

2013-2014

Onderzoeksverslag

Afstudeerscriptie

Verpleegkundig handelen naar wondprotocol

Lonneke van Dijk (090342)

Maria Schouten (100293)

Lysanne Wien (100438)

Christelijke Hogeschool Ede,
opleiding Verpleegkunde

Opdrachtgever:
Mevr. T. Holwerda en
Mevr. M. Snel

Docentbegeleider:
Mevr. G.C.M. Schep

Assessor:
Mevr. M.C. van Hell

Datum van voltooiing:
30-05-2014



Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van:

Mevr. T. Holwerda
Hoofd zorginnovatie

Mevr. M. Snel
Seniorverpleegkundige

Ziekenhuis Geldere Vallei
Willy Brandtlaan 10
6716 RP
Ede

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Christelijke Hogeschool Ede,
opleiding Verpleegkunde 2013-2014.

Lonneke van Dijk
090342

Maria Schouten
100293

Lysanne Wien
100438

Onder supervisie van:

Mevr. G.C.M. Schep
Opleidingsdocent Gezondheidszorg

Christelijke Hogeschool Ede
Kerkweg 100
6717 JS
Ede

© 2014

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteurs.

All rights reserved. No portion of this thesis may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means – electronic, photocopy, recording or any other – except for brief quotations in printed reviews without prior permission of the author.



Voorwoord

Ede, mei 2014

Beste lezer,

Voor u ligt de scriptie van ons afstudeeronderzoek voor de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Dit afstudeeronderzoek is geschreven naar aanleiding van een onderzoeksvraag vanuit het Ziekenhuis Gelderse Vallei en gaat in op de vraag hoe de verpleegkundigen op afdeling chirurgie buik /oncologie gebruik maken van het wondprotocol bij het uitvoeren van de wondzorg. De onderzoeksvraag is in samenwerking met de opdrachtgever geformuleerd. Wij hopen dat dit afstudeeronderzoek een bijdrage kan leveren aan het verhogen van kwaliteit van wondzorg op afdeling chirurgie buik / oncologie.

Dit uitgevoerde onderzoek is relevant voor de opdrachtgever, voor verpleegkundigen en andere geïnteresseerden. Allereerst wordt de context van het onderzoek beschreven. Dit wordt gedaan door middel van de literatuur. Vervolgens worden de resultaten van het praktijkonderzoek naar de eerder beschreven onderzoeksvraag beschreven. Hierna worden de conclusie, aanbevelingen en discussie beschreven.

Wij kijken terug op leerzame periode met intensieve samenwerking. Dit afstudeeronderzoek is zowel inhoudelijk als procesmatig leerzaam geweest. Wij zijn tevreden met het uiteindelijke resultaat wat dit afstudeeronderzoek heeft opgeleverd.

Via deze weg willen wij graag een aantal mensen bedanken. Als eerste willen wij onze dank uitspreken naar de wondverpleegkundige Wim Janssen en de verpleegkundigen van de afdeling chirurgie buik /oncologie voor hun medewerking tijdens het uitvoeren van ons onderzoek.

Daarnaast gaat onze dank ook uit naar Tineke Holwerda, onze opdrachtgever, en Marlena Snel, onze praktijkbegeleider, die ons ondersteuning hebben gegeven vanuit het ziekenhuis. Met hun kritische houding motiveerden zij ons voor het onderwerp.

Verder gaat onze dank uit naar Gerdine Schep, onze begeleider vanuit de Christelijke Hogeschool Ede. We willen haar bedanken voor haar betrokken begeleiding, goede samenwerking en haar kritische en opbouwende feedback. Ook willen wij onze beoordelaar Marlies van Hell bedanken voor haar kritische en opbouwende feedback.

Hartelijke groet,
Doreth Boonstra,
Lonneke van Dijk,
Maria Schouten,
Lysanne Wien



Samenvatting

Voor patiënten kan wondzorg een ingrijpende handeling zijn. Wonden kunnen een aanzienlijke impact hebben op het op het dagelijks functioneren, de kwaliteit van leven, de morbiditeit en de sterfte en vragen daarom om een systematische behandeling van hoge kwaliteit (Brölmann, Ubbink, Nelson, Munte, van der Horst, & Vermeulen, 2012). Het werken volgens protocol leidt over het algemeen tot een efficiëntere wondbehandeling.

In 2008 is het wondprotocol geïmplementeerd in Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede waarin is vastgelegd hoe een chirurgische wond het best behandeld kan worden. Het doel van dit wondprotocol is om een optimale wondbehandeling te waarborgen. Het wondprotocol is mede opgesteld door de wondverpleegkundige van het ziekenhuis. In de praktijk blijkt echter dat het niet duidelijk is op welke manier verpleegkundigen dit wondprotocol gebruiken.

