veld is meer algemeen bekend as vooraf-inkennisstelling of bemagtiging. Vooraf-inkennisstelling van dienste wat algemeen aan individue gelewer word, verskaf inligting aan die MSO voordat sogenaamde dienslewering plaasvind. Dit verseker terugvoer aan die mediese fonds en verminder die voorkoms van gevalle waar 'n diens reeds gelewer is voordat die mediese fonds daarvan in kennis gestel is.

Een van die grootste probleme is gevalle waar dienste gelewer is sonder dat dit rapporteer word totdat die mediese fonds die rekening ontvang, soms maande nadat die diens gelewer is.

Bemagtiging word vereis vir hospitaalopnames waar klein prose-dures uitgevoer en hoë tegnologiese toetse gedoen word. Elke bemagtigingsversoek word deur die mediese direkteur van die MSO ten opsigte van drie hoof kriteria geëvalueer naamlik :

- Chirurgiese noodsaak
- Binnepasiënte noodsaak of "vlak van sorg"-oorsig :
 - * Die voordeleskaal sluit 'n lys van gevolmagtigde buite-pasiëntprosedures in
 - * Indien die prosedures meestal op 'n buitepasiënt-basis uitgevoer word, regverdig hierdie geval hospitaalopname ?

- Mediese noodsaak :

- * Het die pasiënt reeds konserwatiewe behandeling vir die probleem ontvang ?
- * Regverdig die mediese toestand 'n binnepasiënt of 'n akute sorg opset ?
- * Kan die pasiënt by 'n opset van alternatiewe sorg baat ?

b) Meewerkende oorsig / Gevallebestuur :

Hierdie oorsig is algemeen bekend as gevallebestuur. Gevallebestuur is nie slegs 'n hospitaalaktiwiteit nie. Katastrofiese siektetoestande, chroniese siekte, voorgeboortesorg en so meer wat deur die vooruitsig oorsig opgemerk is, kan ook gevallebestuur aktiveer. Die gevallebestuurder is nie aangestel om met die kliniese oordeel van die geneesheer in te meng nie maar eerder om as vennoot of hulp op 'n konstruktiewe wyse op te tree.

Gevallebestuurders het die volgende pligte :

- Verseker dat alle betrokke partye ten volle ten opsigte van pasiënt sorg en behandelingsopsies ingelig is
- Gebruik rehabiliterende dienste om herstel te bevorder
- Fasiliteer ingeligte besluitneming deur effektiewe kommunikasie
- Voorkom heropname vir mediese komplikasies
- Verminder die risiko van siektes deur onderrig van die pasiënt

- Verwys na alternatiewe sorgfasiliteite byvoorbeeld tuis-gesondheidsorg wanneer moontlik

c) Retrospektiewe oorsig :

Hierdie is die finale en belangrikste skakel in verbruikbestuur. Dit word van grondige objektiewe data afgelei en rig die kwaliteitbestuurprogram. Retrospektiewe oorsig voorsien 'n waardevolle basislyn en maatstafinligting.

2.4.3 Kwaliteitbestuur

Kwaliteitbestuur word deur Greyling (s.j.:5) as die ruggraat van Gesondheidsorgbestuur beskou. Hierdie is 'n komplekse kwessie wat beide kwaliteitsversekering en kwaliteitsverbeteringprogramme insluit.

Kwaliteitbestuur is onmoontlik sonder objektiewe meetbare inligting. Die hoofdoelstellings van die program is soos volg :

- Verskaf geloofwaardigheid
- Verskaf ouditering
- Voorsien ledetevredenheidstudies
- Verseker uitkomsverslag
- Voorsien siektebestuur
- Verskaf mortaliteit statistiek

- Portuurgroepoorsig
- Voorsien grieweprocedure vir verskaffers en pasiënte

Die program moet verkieslik 'n gesamentlike poging tussen die MSO en verskaffergroep wees.

Collin (1996:3) beweer dat 'n goeie Gesondheidsorgbestuur-sisteem die volgende uitkoms kan hê :

- Verlaging in hospitaal pasiëntdae met ten minste 50%
- Werkslading van dokters verskuif na die spreekkamer
- Verhoogde oorhoofse koste van die spreekkamer as gevolg van verhoogde werkslading



2.5 INVLOED VAN GESONDHEIDSORGBESTUUR OP VERPLEGING

Lesley Page, professor van verloskunde en vrouegesondheid aan die Universiteit van Londen het in haar afsluitingstoespraak by die Internasionale Konfederasie van Vroedvroue in 1997 vroedvroue uitgedaag om volgehoue ontwikkeling van verloskunde te verseker deur die volgende (Clow, 1997:11) :

- Vorm vroedvroue op so wyse dat hulle in staat is om 'n verskil te maak aan vroue en hul gesinne
- Plaas vroue en hul gesinne in die middelpunt van sorg
- Indien 'n vroedvroubeeld aangeneem word, vereis dit van 'n vroedvrou om 'n toepaslike status aan te neem naamlik om verantwoordelikheid vir haar eie kliniese oordeel te dra en om meer erkende gesofistikeerde spanwerk te hê
- Die kenmerk van vroedvroue in die toekoms moet dié van 'n ervare klinikus met 'n hoë mate van kliniese vaardighede en professionaliteit wees en met 'n praktyk op navorsing gebaseer. Sy moet haar eie kliëntelading en tyd bestuur.

Met 'n verandering in die administrasie van mediese fondse word vroedvroue in staat gestel om meer inisiatief ten opsigte van hulle werk binne die bestek van hul praktyk te neem, soos uiteengesit deur die Wet op Verpleging en Regulasies wat deur die Raad op Verpleging daargestel is.

Clow (1997:11) beweer dat daar 'n groot verskeidenheid inter-pretasies van die vroedvrou se rol wêreldwyd is en dat die Suid-Afrikaanse vroedvrou een van dié met die breedste bestek van praktyk is. Ongelukkig word die Suid-Afrikaanse vroedvrou geweldig in haar bestek van praktyk beperk deur die opset waarin sy werk.

Gesondheidsorgsisteme nader groot en vinnige veranderinge deur vanaf 'n basiese fooi-vir-diens kultuur te verander na Gesondheidsorgbestuur. Hierdie veranderinge het 'n groot invloed op verpleging deur die vermindering in bestaande poste alhoewel dit groot geleenthede in die veld van Gesondheidsorgbestuur skep (Cooper, 1997:129).

Gesondheidsorgbestuur sypel in alle aspekte van verpleging in. Verpleegkundiges moet daarop bedag wees en hulself op nuwe rolle voorberei. Vanuit die tradisionele rol vir verpleegdiensbestuurders is daar in die Gesondheidsorgbestuur poste soos in voorkomende gesondheidsorgdepartemente. Rolle in hierdie afdeling fokus op pasiëntsorg, gesondheidsvoorligting en bemagtigings (Cooper, 1997:129).

Gesondheidsorgbestuur is 'n geïntegreerde proses wat daarop gerig is om in die gesondheidsbehoefte van 'n pasiënt te voorsien deur te beraam, te beplan, te implementeer, te ko-ördineer, te monitor en te evalueer deur gebruik van kommunikasie en beskikbare bronne te maak. Op die wyse word kwaliteit met 'n koste-effektiewe uitkoms verbeter. Diensverskaffers is byvoorbeeld spesialiteitsverskaffers, maatskaplike werkers, tuis gesondheidsorgwerkers, hospice, families en ook die pasiënt (Cooper, 1997:130).

Kwaliteit moet vanuit die kliniese en administrateursperspektief gedefinieer word. Kwaliteit verteenwoordig koste, produktiwiteit en risiko. Die konsepte is interafhanklik en deur definiëring van hul verhoudings kan verpleging hydra dat pasiënte toepaslike verpleegsorg ontvang. Dit is onnodig dat elke sektor van gesondheidsorg onafhanklik funksioneer. Fokus verskuif na die totale uitkoms van die pasiënt en nie die uitkoms van een spesifieke diens nie (Mandeville & Troiano, 1992:9)

Cooper (1997:131) noem dat voorkomende gesondheidsorgdienste nie tot die ingryping van mediese personeel beperk moet word terwille van monitering nie. Kreatiewe interaksies wat geassosieer word met verbeterde lewering van voorkomende gesondheidsorgdienste moet ingesluit word. 'n Kliniese grondslag, kritiese denkvaardighede, ondervinding met spanwerk, kommunikasie en fasiliteringsvaardighede is nodig om dit te bereik.

Cooper (1997:130) beweer dat proaktiewe en oop kommunikasie tussen die verpleegkundige en die diensverskaffer beide die plan en die diensverskaffer in staat stel om die gemeenskaplike doel te bereik, naamlik om te verseker dat die pasiënt kwaliteit, koste-effektiewe sorg in die mees toepaslike omgewing ontvang.

Mandeville en Troiano (1992:9) noem dat interdisiplinêre samewerking belangrik is. Aangesien die verpleegsektor die grootste in gesondheidsorg is, het verpleegkundiges die geleentheid om leiding te neem en 'n aktiewe rol te speel in die voorsiening van effektiewe kwaliteitsorg.

Gesondheidsorgbestuur maak dit moontlik vir 'n pasiënt om professionele behandeling tuis te ontvang eerder as om vir 'n onbepaalde periode gehospitaliseer te wees. Die doel hiervan is om die diens vir meer mense toeganklik te maak (Sanlam).

2.6 SAMEWERKING VAN DIE MULTI-PROFESIONELE SPAN

Die laat negentiende en vroeg twintigste eeu is gekenmerk deur die pogings van die mediese professie om vroedvroue uit die praktyk te druk. Sommige geneeshere het swangerskap en kraam as gevaarlik bestempel en dit as rede aangevoer waarom obstetrie slegs tot die geneesheer beperk mag word. Ten spyte hiervan het vroedvroue steeds praktiseer. Alhoewel vroue van die hoër-middel inkomstegroep oor die hulpbronne beskik het om 'n geneesheer met die geboorte van hul kinders teenwoordig te hê, het baie vroue van 'n laer inkomstegroep steeds op die vaardighe de van die vroedvrou staatgemaak. Koste was 'n belangrike faktor in die keuse om van 'n vroedvrou gebruik te maak. Vroedvroue het tot een derde van die geneesheer se prys vir hul diens gevra. Die verskil in koste tussen vroedvroue en geneeshere was een van die beweegredes waarom geneeshere gepoog het om vroedvroue te keer om in verloskunde te praktiseer (Levy, 1999/6/6:1).

