

Decubitus

Herkent u de eerste signalen?



(Dieter, 2021)

Nick Vaessen

Studentnummer: 2066755

Hoge School Zuyd, Heerlen

Bachelor of Nursing – deeltijdopleiding

Docentbegeleider: Michael Breemen

Werkplek: Sevagram, Scharwyerveld

Opdrachtgever: Miriam Jacobs

Praktijkbegeleiders: Mieke Backus en Roelant Gerrits

Afstuderen advies, versie 1, mei 2023

Aantal woorden: 6921

Samenvatting

Inleiding

Decubitus heeft wereldwijd een grote impact op de kwaliteit van zorg en op de kwaliteit van leven van zorgvragers. Om deze impact zo klein mogelijk te houden, is het van belang om decubitus preventief te behandelen of in een vroeg stadium te signaleren. Binnen Scharwyerveld wordt bemerkt dat er een kloof is tussen het signaleren van een gezonde huid en categorie twee decubitus. Het doel van deze bachelorthesis is het verkrijgen van inzichten in welke factoren zorgmedewerkers beïnvloeden in de vroegsignalering van decubitus, waarna adviezen gegeven kunnen worden om de vroegsignalering van decubitus te bevorderen. De centrale onderzoeksvraag voor deze bachelorthesis is dan ook: *‘Welke factoren beïnvloeden zorgmedewerkers van afdeling somatiek van zorgcentrum Scharwyerveld bij vroegsignalering van decubitus bij kwetsbare ouderen?’*

Methode

Middels Kwalitatief onderzoek is antwoord verkregen op de onderzoeksvraag. Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en praktijkgericht onderzoek aan de hand van focusgroep-interview met zes respondenten (N=6). Daarnaast heeft een semigestructureerd interview met één expert (N=1) plaatsgevonden om datatriangulatie en datasaturatie te bewerkstelligen.

Resultaat

Uit de data-analyse komt naar voren dat diverse factoren een beïnvloedende rol spelen bij de vroegsignalering van decubitus. Zo spelen factoren als; kennis, organisatorische factoren, samenwerking, communicatie en werkprocessen een rol in de vroegsignalering van decubitus. In het focusgroep-interview geven deelnemers aan behoefte te hebben aan deskundigheidsbevordering in de vorm van het vergroten van kennis en het uitbreiden van het zorgteam in de vorm van een wondverpleegkundige.

Discussie en conclusie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat vroegsignalering van decubitus bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven bij zorgvragers. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat kennistekort ten grondslag ligt aan de beïnvloedende factoren rondom de vroegsignalering van decubitus. Het creëren van bewustwording bij zorgmedewerkers en het bieden van de juiste deskundigheidsbevordering kunnen helpen om vroegsignalering op een juiste manier toe te passen.

Advies en inbedding

Op basis van de verkregen resultaten uit het kwalitatief onderzoek zijn aanbevelingen richting de opdrachtgever gedaan. Zo is advies gegeven rondom deskundigheidsbevordering, organisatorische factoren en werkprocessen. Deze adviezen dragen bij aan de borging en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Voorwoord

Mijn naam is Nick Vaessen, 36 jaar en woonachtig in Margraten.

In 2004 ben ik gestart met de opleiding tot mbo-verpleegkundige. Door mijn stage ben ik in aanraking gekomen met de organisatie Sevagram. Hier ben ik nadien als vakantiekracht werkzaam geweest. Aan het eind van leerjaar 3 heb ik mijn opleiding verpleegkundige vroegtijdig moeten stoppen en ben toen overgestapt naar de opleiding verzorgende IG. Deze opleiding heb ik in 2009 met succes afgerond.

Na het behalen van mijn diploma was er geen uitzicht op een baan binnen een vaste locatie van Sevagram. Hierdoor heb ik tijdelijk een oproepcontract in de functie van verzorgde IG gekregen. In 2010 heb ik een vast contract gekregen op de locatie Tobias in Heerlen. Hier heb ik verschillende cursussen en bijscholingen gedaan, waarin ik mezelf heb ontwikkeld en ontplooit.

Door de veranderingen binnen Sevagram ben ik het gesprek aangegaan met mijn teammanager, dat ik ambities had om verder te studeren. Na een positief gesprek en assessment heb ik de mogelijkheid gekregen om de opleiding tot HBO Verpleegkundige te starten. Bij deze opleiding hoort een nieuwe functie en werkplek. Sinds september 2020 ben ik werkzaam op locatie Scharwyerveld in de functie van coördinator zorg en welzijn. Als coördinator zorg en welzijn lever ik een bijdrage aan de ontwikkeling en implementatie van het operationeel afdelingsbeleid met als doel de kwaliteit van leven en welbevinden van de bewoners/cliënten te optimaliseren. Ik ondersteun de teammanager, en daarbij ben ik het aanspreekpunt van mijn teamleden en coach en ondersteun ik hen waar nodig.

Graag neem ik u mee in deze bachelorthesis waarin praktijkgericht onderzoek wordt verricht met als doel een advies uit te brengen om vroegsignalering van decubitus te optimaliseren.

Mijn dank gaat uit naar mijn collega's en teammanager van Scharwyerveld, mijn werkbegeleiders Mieke en Roelant, mijn medestudenten, docent en coach van Zuyd Hogeschool voor alle ondersteuning, hulp en feedback.

Nick Vaessen

Margraten, mei 2023

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Voorwoord	3
Inleiding.....	6
Hoofdstuk 1. Theoretisch kader	9
1.1 Decubitus.....	9
1.2 Kwaliteit van Leven.....	10
1.3 Kwaliteit van zorg	10
1.4 Preventie en vroegsignalering van decubitus	11
1.5 Modellen en Theorieën	12
1.6 Beïnvloedende factoren	13
1.7 Gedragsverandering	14
Hoofdstuk 2 onderzoeksmethoden.....	15
2.1 Onderzoek benadering	15
2.2 Setting en Participanten	15
2.3 Dataverzameling.....	16
2.3.1 Literatuurstudie.....	16
2.3.2 Focusgroep-interview.....	16
2.4 Data-analyse	17
2.5 Ethische overwegingen	17
Hoofdstuk 3. Resultaten	18
3.1 Kennis	18
3.2 Organisatorische factoren	19
3.3 Samenwerking	20
3.4 Werkprocessen.....	20
3.5 Communicatie	21
Hoofdstuk 4. Discussie & Conclusie.....	22
4.1 Discussie	22
4.2 conclusie.....	23
Hoofdstuk 5. Advies & inbedding.....	25
5.1 Veranderbereidheid	25
5.2 Aanbeveling	25
5.2.1 Deskundigheidsbevordering.....	25
5.2.2 Organisatorische factoren	25
5.2.3 Werkprocessen.....	26
5.3 Inbedding.....	26

Literatuurlijst	29
Bijlagen	33
Bijlage 1. Proefpersoon informatie formulier	33
Bijlage 2. Topiclijst	39
Bijlage 3. Codeboom.....	40
Bijlage 4. Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit.....	41
Bijlage 5. Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang persoonsgegevens	42

Inleiding

“Voorkomen is beter dan genezen”, wat geldt voor de behandeling van doorligwonden. Doorligwonden, ook wel decubitus genoemd, zijn lokaal ontstane huiddefecten door druk- schuif- en/of wrijfkrachten. Door deze druk-, schuif en wrijfkrachten wordt de doorbloeding belemmerd (ischemie), met een tekort aan zuurstof en voedingsstoffen in de weefsels als gevolg. Uiteindelijk leidt dit tot weefselschade en weefselsterfte (V&VN, 2021). Bij decubitus kan de huid intact zijn en is op lokale plekken pijn of zijn niet wegdrukbaar rode plekken zichtbaar. Als deze plek niet behandeld wordt en de druk niet wordt verminderd, ontstaan decubituswonden. Dit kunnen ontvellingen van de huid met oppervlakkige wonden zijn, maar ook diepe wonden met doodweefsel (necrose) (European Pressure Ulcer Advisory Panel , 2019). Decubitus kent diverse vormen en is onder te verdelen in vier categorieën, die volgens de Nederlandse Decubitus richtlijn (V&VN, 2021) geclassificeerd worden aan de hand van het European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) Classificatiesysteem. Uit een review van Anthony et al. (2019) wordt beschreven dat de prevalentie van decubitus in verpleeg- en verzorgingshuizen wereldwijd tussen de 3,4 en 32,4% ligt. In Nederland zijn landelijke prevalentie cijfers van verpleeg- en verzorgingshuizen vanaf decubitus categorie twee bekend, in 2019 was dit 2,9% binnen de ouderzorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). Decubitus brengt een hoge ziekte last en een impact op de kwaliteit van leven van een zorgvrager met zich mee, dit kan zowel op lichamelijk, psychisch als sociaalvlak tot uiting komen (V&VN, 2020). Het Woundcare Consultant Society (WCS) (2018) beschrijft dat het van belang is decubitus in een vroeg stadium te herkennen. Door deze vroegsignalering kunnen decubitus plekken tijdig worden behandeld om zo uitbreiding en aggraviatie van decubitus te voorkomen (WCS, 2018).

Binnen Sevagram is decubitus onder de aandacht vanwege de impact op kwaliteit van leven welke decubitus bij een zorgvrager teweeg kan brengen. Sevagram biedt zorg op diverse aandachtsgebieden, zoals: revalidatie-, terminale-, thuis- , psychische-, somatische- en psychogeriatrische zorg (Sevagram, z.d.). Voor dit onderzoek wordt een verpleeghuislocatie in Maastricht belicht, waar zorg wordt geboden aan kwetsbare ouderen met somatische- en psychogeriatrische problematiek. Meer dan 70% van deze populatie is beperkt in hun mobiliteit. Volgens de richtlijn Decubitus (V&VN, 2021) hebben zij een verhoogd risico op decubitus. Door de beperkte mobiliteit hebben zij vaak een statische zittende of liggende houding, waardoor langere tijd plaatselijk druk ontstaat en zo het risico op decubitus toeneemt (V&VN, 2021).