In het Ziekenhuis Gelderse Vallei, op de afdeling chirurgie buik/oncologie, zal door middel van praktijkonderzoek in kaart worden gebracht in hoeverre verpleegkundigen gebruik maken van het wondprotocol. Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek zijn er aanbevelingen gedaan die het gebruik van het wondprotocol inzichtelijk maken. Het onderzoek bestaat uit drie delen: een literatuurstudie, een semi-kwantitatief onderzoek in de vorm van een enquête en een kwalitatief onderzoek in de vorm van interviews.

Vanuit de resultaten van het praktijkonderzoek is gebleken dat er een verschil is in het gebruik van het wondprotocol door de verpleegkundigen. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen drie groepen verpleegkundigen. Als eerste zijn er verpleegkundigen die bekend zijn met het wondprotocol en deze niet gebruiken. Ten tweede zijn er verpleegkundigen die bekend zijn met het wondprotocol en deze wel gebruiken. Als laatste zijn er verpleegkundigen die niet bekend zijn met het wondprotocol. Dit is één van de redenen waarom deze groep het wondprotocol niet gebruikt. Uit literatuur- en praktijkonderzoek blijken er nog een aantal redenen te zijn voor de verschillen tussen deze drie groepen:

- Onduidelijke communicatie rondom wondzorg;
- Het wondprotocol is lastig te vinden;
- Artsen geven opdracht voor een andere wondbehandeling;
- Klinische blik en ervaring van verpleegkundigen.

Naar aanleiding van de conclusie wordt ten eerste aanbevolen om het wondprotocol opnieuw te implementeren. Ten tweede wordt aanbevolen om de mogelijkheden voor de communicatie rondom wondzorg duidelijk te maken. Ten derde wordt aanbevolen om het wondprotocol op één vaste plek te publiceren, zodat het snel te raadplegen is. Ten vierde wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar de relatie tussen verpleegkundigen en artsen. Ten vijfde wordt aanbevolen om te onderzoeken of de kennis en ervaring van verpleegkundigen voldoende is om een goede wondbehandeling te garanderen. Als laatste wordt aanbevolen om dit onderzoek te herhalen op andere verpleegafdelingen om te beoordelen in hoeverre het wondprotocol door verpleegkundigen ziekenhuisbreed wordt gebruikt.



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
1 Inleiding	8
1.1 Organisatie	8
1.2 Begeleiding	8
1.3 Aanleiding.....	8
1.4 Probleemstelling.....	9
1.5 Vraag en doelstelling	9
1.6 Relevantie voor de verpleegkundige beroepspraktijk	10
1.7 Leeswijzer	10
2 Methode	11
2.1 Uitgangspunten van het onderzoek	11
2.2 Dataverzameling.....	11
2.2.1 Literatuurstudie	11
2.2.2 Kwantitatieve onderzoeksmethode	12
2.2.3 Kwalitatieve onderzoeksmethode.....	13
2.3 Data-analyse	13
2.3.1 Kwantitatieve uitkomsten	13
2.3.2 Kwalitatieve uitkomsten.....	14
2.4 Respons	15
2.5 Onderzoekspopulatie	15
2.6 Kwaliteit van het onderzoek.....	16
2.6.1 Betrouwbaarheid.....	16
2.6.2 Validiteit	17
2.7 Ethische overwegingen	17
2.8 Kwaliteitswaarborging.....	17
3 Literatuurstudie.....	18
4 Resultaten.....	22
4.1 Enquête	22
4.1.1 Analyse vraag 3 en 4.....	22
4.1.2 Analyse vraag 6 tot en met 8.....	23



4.1.3 Analyse vraag 9.....	24
4.1.4 Analyse vraag 5 en 10.....	25
4.2 Interviews.....	26
4.2.1 Gebruik protocol.....	26
4.2.2 Redenen niet gebruiken wondprotocol	27
4.2.3 Redenen wel gebruiken wondprotocol	28
4.2.4 Communicatie rondom wondzorg.....	29
4.2.5 Relatie arts - verpleegkundige.....	30
4.2.6 Implementatie	30
5 Discussie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.1 Procesevaluatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2 Productevaluatie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3 Behalen doelstelling	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6 Conclusie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.1 Vraagstelling	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
6.2 Antwoord op de vraagstelling	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7 Aanbevelingen.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.1 Opnieuw implementeren wondprotocol	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.2 Herzien wondblad	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.3 Snel raadplegen wondprotocol	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.4 Proactieve houding verpleegkundige	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.5 Onderzoek naar kennis verpleegkundigen.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.6 Onderzoek herhalen op andere afdelingen.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
8 Bibliografie.....	38
9 Bijlagen	46
9.1 Tijdsplan	46
9.2 Literatuursearch	48
9.3 Literatuurstudie.....	54
9.3.1 Deelvraag 1.....	54
9.3.2 Deelvraag 2.....	59
9.3.3 Deelvraag 3.....	65
9.4 Voorbereidende email voor de enquêtes	69
9.5 Herinneringsemail voor de enquêtes	70
9.6 Enquête verpleegkundigen.....	71