Volgens die Centre for Rural Health and Social Service Deve-lopment (1999/6/6:1) word geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue tans deur baie mense as die oplossing vir koste

en toeganklikheid tot obstetriese sorg voorgehou. Alhoewel die voordele deurgaans dokumenteer word, bestaan daar onduidelikheid rondom aspekte soos rolverdeling, verantwoordelikhede en voordele wat die verpleegkundiges en vroedvroue kan geniet. Die kern van hierdie kwessies wentel meestal rondom die professionele verhouding tussen die dokter en verpleegkundige / vroedvrou.

Die verhouding tussen die vroedvrou en ginekoloog is baie belangrik. Wedersydse respek met oop kommunikasie en goeie samewerking kan tot bevordering van verhoudings en pasiënt-uitkoms lei (Mandeville & Troiano, 1992:10).

Goeie effektiewe kommunikasie speel 'n belangrike rol in die besluitnemingsproses ten opsigte van pasiëntsorg. Swak kommunikasie lei tot onsekerheid en kan moontlike aspekte vir optrede verbloem. In die beplanning of implementering van pasiëntgesentreerde sorg is dit belangrik om sulke slaggate te vermy deur te let op die wyse en inhoud van kommunikasie (Kirkham & Perkins, 1997:60).

Die groot toets vir die konsep van die geïntegreerde verskaffersnetwerk bestaan grootliks daaruit of die dokters en hul gesondheidsstelsel daarin kan slaag om 'n alliansie te vorm en op so wyse hul pasiëntsorg meer effektief te kan bestuur (Botha, 1998:6).

Dr Richard F Colin (Anon, 1996:3) beweer dat verwysings in die verlede meestal binne vriendekringe geskied het. In maatskappye van Gesondheidsorgbestuur verander die verwysingsraamwerk op so wyse dat daar eerder van verskaffers gebruik gemaak word wat ook aan dieselfde Gesondheidsorgbestuur se maatskappy behoort.

Hierdie verandering in verwysingsisteme beteken dat spesialiste gedwing word om kontrakte met maatskappye van Gesondheidsorgbestuur aan te gaan waaraan laasgenoemde se verwysende praktisyne behoort. Dit impliseer dat verpleegkundiges kontrakte moet aangaan met dieselfde maatskappye van Gesondheidsorgbestuur waaraan die ginekoloog behoort (Anon, 1996:3).

Navorsing toon dat vaardighede van geneeshere en verpleegkundiges met gevorderde

praktykondervinding komplimentêr is. Spesifieke vaardighede van verpleegkundiges stel geneeshere in staat om op ander gesondheidsorgprioriteite te konsentreer en sodoende produktiwiteit te verhoog (Centre for Rural Health and Social Service Development, 1999/6/6:1).

Khan - Neelofur (99/9/9:1) noem uit vorige navorsing dat daar 'n groter mate van tevredenheid voorkom waar gesondheidsorg deur die multi-professionele span voorsien word.

2.6.1 Kontraktuele verbintenis tussen die multi-professionele span en maatskappye van Gesondheidsorgbestuur

Die behoefte vir gesondheidsorg is soms onvoorspelbaar en die koste daaraan verbonde oorskry soms die beskikbare hulpbronne van die pasiënt. As gevolg hiervan is 'n finansiële tussenganger geïdentifiseer. Tot onlangs is die rol deur die mediese fonds vervul. Die funksie van die mediese fonds is om bydraes in te samel en eise vanaf dokters en ander verskaffers te betaal. Daar was geen kontraktuele verbintenis tussen die mediese fonds en die dokter nie. In Gesondheidsorgbestuur bestaan daar wel 'n kontrak tussen die dokter en ander verskaffers of tussen 'n organisasie waardeur dokters werk. Hierdie kontraktuele verhouding tussen die befondser en die dokter bestuur die finansiële aspekte van die verhouding tussen die dokter en pasiënt. Dit bestuur ook die kliniese standarde waarby sorg voorsien word (Eiser, s.j.:14).

Prins (1996:2-3) maan diensverskaffers om na sekere punte op te let voordat 'n kontrak met maatskappye van Gesondheidsorgbestuur aangegaan word.

Punte van belang is byvoorbeeld :

- Administratiewe uitvoerbaarheid
- Wetlikheid van die kontrak
- Is die etiese aspekte van belang ooreenstemmend met die van die diensverskaffer ?
- Is die voorstel finansiël uitvoerbaar ?
- Wat behels die vereiste indemniteit ?

Die verpleegkundige wat in 'n privaat praktyk in samewerking met maatskappye van die Gesondheidsorgbestuur staan, moet op 'n lys van alle dienste wat deur die fonds gedek word, aandring. Sy moet vooraf uitklaar watter dienste of prosedures vooraf magtiging vanaf die administreerders vereis en op watter wyse gaan die administrasie en die hantering van eise geskied. Ook in watter mate word pasiëntinligting verskaf en aan wie word die inligting deurgegee en hoe gaan die verpleegkundige voordeel trek uit gesondheidsorgbestuur by 'n spesifieke maatskappy. Ook hoe die risiko verbonde aan 'n pasiënt verdeel word en op watter wyse die lede van 'n fonds en hul voordele geïdentifiseer word. Wie het aanspraak op die instandhouding en eienaarskap van mediese rekords en word die verpleegkundige deur die kontrak verplig om slegs aan die een maatskappy 'n diens te lewer (Prins, 1996:2).

Maatskappye van Gesondheidsorgbestuur het 'n kontraktuele verbintenis met die diensverskaffer. Die maatskappy kan aandring op dokumentasie wat dui op volgehoue dienste ooreenstemmend met die dienste waarvoor geëis word. Dokumentasie bevattende inligting oor die omgewing waar dienste gelewer is, die mediese noodsaaklikheid daarvan, toepaslike diagnostiese en terapeutiese dienste voorsien en akkurate aanmelding en rekord van dienste voorsien, moet op aanvraag aan die maatskappy beskikbaar gestel word (American Medical Association, s.j.:2). Volgens die American Medical Association (s.j.:2) is voldoende dokumentasie in Gesondheidsorgbestuur belangrik aangesien dit inligting bevat omtrent die pasiënt se gesondheidsgeskiedenis sowel as die vorige en huidige siektegeskiedenis, ondersoek, toets, behandeling en uitkoms. Die mediese rekord noteer die pasiëntersorg kronologies en is 'n belangrike element in die hydrae tot hoë kwaliteit verpleegsorg.

Die mediese rekord fasiliteer die volgende :

- Die vermoë van die diensverskaffer om die pasiënt se behandeling te beraam en te beplan sowel as om die gesondheidsorg oor 'n bepaalde tydperk te monitor.
- Kommunikasie en kontinuïteit van gesondheidsorg word verbeter tussen lede van die gesondheidsorgspan betrokke by die versorging van die pasiënt.

- Eise en betaling vind akkuraat en spoedig plaas.
- Toepaslike verbruikoorsigte en evaluasie van kwaliteitsorg word vergemaklik.
- Bruikbare data vir navorsing en onderrig word toeganklik gemaak.



HOOFSTUK 3 : NAVORSINGSONTWERP EN - METODOLOGIE

3.1 INLEIDING

Die agtergrond en rasionaal van die studie is reeds in hoofstuk 1 volledig gemotiveer. In hierdie hoofstuk word die uitvoering van die studie in besonderhede beskryf.

3.2 DOEL

Die doel van die navorsing is om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van Gesondheidsorghestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te verken en te beskryf.

3.3 NAVORSINGSONTWERP



'n Nie-eksperimentele ontwerp word gebruik aangesien die onafhanklike veranderlike nie gemanipuleer kan word nie (Burns & Grove, 1993:293 & Uys & Basson, 1991:48). In hierdie studie is die ginekoloog die onafhanklike veranderlike. Manipulasie kan nie plaasvind nie aangesien daar geen kontak met die ginekoloog ten opsigte van die navorsingsonderwerp is alvorens hy nie aan die navorsing deelgeneem het nie.

Daar word 'n verkennende en beskrywende navorsingstrategie gebruik aangesien die terrein wat bestudeer word naamlik die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg, relatief onbekend is (Burns & Grove, 1993:293).

Die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg word verken, waarna die mening vanuit die resultate bespreek word.

3.4 NAVORSINGSMETODE

Die navorser verken die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg deur 'n opnamestudie uit te voer.

3.4.1 Populasie

Obstetrie-praktiserende ginekoloë wat in 'n privaat praktyk in Pretoria praktiseer.



3.4.2 Steekproef

'n Gerieflikheidssteekproefneming is gedoen deur alle obstetrie-praktiserende ginekoloë wat in die 1998\99 telefoongids gelys is by die navorsing te betrek. 'n Totaal van 65 ginekoloë is in die telefoongids gelys waarvan slegs 57 tans obstetrie in Pretoria praktiseer.

Dit word 'n gerieflikheidssteekproef genoem aangesien dit wil voorkom asof nie alle privaat praktiserende ginekoloë in Pretoria in die telefoongids gelys is nie.

3.5 DIE MEETINSTRUMENT

Daar word gebruik gemaak van vraelyste as metode vir data-insameling aangesien dit 'n tydbesparende metode is en meer persone by die navorsing betrek kan word (Burns & Grove, 1993:369 & Uys & Basson, 1991:70).

'n Gestruktureerde vraelys word opgestel vanuit die literatuur om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te verken en te beskryf.

Die vraelys bestaan uit 3 geslote en 6 oop vrae met spasie vir opmerkings (sien bylae B) om 'n mate van diepte in die vraelys te plaas (Burns & Grove, 1993:370).

'n Dekbrief op 'n RAU-briefhoof word aan die vraelys geheg wat inligting omtrent die navorser bevat. (Sien bylae A.)



Die titel van die navorsing en doelstelling word ook in die dekbrief genoem. Versekering dat die vraelyste met die nodige vertroulikheid sal hanteer word, word gegee. 'n Beraamde tydskedule wat die voltooiing van die vraelyste in beslag sal neem, word genoem. Die tydperk waarvoor die navorsing geskied, word ook genoem. Instruksies omtrent die voltooiing van vraelyste en hantering van voltooide vraelyste word gegee.

Om onduidelikheid te voorkom word drie konsepte van die studie in die dekbrief omskryf, naamlik : Gesondheidsorgbestuur, Samewerking en Hoë Risiko.

Volgnommers word aan elke vraelys verskaf om verlies van die steekproef te voorkom. Die volgnommers word gebruik om onvoltooide vraelyste op te spoor sodat telefoniese navraag aan die betrokke ginekoloë se spreekkamers gerig kan word. Op so wyse word voorkom dat voltooide vraelyste nie verlore gaan nie en ginekoloë daaraan herinner word om vraelyste te voltooi.