De organisatie biedt protocollen rondom wondzorg en specifiek voor decubitus. Naast de protocollen heeft de organisatie een kwaliteitssysteem ontwikkeld met als doel de zorgprofessionals de meest recente evidence en based kennis aan te bieden op het gebied van decubitus, om de best mogelijke zorg bij zorgvragers met decubitus te leveren (Sevagram, 2021). De verwachting is dat zorgmedewerkers weten van het bestaan van deze protocollen, alleen worden deze onvoldoende gebruikt. De organisatie biedt (verplicht) aan verpleegkundige en verzorgende twee jaarlijks een wondzorg scholing met een afrondend toetsmoment, om de kennis en vaardigheden te borgen. In een persoonlijk gesprek met een van de trainers van de organisatie wordt duidelijk dat niet specifiek ingegaan wordt op de preventie van decubitus. Sevagram voert frequent kwaliteitsaudits uit, zo ook bij decubitus. De cijfers tonen aan dat Sevagram in de periode van 2015 tot en met 2018 gemiddeld tussen de vier en vijf procent zit, met betrekking tot decubitus categorie twee of hoger. Op locatie Scharwyerveld was dit ongeveer vijf procent (Sevagram, 2018). Uit informele gesprekken met de medisch regiebehandelaar (specialist ouderengeneeskunde) blijkt dat pas in een later stadium van decubitus (categorie 2, als een wond of blaar is gevormd) actie wordt ondernomen door zorgmedewerkers van de locatie Scharwyerveld. Het is echter onbekend waarom pas in een later stadium actie ondernomen wordt. Preventief lijkt er aandacht voor decubitus te zijn binnen de locatie. De organisatie biedt onder anderen bij iedere zorgvrager standaard een antidecubitus matras (< categorie 3) aan. Daarbij wordt bij zorgvragers met een verhoogd risico zoals, rolstoel/bed afhankelijk, preventief met huidherstellende zalven gewerkt. Echter is een kloof ontstaan in de signalering bij zorgvragers met gezonde huid en categorie twee decubitus. Er wordt pas in een laat stadium van decubitus gehandeld door zorgmedewerkers, waardoor veel wonden complex worden en decubitus verder toeneemt. Dit zorgt voor veel ongemakken bij de oudere zorgvragers, zoals pijn, bedlegerigheid, immobiliteit, infecties en functieverlies (V&VN, 2021). Hierdoor neemt de tijd om wonden te verzorgen toe, wat zorgt voor tijdsdruk bij zorgmedewerkers en minder individuele aandacht is voor de zorgvragers. Daarnaast is meer geavanceerd, duurder wondmateriaal nodig om de wonden te behandelen en te laten helen. Deze factoren hebben als gevolg dat de kwaliteit van (wond)zorg achteruitgaat, kwaliteit van leven voor de zorgvrager afneemt en de kosten van zorg toenemen (Huber, 2016; V&VN, 2018)

Doel- en vraagstelling:

Deze thesis heeft als doel inzichten te verkrijgen in welke factoren zorgmedewerkers beïnvloeden bij het vroegsignaleren van decubitus.

De hoofdvraag die centraal staat: 'Welke factoren beïnvloeden zorgmedewerkers van afdeling somatiek van zorgcentrum Scharwyerveld bij vroegsignalering van decubitus bij

kwetsbare ouderen?’

Deze hoofdvraag zal beantwoord worden aan de hand van een aantal deelvragen:

- Wat is decubitus?
- Wat is vroegsignalering bij decubitus door zorgmedewerkers?
- Welke preventieve maatregelen zijn er bij decubitus?
- Welke methodes voor vroegsignalering kunnen zorgmedewerkers toepassen?

Leeswijzer:

In de thesis wordt praktijkgericht onderzoek op systematische wijze beschreven. De stappen van praktijkgericht onderzoek worden verdeeld in vijf hoofdstukken. In hoofdstuk een wordt het theoretische kader beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk twee de onderzoeksmethode beschreven en wordt in hoofdstuk drie de verkregen resultaten toegelicht. Hoofdstuk vier omvat de discussie en conclusie, waarna in hoofdstuk vijf het advies en mogelijkheden tot eventuele inbedding worden beschreven. Als laatste is de literatuurlijst en aanvullende bijlagen toegevoegd.

Hoofdstuk 1. Theoretisch kader

In hoofdstuk een wordt de literatuurstudie beschreven. Hierbij is verdieping gezocht in relevante kernbegrippen, modellen en ideeën welke bijdragen aan de beantwoording van de onderzoeksvraag (Scharwächter & Benders, 2022).

1.1 Decubitus

Decubitus is een eeuwen oude term die oorspronkelijk door Wohlleben (1777) beschreven werd als gangraena per decubitum, wat letterlijk betekent ‘dood weefsel door liggen’. In de tussentijd is de wetenschappelijke kennis verder ontwikkeld en weten we dat decubitus door schuif-, druk- en wrijfkrachten ontstaat (Coöperatie Decubitus Nederland, z.d.). De Pressure Ulcer Guideline (2019) definieert decubitus als *“gelokaliseerde schade aan de huid en/of het onderliggende weefsel, als gevolg van druk of druk in combinatie met schuifkrachten”*. Deze druk kan door zowel druk door eigen lichaamsgewicht (inwendig) zijn, maar ook druk van buitenaf door objecten of hulpmiddelen van buiten af (uitwendig) (V&VN, 2021). De verdraagzaamheid voor deze druk- en schuifkrachten verschilt per weefselsoort. Zo spelen beïnvloedende factoren als doorbloeding, leeftijd, gezondheidstoestand en de conditie van de weke delen zelf een prominente rol in het ontstaan van decubitus (V&VN, 2021). De voornaamste oorzaak voor het ontstaan van decubitus is mechanische belasting op de weke delen. Dit kan zowel een hoge intensiteit aan druk voor een korte periode zijn, maar ook een lage intensiteit aan druk gedurende een langere periode. Hierdoor ontstaat ischemie, welke uiteindelijk tot weefselschade leidt (V&VN, 2021). Door weefselschade kunnen verschillende wonden ontstaan. Het is daarom dat decubitus, door de EPUAP (2019), in een classificatiesysteem is onderverdeeld in vier categorieën:

- Categorie 1 : Niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid
- Categorie 2: Verlies van een deel van de huidlaag of blaas
- Categorie 3: Verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)
- Categorie 4: Verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar) (V&VN, 2021)

Naast deze vier categorieën zijn in de nieuwe richtlijn Decubitus (V&VN, 2021) twee niet te definiëren categorieën toegevoegd:

- Ongeclassificeerd: diepte van de wond is onbekend, verlies van weefsellaag, gevuld met wondbeslag, meestal een categorie drie of vier decubitus onder het wondbeslag.
- vermoedelijk diepe weefselschade: Verkleurde intacte huid, of blaas gevuld met bloed, weefsel is pijnlijk, papperig, stijf en er is een verschil in temperatuur merkbaar ten op zichten van het naastgelegen weefsel (V&VN, 2021).

Decubitus heeft veel impact op de kwaliteit van leven van een zorgvrager (EPUAP, 2019).

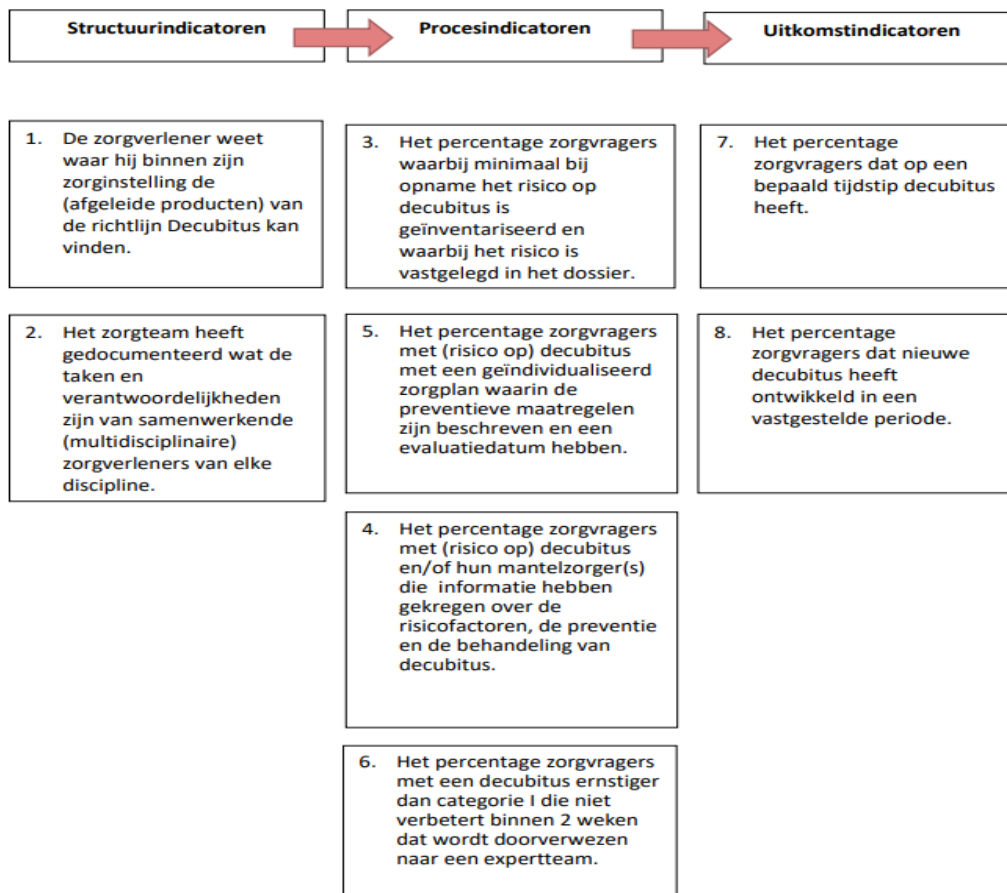
1.2 Kwaliteit van Leven

Decubitus is een aandoening welke een hoge ziektelast met zich mee brengt, met als gevolg een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Afgezien van pijn en wond gerelateerde ongemakken zoals: infecties, zwelling en roodheid heeft decubitus ook invloed op lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden van kwetsbare ouderen, zoals algehele malaise, beperkte mobiliteit, slaaptekort, stemmingsveranderingen, angst, verstoord zelfbeeld en sociaal isolement (V&VN, 2021). Huber (2016) beschrijft dat wonden een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven en niet enkel de genezing van de wond van belang is, maar dat gekeken wordt naar de mens in zijn geheel en wat betekenisvol voor diegene is (positieve gezondheid). Het ontstaan van decubitus heeft naast de invloed op kwaliteit van leven, ook betrekking op de kwaliteit van zorg (Huber, 2016).