9.7 Resultaten enquête	73
9.8 Resultaten open vragen enquête	78
9.8.1 Vraag 5.....	78
9.8.2 Vraag 5 gelabeld	79
9.8.3 Vraag 10.....	79
9.8.3 Vraag 10 gelabeld	80
9.9 Interview topiclijst.....	81
9.10 Resultaten interviews.....	82
9.10.1 Coderingswoorden	82
9.10.2 Interview 1.....	82
9.10.3 Interview 1 gecodeerd.....	87
9.10.4 Interview 2.....	89
9.10.5 Interview 2 gecodeerd.....	96
9.10.6 Interview 3.....	97
9.10.7 Interview 3 gecodeerd.....	103
9.10.8 Interview 4.....	105
9.10.9 Interview 4 gecodeerd.....	111
9.10.10 Interview 5.....	113
9.10.11 Interview 5 gecodeerd.....	119
9.11 Plan van aanpak.....	122



1 Inleiding

Iedere zorginstelling is wettelijk verplicht om verantwoorde zorg te leveren. Het beleid dat een instelling voert moet daarom gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van zorg (Inspectie voor Gezondheidszorg, 2010). Dit kan onder andere door het volgen van protocollen en richtlijnen. Lokale protocollen worden vaak afgeleid van landelijke richtlijnen. Het doel van een protocol is het ondersteunen van zorgverleners bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen (V&VN, 2012). Hierin wordt beschreven hoe een handeling moet worden uitgevoerd. Een protocol is bedoeld om een verpleegkundige op een vaststaande manier te laten handelen. De vrijheid van handelen is bij een protocol dus beperkt (V&VN, 2012). Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden meer in detail vastgelegd (Everdingen J. B., 2004). Een protocol is een middel om tot kwalitatief goede en verantwoorde zorg te komen (V&VN, 2012). Er zijn voor allerlei zorginhoudelijke handelingen protocollen opgesteld, waaronder voor het uitvoeren van wondzorg. Het wondprotocol geeft duidelijke voorschriften over de manier waarop wondzorg moet worden uitgevoerd (Franx, Eland, & Verburg, 2002).

1.1 Organisatie

Dit afstudeeronderzoek zal plaatsvinden in Ziekenhuis de Gelderse Vallei (hierna te noemen ZGV). De missie van het ZGV is het bieden van 'kwalitatief hoogwaardige medische zorg op een betrokken en patiëntgerichte wijze' (ZGV, 2012). In de missie van het ZGV is te lezen dat geprobeerd wordt om medewerkers van het ZGV professioneel en goed op te leiden om vanuit betrokkenheid, professionaliteit en christelijke waarden de best mogelijke zorg te bieden (ZGV, 2012). De betrokken afdeling bij het onderzoek is de verpleegafdeling chirurgie buik /oncologie. Deze afdeling sluit in hun beleid aan op de missie van het ziekenhuis.

1.2 Begeleiding

Dit afstudeeronderzoek wordt vanuit het ZGV aangestuurd door T. Holwerda, verplegingswetenschapper. Op de afdeling is M. Snel, seniorverpleegkundige het aanspreekpunt. Het onderzoek is binnen het ziekenhuis uitgevoerd door vier studenten van de Christelijke Hogeschool in Ede. Deze studenten zijn ondersteund bij dit onderzoek door begeleiding vanuit de Christelijk Hogeschool in Ede door Gerdine Schep en beoordeeld vanuit school door Marlies van Hell. In de hoofdstukken hierna zijn de aanleiding, probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek beschreven.

1.3 Aanleiding

Binnen het ZGV is in 2008 één ziekenhuisbreed wondprotocol opgesteld. Het wondprotocol is door middel van niet verplichte scholingen direct na opstelling op de verschillende afdelingen van het Ziekenhuis Gelderse Vallei geïmplementeerd (Jansen, 2014). Veel medewerkers zijn op deze manier op de hoogte gebracht van het protocol, zo ook de verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie (Jansen, 2014).

Vanuit het ZGV is de vraag gekomen hoe er wordt omgegaan met het wondprotocol op de afdeling chirurgie buik/oncologie. Om deze vraag te kunnen concretiseren heeft vooronderzoek plaats gevonden. Tijdens het vooronderzoek hebben interviews plaats gevonden met de algemeen wondverpleegkundige W. Jansen, seniorverpleegkundige M. Snel en een aantal verpleegkundigen van de afdeling chirurgie buik/oncologie van het ZGV. Enkele citaten uit de interviews: "Ik heb het idee dat verpleegkundigen regelmatig afwijken van het wondprotocol. Het afwijken van een protocol kan onderdeel zijn van de professionele autonome beslissingsruimte van verpleegkundigen. Soms is er een ander beleid nodig dan wordt aangegeven in het protocol. Dit beleid moet dan wel op een beargumenteerde en gedocumenteerde wijze uitgevoerd worden" (Jansen, 2014). "Er is weinig



continuïteit wat betreft de wondzorg. In de praktijk gebeurt het regelmatig dat de wondbehandeling binnen 48 uur drie keer wordt veranderd, de behandeling krijgt dan haast geen kans om zijn werk te doen” (Snel, 2014).