Tesame met die dekbrief bestaan die vraelys uit vier bladsye. Voldoende ruimte word voorsien vir die beantwoording van oop vrae. Dit behoort die respondent nie langer as vyftien minute te neem om die vraelys te voltooi nie.

3.5.1 Geldigheid en betroubaarheid van die instrument

Volgens Uys en Basson (1991:81) moet 'n dataversamelings-instrument kenmerke openbaar om bruikbaar te wees naamlik betroubaarheid, geldigheid, gevoeligheid, geskiktheid, objektiwiteit en uitvoerbaarheid.

- * Duidelike instruksies word in die vraelys gegee ten opsigte van beantwoording van die vrae om onreëlmatighede te verminder en te verseker dat ginekoloë die regte vrae antwoord wat op hul JA/NEE antwoorde volg.

- * Die inhoud van die vraelys verteenwoordig die doel van die navorsing naamlik om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte van samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te verken en te beskryf.

- * Die inhoud van die vraelys word verkry vanuit die literatuur.

- * Objektiwiteit word bevorder aangesien die navorser nie in interaksie met die respondente voor of tydens die voltooiing van die vraelys is nie.

- * Die instrument word voorgehou aan 'n kollega wat dit nagaan vir siggeldigheid. Die kollega lees deur die vraelys om te bepaal of die vrae verband hou met die onderwerp en of die vraelys die inligting meet waarvoor dit ontwerp is.

- * 'n Loodsstudie word gedoen om metingsgeldigheid te bepaal.

Die vraelys word aan 'n paar ginekoloë voorgehou om te beantwoord. Op so wyse word daar bepaal of die vrae korrek geïnterpreteer en op die regte wyse beantwoord is. Daar word bepaal

of die vraelys meet waarvoor dit ontwerp is. Enige struikelblokke word geïdentifiseer en hersien.

* Die vraelys beskik oor min JA/NEE antwoorde om statistiese regressie te voorkom.

* Volgnommers word gebruik om verlies van die steekproef te voorkom en vertroulikheid te bevorder. Deur die volgnommers na te gaan kan onvoltooide vraelyste geïdentifiseer en opgevolg word.

3.6 DATA-INSAMELING

'n Loodsstudie word uitgevoer waarna data-insameling van die res van die steekproef oor 'n tydperk van ses weke uitgevoer word.



3.6.1 Loodsstudie

'n Loodsstudie word uitgevoer om die metingsgeldigheid van die instrument te toets, om duidelikheid van die vrae, effektiwiteit van instruksies, volledigheid van antwoorde verskaf in veelvuldige keusevrae, tyd nodig om vraelyste te voltooi en die sukses van die data-insamelingstechniek te bepaal (Burns & Grove, 1993:373).

'n Gerieflikheidssteekproefneming met toevallige seleksie word gedoen om 'n steekproef te trek vir die uitvoer van die loods-studie. Alle obstetrie-praktiserende ginekoloë op die eerste vloer in 'n privaat hospitaal is gekies om aan die loodsstudie deel te neem. In totaal word daar 3 ginekoloë by die loods-studie betrek.

Vraelyste wat vir die loodsstudie gebruik word, word van 'n dekbrief op gewone tikpapier sonder briefhoofde vergesel. Die ginekoloë word gevra of hulle van mening is dat die dekbrief op 'n RAU-briefhoof getik behoort te wees om meer waarde te dra.

Die vraelyste word vergesel van 'n koevert met die navorser se naam op waarin die vraelys na voltooiing by ontvangs gelaat kan word om vertroulikheid te bevorder en insameling van voltooide vraelyste te vergemaklik.

Die voltooide vraelyste word binne 'n week by die spreekkamers afgehaal.

Die uitkoms van die loodsstudie dui daarop dat die vraelys oor metingsgeldigheid beskik en dat vrae korrek geïnterpreteer is. Geen veranderinge by die bestaande vrae word aangebring nie behalwe dat daar 'n spasie vir opmerkings ontwerp is.

Die vraelyste van die ginekoloë wat aan die loodsstudie deelgeneem het, word as waardevol geag en resultate daarvan word by die res van die steekproef gevoeg en in hoofstuk 4 uiteengesit.

3.6.2 Data-insameling



Die telefoongids is gebruik om alle obstetrie-praktiserende ginekoloë se adresse te verkry. Vraelyste vergesel met 'n dekbrief op 'n RAU-briefhoof en 'n koevert met die navorser se naam op word per hand by elke obstetrie-praktiserende gineko-loog in Pretoria se spreekkamer afgelewer. Ontvangsdames word versoek om op 'n alfabetiese lys met die name van die steekproef te teken om sodoende ontvangs vir die vraelyste te erken en verlies van die vraelyste te bekamp.

57 Obstetrie-praktiserende ginekoloë word by die navorsing betrek om hul mening ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgehoorte-tuissorg te verken en te beskryf.

Daar word gebruik gemaak van 'n navorsingsassistent om vraelyste af te lewer en voltooide vraelyste af te haal. Gereelde telefoniese navraag word gedoen om voltooide vraelyste op te spoor.

3.7 DATA-ANALISE

Antwoorde op oop vrae word analities verwerk en resultate word in 'n bespreking weergegee sowel as beskrywende statistiek waar van toepassing.

Antwoorde van geslote vrae word rekenkundig verwerk en die resultate daarvan word grafies voorgestel en bespreek.

3.8 SAMEVATTING

Die navorsingsontwerp en -metodologie om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgehoorte-tuissorg te verken, is ten volle in hierdie hoofstuk beskryf. Vervolgens word die resultate in hoofstuk 4 beskryf.



HOOFSTUK 4 : DATA-ANALISE EN BESPREKING VAN RESULTATE

4.1 INLEIDING

Die hoofdoel van die navorsing is om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te verken en te beskryf.

In hierdie hoofstuk word die data vanuit die vraelyste verkry analiseer en die resultate word bespreek.

4.2 STEEKPROEF

'n Totaal van 65 ginekoloë is in die 1998\99 telefoongids gelys. 57 Van die gelyste ginekoloë is opgespoor en is tans obstetrie-praktiserend in Pretoria. 'n Totaal van 57 vraelyste is versprei. Dit wil voorkom asof nie alle obstetrie-praktiserende ginekoloë in Pretoria in die telefoongids gelys is nie.

Die tydperk waaroor die insameling van data geskied het, was grotendeels tydens die skoolvakansie in Julie. Baie ginekoloë was met vakansie en het nie na hul terugkeer tyd gehad om die vraelyste te voltooi nie.

Met telefoniese navraag aan ginekoloë oor die voltooide vraelyste is genoem dat die vraelyste gepos is. Van die vraelyste is nie opgesoor nie.

Deelname aan die navorsing was vrywillig.

34 Vraelyste is voltooi en ontvang (60%).

Die uitvalsyfer van die navorsing is 23 (40%).

4.3 DATA-ANALISE

Daar word hoofsaaklik van beskrywende statistiek gebruik gemaak.

Oop vrae (sien bylae B, vrae 1, 3, 4, 7-10) is krities, analities en sistematies per hand verwerk soos beskryf deur Burns en Grove (1993:571-578). Data is onder ooreenstemmende temas en eienskappe verdeel waarna soortgelyke elemente en feite saam groepeer en teoreties beskryf is.

Antwoorde op die drie geslote vrae (sien bylae B, vrae 2, 5 en 6) is rekenkundig verwerk. Resultate word numeries weergegee en grafies beskryf.

4.3.1 Die algemene gevoel van ginekoloë ten opsigte van Gesondheidsorgbestuur

Daar is aan die ginekoloë gestel dat Gesondheidsorgbestuur in alle aspekte van pasiëntsorg insypel wat lei tot bemagtiging vir pasiëntopnames en vroeër ontslag van pasiënte. Ginekoloë is gevra hoe hulle daarvoor voel. (Sien bylae B, vraag 1)

59% Vraelyste is kenmerkend positief beantwoord terwyl 32% vraelyste negatief beantwoord is. Die onderliggende gevoel van die oorblywende 9% vraelyste is neutraal.

Terugvoer vanaf ginekoloë word vervolgens in drie kategorië bespreek naamlik; positief, negatief en neutraal.

a) Positiewe terugvoer

- Die volgende aanhalings toon dat die noodigheid van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van oorlewing van mediese fondse deur ginekoloë verstaan word.

"...dit was nodig vir oorlewing van mediese fondse. Ek dink dit kan werk.." (Vraelys no 53)

"...ek kan goed verstaan hoekom dit nodig is..." (Vraelys no 60)

" Ek verstaan die noodsaaklikheid om kostes te verminder...Tuisverpleging is definitief die antwoord om koste te verminder..." (Vraelys no 68)

- 35% Ginekoloë (12) het genoem dat hulle Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van vroeë ontslag as 'n goeie idee beskou.

- 9% Ginekoloë het genoem dat Gesondheidsorgbestuur 'n positiewe toetreding is waar toepaslik en dat dit in sommige omstandighede kan slaag alhoewel nie alle voorgeboorte toestande tuis versorg kan word nie.

- Uit die resultate is afgelei dat ginekoloë Gesondheidsorgbestuur goedkeur indien daar aan die volgende voorwaardes voldoen word :

- * pasiëntsorg nie ingeboet word nie (9%)
- * indien Gesondheidsorgbestuur geen nadeel vir die pasiënt inhou nie (9%)
- * standarde moet gehandhaaf word en kwaliteit diens moet gelewer word (6%)
- * daar moet nie aan die dokter voorgeskryf word ten opsigte van opname, indikasies vir prosedures en die gebruik van sekere medikasie nie (12%)

b) Negatiewe terugvoer

- Gevoelens van negatiewe, frustrasie en geïrriteerdheid teenoor Gesondheidsorgbestuur is deur 12% ginekoloë beskryf.

Daar is genoem dat hulle nie pasiënte onnodig hospitaliseer nie. Een ginekoloog (3%) noem dat pasiënte wat vir konserwatiewe behandeling van swangerskapkomplikasies opgeneem word, soms drie keer per dag deur die ginekoloog besoek moet word.

- Een ginekoloog (3%) het opgemerk dat Gesondheidsorgbestuur hom soos 'n student laat voel wat alles moet motiveer.

- 6% Ginekoloë voel dat Gesondheidsorgbestuur die pasiënt benadeel.

- 15% Ginekoloë voel dat Gesondheidsorgbestuur die onafhanklikheid van die ginekoloog se praktyk ontnem of beperk en die integriteit van die dokter bevaagteken. Die ginekoloog se outonomie om onafhanklike besluite te neem, word beperk.