1.3 Kwaliteit van zorg

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2021) definieert kwaliteit van zorg als volgt: *“De zorg moet effectief, veilig en op tijd zijn. Daarnaast is het belangrijk dat patiënten en cliënten de kwaliteit van zorgaanbieders kunnen vergelijken. Zo kunnen zij de zorg kiezen die bij hen past”*. ‘Effectief’ staat voor onderzoek en evidence based werken, ‘Veilig’ gaat over de veiligheid van de zorgverlener en zorgvrager en ‘op tijd’ heeft betrekking op snelle en veilige diagnostiek, en het voorkomen van lange wachtlijsten (Aubèl, 2018). Het ontstaan van decubitus zegt iets over de kwaliteit van zorg. Door niet effectief, veilig en op tijd kwaliteit van zorg te bieden kan onder anderen decubitus ontstaan. Dit brengt gevolgen zoals: pijn, functieverlies, immobiliteit maar ook complicaties zoals mogelijke infecties of zelfs een sepsis (bloedvergiftiging) met zich mee (V&VN, 2021). In de Nederlandse richtlijn Decubitus (2021) zijn indicatoren ontwikkeld om de kwaliteit van zorg, rondom decubituszorg, te optimaliseren zoals: de organisatiestructuur, het toepassen van preventieve maatregelen en het voorkomen van decubitus (prevalentie). Dit is gedaan aan de hand van het Donabedian raamwerk, waarin structuur- proces- en uitkomstindicatoren beschreven zijn (figuur 1) (V&VN, 2021). Naast deze indicatoren en richtlijnen heeft de organisatie protocollen opgesteld en worden jaarlijks audits uitgevoerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Sevagram, 2018).

Figuur 1. Kwaliteitsindicatoren



Noot. Overgenomen uit richtlijn Decubitus, door V&VN, 2021, p.169.

1.4 Preventie en vroegsignalering van decubitus

De EPUAP (2019) beschrijft in hun richtlijn dat risicobeoordeling van decubitus en inspectie van de huid belangrijk is in de preventie of uitbreiding van decubitus. Hierbij worden populatiegroepen benoemd welke een verhoogt risico hebben op decubitus, en dus extra alertheid vereist is zoals: zorgvragers met een gebroken heup, zorgvragers op de intensive care (IC), kwetsbare ouderen, zorgvragers welke langdurig in een verzorging-/verpleeghuis zijn opgenomen en zorgvragers met een chronische neurologische aandoening. Naast de genoemde hoog risico populaties zijn er ook hoog risico factoren voor het ontwikkelen van decubitus. Immobieliteit, huidconditie, voedingstoestand, bloedcirculatie, vocht en verminderd zintuigelijk waarneming zijn hier voorbeelden van (Coleman et al., 2013). In de decubitus richtlijn (2021) wordt met name gekeken naar druk- en schuifkracht vermindering op de huid door middel van mobilisatie, houdingsverandering (wisselgigging), druk verlagende middelen (bijv. een wisseldruk matras) en verbetering van de voedingstoestand als het gaat om

preventie. Huidzorg behoort ook tot de preventie, echter wordt geen huidverzorgingsmiddel geadviseerd om decubitus te voorkomen daar hier niet afdoende wetenschappelijk bewijs voor is. Het is van belang om de huid regelmatig te controleren op afwijkingen om zo decubitus te voorkomen (V&VN, 2021). Volgens onderzoek van Park en Kim (2014), wordt aangetoond dat het reinigen van de huid met een PH gebalanceerde reiniger (PH 5,5) zorgt voor een minder droge en geïrriteerde huid, welke significant leidt tot minder decubitus. Door de diverse factoren welke een belangrijke rol spelen bij (het ontstaan van) decubitus is het noodzakelijk om multidisciplinair samen te werken. Naast de arts, verzorgenden en verpleegkundigen speelt de rol van de diëtist (voeding) en de ergotherapeut (inzet druk verlagende middelen) een belangrijke rol in de preventie en behandeling van decubitus (V&VN, 2021).

1.5 Modellen en Theorieën

De klinische blik van een zorgprofessional is van belang in het herkennen van de risico's van decubitus. Daarnaast zijn een aantal risicobeoordelingsinstrumenten ontwikkeld om het risico op decubitus bij een bepaalde zorgvrager in kaart te brengen (V&VN, 2021). In de richtlijn Decubitus (2021) is een vijftal instrumenten beschreven. Iedere test varieert in risicofactoren, waardoor ze inzetbaar zijn in diverse sectoren in de zorg. De Bradenschaal en Norton-schaal zijn wetenschappelijk onderbouwd en hebben een hoge mate van betrouwbaarheid (validiteit) (V&VN, 2021). Indien de preventieve decubitus interventies niet afdoende opgevolgd zijn of resultaat hebben gehad, ontstaat decubitus. De behandeling van decubitus is gelijk aan de behandeling van een complexe wond. In Nederland is geen richtlijn voor lokale wondbehandeling, waardoor in de richtlijn Decubitus (2021) wordt verwezen naar WCS-wondenboek. De werkgroep van de richtlijn adviseert het gebruik van het TIME-model (figuur 2) of het WCS-model (figuur 3) bij decubitus, om de wond concreet te kunnen beoordeling en op deze wijze de juiste behandeling in te kunnen zetten (V&VN, 2021).

Figuur 2. TIME Model

Tabel 5.1: Beschrijving TIME-model

Tissue	Weefsel	Vitaal of niet vitaal	De kleur en vitaliteit van het weefsel in % (rood/geel/zwart) en soort weefsel.
Infection	Infectie	Wel of niet geïnfecteerd	De aanwezigheid van infectieverschijnselen A) primair: roodheid, warmte of zwelling B) secundair: afwijkende kleur, snel bloedend weefsel, groen wondvocht, penetrante/aparte geur, pusvorming, stagnatie van wondgenezing onverklaarbare/verergerde wondpijn en onverklaarbaar functieverlies. Indien er sprake is van infectie: wordt antibiotica gebruikt, zo ja welke?
Moisture	Vocht	Nat, vochtig en/of droog	De aanwezigheid en mate van wondvocht (droge, vochtige of natte wond).
Edge	Wondranden / wondomgeving	Intact of niet intact / maceratie, callus, eczemaatous, ondermijning	De kleur en vitaliteit van de wondranden (intact of doorbroken/niet-intact). De vitaliteit van de omgeving van de wond: droge korsterige huid, eczeem, eeltvorming, ondermijningen en verweekte huid (witte verkleuring).

Noot. Overgenomen uit richtlijn Decubitus, door V&VN, 2021, p72.

Figuur 3. WCS-model

WCS CLASSIFICATIEMODEL

Toepassing

Voor het bepalen van het juiste wondbehandelingsproduct in de praktijk.

Combinaties van kleuren in een wond

Zwart, geel en rood is zwarte wond.

Zwart en geel is zwarte wond.

Zwart en rood is zwarte wond.

Geel en rood is gele wond.

ZWARTE WOND		GELE WOND		RODE WOND	
WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN	WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN	WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN
Vochtigheid		Vochtigheid		Vochtigheid	
NAT Necrose verwijderen	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in kraanwater of NaCl 0,9%	NAT Reductie debris en wondvocht	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in kraanwater of NaCl 0,9%	NAT Beschermen van granulatieweefsel, creëren van juiste vochtigheid	ABSORBERENDE PRODUCTEN Hydro-actieve verbanden Schuimverbanden
	REGULERENDE PRODUCTEN Geurneutraliserende verbanden		ABSORBERENDE PRODUCTEN Hydro-actieve verbanden Schuimverbanden		REGULERENDE PRODUCTEN Huidvervangende wondbedekkers
			REGULERENDE PRODUCTEN Alginaten Geurneutraliserende verbanden	STAGNEREND	REGULERENDE PRODUCTEN Proteaseremmers
DROOG Droog houden tot de necrotische korst loslaat		DROOG Reductie debris	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in NaCl 0,9% of reinigende vloeistoffen	DROOG Beschermen van granulatieweefsel, creëren van juiste vochtigheid	BASISPRODUCTEN Vette gazen en wondcontactmaterialen
			REGULERENDE PRODUCTEN 'Nat' algiinaat		HYDRATERENDE PRODUCTEN 'Nat' algiinaat Hydrogels Hydrocolloïden Transparante wondfolies (kortdurend)
			HYDRATERENDE PRODUCTEN Hydrocolloïden Hydrogels Transparante wondfolies (kortdurend)		
Infectie		Infectie		Infectie	
Verwijzen naar behandelaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven		Verwijzen naar behandelaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven		Verwijzen naar behandelaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven	
Wondrand		Wondrand		Wondrand	
Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers	Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers	Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers

© 2018

Noot. Overgenomen uit Het WCS Classificatiemodel, door WSC, 2018.

1.6 Beïnvloedende factoren

Bij zorgmedewerkers kunnen diverse factoren een beïnvloedende rol spelen bij preventie en de juiste behandeling van decubitus. Een adequate diagnose stellen in een vroeg stadium van de wond is van groot belang. Hierdoor kan de juiste behandeling ingezet worden en kunnen onderliggende oorzaken weggenomen worden waardoor een snelle wondgenezing plaats kan vinden, welke uiteindelijk leidt tot een hogere kwaliteit van leven. (V&VN, 2018). De kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland (2018) beschrijft een aantal knelpunten die van invloed zijn binnen het zorgproces:

- Diagnose gebeurt vaak in een later stadium van decubitus
- De zorg wordt fragmentarisch geboden.
- Registratie van een wond vindt beperkt plaats
- Hoger kosten van wondzorg
- Het thema wondzorg komt onvoldoende aan bod gedurende de opleiding van zorgmedewerkers

Deels worden deze punten ook beschreven in de richtlijn “wondzorg” (2021). Hier wordt beschreven dat wonden niet volledig geregistreerd worden door onvoldoende vaardigheden, kennis en motivatie van zorgmedewerkers (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2021). Van Leen (2017) beschrijft in zijn wetenschappelijk artikel dat hoge arbeidslast, tijdsdruk almede hoge belasting van bewegingsapparaat van medewerkers meespelen in de preventieve inzet bij decubitus (WCS, 2017). Eveneens wordt beschreven dat een kennis tekort zit in het signaleren en herkennen van decubitus (V&VN, 2021).