De ervaring van de geïnterviewde verpleegkundigen is dat veel verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie niet op de hoogte zijn van het wondprotocol en hier dus ook geen gebruik van maken bij het uitvoeren van de wondzorg. Ook is de ervaring van de geïnterviewde verpleegkundigen dat verpleegkundigen regelmatig niet beargumenteerd afwijken van het wondprotocol wanneer zij deze gebruiken.

Op basis van de interviews is het aannemelijk dat verpleegkundigen het wondprotocol niet op de juiste wijze gebruiken bij het uitvoeren van de wondzorg. Dit onderzoek gaat uit van de aanname dat verpleegkundigen afwijken van het protocol. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek naar de vraag hoe er wordt omgegaan met het wondprotocol op de afdeling chirurgie buik/oncologie in ZGV te vergroten, wordt allereerst onderzocht of deze aanname juist is. Naar aanleiding van deze gegevens zal getracht worden de redenen te achterhalen waarom verpleegkundigen het wondprotocol mogelijk niet gebruiken of hiervan afwijken.

Met dit afstudeeronderzoek wordt beoogd aanbevelingen te doen om het werken volgens wondprotocol of het beredeneerd afwijken van het wondprotocol te bevorderen.

1.4 Probleemstelling

Het beleid wat betreft wondzorg is binnen het ziekenhuis vastgelegd in het ziekenhuis brede wondprotocol. Het doel van dit wondprotocol is om een eenduidige en duidelijke manier van werken te bewerkstelligen met betrekking tot de wondzorg. Het niet duidelijk of verpleegkundigen bewust afwijken van het wondzorgprotocol en of ze weten wat het effect is van het afwijken van het wondprotocol.

Eenduidigheid op de afdeling is belangrijk, omdat dit één van de aspecten is die kwaliteit van zorg bewerkstelligd (Ehrenberg & Birgersson, 2003). Dit leidt uiteindelijk tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Om dit te kunnen bereiken moet onderzocht worden hoe het wondprotocol nu gebruikt wordt en hoe deze beter gebruikt kan worden en wat de redenen zijn voor het afwijken van wondprotocol.

1.5 Vraag en doelstelling

De vraagstelling die in dit onderzoek centraal staat, is als volgt:

‘Hoe wordt er gebruik gemaakt van het wondprotocol bij het uitvoeren van de wondzorg door verpleegkundigen op afdeling chirurgie buik/oncologie van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede?’

Om de vraagstelling mogelijk te kunnen beantwoorden zijn onderstaande deelvragen geformuleerd:

Theorie

1. Wat wordt er in de literatuur beschreven over de verpleegkundige verantwoordelijkheid voor het gebruik van een protocol?
2. Wat wordt er in de literatuur beschreven over redenen van het afwijken van een protocol door verpleegkundigen?
3. Wat wordt er in de literatuur beschreven over gevolgen van het niet protocollair werken door verpleegkundigen op de verpleegafdeling bij de wondzorg?

Praktijk

4. In hoeverre gebruiken verpleegkundigen in de praktijk het vastgelegde wondprotocol?

5. Wat zijn de beweegredenen van de verpleegkundigen om het wondprotocol wel of niet te gebruiken bij het uitvoeren van wondzorg?

De doelstelling die in dit onderzoek centraal staat, is als volgt:

Door de hoofdvraag te beantwoorden, wordt een basis gelegd voor het bewerkstelligen van een eenduidig beleid wat betreft het volgen van het wondprotocol op afdeling chirurgie buik/oncologie in het ZGV. Inzicht in de manier waarop het wondprotocol gebruikt wordt op afdeling chirurgie buik/oncologie in het ZGV is nodig om beslissingen te kunnen maken over het toekomstige beleid.

Het inzichtelijk maken van het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie in Ziekenhuis Gelderse Vallei. De opdrachtgever kan met de resultaten, conclusie en aanbevelingen, bewustwording bij de verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie bevorderen met betrekking tot het werken met het wondprotocol.

1.6 Relevantie voor de verpleegkundige beroepspraktijk

Het verantwoord gebruik van een protocol zou uiteindelijk moeten leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit geldt ook voor het gebruik van wondprotocol door verpleegkundigen op afdeling chirurgie buik/oncologie in het ziekenhuis Gelderse Vallei Ede. Protocollen zijn gebaseerd op evidence based practice. Het communiceren van evidence door verpleegkundigen leidt tot:

- Afname van variatie in verpleegkundige zorg;
- Eenduidigheid binnen beroepsgroep;
- Professionalisering van de beroepsgroep;
- Professionalisering van multidisciplinaire communicatie (Goossens, Ubbink, & Vermeulen, 2007).