- 'n Ginekoloog (3%) noem dat vinnige besluitneming deur Gesondheidsorgbestuur vertraag word en nadelig vir pasiënte is.

c) Neutrale terugvoer

- 6% Ginekoloë het beklemtoon dat maatskappye van Gesondheid sorgbestuur moet aanvaar dat noodgevalle kan voorkom wat lei tot hospitalisasie of verlenging daarvan. Pasiënte met ernstige swangerskapkomplikasies moet verkieslik hospitaliseer word.

- 9% Ginekoloë het gemaak dat Gesondheidsorgbestuur deur wetenskaplike gefundeerde feite bestuur moet word. Finansiële gewin moet nie die belangrikste beweegrede wees nie.

- Een ginekoloog (3%) versoek dat beperkinge ten opsigte van pasiëntsorg verkieslik met die mediese professie bespreek word, terwyl twee ander (6%) versoek dat probleme tussen die pasiënt en die mediese fonds uitgeklaar word.

- In 18% vraelyste is verwys na die verantwoordelike persoon vir die pasiënt. Ginekoloë voel dat hulle verantwoordelik is vir 'n hoë risiko pasiënt en dat hulle die risiko sal moet dra na vroeë ontslag van so pasiënt.

- Maatskappye van Gesondheidsorgbestuur word deur 18% ginekoloë versoek om nie aan aan hulle voor te skryf ten opsigte van pasiënthantering nie. Die finale besluit ten opsigte van hospitalisering en behandeling van pasiënte moet by die ginekoloog berus.

- 6% Ginekoloë vereis dat persone in diens van Gesondheidsorgbestuur se maatskappye en wat verantwoordelik is vir die verlening van bemaagtiging vir hospitalisering van pasiënte gekwalifiseer moet wees en voldoende ondervinding moet hê.

4.3.2 Tuisversorging na vroeë ontslag van pasiënte of in plaas van hospitalisasie

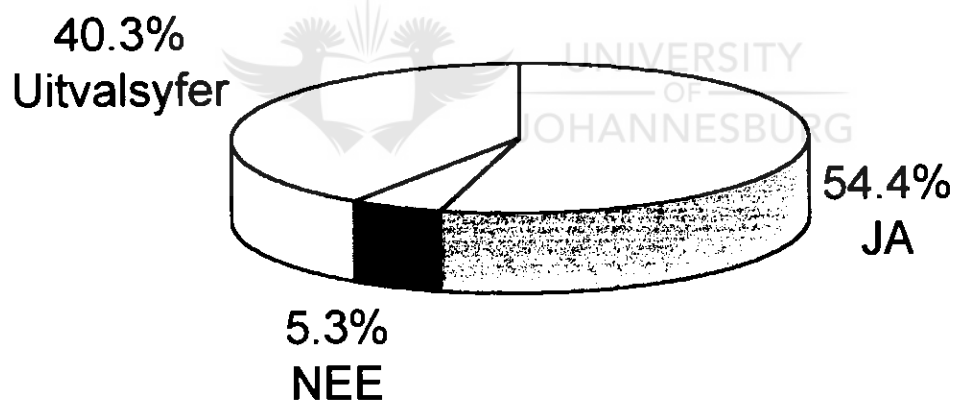
Op die vraag of die ginekoloog voel dat sommige van die pasiënte tuis versorg kan word na vroeë ontslag of tuis verpleeg word in plaas van hospitaalversorging (sien bylae B, vraag 2) is die volgende bevind. (Sien figuur 4.1.)

Uit die 34 voltooide vraelyste, het 31 (91%) ginekoloë geantwoord dat pasiënte met hoë risiko swangerskapkomplikasies tuis versorg kan word na vroeë ontslag of tuis versorg kan word in plaas van hospitalisering.

3 Ginekoloë (9%) voel dat pasiënte met hoë risiko swangerskapkomplikasies nie tuis versorg kan word nie.

Indien die uitvalsifer van 23 vraelyste (40%) ook by die negatiewe antwoord (3) getel word, sal dit geen invloed op die antwoord hê nie. 26 Vraelyste = 46%

Figuur 4.1 Tuisversorging na vroeë ontslag



4.3.3 Motivering op negatiewe antwoord van vraag 2

Vraag 2 (sien bylae B) het aan die ginekoloog gevra of hy voel dat sommige van die pasiënte tuis versorg kan word na vroeë ontslag of tuis versorg word in plaas van hospitaalversorging.

- Daar is genoem dat tuisverpleging onnodig is en dat dit slegs die mediese koste gaan verhoog (3%). Dit is opgemerk deur een ginekoloog (3%) dat daar geen indikasie vir tuis-verpleging is nie alhoewel daar deur twee ginekoloë (6%) genoem is dat slegs gesonde ongekompliseerde pasiënte tuisversorg kan word.

- Respondente voel hulle is alleen verantwoordelik vir die pasiënt en haar toestand. Pasiënte kan hulle ten alle tye met enige probleme kontak. Hulle verkies om self hul pasiënte te monitor (2%).

- Een ginekoloog verduidelik dat pasiënte wat hospitaliseer word as gevolg van swangerskapkomplikasies nie tuis versorg kan word nie aangesien dit pasiënte met komplikasies soos premature kraam, premature ruptuur van die vliese, ernstige toestande van swangerskapsdiabetes, hipertensie of HELLP sindroom en ernstige urienweginfeksie is.

- Twee (6%) ginekoloë noem dat hulle, hul pasiënte twee tot drie keer per dag self ten tye van hospitalisasie besoek. Respondente voel ook dat die hospitaal waar hulle werk, hul spesifieke hantering van pasiënte ken.

4.3.4 Siktetoestande wat die ginekoloë sal oorweeg vir tuisversorging

Daar is aan ginekoloë gevra watter siktetoestande hulle vir tuisversorging sal oorweeg indien hulle op vraag 2 geantwoord het dat hulle wel dink sommige hoë risiko voorgeboorte-pasiënte tuis versorg kan word na vroeë ontslag uit die hospitaal of in plaas van hospitalisasie. (Sien bylae B, vraag 4)

In hierdie afdeling het die respondente ook toestande genoem wat nie by die studie ingesluit is nie, byvoorbeeld post partum- en algemene verpleegkundige toestande.

Daar is genoem dat enige toestand waar moederlike en fetale monitoring die enigste intervensie is waarop verdere besluite geneem moet word, oorweeg sal word vir tuisverpleging.

Siektetoestande wat deur ginekoloë oorweeg sal word vir tuisversorging word in tabelvorm weergegee. Sien Tabel 4.1.

Post partum toestande wat deur ginekoloë genoem is vir die oorweging van tuisversorging is soos volg :

- Algemene post partum-sorg (12%)
- Post-keisersnee opvolg (9%)
- Versorging van die episiotomie of intakte perineums (3%)
- Borsvoeding (6%)
- Fototerapie (9%)



Algemene verpleegkundige tuisversorging behels :

- Post-operatiewe wondversorging (24%)
- Wond sepsis (6%)
- Post-operatiewe versorging na dag 4 (3%)
- Blaasherstelle (3%)
- Voorkoming van hospitaalverwante infeksies (3%)
- Graad I-II harttoestande (3%)
- Onkologie (3%)

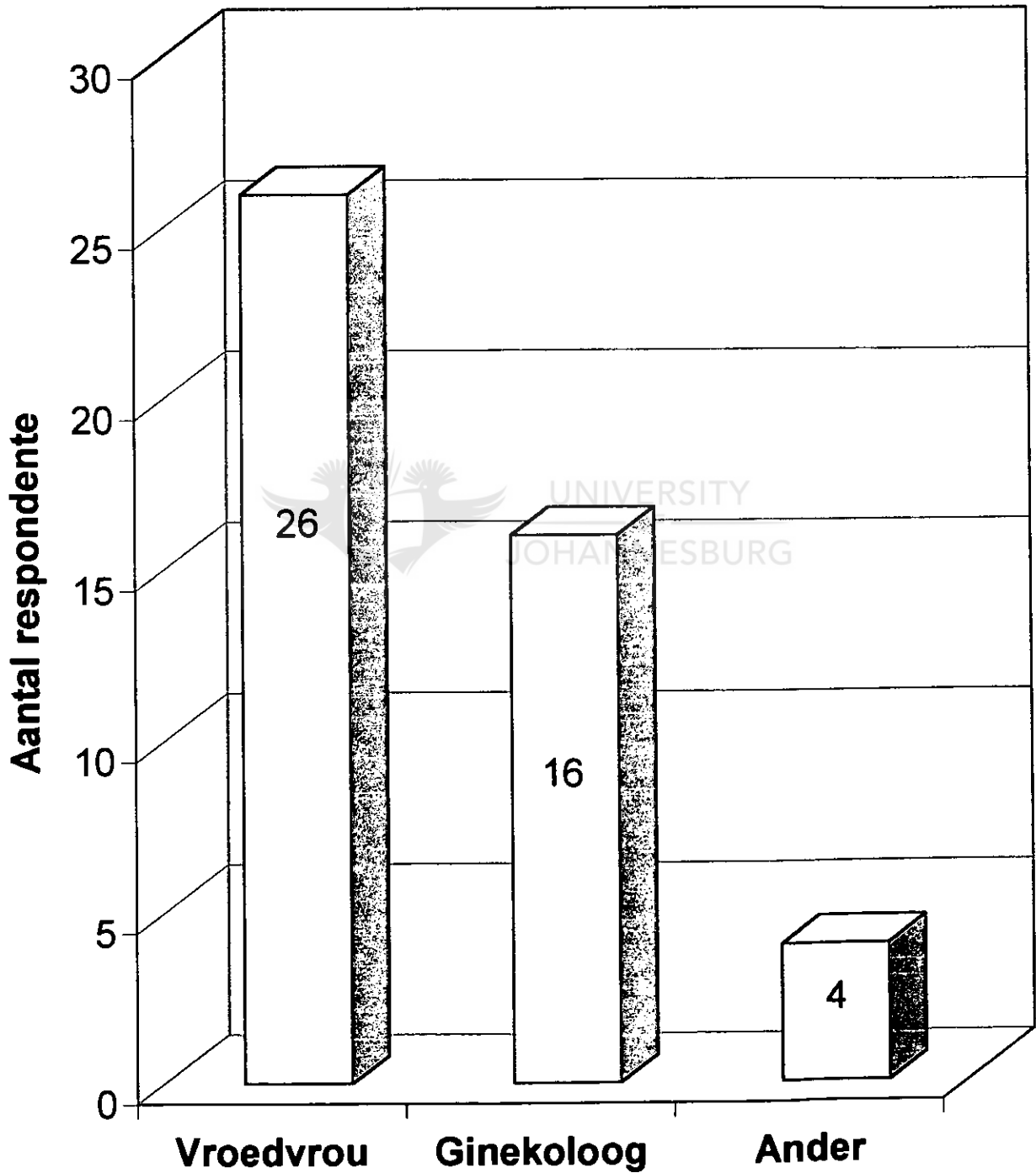
Tabel 4.1 Siektetoestande wat oorweeg word vir tuisversorging