1.7 Gedragsverandering

Om een gedragsverandering te laten plaatsvinden dient gekeken te worden naar de veranderbereidheid van de doelgroep waarbij een verandering dient plaats te vinden. In hoeverre is de doelgroep bereid om te veranderen (Metselaar, Cozijnsen, & Delft, 2018). Om de veranderbereidheid in kaart te brengen is gekozen voor het DINAMO-model (Metselaar, 1997). Het DINAMO-model is gebaseerd op “ The Theory of Planned Behavior ” van Ajzen. Dit Evidence Based model wordt al jaren gebruikt en heeft zijn waarde bewezen in het voorspellen, verklaren en veranderen van gedrag (Metselaar, Cozijnsen, & Delft, 2018). Metselaar heeft de drie aspecten van het model van Ajzen; attitude, subjectieve norm en gedragscontrole vertaald in; willen, moeten en kunnen. Deze drie aspecten zijn onderverdeeld in 13 verklarende factoren, welke invloed hebben op de veranderbereidheid. Bij iedere factor hoort een score tussen de 1 en 13, waarbij 13 staat voor de factor met de meeste invloed rondom veranderbaarheid en 1 staat voor de minste invloed. (managementmodellensite, 2021). Deze verklarende factoren kunnen gescoord worden op het verandervermogen middels een vragenlijst “QuickScan” (Changemanager, 2022). Deze vragenlijst is afgenomen bij de respondenten van het onderzoek. De resultaten van deze vragenlijst zijn meegenomen in het hoofdstuk advies en inbedding.

Hoofdstuk 2 onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk wordt de centrale onderzoeksmethode uitgewerkt, welke toegepast is gedurende het praktijkgericht onderzoek.

2.1 Onderzoek benadering

De onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van een kwalitatief onderzoek.

Gekozen is voor een kwalitatief onderzoek om op deze wijze diepgaande nieuwe inzichten, ideeën en meningen van zorgmedewerkers, over vroegsignalering en preventie van decubitus, te vergaren (Baarda, 2019).

2.2 Setting en Participanten

Het onderzoek heeft plaats gevonden binnen de afdeling somatiek van Scharwyerveld van Sevagram. Op deze afdeling wonen 38 zorgvragers tussen de 55 en 95 jaar oud met een of meerdere somatische aandoeningen. Zij krijgen ondersteuning in hun algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en (para) medische zorg door een team professionele zorgverleners. Het team bestaat uit: teammanager zorg, coördinator zorg en welzijn, verpleegkundigen, verzorgenden (IG), helpenden, zorgondersteuners, activiteitenbegeleiders en leerlingen. Het (para)medische team bestaat uit: arts, verpleegkundig specialist, fysio-/ergotherapeut, psycholoog, logopedist, diëtist en een vak-therapeut. Gezien de onderzoeksvraag betrekking heeft op de vroegsignalering van decubitus, is gekozen om zorgmedewerkers te interviewen. Welke werkzaam zijn in het primaire zorgproces en verzorgen wonden bij cliënten (zie tabel 1). Leerlingen zijn echter geëxcludeerd vanwege hun korte verblijf op de afdeling. Voor dit onderzoek zijn 10 zorgmedewerkers (participanten) persoonlijk benaderd of zij bereidt zijn mee te werken aan dit onderzoek. Middels een informatiebrief hebben zij uitgebreide informatie over het onderzoek verkregen (zie bijlage 1).

Tabel 1.

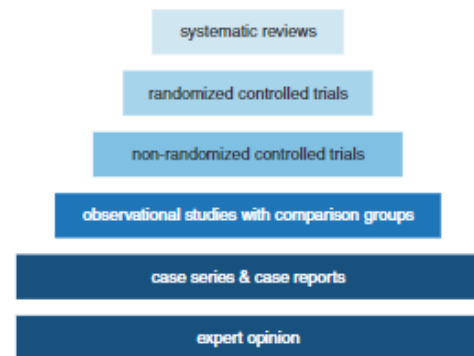
In- en exclusie van participanten

Inclusie	Exclusie
Verpleegkundigen (in het primaire zorgproces en verantwoordelijk voor het signaleren en of verzorgen van decubitus)	Zorgondersteuners (niet in het primaire zorgproces)
Verzorgenden IG (in het primaire zorgproces en verantwoordelijk voor het signaleren en of verzorgen van decubitus)	Activiteitenbegeleiders (niet in het primaire zorgproces)
Helpenden in het primaire zorgproces en verantwoordelijk voor het signaleren en preventief handelen van decubitus)	(Para)Medische team (niet in het primaire zorgproces)
Verpleegkundig specialist (expertise in wondzorg)	Leerlingen (vanwege korte verblijf op afdeling geëxcludeerd)
	Teammanager (niet in het primaire zorgproces)
	Coördinator zorg en welzijn (niet in het primaire zorgproces)

2.3 Dataverzameling

2.3.1 Literatuurstudie

Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van vooronderzoek in de vorm van literatuurstudie. Literatuurstudie is van belang om kennis te verzamelen over het onderzoeksonderwerp. Deze (wetenschappelijke) informatie kan dan gebruikt worden om de uitkomsten van het kwalitatief onderzoek te verifiëren of aan te vullen. Hierbij is literatuur geraadpleegd zoals: boeken, wetenschappelijke artikelen, richtlijnen, protocollen en diverse online databanken, ook wel deskresearch genoemd (Baarda, 2019). Met behulp van een zoekstrategie wordt specifiek gezocht en kunnen zoektermen met elkaar verbonden worden (Donachie et al., 2022). Op PubMed kan dit gedaan worden door “and” of “or” te gebruiken. Daarnaast is gebruik gemaakt van de sneeuwbaltechniek. Bij deze techniek worden zoektermen uit eerder gevonden bronnen gebruikt, wat leidt tot nieuwe bronnen (Donachie et al., 2022). De gevonden literatuur wordt beoordeeld aan de hand van de CRAAP-test¹ en de piramide van evidence (figuur 4), om zo de betrouwbaarheid en validiteit te toetsen. Om de betrouwbaarheid en validiteit verder te vergroten is datatriangulatie in de vorm van een focusgroep-interview en een individueel interview met een verpleegkundig specialist (expert) toegepast (Baarda, 2019).



Figuur 4. Piramide van evidence

2.3.2 Focusgroep-interview

Vanwege één centraal onderwerp en de efficiëntie is gekozen om een focusgroep-interview af te nemen. Bij dit focusgroep-interview worden participanten samengebracht om te discussiëren over een bepaald onderwerp (Swaen, 2023). Gedurende het focusgroep-interview stelt de onderzoeker algemene vragen die het interview leiden. Deze vorm van interviewen heeft een semigestructureerd karakter (Dingemanse, 2021). Ter ondersteuning van het interview wordt een topiclijst samengesteld. Deze topiclijst (bijlage 2) dient als leidraad waarin een aantal relevante thema's zijn opgenomen voor het onderzoek (Merkus, 2021). De focusgroep is samengesteld uit verpleegkundigen, verzorgenden (IG) en helpenden. Dit is gedaan om de perspectieven vanuit de verschillende niveaus mee te nemen in het onderzoek (Swaen, 2023). Omwille van de deelnemers, waarin digitale

¹ De CRAAP-test bestaat uit 5 categorieën, welke voorzien wordt van een score tussen 1 t/m 10 (1 = slechts, 10 = best mogelijke). Op deze manier kan elke bron beoordeeld worden op een schaal van 50 punten om de kwaliteit ervan aan te tonen. (45 - 50 excellent | 40 - 44 goed | 35 - 39 gemiddeld | 30 - 34 rand van acceptabel | onder 30 – onaanvaardbaar (Hogeschool Rotterdam, z.d.)

middelen en vaardigheden een rol spelen, is gekozen het focusinterview niet online maar op locatie te organiseren. Naast de genoemde aspecten krijgt de onderzoeker directer contact wat een geruststelling voor de participanten kan zijn (Baarda et al., 2018). Het focusgroep-interview zal naar verwachting 40 tot 50 minuten duren. Tijdens het interview wordt gestreefd naar datasaturatie om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te bekrachtigen. Datasaturatie ontstaat wanneer geen nieuwe informatie meer wordt opgehaald (Benders, 2022).

2.4 Data-analyse

Om de gegevens op een juiste objectieve manier te kunnen verwerken is op basis van consensus bij de focusgroep het gehele interview opgenomen met een geluidsrecorder. Deze gegevens zijn vervolgens anoniem verwerkt middels transcriberen (Smits, 2021). Na het transcriberen is een member check uitgevoerd. Tijdens een member check beoordelen respondenten de transcriptie op inhoud. Hierin wordt gekeken of de interpretaties en conclusies van de onderzoeker kloppen met de werkelijkheid (Baarda et al., 2018). Een volgende stap in het analyseren van de data is het coderen. Baarda (2018) beschrijft coderen van het transcript in de vorm van drie fases: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Tijdens het open coderen is gekeken welke thema's uit het interview van belang zijn bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag, deze thema's zijn gecodeerd middels kleurencodering. Vervolgens zijn de codes axiaal en selectief gecodeerd, waarbij een aantal centrale thema's zijn geformuleerd voor de resultaten van het onderzoek. Hieruit is een codeboom ontstaan (bijlage 3) (Baarda & Van Der Hulst, 2021).

2.5 Ethische overwegingen

Gedurende dit praktijkgericht onderzoek is gehandeld volgens de principes van 'De Nederlandse Gedragscode Integriteit'. In deze gedragscode staan de volgende principes centraal: eerlijkheid, zorgvuldigheid, transparantie, onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid (Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit, 2018). Het toetsen door de Medische- ethische toetsingscommissie (METC) heeft niet plaats gevonden, daar geen zorgvragers bij betrokken zijn geweest (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Dit praktijkgericht onderzoek is met toestemming van de opdrachtgever uitgevoerd. Alle respondenten zijn geïnformeerd door middel van een informed consent en op de hoogte gebracht van het doel en de werkwijze van het onderzoek. Zij hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. De verkregen informatie wordt uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt. Zuyd Hogeschool zal dit gehele onderzoek, gedurende tien jaar, digitaal en beveiligd archiveren en wordt na deze termijn vernietigd.

Hoofdstuk 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven, welke verkregen zijn uit kwalitatief onderzoek. Het kwalitatief onderzoek bestaat uit een focusgroep-interview (N=6) en een semigestructureerd interview met een verpleegkundig specialist. In totaal hebben 7 deelnemers geparticipeerd aan dit onderzoek (N=7), zie tabel 2.