Wanneer verpleegkundigen het wondprotocol gebruiken in de dagelijkse praktijk, zou dit de kwaliteit van wondzorg ten goede komen. Ook zou het eenduidig werken bevorderend zijn voor de patiëntveiligheid. De definitie van patiëntveiligheid is: *'Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychische) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem* (Pinkhof, 2012). De zorg die wordt aangeboden door verpleegkundigen, wordt vaak aan een kritische toetsing onderworpen door patiënten (Jagt, 2003). Een verpleegkundige moet niet alleen het eigen handelen kunnen onderbouwen, maar ook het eigen functioneren onder de loep nemen. Om de coördinatie en continuïteit van zorg te kunnen waarborgen, is eenduidigheid in de zorg belangrijk.

1.7 Leeswijzer

Dit onderzoeksverslag beschrijft het onderzoek naar het verpleegkundig handelen volgens het wondzorgprotocol. In het volgende hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode onderbouwd. Vervolgens wordt een samenvatting gegeven van de literatuurstudie van dit onderzoek. Daarna worden de resultaten van het praktijkonderzoek weergegeven. Na dit hoofdstuk volgt de discussie. Vervolgens komt de conclusie aan bod en sluit het verslag af met de aanbevelingen.



2 Methode

In dit hoofdstuk wordt de verantwoording van de onderzoeksmethodologie van het onderzoek beschreven. Daarnaast wordt beschreven hoe de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek zo hoog mogelijk wordt gemaakt. Op basis van de stappen die tijdens het onderzoek beschreven worden, wordt voor derden inzichtelijk hoe betrouwbaar de resultaten zijn (Boeije H. , 2009).

2.1 Uitgangspunten van het onderzoek

Om de vraagstelling zo goed en compleet mogelijk te beantwoorden is gekozen voor een onderzoek welke deels kwantitatief en deels kwalitatief van aard is. Het eerste deel van het onderzoek is kwantitatief van aard. Bij een kwantitatieve onderzoek wordt gebruik gemaakt van numerieke informatie (Verhoeven, 2011). Door middel van een surveyonderzoek zijn numerieke gegevens verzameld over het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen (Verhoeven, 2011). Het surveyonderzoek is een gestructureerde dataverzamelmethode en is vorm gegeven door middel van een enquête (Verhoeven, 2011). Het tweede deel van het onderzoek is kwalitatief van aard. Bij een kwalitatief onderzoek wordt niet of nauwelijks met numerieke informatie gewerkt (Verhoeven, 2011). Door middel van interviews is ingegaan op de verzamelde numerieke gegevens uit het kwantitatieve deel van het onderzoek. Inzichtelijk is gemaakt hoe verpleegkundigen gebruik maken van het wondprotocol bij de uitvoering van wondzorg.

2.2 Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag zo goed en compleet mogelijk te beantwoorden, is op verschillende manieren informatie verzameld. Dit is gedaan door middel van een literatuurstudie, surveyonderzoek en interviews.

2.2.1 Literatuurstudie

Er is gebruik gemaakt van een literatuurstudie om informatie te verzamelen. Als eerste is ingegaan op de verpleegkundige verantwoordelijkheid voor het gebruik van een protocol. Ten tweede is ingegaan over redenen van afwijken van een protocol door verpleegkundigen. Als laatste is ingegaan op de gevolgen van het niet protocollair werken door verpleegkundigen.

Het literatuuronderzoek is gedaan om een betrouwbaar onderzoek uit te voeren en complete vergelijkingen te kunnen doen (Verhoeven, 2011). Om literatuur te vinden die betrouwbaar en relevant is, en dus aansluit bij het onderzoek, zijn randvoorwaarden opgesteld. Deze zijn als volgt:

1. Voor artikelen is gebruik gemaakt van de volgende databases: Pubmed, Google Scholar, Google, Academic Search en HBO-Voorsprong;
2. Daarnaast is gebruik gemaakt van boeken afkomstig van Google Books, de mediatheek van de Christelijke Hogeschool Ede en uit eigen bezit;
3. Alleen Nederlandse en Engelse literatuur mogen worden gebruikt;
4. Artikelen mogen maximaal 10 jaar oud zijn;
5. Gegevens moeten betrekking hebben op de Westerse situatie;
6. Alle artikelen zijn verzameld ten laatste op 4 april 2014 om zo een tijdsindicatie te kunnen aangeven.

Er is een algemene literatuurstudie uitgevoerd gericht op 'protocollen' en 'richtlijnen' en niet op 'wondprotocol'. Er is gekozen om een algemene literatuurstudie uit te voeren, omdat op deze wijze de meeste en meest betrouwbare literatuur is verzameld. Er is onafhankelijk van voorkeuren of meningen van betrokkenen gezocht naar informatie die toepasbaar is op de verpleegkundige beroepspraktijk (Verhoeven, 2011). De resultaten zijn vergeleken met de uitkomsten van het kwantitatieve en kwalitatieve deel van het onderzoek.

De literatuursearch is te bevinden in bijlage 92. In de literatuursearch staan de zoektermen, gebruikte database en gevonden resultaten beschreven. De gevonden resultaten zijn onderverdeeld in 4 groepen, namelijk boek (B), artikel (A), website (W) en presentatie (P).