SIEKTETOESTAND	FREKWENSIE (N = 34)	PERSENTASIE (100%)
GERINGE TOT MATIGE HIPERTENSIE	25	74
ANTE PARTUM BLOEDING [1] ONDER 28/52 SONDER PLASENTA PREVIA [2] ONDER 34/52 MET PLASENTA PREVIA	4 1	12 3
PREMATURE RUPTUUR VAN VLIESE	2	6
PREMATURE KRAAM [1] DREIGEND [2] MONITERING NA ONDER- DRUKKING	4 2	12 6
URIENWEGINFEKSIE EN SISTITIS	12	35
VERMINDERDE FETALE BEWEGING	3	9
MONITERING VAN FETALE WELSYN RKTG	6 2	18 6

Tabel 4.1 (vervolg)

SIEKTETOESTAND	FREKWENSIE (N =34)	PERSENTASIE (100%)
INTRA-UTERINE GROEIVERTRAGING	5	15
DIABETES	5	24
GERINGE ONGESTELDHEDE	4	12
BYVOORBEELD :	1	
[1] EDEEM	1	3
[2] SPATARE	1	3
[3] GASTRO-ENTE- RITIS	1	3
[4] BRONGITIS IN SWANGERSKAP		3
HIPEREMESIS GRAVIDARUM	6	18
ABDOMINALE PYN	1	3
SWAK OBSTETRIESE GESKIEDENIS	2	6
BEDRUS	2	6
MEERVOUDIGE SWANGERSKAPPE	1	3
ANTI-STOLTERAPIE IN SWANGERSKAP	1	3
ONDERSTEUNING EN MOTIVERING	1	3

Figuur 4.2
Persone verantwoordelik vir tuissorg



4.3.5 Persone verantwoordelik vir tuisversorging van pasiënte

Daar is aan die ginekoloë gevra wie volgens hul mening verantwoordelik moet wees vir die opvolg en tuisversorging van hoë risiko voorgeboorte-pasiënte. (Sien bylae B, vraag 5).

Daar is drie opsies gegee naamlik 'n vroedvrou, die ginekoloog of ander. Voldoende spasie is voorsien waar spesifiseer kan word wie die ander mag wees.

Respondente kon meer as een opsie kies. Resultate word in Figuur 4.2. weergegee.

Die opsie vir "Ander" is deur vier respondente gekies. Daar is genoem dat die persone verantwoordelik vir die opvolg en versorging van hoë risiko voorgeboorte-pasiënte van die omstandighede afhang.

Die volgende persone is gespesifiseer :

'n Algemene praktisyn (3%)

Gemeenskapverpleegkundige (3%)

Enige opgeleide algemene verpleegkundige (3%)

'n Vroedvrou in direkte samewerking met 'n ginekoloog (12%).

Een ginekoloog het genoem dat hy nie bereid is om 'n pasiënt tuis te besoek nie.

4.3.6 Bereidheid van ginekoloë ten opsigte van samewerking met 'n vroedvrou in die tuisversorging van pasiënte.

Die vraag is aan ginekoloë gevra of hulle bereid is om in samewerking met vroedvroue voorgeboorte-pasiënte tuis te versorg. (Sien bylae B, vraag 6).

Resultate word duidelik in Tabel 4.2 uiteengesit waarna 'n bespreking volg.

Tabel 4.2 Die bereidheid van ginekoloë ten opsigte van samewerking met vroedvroue.

N : Frekwensie

	N = 57	PERSENTASIE (100%)	N = 34	PERSENTASIE (100%)
UITVALSYFER	23	40		
JA	26	46	26	76
NEE	8	14	8	24

- 26 (76%) Ginekoloë het genoem dat hulle bereid is om in samewerking met vroedvroue voorgeboorte-pasiënte tuis te versorg.

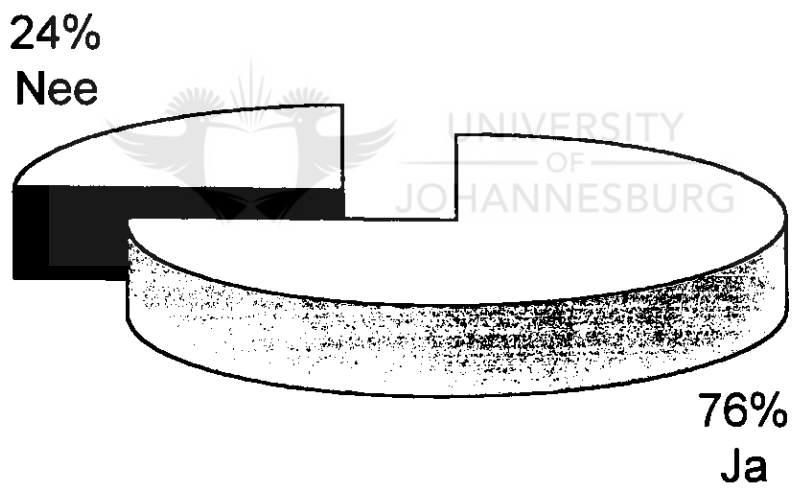
- 8 (24%) Ginekoloë is nie bereid om voorgeboorte pasiënte tuis te versorg nie.

- 23 (40%) Vraelyste is nie herwin nie.

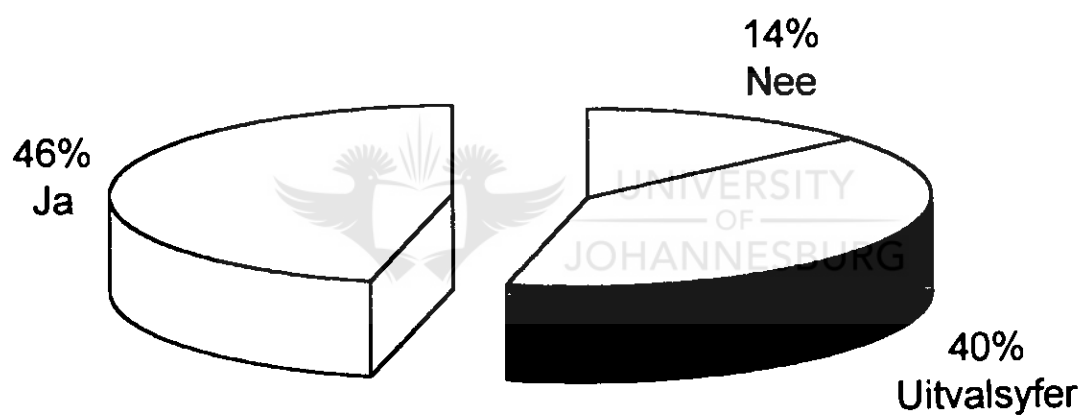
- Dit blyk uit Figuur 4.3 dat meeste ginekoloë wat aan die studie deelgeneem het, bereid is om in samewerking met vroedvroue hoë risiko voorgeboorte-pasiënte tuis te versorg. (Sien figuur 4.3).

- Indien die uitvalsyfer van 23 (40%) by die negatiewe respons (14%) gereken word, is dit opmerklik dat die uitkoms van die vraag duidelik daardeur beïnvloed kon word. Die moontlikheid bestaan dat 54% ginekoloë die vraag negatief kon beantwoord. (Sien figuur 4.4).

Figuur 4.3 Bereid tot samewerking



Figuur 4.4
Invloed van die uitvalsyfer



4.3.7 Voorwaardes waaronder ginekoloë bereid is om met 'n vroedvrou saam te werk.

Daar is aan ginekoloë gevra onder watter omstandighede hulle saam met 'n vroedvrou hoë risiko voorgeboorte-pasiënte tuis sal versorg indien hulle JA geantwoord het op vraag 6 wat hulle bereidheid bevestig het. (Sien bylae B, vraag 7).

- Daar is genoem dat ginekoloë bereid is om hulle samewerking ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te gee indien 'n pasiënt dit verkies (3%). Die ginekoloog moet die besluit neem of tuisversorging nodig is (6%) en of opvolgbe soeke voortgesit moet word (3%). Die vroedvrou moet die ginekoloog konsulteer ten opsigte van behandeling (3%) waarna behandeling deur die ginekoloog voorgeskryf word (6%). Daar is versoek dat die pasiënt die ginekoloog steeds een tot twee keer per week besoek (3%). Indien die vroedvrou vind die pasiënt reageer nie toepaslik op tuisversorging nie, moet die pasiënt dadelik na die ginekoloog terugverwys word (3%).

- 'n Positiewe verhouding tussen die vroedvrou en die ginekoloog moet daargestel word (9%). Ginekoloë voel sterk daaroor dat hulle die vroedvrou moet ken en kan vertrou (9%).

- Goeie beskikbare kommunikasiekanale (32%) is beklemtoon sowel as gereelde terugvoer deur die vroedvrou (41%).

- Dit is as belangrik geag dat daar 'n deeglike omskrywing van bevoegdhede en gedeelde verantwoordelikhede (15%) tussen ginekoloë en vroedvroue gemaak word. Een ginekoloog meen die versorging van pasiënte is die taak van die vroedvrou terwyl die dokter steeds die verantwoordelike persoon bly. 'n Ander ginekoloog beklemtoon dat elkeen sy eie verantwoordelikheid moet dra. Die dokter moet nie die verantwoordelikheid namens die vroedvrou dra nie.

- Die vroedvrou moet oor eienskappe soos bekwaamheid, verantwoordelikheid, betroubaarheid en paraatheid beskik. Sy moet in staat wees en die kennis hê om probleme vroegtydig te identifiseer en die pasiënt dan na die geneesheer te verwys (6%).

- Goeie kwalifikasies (18%) en voldoende ondervinding (12%) in die veld is belangrik. Een ginekoloog het genoem dat sy ook deur hom georiënteer moet word ten opsigte van sy voor- en afkeure en aspekte in verloskunde wat hy as belangrik ag.

- 'n Vroedvrou in so voorgeboortesorgpraktyk moet in staat wees om sekere take tuis uit te voer (9%) soos die neem van 'n RKTG, inwerkingstelling en instandhouding van 'n infusie, tydig toediening van medikasie en 24 uur direkte sorg. Sy moet oor die nodige toerusting soos suurstof en 'n kardiotoekograaf beskik. Indien nodig moet die pasiënt vinnig na 'n hospitaal vervoer kan word (3%).