Tabel 2. Deelnemer kenmerken

Functie	Aantal	Geslacht	Tijd werkzaam binnen de organisatie
Verpleegkundigen	3	Vrouw	5 jaar, 1jaar en 1jaar
Verzorgenden (IG)	2	Vrouw	15 jaar en 1jaar
Helpende	1	Vrouw	27 jaar
Verpleegkundig specialist	1	Vrouw	4 jaar

Na het coderen van het transcript zijn de resultaten onderverdeeld in vijf thema's, welke invloed hebben op de vroegsignalering van decubitus.

3.1 Kennis

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat volgens de deelnemers zelf enige kennis over decubitus aanwezig is vanuit de opleiding, maar dat behoefte is om deze kennis over decubitus uit te breiden aan de hand van een scholing en dan met name welk wondmateriaal te gebruiken. Tijdens het interview werd door één deelnemer aangegeven dat ze (over de collega's sprekend) zelf weten hoe gehandeld moet worden bij decubitus, zoals smeren met een zalfje of starten met het plakken van foamverband en bij twijfel wordt Google geraadpleegd. Achteraf geeft de deelnemer aan dat ze hoopt goed gehandeld te hebben en dat ze dit nadien met de arts bespreekt.

Op de vraag wat voor hen decubitus inhoudt, kan geen enkele deelnemer concreet antwoord geven. Het blijft een tijdje stil. Als een deelnemer gevraagd wordt wat dit voor haar betekent, komt wel een antwoord dat in de richting komt.

Deelnemer 5: *“Nou. Toch wel een rode plek, bijna open of open plek.”*

Bij doorvragen over het ontstaan van decubitus vult een andere deelnemer aan dat dit ontstaat door drukkrachten. De categorieën van decubitus kunnen de deelnemers niet specifiek definiëren en het aantal categorieën zijn niet bekend.

Deelnemer 3: *“Zijn er dus vier categorieën?”*

Daarnaast geven zowel de helpende, verzorgenden als verpleegkundigen aan dat decubitus minimaal tot niet behandeld wordt gedurende de opleiding. De verpleegkundig specialist ziet een te kort aan kennis bij verzorgenden en verpleegkundigen en vraagt zich af in hoeverre decubituszorg in het curriculum van de opleiding zit. Vroegsignalering van decubitus werd als

een rode plek op de huid benoemd. De verpleegkundig specialist benadrukt in het interview dat vroegsignalering nog een aantal stappen teruggaat dan alleen een rode plek. Zo dient bij opname, maar ook daarna, gekeken te worden naar de risicofactoren zoals mobiliteit, gezondheids- en voedingstoestand.

3.2 Organisatorische factoren

Gedurende het focusinterview kwamen een aantal organisatorische factoren naar voren welke van invloed zijn bij decubituszorg. Zo bleek dat de deelnemers niet bekend zijn met de protocollen en richtlijnen rondom decubitus, maar ook niet weten waar ze deze binnen de organisatie kunnen vinden.

Deelnemer 2: *“Protocol van Sevagram, is dat er?”*

Deelnemer 1: *“Ik zou al niet weten waar ik die kan vinden.”*

Tevens wisten deelnemers geen risicobedoelingshulpmiddelen te benoemen, zoals de bradenschaal. Deze wisten zij ook niet terug te vinden in het zorgdossier en worden ook niet toegepast binnen het zorgproces door de deelnemers. Ook wordt door deelnemers aangegeven dat ze gebaad zijn bij visuele informatie, in de vorm van een zakkaartje met informatie over de categorieën van decubitus en de behandeling hiervan.

Een ander punt waar deelnemers opstuiten is dat gedurende scholing/toetsing van wondzorg, vanuit de organisatie, decubitus niet tot nauwelijks aan bod komt.

Deelnemer 5: *“Ja daar worden meer rood, geel en zwarte wonden besproken. Decubitus wordt hier bijna niet besproken.”*

Daarnaast blijkt een diversiteit aan wondmaterialen beschikbaar. Door de jaren is binnen de organisatie een wildgroei aan wondmaterialen (materialen welke niet in het protocol staan maar wel worden ingezet) ontstaan. Dit zorgt voor onduidelijkheid bij de deelnemers, welke meningsverschillen oplevert bij de wondverzorging bij cliënten over de juiste toepassing of voorkeuren voor een wondproduct.

Deelnemer 5: *“Nou ik merk dat hierdoor wel eens meningsverschillen ontstaan. Als voorbeeld een collega vindt product A weer beter en de andere heeft de voorkeur voor product B.”*

Als gevraagd werd hoe hiermee omgegaan is, gaven deelnemers aan dat ze dan met de arts overleggen en ze dit advies volgen. De verpleegkundig specialist gaf aan dat zij wel de afgesproken materialen voorschrijft. Het te gebruiken wondmateriaal is protocollair vastgelegd, tenzij anders bepaald door de arts of wondverpleegkundige. Ondanks dat, bemerkt zij dat zorgmedewerkers op eigen initiatief ander wondmaterialen gebruiken en wondadviezen niet opvolgen. Dit komt ook terug in de focusgroep waarbij gehandeld wordt op eigenkennis maar niet volgens protocol.

3.3 Samenwerking

De samenwerking tussen disciplines is volgens de verpleegkundig specialist van groot belang. Zo gaf zij aan dat altijd geschakeld wordt met een ergo- en fysiotherapeut om advies te vragen met betrekking tot preventieve hulpmiddelen en advies rondom lichaamshouding. Indien nodig, bij decubituswonden, wordt ook geschakeld met de diëtist.

Verpleegkundig specialist: *“Decubitus is een multidisciplinair iets.”*

Deelnemers weten (deels) welke disciplines zij kunnen inschakelen. De arts, de ergotherapeut en diëtist worden benoemd en ook wat hun rol is binnen decubituspreventie, de fysiotherapeut wordt niet benoemd. Daarnaast geven deelnemers aan dat zij behoefte hebben aan een wondverpleegkundige binnen de locatie.

Deelnemer 5: *“De inzet van wondverpleegkundige op locatie. Die kunnen ons helpen, wondvisites lopen. Zij hebben toch andere inzichten.”*

3.4 Werkprocessen

Tijds- en werkdruk worden aangegeven als beïnvloedende factoren bij de vroegsignalering van decubitus. Zo werd aangegeven dat deelnemers beseffen dat een zorgvrager op bed verzorgen, om zo een goede huidinspectie uit te voeren, beter is maar dat ze daar niet altijd de tijd voor nemen. Hierdoor worden zaken gemist.

Deelnemer 6: *“Ja de ene dag wat meer tijd dan de andere dag, maar dat klopt wel. Beter iemand op bed leggen, dan kan je meteen eigenlijk helemaal screenen in tegenstelling als iemand zit.”*

Tevens gaven deelnemers aan dat ze niet altijd medewerking krijgen van zorgvragers, om de best mogelijke zorg te leveren.

Deelnemer 5: *“Dus ik heb de cliënt geadviseerd om even op bed te gaan liggen. En dan wil de cliënt niet op bed gaan liggen, dan kan ik haar ook niet goed verzorgen.”*

De verpleegkundig specialist beaamt dat deze situaties regelmatig voorkomen. Haar advies aan iemand met een decubituswond zou ook bedrust met wisselligging zijn om zo de druk- en schuifkrachten te verminderen. Wel geeft zij aan dat naar de kwaliteit van leven van de zorgvrager gekeken dient te worden. Hierdoor worden compromissen tussen behandeling en kwaliteit van leven gesloten.

Verpleegkundig specialist: *“Het is soms kiezen tussen twee kwaden. Wordt gekozen voor kwaliteit van leven door iemand te mobiliseren en accepteren we dat de decubitus uitbreidt, of gaan we voor een middenweg en mobiliseren we de zorgvrager een uur per dag met als risico dat de wond gestaagd heelt.”*

Bovendien gaf de verpleegkundig specialist aan als meer ingezet wordt op preventie en vroegsignalering van decubitus de kwaliteit van zorg verbeterd, de zorgduur en het aantal zorgmomenten afneemt. Deze factoren werden ook beaamd door een aantal deelnemers

tijdens het focusinterview.

Deelnemer 6: *“Door decubitus gaat er meer tijd zitten in de zorgmomenten. Je moet ook meerdere keren op een dag na die persoon teruggaan.”*

3.5 Communicatie

Communicatie rondom decubituszorg is door de medewerkers als goed bestempeld. Zo werd aangegeven dat zowel schriftelijk als mondeling communicatie plaatsvindt. Wat ze communiceren kunnen de deelnemers niet concretiseren. De verpleegkundig specialist geeft aan dat ze merkt dat er pas bij wonden met de verpleegkundig specialist of arts gecommuniceerd wordt.

Verpleegkundig specialist: *“Het alert zijn op rode verkleuringen van de huid. Meestal komt pas een signaal als een wond ontstaan is.”*

Dit komt ook terug uit het focusinterview waarin aangegeven wordt dat de deelnemers bij een rode plek of decubituswond eerst met eigenkennis handelen en daarna pas een arts inschakelen. Tevens geeft de verpleegkundig specialist aan dat fotodocumentatie beperkt en foutief wordt ingezet. Zij adviseert bij elke decubitus(wond) fotodocumentatie vast te leggen, waarbij op een juiste wijze (met behulp van meetlint en overzichtsfoto's) foto's gemaakt worden.

Verpleegkundig specialist: *“Mijn advies is om gebruik te maken van fotodocumentatie, hier wordt te weinig mee gewerkt en als al een foto in het dossier staat is deze zo close-up dat het ondefinieerbaar is waar de wond zit. Maak een overzichtsfoto en maak gebruik van wond meetlinten.”*

Hoofdstuk 4. Discussie & Conclusie

In dit hoofdstuk worden de verkregen resultaten vergeleken met de bestaande literatuur en zijn de sterkte en zwakte punten van het onderzoek beschreven. Tot slot zal de conclusie van dit kwalitatief onderzoek beschreven worden.

4.1 Discussie

De intentie van dit onderzoek is het verkrijgen van inzichten in welke factoren zorgmedewerkers beïnvloeden bij de vroegsignalering van decubitus en hiermee antwoord te geven op de hoofdvraag: “Welke factoren beïnvloeden zorgmedewerkers van afdeling somatiek van zorgcentrum Scharwyerveld bij vroegsignalering van decubitus bij kwetsbare ouderen?”