2.2.2 Kwantitatieve onderzoeksmethode

Er is informatie verzameld door middel van een surveyonderzoek, ook wel enquête genoemd. Het surveyonderzoek behoort tot het kwantitatieve deel van het onderzoek (Verhoeven, 2011). Het doel van de enquête is het onderbouwen van de aanleiding van het onderzoek en het toetsen van literatuur in de praktijk.

Er is om verschillende redenen gekozen voor een surveyonderzoek. Allereerst is door de uitkomsten aangetoond hoeveel verpleegkundigen het wondprotocol in de praktijk gebruiken. Dit is voor het onderzoek relevant, omdat het onderzoek is gebaseerd op meningen en ervaringen en niet op onderzoek. Door de enquêtes hier deels op te richten, is de aanleiding van het onderzoek onderbouwd. Ten tweede is er voor een surveyonderzoek gekozen, omdat de vraagstelling van tevoren vaststaat (Verhoeven, 2011). Er wordt maximaal een klein aantal antwoordmogelijkheden gegeven waaruit de ondervraagde kan kiezen (Verhoeven, 2011). Deze antwoordmogelijkheden zijn opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek. De redenen voor verpleegkundigen om af te wijken van het wondprotocol en de gevolgen van deze afwijkingen, welke door middel van literatuurstudie in kaart zijn gebracht, zijn hierdoor getoetst aan de praktijk. Ten derde is door middel van een surveyonderzoek onder alle verpleegkundigen werkzaam op de afdeling chirurgie buik/oncologie informatie verzameld over het gebruik van het wondprotocol (Verhoeven, 2011). Dit is voor het onderzoek van belang, omdat de betrouwbaarheid van het onderzoek hiermee wordt vergroot. De onderzoekspopulatie (2.4) heeft een schriftelijke enquête aangereikt gekregen. De verzamelde gegevens zijn anoniem verwerkt.

De enquêtevragen zijn opgesteld met als doel het (mede) beantwoorden van deelvraag 4 en 5. De enquêtevragen zijn te vinden in bijlage 9.6. De enquêtevragen zijn onderverdeeld in onafhankelijke en afhankelijke variabelen. De onafhankelijke variabelen liggen vast, maar deze veroorzaken een verandering (Verhoeven, 2011). De afhankelijke variabelen veranderen onder invloed van afhankelijke variabelen (Verhoeven, 2011). De vragen 1, 2, 3, 4 en 7 behoren tot de onafhankelijke variabelen. De vragen 6, 8 en 9 behoren tot de afhankelijke variabelen. Binnen de afhankelijke variabelen zijn er waarden die deze variabelen kunnen aannemen. Deze waarden zijn de antwoordmogelijkheden waaruit de respondent kan kiezen (Verhoeven, 2011). Naast deze vragen zijn er een tweetal open vragen in de enquête opgenomen. Het doel van deze vragen is het bewustzijn van de verpleegkundigen bevorderen.

Het is belangrijk dat de enquêtevragen in de juiste volgorde worden gesteld. De volgorde van de vragen kan soms effect hebben op de beantwoording ervan, ook wel het volgorde-effect genoemd (Boeije, 't Hart, & Hox, 2009). Van elke vraag in de enquête is het doel omschreven. Daarnaast moet de routing in orde zijn. Vragen moeten elkaar op een logische manier opvolgen (Boeije H. , 2009). De routing en de volgorde van vragen zijn op de volgende manier verantwoord:

1. Voor de inleidende tekst is ervoor gekozen om het onderwerp van de enquête te opnieuw kort te introduceren. De respondenten hebben eerder een mail ontvangen met daarin een uitgebreide aankondiging van de enquête. Deze voorbereidende email is te lezen in bijlage 9.4. Daarnaast wordt het belang van het invullen van de enquête benoemd.
2. Vraag 1: Deze vraag is gesteld ter inventarisatie van de populatie en als inleidende vraag. De antwoorden op deze vraag zijn niet vergeleken met de overige vragen.
3. Vraag 2: Deze vraag is gesteld ter inventarisatie van de populatie en als inleidende vraag. De antwoorden op deze vraag zijn niet vergeleken met de overige vragen.