- Een ginekoloog voel dat sy slegs lae risiko pasiënte mag hanteer terwyl 'n ander voel dat pasiënte tot op ses maande deur 'n vroedvrou gehanteer kan word waarna hulle na 'n ginekoloog verwys moet word. Dit is ook uitgelig deur een ginekoloog dat hy nie bereid is tot samewerking vir pasiënte tuis ten opsigte van vroeë kraam of tuisbevallings nie.

- Tuisversorging moet net so goed soos hospitaalversorging wees. Riglyne vir kwaliteitskontrole moet deur maatskappye van Gesondheidsorgbestuur en professionele rade gestel word (3%).

4.3.8 Terugvoer aan die ginekoloog in verband met pasiënte wat tuis deur die vroedvrou versorg word.

Die vraag is aan ginekoloë gevra hoe gereeld hulle van 'n vroedvrou verwag om met hulle in verbinding te tree in verband met voorgeboorte-pasiënte wat tuis deur haar versorg word. (Sien bylae B, vraag 8).

- Dit blyk dat terugvoer baie van die swangerskapkomplikasie en die toestand van die pasiënt afhang. Die voorstel is gemaak dat 'n kriteria vir die behandeling en terugvoer van elke komplikasie duidelik vooraf uitgeklaar word.

- Sommige ginekoloë was meer spesifiek alhoewel die hoeveelheid terugvoer steeds baie verskil. Die volgende frekwensie van terugvoer is deur ginekoloë voorgestel, Sien tabel 4.3:

HOEVEELHEID TERUGVOER	FREKWENSIE (N = 34)	PERSENTASIE (100%)
NA ELKE BESOEK	2	6
DAAGLIKS	13	38
WEEKLIKS	3	9
AFHANGEND VAN DIE KOMPLIKASIE	8	24
1-2 KEER PER WEEK	1	3
2 KEER PER DAG	1	3
2-3 KEER PER DAG	2	6

Tabel 4.3 Die hoeveelheid terugvoer wat ginekoloë van 'n vroedvrou verwag

- Daar is voorgestel dat terugvoer so gereeld gegee word as wat die situasie dit verg of so gereeld as wat die vroedvrou dit nodig ag (6%). Met 'n stabiele probleem is dit nie nodig om deurentyd in kennis gestel te word nie (3%). Wanneer daar 'n verandering in die pasiënt se toestand voorkom, wil die ginekoloog verkieslik in kennis gestel word.

- Een respondent het genoem dat 'n vroedvrou vorgeboortepasiënte as roetine tot op ses maande gestasie kan besoek waartydens hy slegs maandelikse terugvoer verlang. Na ses maande gestasie moet sy na die ginekoloog verwys word.

- Een ginekoloog het genoem dat hy geen terugvoer vanaf die vroedvrou verwag nie. Hy reken dat 'n vroedvrou wat kans sien om hoë risiko vorgeboorte-pasiënte tuis te versorg in staat moet wees om dit wat na haar kant toe kom, te kan hanteer.

4.3.9 Kwalifikasies waaroor die vroedvrou moet beskik om hoë risiko voorgeboorte-pasiënte tuis te versorg.

Ginekoloë is gevra oor watter kwalifikasie hulle sou voorstel moet 'n vroedvrou beskik om hoë risiko voorgeboorte-pasiënte tuis te versorg. (Sien bylae B, vraag 9).

- Verskillende verwagtinge ten opsigte van die vroedvrou se kwalifikasies en ondervinding bestaan.

- Spesifieke kwalifikasies kan in drie groepe verdeel word naamlik; gegradueerd, verloskundige kwalifikasies en algemene kwalifikasies. Ondervinding word deur sommige ginekoloë as 'n prioriteit beskou. Spesifieke vereistes ten opsigte van kwalifikasies word in Tabel 4.4 uiteengesit.

(Sien tabel 4.4)

Daar is gemeld dat 'n vroedvrou oor enige kwalifikasies moet beskik wat haar in staat stel om goeie oordeel aan die dag te lê en verantwoordelikheid te openbaar.

- Een ginekoloog het genoem dat hy die vroedvrou self ook wil onderrig in sy voor- en afkeure ten opsigte van die hante ring van hoë risiko voorgeboorte-pasiënte.

- Een ginekoloog beveel aan dat 'n vroedvrou wat hoë risiko voorgeboorte-pasiënte tuis wil versorg die kwalifikasie MMed (O & G) moet verwerf.

Tabel 4.4 Spesifieke vereistes ten opsigte van kwalifikasies

N = Frekwensie

KWALIFIKASIE	N = 34	JARE ONDERVINDING	N = 34
GEGRADUEERD			
ONGESPESIFISEERDE GRAAD	4	2 JAAR	1
		2-5 JAAR	1
		5 JAAR	1
		GEEN VEREISTE	1
B. CUR	3	4 JAAR	1
		5-10 JAAR	1
		GEEN VEREISTE	1
M. CUR	1	5-10 JAAR	1
VERLOSKUNDIGE KWALIFIKASIES			
- BASIESE OPLEIDING IN VERLOSKUNDE	9	1 JAAR	1
		5 JAAR	1
		ONGESPESIFISEERD	3
		GEEN VEREISTE	4
- DIPLOMA IN VERLOSKUNDE	4	2-5 JAAR	1
		5 JAAR	1
		ONGESPESIFISEERD	2
- DIPLOMA IN GEVOR- DERDE VERLOSKUNDE - PEP-PROGRAM	1	GEEN VEREISTE	1
- VERDERE OPLEIDING IN VERLOSKUNDE (ONGESPESIFISEERD)	1	GEEN VEREISTE	1

Tabel 4.4 (vervolg)

KWALIFIKASIE	N = 34	JARE ONDERVINDING	N = 34
ALGEMENE KWALIFIKASIES - GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGE MET :			
* VERLOSKUNDE	7	4 JAAR ONGESPESIFISEERD	1 6
* TEATER	1		
* INTENSIEF	1		
* PRIMêRE	1		
GESONDHEIDSORG * ONDERRIG DEUR DIE GINEKOLOOG	1		

4.3.10 Opmerkings

Ginekoloë is die geleentheid gegun om opmerkings ten opsigte van die navorsingsonderwerp te maak.

Verskeie negatiewe en positiewe insette is gelewer. Vervolgens word 'n kort samevatting van die insette sowel as 'n paar aanhalings weergegee.

- Gesondheidsorgbestuur kan werk indien daar voldoende kommunikasie, kennis en vertroue tussen die verpleegkundige en die geneesheer bestaan (6%). Die algemene gevoel bestaan dat ginekoloë bereid is om hul samewerking aan 'n opgeleide betroubare persoon te gee mits hulle haar ken.

"...Tuisversorging is definitief die antwoord om kostes te verminder maar die verhouding tussen die dokter en suster moet gesond wees en op 'n goeie vertrouensverhouding gegrond wees.." (Vraelys no 68).

"...Beter samewerking tussen ginekoloë en vroedvroue sal lei tot beter versorging van pasiënte en kostebesparing. Die hoofdoel moet egter nie kostebesparing met 'n verlies aan pasiëntsorg wees nie..." (Vraelys no 37).

- Daar bestaan 'n gevoel dat Gesondheidsorgbestuur aan dokters en pasiënte opgedring is vir finansiële voordeel van die administrateurs van maatskappye van Gesondheidsorg bestuur alleen (6%).

- Verantwoordelikheid ten opsigte van die pasiënt is 'n kwessie wat deurgaans aangeraak is (18%).

- Negatiewe insette is gelewer naamlik dat wanneer 'n vroed vrou 'n pasiënt tuis versorg, sy 'n minimum van vier uurlikse observasies moet doen. Die dokter wil ook graag die pasiënt besoek wat nie vir hom koste-effektief is nie (3%).

- Die hospitaal is vir sommige ginekoloë onvervangbaar in hoë risiko voorgeboorte-pasiëntsorg. Sommige ginekoloë verkies dus om self voorgeboorte-pasiënte te evalueer en hanteer vir monitering van vordering (6%). Een ginekoloog noem dat indikasies vir voorgeboortelike opnames nie tuis uitgevoer en hanteer kan word nie.

Alhoewel daar verskeie opinies gelug is en beide positiewe en negatiewe insette gelewer is, slaag die volgende aanhaling daarin om die onderliggende tema uit te lig :

"... Hier is 'n toekoms maar opleiding en selfs pasiënt-opleiding is belangrik.." (Vraelys no 20).

4.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n beskrywing gegee van die resultate wat vanuit die data-analise van die meetinstrumente naamlik die vraelyste verkry is. In hoofstuk 5 word die bevindinge van die studie bespreek en aanbevelings word gemaak na aanleiding van die beskrywing van die resultate in hoofstuk 4.



HOOFSTUK 5 : GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

Die doel van hierdie hoofstuk is om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg te beskryf aan die hand van die data soos in hoofstuk 4 verken. Daar volg ook 'n bespreking ten opsigte van die geldigheid en betroubaarheid van die studie sowel as die beperkinge. Aanbevelings word gemaak wat daarop gerig is om die praktyk en verpleeg-opleiding te rig en nuwe navorsingsgeleenthede daar te stel.

5.2 GEVOLGTREKKINGS

Objektiewe gevolgtrekkings word vanuit die data soos in hoofstuk 4 uiteengesit, gemaak.

5.2.1 Ginekoloë se algemene gevoel ten opsigte van Gesondheidsorgbestuur

- Dit wil voorkom asof ginekoloë beide positief en negatief ten opsigte van Gesondheidsorgbestuur voel.
- Daar word afgelei dat sommige ginekoloë voel Gesondheidsorgbestuur is op hulle afgedwing. As gevolg daarvan is hulle baie negatief en gefrustreerd met die konsep.
- Ginekoloë voel sterk daarvoor dat Gesondheidsorgbestuur nie aan hulle moet voorskryf ten opsigte van pasiënthantering, opname en diagnostiese toetse nie. Die behoefte is geopenbaar dat ginekoloë die besluitnemende party wil wees.
- Ginekoloë is besorg dat Gesondheidsorgbestuur moontlik tot 'n stryd om finansiële gewin ten koste van pasiëntsorg kan lei.

- Dit blyk vanuit die terugvoer dat sommige ginekoloë bereid is om Gesondheidsorgbestuur te aanvaar en te ondersteun onder hul eie voorwaardes.