Uit kwalitatief onderzoek komt naar voren dat adequate kennis van decubitus bij de zorgmedewerkers ontbreekt. Tevens wordt alleen een rode huid genoemd in de vroegsignalering van decubitus. Hierin lijkt kennistekort aan ten grondslag te liggen. Dit kennistekort en het niet herkennen van (de eerste) signalen van decubitus, door zorgmedewerkers, wordt ook bevestigd in de literatuur (V&VN, 2021). Zorgmedewerkers weten decubitusprotocollen niet te vinden en zijn hierdoor ook niet op de hoogte van de inhoud van deze protocollen. Daarnaast ervaren zorgmedewerkers dat onvoldoende decubitus scholing vanuit de organisatie, maar ook vanuit de opleiding, geboden wordt. De ervaringen van de geïnterviewden worden bekrachtigd door Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland, waarin deze aspecten worden benoemd (V&VN, 2018). Vanuit de literatuur wordt een multidisciplinaire samenwerking geadviseerd om de zorg zo efficiënt mogelijk te maken, waardoor de zorgvrager de juiste zorg ontvangt en de coördinatie van zorg gewaarborgd wordt (V&VN, 2021). De verpleegkundig specialist benoemd decubitus ook als een multidisciplinair “iets” en benoemd fysio- en ergotherapeut als belangrijke samenwerkingspartners bij de preventie en behandeling van decubitus. De geïnterviewde zorgmedewerkers weten grotendeels welke disciplines ze kunnen inschakelen, echter worden deze disciplines vaak laat ingeschakeld voor decubituspreventie. In de richtlijn decubitus (2021) staat geschreven dat deze disciplines vaak te laat worden ingeschakeld. Daarbij wordt in de literatuur beschreven dat zorg vaak fragmentarisch wordt toegepast en dat disciplines op eilandjes werken, wat de multidisciplinaire samenwerking niet ten goede komt met als gevolg dat inefficiënt gewerkt wordt, welke op den duur nadelige gevolgen kan hebben voor de genezing van de wond (V&VN, 2018). Werkprocessen zoals tijds- en werkdruk worden eveneens als beïnvloedende factoren benoemd door de zorgmedewerkers. Hierdoor vindt de gewenste huidinspectie niet frequent plaats, waardoor eerste signalen van decubitus niet waargenomen worden. Dit knelpunt wordt ook in de literatuur beschreven, mede als preventieve maatregelen welke niet altijd worden toegepast door tijds- en/of

werkdruk (WCS, 2017). Communicatie, zowel mondeling als schriftelijk, wordt door de geïnterviewden als goed ervaren. Dit wordt echter anders ervaren door de verpleegkundig specialist. Zij wordt dikwijls niet of te laat ingeschakeld. In de literatuur wordt beschreven dat registratie van decubitus beperkt plaatsvindt, onderliggend hieraan is onvoldoende vaardigheden, kennis en motivatie van zorgmedewerkers (V&VN, 2018; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2021).

Dit onderzoek kent een aantal sterke punten, maar ook beperkingen. Een sterk punt is dat relevante, valide en betrouwbare literatuur is gebruikt. De opzet van het onderzoek is beoordeeld middels peer debriefing, werkbegeleider en docent. Door het gebruik van verschillende methoden voor dataverzameling (datatriangulatie) is datasaturatie bereikt en zijn diepgaande inzichten verkregen. Het transcript van de geïnterviewden is middels een member check gevalideerd op volledigheid en eigenheid (Baarda et al., 2018). Tevens kent dit onderzoek een aantal beperkingen. Zo is het onderzoek op kleinschalige basis uitgevoerd; één focusinterview met zes participanten en een interview met één verpleegkundig specialist. Eveneens was dit voor de onderzoeker het eerste onderzoek. Gedurende het focusinterview heeft de onderzoeker niet alle gewenste vragen kunnen stellen en minder kunnen doorvragen dan gewild, vanwege het ontbreken van adequate kennis bij de participanten, dit is van invloed geweest op de resultaten van het onderzoek. Ondanks het docerende karakter en weinig bewust doorvragen vanwege kennistekort, merkt de onderzoeker tijdens het transcriberen op, dat wellicht meer door gevraagd had kunnen worden op welke kennis wel aanwezig is of behandeld tijdens opleidingen. Door deze belemmeringen, welke hebben gezorgd voor reflectiemomenten, zal een eventueel nieuw onderzoek in de toekomst op een andere wijze aangepakt worden. De onderzoeker heeft het uitvoeren van het onderzoek op eigen afdeling als belemmering ondervonden. Tijdens het focusinterview heeft de onderzoeker moeite ervaren om in zijn rol te blijven, dit vanwege het kennis tekort bij de zorgmedewerker. De rol van de onderzoeker boog hierdoor regelmatig naar een docerende of coachende rol en werd er minimaal doorgevraagd. Indien een volgend onderzoek op dezelfde afdeling plaatsvindt, zal de onderzoeker zich beter aan de topiclijst houden. Dit kan gedaan worden door de onderzoeker aan te laten geven dat hij bemerkt dat hij (veel) informatie aan het geven is (docerende rol) en de rol van onderzoeker weer herpakt door de topiclijsten erbij te nemen.

4.2 conclusie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat vroegsignalering van decubitus, binnen Scharwyerveld, niet optimaal verloopt. Het belang van vroegsignalering en daarmee het voorkomen of beperken van decubitus wordt door zorgmedewerkers gezien.

Vroegsignalering van decubitus draagt bij aan een verbetering van kwaliteit van leven voor

de zorgvrager, tevens zal de kwaliteit van zorg toenemen. Een kennistekort bij medewerkers blijkt een aanzienlijke factor te zijn in het proces van vroegsignalering van decubitus. Een factor welke onderliggend is aan dit kennistekort is dat zorgmedewerkers niet bekend zijn met protocollen en beschikbare modellen om een risicobeoordeling te maken. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat het thema decubitus gedurende de opleiding, maar eveneens tijdens scholing en toetsingsmomenten van de organisatie, als matig ervaren wordt. De samenwerking en communicatie met andere disciplines wordt door zorgmedewerkers als goed ervaren, echter ervaart de verpleegkundig specialist dat communicatie beter kan. Bovendien worden een aantal werkprocessen zoals; inzet van fotodocumentatie, alertheid op statistische lichaamshouding en de tijd nemen om zorgvragers op bed te verzorgen (huidinspectie) benoemd, die het proces rondom de vroegsignalering van decubitus beïnvloeden en de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven voor de zorgvrager verbeteren. Aan de hand van deze verkregen onderzoeksresultaten zal advies en inbedding geschreven worden.

Hoofdstuk 5. Advies & inbedding

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen voor de opdrachtgever beschreven welke zijn voortgekomen uit de bevindingen van dit onderzoek.

5.1 Veranderbereidheid

Een verandering kan alleen succesvol geïmplementeerd worden als gekeken wordt naar welke factoren van invloed zijn op de veranderbereidheid (Metselaar, Cozijnsen, & Delft, 2018). De beïnvloedende factoren van de zorgmedewerker is in kaart gebracht middels de Dinamo QuickScan. Uit deze QuickScan is naar voren gekomen dat gevolgen op het werk, emoties, ervaringen, timing, aansturing en complexiteit van het veranderingsproces van invloed zijn op de veranderbereidheid. Op basis van deze beïnvloedende factoren, literatuur en kwalitatief onderzoek zijn onderstaande aanbevelingen opgesteld.

5.2 Aanbeveling

5.2.1 Deskundigheidsbevordering

Een aanbeveling is dat een deskundigheidsbevordering plaatsvindt bij de zorgmedewerkers. Dit kan gedaan worden aan de hand van een training (Galan, 2015). Vanuit de verzamelde resultaten wordt geadviseerd om het: wat is decubitus, het ontstaan, hoe te herkennen, en vroegsignalering van decubitus aan bod te laten. Om de training effectief te houden en geen overvloed aan informatie te verschaffen, kan gekozen worden om niet alle onderwerpen aan bod te laten komen. De Galan volgt hierin het Pareto principe met de 80/20 regel. 20% van de inhoud heeft 80% effect (Galan, 2015). Daarnaast is coaching on the job ook een aanvullende effectieve manier om de deskundigheid te bevorderen. Voordeel hiervan is dat de coaching plaatsvindt in het eigen werkveld, wat onder andere zorgt voor vertrouwen, direct resultaat en maatwerk (Coaching on the job, 2023). Geadviseerd wordt om de training niet te lang te houden i.v.m. concentratie. Dirkse-Hulscher en Papas-Talen (2018) beschrijven dat mensen een gemiddelde spanningsboog van 10 minuten hebben. In de training kan hier rekening mee gehouden worden door na circa 10 minuten zorgmedewerkers vragen te laten stellen en af te wisselen met verschillende werkvormen, denk hierbij aan het geven van verschillende doe-opdrachten om te maken, waarbij zorgmedewerkers de behandelde materie kunnen toepassen.

5.2.2 Organisatorische factoren

Geadviseerd wordt om zorgmedewerkers meer wegwijs te maken in wat de organisatie te bieden heeft en waar zorgmedewerkers deze informatie kunnen vinden. De organisatie biedt alle nieuwe medewerkers een kennismakings-dag waar op ludieke wijze kennis wordt gemaakt met de organisatie. Gezien het feit dat alle protocollen onder één kwaliteitssysteem staan is het voorstel om dit in deze kennismakings-dag in te bouwen. Daarna is het de kracht van herhaling (Pimsleur, 1976). Dit kan dan eventueel meegenomen worden aan de hand

van de tweejaarlijks scholings- en toetsmoment welk verplicht gesteld is voor alle zorgmedewerkers. Daarnaast wordt binnen de organisatie een nieuwsbrief gehanteerd, hierin kan ook een how-to beschreven worden hoe foto's gemaakt en gedocumenteerd dienen te worden. Geadviseerd wordt om het kwaliteitssysteem per kwartaal in de nieuwsbrief onder de aandacht te brengen. Dit kan dan gecombineerd worden met het informeren over herzien/herschreven protocollen. Naast het onder de aandacht brengen van protocollen is ook vraag naar visuele informatie, in de vorm van een informatiekaartje over decubitus(preventie) op zakformaat. Vanuit de werkgroep verpleegkundige middelen gaat kritisch gekeken worden naar de ontstane wildgroei aan wondmaterialen, waardoor het overzichtelijker wordt voor de zorgmedewerkers.