4. Vraag 3: Deze vraag is gesteld om vast te stellen hoeveel respondenten bekend zijn met het wondprotocol. De aanleiding is hiermee door onderzoek onderbouwd. Daarnaast is hiermee antwoord gegeven op deelvraag 4.
5. Vraag 4: Deze vraag is gesteld om vast te stellen hoeveel respondenten gebruik maken van het wondprotocol. De aanleiding is hiermee door onderzoek onderbouwd. Daarnaast is hiermee antwoord gegeven op deelvraag 4.
6. Vraag 5: Deze open vraag is gesteld om het kritisch denken over het gebruik van het wondprotocol bij verpleegkundigen te stimuleren. Er is voor een open vraag gekozen, omdat op deze manier de antwoorden vanuit de verpleegkundigen zelf komen.
7. Vraag 6, 7 en 8 zijn ingevuld door verpleegkundigen die het wondprotocol wel gebruiken. Vraag 9 en 10 zijn ingevuld door verpleegkundigen die het wondprotocol niet gebruiken. Door deze scheiding is inzichtelijk gemaakt wat specifieke redenen zijn om het wondprotocol wel of niet te volgen.
8. Vraag 6: Deze vraag is opgesteld om inzichtelijk te maken waarom verpleegkundigen gebruik maken van het wondprotocol. Hiermee is antwoord gegeven op deelvraag 5.
9. Vraag 7: Deze vraag is opgesteld om inzichtelijk te maken of verpleegkundigen afwijken van het wondprotocol. Hiermee is antwoord gegeven op deelvraag 5.
10. Vraag 8: Deze vraag is gesteld om inzichtelijk te maken waarom verpleegkundigen afwijken van het wondprotocol. Hiermee is antwoord gegeven op deelvraag 5.
11. Vraag 9: Deze vraag is gesteld om inzichtelijk te maken waarom verpleegkundigen geen gebruik maken van het wondprotocol. Hiermee is antwoord gegeven op deelvraag 5.
12. Vraag 10: Deze open vraag is gesteld om het kritisch denken over de gevolgen van het niet gebruiken van het wondprotocol bij verpleegkundigen te stimuleren. Hiermee is antwoord gegeven op deelvraag 5.

2.2.3 Kwalitatieve onderzoeksmethode

Er is informatie verzameld door middel van interviews. Interviews behoren tot het kwalitatieve deel van het onderzoek. Een interview is een vraaggesprek waarin de beleving van de respondent vooropstaat (Verhoeven, 2011). Het afnemen van interviews neemt veel tijd in beslag en is arbeidsintensief, maar er is hierdoor veel informatie verzameld (Verhoeven, 2011). Het doel van de interviews is het verzamelen van informatie over het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen en het toetsen van de literatuurstudie aan de praktijk.

Er is gekozen voor een half gestructureerd interview (Verhoeven, 2011). Dit type interview bestaat uit een topiclijst, een vragenlijst met onderwerpen (Verhoeven, 2011). Voor ieder interview is dezelfde topiclijst gebruikt. Aan de respondenten zijn ongeveer dezelfde vragen gesteld met als doel om op een eenduidige manier informatie te verzamelen. De topiclijst is vooraf bepaald aan de hand van de uitkomsten van de literatuurstudie en enquête. Deze topiclijst vormt een leidraad tijdens de interviews. Daarnaast is er voor de respondent de mogelijkheid om eigen inbreng te hebben (Verhoeven, 2011). Wanneer de interviewers van mening zijn dat de geïnterviewde bruikbare informatie geeft, is er ruimte om van deze topiclijst af te wijken (Verhoeven, 2011). De topiclijst is te vinden in bijlage 9.9.

2.3 Data-analyse

De data-analyse voor dit onderzoek bestaat uit een kwantitatieve en een kwalitatieve analyse, omdat er op verschillende manieren praktijkonderzoek is gedaan. De verwerking van deze gegevens is hieronder beschreven.

2.3.1 Kwantitatieve uitkomsten

De kwantitatieve uitkomsten van de enquête zijn verwerkt in een kwantitatieve analyse. Er zijn verschillende meetniveaus waarop een variabele gemeten kan worden. De uitkomsten van de

enquête zijn op nominaal meetniveau geanalyseerd. Nominaal meetniveau houdt in dat er met de uitkomsten van de enquête niet gerekend kan worden (Verhoeven, 2011). Er is niet gerekend met de uitkomsten van de enquête, omdat dit niet het doel van het onderzoek is. De uitkomsten van de enquête zijn verwerkt door middel van de software Microsoft Office Excel. Er is voor de software Microsoft Office Excel gekozen, omdat er sprake is van een univariate analyse. Dit houdt in dat er één variabele tegelijk is beschreven (Verhoeven, 2011).

Er zijn verschillende manieren waarop een univariate analyse kan worden beschreven. Om de uitkomsten inzichtelijk te maken is voor frequentieverdelingen en grafieken gekozen. Door middel van frequentieverdelingen is inzichtelijk gemaakt hoe vaak respondenten hebben gekozen voor elk van de waarden of antwoordmogelijkheden. Door middel van grafieken worden getallen beschreven in de frequentieverdelingen omgezet in een visueel beeld. De univariate analyse is te vinden in bijlage 9.7. De resultaten zijn beschreven in hoofdstuk 3 resultaten.

2.3.2 Kwalitatieve uitkomsten

De kwalitatieve uitkomsten van de interviews zijn verwerkt door middel van segmenteren, open coderen en het ordenen en beschrijven van de coderingen.