- Die verantwoordelikheid vir die pasiënt is 'n belangrike tema wat deurgaans aangeraak is. Daar bestaan konflik in dié opsig dat sommige ginekoloë die enigste verantwoordelike party wil wees terwyl die vroedvrou slegs die uitvoerende party is. Ander ginekoloë is nie bereid om die verantwoordelikheid met 'n vroedvrou te deel nie.

5.2.2 Toepassing van Gesondheidsorgbestuur deur samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue

- Dit kom voor asof die meerderheid ginekoloë voel dat daar 'n ruimte vir tuisversorging van hoë risiko voorgeboorte-pasiënte bestaan.

- Die gevolgtrekking kan gemaak word dat ginekoloë wat nie bereid tot samewerking is nie, nie die verantwoordelikheid ten opsigte van hul pasiënte wil deel nie en dat hulle nie maklik iemand anders vertrou om na hul pasiënte om te sien nie.

- Dit kom voor asof vroedvroue die voorkeur-persone is om hoë risiko voorgeboorte-tuissorg uit te voer. Tuissorg moet egter in direkte samewerking met die betrokke ginekoloog geskied.

- Die afleiding kan gemaak word dat ginekoloë bereid is tot samewerking indien daar vooraf duidelike riglyne ten opsigte van die hantering van pasiënte en terugvoer gestel word.

Duidelikheid moet verkry word oor wie die verantwoordelikheid vir die pasiënt aanvaar. Vroedvroue moet aan die voorwaardes voldoen soos bespreek in paragraaf 4.3.7.

5.2.3 Voorwaardes vir samewerking tussen ginekoloë en privaatvroedvroue

Dit wil voorkom asof ginekoloë bereid is tot samewerking met privaat vroedvroue ten opsigte van die hantering van hoë risiko voorgeboorte-tuisversorging onder die voorwaardes :

- Die besluitneming ten opsigte van tuisversorging en die aard van die behandeling berus slegs by die ginekoloog.
- Die vroedvrou moet in staat wees om spesifieke take te verrig en moet oor die nodige toerusting beskik.
- 'n Deeglike omskrywing van take en bevoegdhede word as belangrik beskou.
- Daar bestaan egter 'n onduidelikheid oor wie die verantwoordelikheid vir die pasiënt moet dra alhoewel verantwoordelikheid skynbaar 'n baie belangrike kwessie is.
- 'n Professionele verhouding tussen die ginekoloog en vroedvrou, baseer op kennis, vertroue, kommunikasie en terugvoer is skynbaar baie belangrik.
- Daar word van vroedvroue verwag om sekere eienskappe te openbaar naamlik bekwaamheid, verantwoordelikheid en betroubaarheid. Voldoende kennis, vaardighede en paraatheid is skynbaar belangrik.
- Dit wil voorkom asof ginekoloë van vroedvroue verwag om voldoende gekwalifiseerd te wees alhoewel daar nie 'n spesifieke vereiste bestaan nie. Voldoende ondervinding is ook 'n prioriteit.

5.2.4 Hoë risiko voorgeboorte-tuissorg

- Dit wil voorkom asof daar 'n duidelike taakomskrywing ten opsigte van die hantering van pasiënte en sekere hoë risiko voorgeboorte-toestande gedoen moet word alvorens so vroedvrou-praktyk opgerig kan word.
- 'n Kriteria vir terugvoer ten opsigte van sekere toestande moet uitgewerk word.

- Dit blyk dat daar 'n groot verskeidenheid siektetoestande vir tuisversorging oorweeg kan word indien daar aan die voorwaardes van die ginekoloog voldoen word.

5.2.5 Gevolgtrekking

Soos beskryf in paragrawe 5.2.1 -5.2.4 kan die gevolgtrekking gemaak word dat ginekoloë in Pretoria van mening is dat daar wel ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg in die toepassing van gesondheidsorgbestuur is.

5.3 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID VAN DIE STUDIE

Die vraag word nou gevra of die studie aan die kriteria vir geldigheid en betroubaarheid soos bespreek in paragraaf 1.8.4 voldoen.

- Oudit van die proses en produk is gedoen deur die studie deurgaans met 'n kollega en studieleier ten opsigte van bruikbaarheid, volledigheid en duidelikheid te bespreek.

- Daar is sorg gedra dat die steekproef vir die studie verteenwoordigend is deur alle obstetrie-praktiserende ginekoloë in Pretoria wat in die 1998/99 telefoongids gelys is by die navorsing te betrek. Dit wil voorkom asof nie alle ginekoloë in die telefoongids gelys is nie. 57 Ginekoloë is wel by die studie betrek alhoewel net 34 (60%) daaraan deelgeneem het.

Geldigheid is nie in die gedrang gebring nie aangesien daar 'n goeie reaksie op terugbesorging van vraelyste verkry is. 'n Mate van versadiging van data is tydens verwerking van die vraelyste gemerk wat lei tot die gevolgtrekking dat ginekoloë wat nie aan die studie deelgeneem het nie, moontlik dieselfde insette sou lewer.

- Die studie is oordraagbaar binne dieselfde konteks aangesien ginekoloë oor die hele Pretoria aan die studie deelgeneem het ongeag hul ras, kultuur, geslag of ouderdom.

- Interaksie van die seleksie is voorkom deur nie vooraf in sosiale gesprekvoering met ginekoloë ten opsigte van die navorsingsonderwerp betrokke te raak nie.
- Daar is verslag gedoen van alle navorsingsbevindinge sonder die verswyging van belangrike gegewens wat die interpretasie van die data kon beïnvloed.
- Resultate van die navorsing is op versoek skriftelik aan respondente deurgegee.
- Die metodologie van die studie is eksplisiet gestel sodat die navorsing stapsgewys herhaal kan word.
- Anonimiteit van die respondente is gerespekteer deur die volgnummer op die vraelyste slegs te gebruik vir die opsporing van uitstaande vraelyste.

5.4 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

- Daar is nie by elke vraag in die meetinstrument genoem dat die vraag betrekking het op hoë risiko voorgeboorte-pasiënte nie, byvoorbeeld vraag 4 (Sien bylae). Respondente het soms verwys na nageboorte-pasiënte of algemene verpleging.
- Die aanname word gemaak dat die uitvalsyfer van die studie beïnvloed is deur 'n gebrek aan motivering by sommige ginekoloë om die vraelyste te voltooi.
- Die tydperk waarop die insameling van die data geskied het, was grotendeels oor die skoolvakansie in Julie. Baie ginekoloë was met vakansie. Dit is moontlik dat hulle na hul terugkeer nie tyd gehad het om die vraelyste te voltooi nie.
- Sommige ginekoloë het met telefoniese navraag na die voltooide vraelyste genoem dat die vraelyste gepos is. Die vraelyste is nooit opgespoor nie.

5.5 AANBEVELINGS

Die doel van navorsing is om nuwe kennis te genereer wat tot bevordering van die praktyk en die daarstelling van nuwe navorsingsidees kan lei.

5.5.1 Aanbevelings vir die verpleegpraktyk

- Privaat vroedvroue moet bewus gemaak word van die geleentheid vir tuisversorging van hoë risiko voorgeboorte-pasiënte aangesien dit hul praktyk kan bevorder en tot die toepassing van Gesondheidsorgbestuur kan lei.

- Tuisversorging van pasiënte is 'n praktyk wat ál meer benut word. Studente in verpleegkunde moet opgelei word en meer aan die tuisversorging van pasiënte blootgestel word.

Daar word voorgestel dat samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue op die volgende beginsels berus :



- Dit is belangrik dat die vroedvrou haarself aan die ginekoloog bekendstel en 'n volledige rekord van haar teoretiese kwalifikasies en praktiese ondervinding aan die ginekoloog voorlê ten einde sy vertroue te win.

- Kommunikasie-kanale moet vooraf uitgeklaar word. Die ginekoloog moet byvoorbeeld vooraf noem of hy telefoniese of skriftelike terugvoer ten opsigte van die pasiënt se toestand verlang.

- Die betrokke ginekoloog moet tesame met die vroedvrou 'n riglyn opstel vir elke pasiënt wat tuis deur haar versorg word ten opsigte van die hoeveelheid besoeke aan die pasiënt gebring moet word, duurre van tuisversorging, verpleegaksies wat tuis deur die vroedvrou uitgevoer moet word, terugverwysing deur die vroedvrou indien die pasiënt nie op die tuisbehandeling reageer nie en frekwensie van terugvoer.

Vir die uitvoerbaarheid van gesondheidsorgbestuur deur 'n hoë risiko voorgeboorte privaat praktyk kan die volgende riglyne voorgestel word :

- Vroedvroue kan 'n privaat praktyk by RAMS registreer met die doel om voorgeboortesorg te doen.
- Verseker dat sy voldoende kwalifikasies het deur ten minste 'n diploma in gevorderde verloskunde te bekom.
- Verseker dat sy voldoende ondervinding opdoen in die veld deur in 'n besige obstetrie-eenheid te werk.
- Vir haarself 'n weg baan deur haar in die praktyk te bewys by ginekoloë wat in haar eenheid werk ten opsigte van haar kennis, vaardighede en betroubaarheid.
- Konsulteer ginekoloë ten opsigte van hul bereidheid tot tuisversorging van hoë risiko voorgeboorte-pasiënte.
- Verseker dat daar 'n duidelike taakoms krywing deur die ginekoloog en vroedvrou gemaak word waarin die verantwoordelikheid van beide partye omskryf word.
- Stel vas op watter wyse terugvoer moet geskied en hoe gereeld die ginekoloë terugvoer verwag ten opsigte van verskeie swangerskapkomplikasies wat vir tuisversorging oorweeg word.
- Skaf die nodige toerusting vir die effektiewe versorging van pasiënte aan.
- Ontwerp 'n riglyn waarvolgens alle aksies en kommunikasie met die ginekoloog op rekord geplaas word.
- Verseker dat daar voldoende indemniteitsversekering is indien dit later benodig word.

- Stel die praktyk aan mediese fondse bekend en lig hulle in oor die voordele wat so 'n diens vir hulle inhou.

5.5.2 Aanbevelings vir die verpleegonderwys

- Riglyne kan daargestel word vir die tuisversorging van sekere hoë risiko voorgeboortetoestande en interaksie tussen ginekoloë en vroedvroue ten opsigte van hantering van sulke pasiënte.
- Voldoende opleiding in die tuisversorging van voorgeboortetoestande tydens die basiese opleiding in verloskunde is belangrik aangesien sommige ginekoloë dit as enigste vereiste nodig ag.