5.2.3 Werkprocessen

Als deskundigheidsbevordering heeft plaatsgevonden en de organisatorische factoren aangepakt zijn, kunnen ook de werkprocessen opgepakt worden. Bij de werkprocessen is het van belang om de medewerkers mee te nemen in het belang en resultaat van vroegsignalering van decubitus om draagvlak te creëren. Het creëren van draagvlak kan bereikt worden door: coaching on the job (zorgmedewerkers bekwaam en bewust maken in de voordelen bij vroegsignalering van decubitus) en inzet van een wondverpleegkundig op de afdeling (vraagbaak voor zorgmedewerker en bevorderen van kennis bij collega's). In het kader van de kwaliteit van zorg wordt geadviseerd om decubitus multidisciplinair aan te pakken en in het geval van decubitus wekelijks een evaluatie moment in te plannen.

5.3 Inbedding

Inbedding, ook wel zorgvuldig borgen genoemd, is van belang om een verandering of nieuwe werkwijze te integreren in de structuur van de organisatie (Grol en Wensing, 2001). Verenso (2019) beschrijft borgen als een continu proces, het borgen is dus niet per definitie de laatste stap van het implementatieproces. Tijdens het toepassen van een implementatie is het van belang om te evalueren om zo waar nodig aanvullingen te doen en/of bij te sturen (Verenso, 2019). Met behulp van de verkregen resultaten uit de Dinamo QuickScan worden concrete interventies gesteld.

Tabel 3. Resultaten ingevulde QuickScan

Willen	Moeten	Kunnen
Gevolgen voor het werk <u>Veranderstrategie</u> ‘Onderhandelen’ <u>Interventies</u> Persoonlijke gesprekken voeren en teamprestaties belonen (metselaar et al, 2018).		Kennis en ervaring <u>Veranderstrategie</u> ‘Opleiden’ <u>Interventies</u> Trainen en opleiden Supervisie Diepgaand leren Intervisie (metselaar et al, 2018).
Emoties <u>Veranderstrategie</u> ‘Coachen’ <u>Interventies</u> Medewerkers coachen Teambuilding en team coaching (metselaar et al, 2018).		Aansturing <u>Veranderstrategie</u> ‘plannen’ <u>Interventies</u> Verantwoordelijkheden verduidelijken SMART- doelen stellen (metselaar et al, 2018).
		Timing <u>Veranderstrategie</u> ‘ondersteunen’ <u>Interventies</u> Extra menskracht Doelen van het team bijstellen (metselaar et al, 2018).
		Complexiteit <u>Veranderstrategie</u> ‘vereenvoudigen’ <u>Interventies</u> Taken verdelen Taken verlichten (metselaar et al, 2018).

Door inzet van bovenstaande interventies worden factoren, welke van invloed zijn op de verandering, aangepakt waardoor de veranderbereidheid bij het team zal vergroten (Metselaar et al, 2018). Door de deskundigheidsbevordering worden de noodzaak en

voordelen van vroegsignalering van decubitus, zoals kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg en tijdswinst helder voor het team. Dit zorgt voor draagvlak bij zorgmedewerkers waardoor het werkproces succesvol geïmplementeerd kan worden (Metselaar et al., 2018). De PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) van Deming (1957) biedt een eenvoudig stappenplan om een kwaliteitsverbetering te implementeren en te borgen (Vermeulen & Tiemens, 2015). Het advies is om deze cyclus in te zetten om de kwaliteitsverbetering binnen de organisatie systematisch te borgen, aan de hand van de gestelde aanbevelingen voor de praktijk. Kennisbevordering wordt aangedragen als verbeterpunt bij de opdrachtgever rondom decubitusvraagstukken en verbetering, waarbij de PDCA-cyclus als hulpmiddel wordt ingezet om de kwaliteitsverbetering op te volgen en bij te stellen volgens vier fases van de cyclus. Het advies is om dit wekelijks te evalueren middels Key Performance Indicators (KPI) bij het innovatiebord, daarnaast wordt geadviseerd om de kwaliteitsverbetering na zes maanden te evalueren aan de hand van de PDCA-cyclus. Deze punten kunnen ook meegenomen worden in de evaluatie van de medische vakgroep.

Literatuurlijst

- Anthony, D., Alosoumi, D., & Safari, R. (2019). Prevalence of pressure ulcers in long-term care: a global review. *Journal of Wound Care*, 28(11), 702–709.
<https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.11.702>
- Aubèl, G. F. (2018). *Kwaliteitszorg: zorgBasics*.
- Baarda, B., & Van Der Hulst, M. (2021). *Basisboek Interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*.
- Baarda, D. B. (2019). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Noordhoff.
- Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van Der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*.
- Baarda, & Van Der Hulst, M. (2021). *Basisboek Interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*.
- Benders, L. (2022, 17 oktober). *Hoeveel interviews houd je voor je scriptie?* Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/aantal-interviews/>
- Changemanager. (2022, 19 oktober). *DINAMO Model - Veranderbereidheid Meten - Changemanager*. Geraadpleegd op 28 maart 2023, van <https://changemanager.nl/tools/de-dinamo/>
- Coaching on the job. (2023). *Coaching on the job :: coaching on the job*. Geraadpleegd op 30 april 2023, van <https://www.coachingonthejob.com/coaching>
- Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A. S., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R. J., . . . Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 974–1003.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>
- Coöperatie Decubitus Nederland. (z.d.). *Home | Decubitus*. Geraadpleegd op 3 maart 2023, van <https://decubitus-nederland.nl/>
- De Galan, K. (2015). *Van deskundige naar trainer / druk 6: trainen als tweede beroep*.

Dieter, S. D. M. R. (2021, 16 augustus). *Pressure Ulcer/Injury Staging Classifications In Clinical Practice - Sanara MedTech*. Geraadpleegd op 2 april 2023, van <https://sanaramedtech.com/blog/pressure-ulcer-injury-staging-classifications/>

Dingemanse, K. (2021a, 26 oktober). *Stappenplan om kwantitatieve en kwalitatieve interviews te coderen*. Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/>

Dingemanse, K. (2021b, 12 november). *Soorten interviews: voor- en nadelen*. Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/>

Dirkse-Hulscher, S., & Papas-Talen, A. (2018). *Het groot werkvormenboek*. managementmodellensite. (2021, 25 augustus). *DINAMO-model - Managementmodellensite*. Geraadpleegd op 28 maart 2023, van <https://managementmodellensite.nl/dinamo-model/>

Merkus, J. (2021, 27 september). *Wat is een topiclijst voor een interview (met voorbeeld)?* Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/voorbeeld-topiclijst-interview/>

Metselaar, E. E., Cozijnsen, A. J., & Delft, H. (2018). *Van weerstand naar veranderbereidheid: over willen, moeten en kunnen veranderen* (7de druk). Bricklayer Productions.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 15 november). *METC's*. Geraadpleegd van <https://www.ccmo.nl/metcs>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Langdurige zorg: nosocomiale decubitis*. Geraadpleegd op 17 februari 2023, van <https://www.vzinfo.nl/prestatie-indicatoren/langdurige-zorg-nosocomiale-decubitis>

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2015 mei). *Decubitus*. Geraadpleegd op 17 februari 2023, van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/decubitus>

Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit | NWO. (2018). Geraadpleegd op 1 april 2023, van <https://www.nwo.nl/nederlandse-gedragscode-wetenschappelijke-integriteit>

- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. (2021). *Wondzorg bij acute (traumatische en chirurgische) wonden*. Richtlijndatabase. Auteur. Geraadpleegd op 1 april 2023, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/wondzorg_bij_acute_traumatische_en_chirurgische_wonden/wondzorg_-_korte_beschrijving.html
- Park, K. W., & Kim, K. S. (2014). Effect of a Structured Skin Care Regimen on Patients With Fecal Incontinence. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 41(2), 161–167. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000005>
- Scharwächter, V., & Benders, L. (2022, 5 december). *Zo schrijf je een ijzersterk theoretisch kader voor je scriptie*. Geraadpleegd op 2 april 2023, van <https://www.scribbr.nl/scriptie-structuur/theoretisch-kader-van-scriptie/>
- Sevagram. (z.d.). *Onze zorg en diensten* | Sevagram. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van <https://www.sevagram.nl/onze-zorg-en-diensten>
- Sevagram. (2018). *Decubitus cijfers 2015-2018* (rapport).
- Smits, L. (2021, 23 december). *Transcriberen van een interview (software en voorbeelden)*. Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/interview-transcriberen/>
- Startpagina - Wondzorg - Richtlijn - Richtlijndatabase. (z.d.). Geraadpleegd van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/wondzorg_bij_acute_traumatische_en_chirurgische_wonden/wondzorg_-_korte_beschrijving.html
- Swaen, B. (2023, 6 februari). *Wat is een focusgroep of focusgroep-interview?* Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/focusgroep/>
- Van Leen, M. (2017). Standaard preventiemateriaal voor decubitus of alternatief. WCS, (2). Geraadpleegd van <https://www.wcs.nl/wp-content/uploads/Standaard-preventiemateriaal-3.pdf>
- Vermeulen, H., & Tiemens, B. (2015). *Implementatie Van Evidence Based Practice: Praktische Tips Voor Complexe Verandering*. Bohn Stafleu Van Loghum.

Verenso. (2019). *Handleiding Implementatie* (Nr. 1).

https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/Implementatie/190712-Handleiding-Implementatie.pdf

V&VN. (2018). *Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland*.

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Geraadpleegd op 7 maart 2023, van

<https://www.venvn.nl/media/eoqd133z/kwaliteitsstandaard-organisatie-van-wondzorg-in-nederland-1.pdf>

V&VN. (2020). *Kwaliteitsstandaard Decubitus*. *V&Vn.nl*. Geraadpleegd op 17 februari 2023,

van <https://www.venvn.nl/media/paeejnun/concept-kwaliteitsstandaard-decubitus-commentaarronde-juni-2020.pdf>

V&VN. (2021). *Richtlijn: Decubitus*. *Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland*.

Geraadpleegd op 27 november 2022, van

<https://www.venvn.nl/media/adujx1ja/20210224-richtlijn-decubitus.pdf>

WCS. (2018, 31 maart). *Decubitus of dermatitis ?* - *WCS*. Geraadpleegd op 17 februari 2023,

van <https://www.wcs.nl/wondwiki/decubitus-of-dermatitis/>

Bijlagen

Bijlage 1. Proefpersoon informatie formulier

Informatiebrief voor de praktijk

Decubitus,

Herkent u de eerste signalen?

Geachte zorgprofessionals,

Wij vragen u om mee te doen aan een onderzoek in het kader van een afstudeeronderzoek van de Bachelor opleiding verpleegkunde van Zuyd Hogeschool. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. Het onderzoek zal plaatsvinden binnen zorgcentra Scharwiyerveld van Sevagram. U ontvangt deze brief, omdat u werkzaam bent binnen deze locatie. Voor dit onderzoek zullen 10 zorgprofessionals benaderd worden. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U mag over het onderzoek praten met uw partner, familie of vrienden.

1. Aanleiding en doel van het onderzoek

Binnen Sevagram wordt aandacht besteed aan de preventie van decubitus. Dit gebeurt aan de hand van aandacht functionarissen, inzet van decubitusprotocollen, functieprogramma's en de inzet van preventieve hulpmiddelen. In de praktijk ontstaan echter (complexe) decubitus wonden van categorie twee of hoger. Uit de literatuur blijkt dat een aantal factoren van invloed zijn in het herkennen en de behandeling van decubitus door professionals in het zorgproces. Enkele voorbeelden hiervan zijn: Het beperkt registreren/opvolgen van het wondproces, onvoldoende behandeld gedurende de opleiding van zorgprofessionals en het te laat signaleren van decubitus. Er is nog weinig informatie beschikbaar en weinig bekend over de behoeften en uitdagingen van professionals, bij het vroegsignaleren en het toepassen van preventieve interventies van decubitus, waardoor verder onderzoek wordt aanbevolen. De doelstelling van dit onderzoek is: Inzichten te verkrijgen in de gedachten en meningen van de professional voor het bevorderen van de vroegsignalering van de decubitus. Om op deze wijze de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg voor de zorgvrager te vergroten, welke zal resulteren in een reductie van werkdruk voor de professionals in de ouderenzorg.

De onderzoeksvraag die centraal staat: 'Welke factoren beïnvloeden zorgmedewerkers van afdeling somatiek van zorgcentrum Scharwiyerveld bij vroegsignalering van decubitus bij kwetsbare ouderen?'

1. Meedoen aan het onderzoek

Het onderzoek zal plaatsvinden volgens een kwalitatief onderzoek. Voor het uitvoeren van het onderzoek is toestemming gevraagd en verkregen vanuit de teammanager zorg van de locatie Scharwiyerveld.

Er worden twee onderzoeksmethodes toegepast om gegevens te verzamelen:

- Literatuuronderzoek via wetenschappelijke literatuur;
- Semigestructureerde focusgroep interviews met zorgprofessionals: De deelnemers worden vooraf benaderd door de onderzoeker op basis van vastgestelde in- en exclusiecriteria.

De dataverzameling door middel van de interviews zal plaatsvinden in de periode vanaf maart t/m midden april 2023. De tijdsinvestering voor een interview is circa 30 tot 40 minuten

3. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft dan niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Mocht u gedurende het interview willen stoppen, dan kan dit. Geef dit aan bij de onderzoeker. Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u wilt blijven meedoen aan het onderzoek.

4. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als:

- Uw bijdrage aan het onderzoek geleverd heeft;
- Uzelf kiest om te stoppen;
- Het einde van het hele onderzoek zoals hiervoor beschreven is bereikt.

Na het verwerken van alle gegevens informeert de onderzoeker u over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. De resultaten zullen begin juli 2023 bekend worden gemaakt, na afronding van het onderzoek.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het kan gaan om gegevens zoals uw naam, leeftijd en werkplek. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld, te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever en de docentbegeleiders worden gestuurd bevatten alleen een code, maar geen gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen op de onderzoeklocatie toegang krijgen tot al uw gegevens. Ook tot de gegevens zonder code. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd. Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens zijn de docent-begeleider en/of toezichhoudende autoriteiten, bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Zij houden uw gegevens geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar digitaal worden bewaard op een beveiligde onderzoeklocatie van Zuyd Hogeschool.

Bewaren en gebruiken van gegevens

Uw gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek nog van belang zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de verdere ontwikkeling van het onderwerp en/of van het (verpleegkundig) werkproces. Daarvoor zullen uw gegevens 10 jaar worden bewaard. U kunt op het toestemmingsformulier aangeven of u hier wel of niet mee instemt. Indien u hier niet mee instemt, kunt u gewoon deelnemen aan het huidige onderzoek.

Intrekken toestemming

U kunt u toestemming voor gebruik voor uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. Dit geldt voor dit onderzoek en ook voor het bewaren en het gebruik voor toekomstige onderzoeken.

De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

6. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen en/of opmerkingen kunt u contact opnemen met de onderzoekers van dit onderzoek.

Indien u algemene klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt dit bespreken met de onderzoeker of de docentbegeleider. Met vragen en klachten over de wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de vertrouwenspersoon wetenschappelijke integriteit: Prof. dr. Huub Spoormans.

De vertrouwenspersoon probeert, als hij daartoe mogelijkheden ziet, te bemiddelen of de klacht anderszins is op te lossen. Alle gegevens vindt u in bijlage A: Contactgegevens.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, wil ik u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring

schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.

Dank voor uw aandacht.

Nick Vaessen

Hbo-verpleegkundige i.o.

Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: Contactgegevens voor Sevagram***Uitvoerende onderzoeker***

Naam: Nick Vaessen

Functie: Hbo-verpleegkundige i.o.

Contactgegevens: Nick.vaessen@sevagram.nl

Docentbegeleider

Naam: M. Breemen

Functie: Docent Verpleegkunde Zuyd Hogeschool.

Contactgegevens: Michael.Breemen@zuyd.nl

Klachten

Indien u algemene klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit bespreken met de docentbegeleider.

Met vragen en klachten over wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de

Vertrouwenspersoon Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans.

E-mail: Huub.spoormans@ou.nl.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over het gebruik of de verwerking van uw gegevens, of over uw rechten, kunt u contact opnemen met:

Functionaris Gegevensbescherming van Zuyd Hogeschool

E-mail: Functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl.

Link naar website: <http://zuydnet.nl/werken/rechten-en-plichten/privacy/privacy>

Bijlage B: Toestemmingsformulier deelnemer

Decubitus

Herkent u, de eerste signalen?

- Ik heb de informatiebrief gelezen en kon vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe aan het onderzoek;
- Ik weet dat meedoen aan het onderzoek vrijwillig is en dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven;
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag van dit onderzoek;
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Deze mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen;
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Ik geef ☐ **wel** ☐ **geen**

toestemming om mijn persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek op het gebied van de verdere ontwikkeling van een product en/of van het primaire zorgproces.

Ik geef ☐ **wel** ☐ **geen**

toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolgonderzoek.

Datum: _____

Naam deelnemer: _____

Handtekening: _____

Ik verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker: _____

Handtekening: _____

Bijlage 2. Topiclijst

Topics	Vragen
Opening interview	- Welkomstwoord - Doel van het onderzoek - Duur van het interview - Toestemming opnamen - Verwerking van info
Algemeen	- Voorstelronde - Functie - Hoelang werkzaam in functie
Kennis Decubitus	- Kunt u vertellen wat decubitus is en kunt u de categorieën beschrijven? - Welke competenties (kennis en vaardigheden) heeft een verpleegkundige nodig voor de preventie van decubitus? - Wat biedt de organisatie u aan om de kennis up to date te houden of te bevorderen? En wat heeft u nodig?
Vroegsignalering	- Wat is voor u vroegsignalering van decubitus? - Wat doet u preventief aan decubitus? - Bent u bekend met preventieve hulpmiddelen - Bent u bekend met risicosignaleringen of modellen - Welke interventies zet u uit bij de signalering van decubitus? - Welke factoren beïnvloeden het zorgproces, op het gebied van vroegsignalering van decubitus?
Kwaliteit van zorg/leven	- Hoe ervaart u de kwaliteit van zorg op de afdeling met betrekking tot decubitus (preventie)? - Komt de preventie van decubitus wel eens in het gedrang? Zo ja/nee waardoor? - Hoe kan vroegsignalering van decubitus een bijdragen hebben aan de kwaliteit van zorg? - Wat heeft decubitus volgens u de impact op de kwaliteit van leven voor de zorgvrager? -
Borging decubitus	- Hoe zou u het proces rondom decubituszorg inrichten? - Wat hebben jullie nodig om dit proces te veranderen vanuit de organisatie?
Afsluitend	- Vragen invullen QuickScan - Aanvullende vragen en of opmerkingen? - Vragen om feedback? - Dankwoord

Bijlage 3. Codeboom

axiaal coderen	Selectief coderen
- Onduidelijk hoeveel categorieën decubitus er zijn - Onduidelijk de definitie van de categorieën van decubitus - Eerste signalen van decubitus niet duidelijk - Decubitus wordt minimaal op school behandeld - Niet up to date zijn (omtrent decubitus) - Behoeft aan scholing - Niet iedereen weet wat decubitus is. - Kennis wordt getest bij decubitus	Kennis
- Veel veranderingen in behandeling van decubitus - Te veel verschillende wondmaterialen. - onduidelijk welke protocollen er zijn. - Niet weten waar protocollen te vinden zijn. - Scholing vanuit de organisatie - Niet weten wat organisatie kan bieden - Onduidelijkheden over in te zetten wondmaterialen tussen collega's	Organisatorische factoren
- Wie kan er ingeschakeld worden - Wie is waar verantwoordelijk voor? - Wondverpleegkundige inzetten	Samenwerken
- Tijdsdruk - De zorgvrager niet altijd op bed leggen om de huid goed te inspecteren - Goede zorg willen leveren, maar tegengewerkt worden door zorgvrager. - Door decubitus meer zorgmomenten	Werkproces
- Er wordt goed gecommuniceerd, met betrekking tot mondelinge rapportage - Vraag om scholing, tekst en uitleg komt wel tijdens focusinterview naar voren maar wordt niet kenbaar gemaakt op de werkvloer	Communicatie

Bijlage 4. Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit



Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Sinds eind 2018 is de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 1-5-22 Plaats: margraten
Naam (indien student ook studentnummer): Niek Vlasse 2066755
Academie: Zuyd Hogeschool
Handtekening: Niek Vlasse

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Bijlage 5. Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang persoonsgegevens



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekking en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 1-5-18
Plaats: Maastricht
Naam (indien student ook studentnummer): Nick Vlesca 2066755
Academie: Zuyd Hogeschool
Handtekening:

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