5.5.2 Aanbevelings vir verdere navorsing

- Daar kan gebruik gemaak word van ander metodes van data insameling om beter deelname van die ginekoloë te kry
- Die konteks waarin die studie plaasgevind het, is Pretoria. Die konteks kan na ander stede en ander lede van die multiprofessionele span vir veelvoudigheid uitgebrei word.
- Navorsing met dieselfde steekproef kan herhaal word om die praktiese riglyne vir die tuisversorging van hoë risiko voorgeboorte-pasiënte daar te stel.
- Die navorsing kan herhaal word met die doelwit om die mening van ander betrokke persone ten opsigte van die toepassing van gesondheidsorgbestuur in die uitvoer van hoë risiko voorgeboorte-tuisorg te verken en beskryf.
- Gevallestudies kan gedoen word om die uitvoerbaarheid van die studie te ondersoek.

5.6 SAMEVATTING

In hierdie studie is 'n relatief onbekende veld verken en beskryf.

Die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg is verken.

'n Beskrywing is gemaak van die mening van die ginekoloë ten opsigte van die geïdentifiseerde ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in die toepassing van gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg.

Die studie bevestig dat daar na die mening van die ginekoloë wel ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg bestaan en dat die toepassing van Gesondheidsorgbestuur op grond daarvan wel moontlik is.



BRONNELYS

- ALLENDER, JA 1997: Community and Home Health Nursing. Lippincott's Review Series. Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION s.j.: Documentation Guidelines for evaluation and Management services. Chicago.
- ANNON 1996: Referral patterns and Hospital Pools. Managed Care and Quality review. Medical Association of South Africa. Nov. 1996
- ANON 1998: Moving towards managed healthcare. Pretoria News, 29 May 1998:11
- BOSHOFF, S 1997: Submission of Managed Healthcare principles, its structure and proposals. Clinic Holdings.
- BOTES, A sj: Die skryf van 'n verantwoordbare navorsingsvoorstel of oriënteringshoofstuk. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit.
- BOTHA, P 1998: A case for integrating hospital and doctor networks. Managed Care Review. Medical Association of South Africa. Feb. 1998:
- BURNS, N & GROVE, SK 1993: The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. Second edition. Philadelphia : W.B.Saunders company.
- CENTRE FOR RURAL HEALTH AND SOCIAL SERVICE DEVELOPMENT 1999/6/6 Attitudes Toward the Utilization of Certified Nurse Midwives Among Physicians and Midwives in Illinois and Indiana. <http://www.siu.edu/~crhssd/crbriefs/vol3no3.htm>
- CLOW, SE 1997: Delivering Midwifery to the 21st century. Nursing News, 21(5), May 1997:11

COHEN, J & DORSEY, M 1999/6/6 The Homebirth choice.

<http://www.em.org/~djz/birth/homebirth.htm>

COLLIN, RF 1996: Believe me, it will not go away, part 3. Managed Care and Quality Review.
Medical Association of South Africa. Sept. 1996:

COOPER, SR 1997: Role and function within Managed Care Organizations : Opportunities for
nurse managers. Seminars for Nurse Managers, 5(3), Sept. 1997:

DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE sj: Verplegingsteorie vir Mensheehheid. Johannesburg:
Randse Afrikaanse Universiteit.

EISER, S s.j.: National Focus interviews Mr Stanley Eiser on MHC in South Africa.

National Focus, 2(2) s.j.:

ENKIN, MW; KEIRSE, MJNC; RENFREW, MJ & NEILSON, JP 1996: A Guide to Effective
Care in Pregnancy and Childbirth. Second Edition. New York: Oxford University Press.

GREYLING, J s.j.: Medical Management. National Focus, 2(2) s.j.:

HARVARD CENTRE FOR CHILDREN'S HEALTH 1999/6/6 New Scientific Evidence about
Prenatal Care Offers Opportunities to Improve the Health of Women and their Infants.

<http://www.hsph.harvard.edu/children/press/prenatal.htm>

ILIFFE, SS 1999/7/9 Hospital-at-home versus in-patient hospital care. <http://www.update-software.com/abstracts/Search%20abstracts/ab000356.htm>

KHAN - NEELOFOUR, VJ 1999/9/9 Patterns of routine antenatal care for low risk pregnancy.

<http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000934.htm>

KIRKHAM, MJ & PERKINS, ER 1997: Reflections on Midwifery. Bridgent : WBC Book Manufacturers.

KOZIER, B; ERB, G & OLIVIERI, R 1991: Fundamentals of Nursing, Concepts, Process and Practice. Fourth edition. Cummings Publishing : California.

LEVY, R 1999/6/6 Discrimination against Midwives.

<http://www.students.haveriord.edu/wmbweb/writings/rimidwives.htm>

LIEBOWITZ, LD 1994: Outpatient parenteral antibiotic therapy. Proceedings of a lecture given by dr. AA Tice. OPAT Update, Vol 1 1994:

MANDEVILLE, LK & TROIANO, NH 1992: High-Risk Intrapartum Nursing. Philadelphia : Lippincott company.

MAVENGERE, P 1999: a Message for mothers-to-be. Hospi-serve, Medscheme managed care. 5 Januarie 1999.

NOLTE, AGW 1998: A Textbook for Midwives. Goodwood : National Book Printers.

PRINS, E 1996: Before you sign on the Dotted Line. Managed Care and Quality Review. Medical Association of South Africa. Apr. 1996:

REYNDERS, L 1999: Toevallige gesprekvoering omtrent die rol van die vroedvrou en tuisversorging.

SANLAM s.j.: Managed Healthcare is the only answer.

SANLAM s.j.: Place your good health in capable hands.

SOUTHERN ILLINOIS UNIVERSITY 1999/6/6 Attitudes Toward the Utilization of Certified Nurse Midwives among Physicians and Midwives in Illinois and Indiana.

<http://www.siu.edu/~cmssd/crbriefs/vol3no3.htm>

TREGEAR, M 1999: Managed Healthcare : Clichè or necessary reality? Nursing Update, 23(2), Feb. 1999:17

UYS, HHM & BASSON, AA 1991: Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde. Durban: Colorgraphic.

VINEN, J 1995: Intravenous Antibiotic Treatment Outside the Hospital : Safety and Health Economic Aspects. New South Wales : Royal North Shore Hospital.



BYLAE A



Julie 1999

Geagte Dokter

INSAKE DIE AANGEHEGDE NAVORSINGSVRAELYS

Ek is 'n M.Cur. (Verslokkunde) -student by die Departement Verpleegkunde aan die Randse Afrikaanse Universiteit en is tans besig met navorsing oor die mening van ginekoloë in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur met professor AGW Nolte as studieleier.

Die doel van die navorsing is om die mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in Pretoria in die toepassing van gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte- tuissorg te verken en te beskryf.

Hierdie navorsing geskied oor 'n tydperk van ses maande. U is geselekteer om aan hierdie studie deel te neem. U mening sal 'n waardevolle bydrae kan lewer met betrekking tot die toepassing van gesondheidsorgbestuur in swangerskap.

Deelname is vrywillig, maar u samewerking sal waardeur word.
Wees verseker dat konfidensialiteit en anonimiteit hoogste prioriteit sal geniet.

Ingeslote vind u 'n vraelys. Sal u asseblief so vriendelik wees en al die vrae sorgvuldig antwoord. Dit behoort u nie langer as vyftien minute te neem om dit te voltooi nie. Die vraelys sal binne twee weke deur 'n navorsingsassistent afgehaal word.

'n Opsomming van die navorsing sal aan u beskikbaar gestel word op aanvraag.

Ter verduideliking word 'n paar terme omskryf:

Gesondheidsorgbestuur - 'n aksie wat daarop ingestel is om op 'n unieke wyse te lei tot die verlaging in mediese kostes en handhawing van goeie verpleegstandaarde deur effektiewe benutting van hulpbronne. Daar word gepoog om goeie diens in 'n koste-effektiewe omgewing te lewer en toegang tot noodsaaklike dienste te vergemaklik.

Samewerking - interaksie tussen die ginekoloog en die vroedvrou ten opsigte van die versorging en verwysing van die pasiënte waarin elke party onafhanklik funksioneer en aanspreeklikheid aanvaar vir sy eie handeling.

Hoë Risiko - pasiënte wat gehospitaliseer was en sodanig herstel het dat vroeë ontslag oorweeg kan word indien tuis- opvolg beskikbaar is of pasiënte wat 'n toestand in swangerskap ontwikkel wat soms nie nodig het vir hospitalisasie nie, maar kan baat by by ekstra sorg.

Voorbeelde van sulke toestande is ondermeer ligte tot matige hipertensie sonder proteïënurie, urienweginfeksie, hiperemesis gravidarum, verminderde fetale beweging, diabetes of RKTG om fetale welsyn te bepaal.

Baie dankie vir u samewerking.

Groete
Lizette Gouws.

BYLAE B



POSBUS 856
ROOIHUI SKRAAL
0154

VRAELYS : Mening van ginekoloë ten opsigte van die ruimte vir samewerking tussen ginekoloë en privaat vroedvroue in die toepassing van Gesondheidsorgbestuur ten opsigte van hoë risiko voorgeboorte-tuissorg.

Vraelys nommer [] [] [] []

1. Gesondheidsorgbestuur filter in alle aspekte van pasiëntsorg in en lei tot bemagtiging van pasiëntopnames en vroeër ontslag van voorgeboorte-pasiënte. Hoe voel u daarvoor ?

2. Voel u dat sommige van dië pasiënte tuis versorg kan word na vroeë ontslag of tuis verpleeg word in plaas van hospitaalversorging ? JA/NEE

3. Indien u antwoord op vraag 2 *NEE* is, motiveer asseblief.

4. Indien u antwoord op vraag 2 *JA* is, watter siektetoestande sal u oorweeg vir tuisversorging ?

5. Wie moet volgens u keuse sulke pasiënte tuis opvolg en verantwoordelik wees vir die versorging ?

'n Vroedvrou
U self
Ander
Spesifiseer ander

6. Is u bereid om in samewerking met 'n vroedvrou voorgeboorte-pasiënte tuis te versorg ?
JA/NEE

7. Indien u antwoord op vraag 6 *JA* is, onder watter voorwaardes is u bereid om saam te werk ?

8. Hoe gereeld verwag u van 'n vroedvrou om met u in verbinding te tree in verband met voorgeboorte-pasiënte wat tuis deur haar versorg word ?

9. Oor watter kwalifikasies stel u voor moet 'n vroedvrou beskik om voorgeboorte-pasiënte tuis te versorg ?

10. Opmerkings:



Datum

Handtekening

Baie dankie vir u tyd en samewerking !