De stappen die zijn doorlopen in de data-analyse zijn als volgt:

1. Allereerst heeft er een transcriptie plaatsgevonden van het onderzoeksmateriaal. Dit houdt in dat het onderzoeksmateriaal is omgezet in een tekstbestand welke kan worden onderworpen aan de analyse (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009).
2. Vervolgens is er gestart met het segmenteren van de tekstbestanden. Een segment is een tekstgedeelte dat op logische gronden bij elkaar hoort (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009). Hetgeen door de respondent gezegd is, wordt in een context geplaatst zodat de onderzoekers kunnen interpreteren wat er bedoeld is of kan zijn (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009). De onderzoekers hebben deze segmenten voorzien een code met daarbij behorende kleur welke kenmerkend is voor het segment. Codes zijn combinaties van woorden waarmee de onderzoeker aangeeft waar het tekstfragment over gaat (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009). Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen themacodes en variatiecodes. Themacodes geven aan over welk thema een fragment gaat. Variatiecodes zijn een weergave van verschillende opvattingen die horen bij een thema (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009). Door deze codes is een verband gelegd tussen het empirische materiaal en het conceptuele kader, of ook wel de verbinding tussen het onderzoeksmateriaal en de uiteindelijke resultaten (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009). In bijlage 9.10 zijn de coderingswoorden en gecodeerde interviews te vinden.
3. Tijdens het open coderen is gebruik gemaakt van deze segmenten. Open coderen is het in kaart brengen welke elementen van belang kunnen zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvragen (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009). Voor dit onderzoek is van de vorm samenvattend coderen gebruik gemaakt. Hierbij wordt het segment doorgelezen en wordt de kern van het segment weergegeven (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009).
4. De opbrengt van het segmenteren en open coderen is een lijst met een aantal codes. Elk van deze codes legt een verband tussen elementen uit de tekst en het conceptueel model (Baarda, de Goede, & Teunissen, Basisboek Kwalitatief onderzoek, 2009).
5. Door het doorlopen van de hierboven genoemde stappen, is inzichtelijk gemaakt wat de respondenten hebben aangedragen als relevante aspecten voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

6. Vervolgens hebben de onderzoekers de codes geordend. Er zijn verbanden tussen codes gevonden en deze zijn onderverdeeld themacodes en variatiecodes (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2009). Variatiecodes welke onder dezelfde themacode vallen hebben dezelfde kleur gekregen. De coderingswoorden en bijbehorende kleuren zijn te vinden in bijlage 9.10.1.
7. Als laatste hebben de onderzoekers de codes beschreven. De resultaten zijn te lezen in hoofdstuk 4 resultaten.

De analyse heeft inzicht gegeven in het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen. Hiermee is antwoord gegeven op deelvraag 4 en 5.

2.4 Respons

De enquête is onder 30 verpleegkundigen werkzaam op de afdeling chirurgie buik /oncologie van het ZGV te Ede verspreid. De onderzoekspopulatie heeft 3 weken de tijd gehad om de enquête in te vullen. De onderzoekspopulatie heeft de enquête zowel schriftelijk als digitaal ontvangen. De respons op de enquête is 83,3 %. Van de 25 ingevulde enquêtes zijn er 2 digitaal ingevuld en 23 schriftelijk.

Er zijn interviews gehouden met 5 verpleegkundigen werkzaam op de afdeling chirurgie buik/oncologie van het ZGV te Ede. De praktijk laat zien dat er een theoretische verzadiging, het hebben van voldoende informatie, kan optreden na zo'n 4 tot 6 documenten (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2009). Gezien het tijdsbestek waarin de interviews zijn afgenomen en verwerkt, een periode van 2 weken, is gekozen voor het interviewen van 5 verpleegkundigen.

2.5 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie kan omschreven worden als het domein waarbinnen het onderzoek zich afspeelt (Baarda D. , 2009).

Om de populatie specifiek af te bakenen zijn er inclusiecriteria en exclusiecriteria opgesteld (Knuistingh Neven, 2003):

Inclusiecriteria enquête:

- Verpleegkundigen 4-5, werkzaam op de afdeling chirurgie buik /oncologie van het ZGV te Ede.

Exclusiecriteria enquête:

- Verpleegkundigen 4-5, werkzaam via het flex-bureau op de afdeling chirurgie buik /oncologie van het ZGV te Ede.
- Leerling verpleegkundigen en stagiaires.

Inclusiecriteria interviews:

- Verpleegkundigen 4-5, werkzaam op de afdeling chirurgie buik /oncologie van het ZGV te Ede.
- Leerling verpleegkundigen.

Exclusiecriteria enquête / interviews:

- Verpleegkundigen 4-5, werkzaam via het flex-bureau op de afdeling chirurgie buik /oncologie van het ZGV te Ede.
- Stagiaires.

2.6 Kwaliteit van het onderzoek

De kwaliteit van een onderzoek wordt beoordeeld door de betrouwbaarheid en validiteit. Met deze begrippen wordt gekeken naar twee soorten fouten die in een onderzoek kunnen worden voorkomen (Boeijs H. , 2009).

2.6.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid kan worden omschreven als het zo min mogelijk van toeval afhankelijk zijn van de onderzoeksresultaten (Baarda D. , 2009). De toevalligheden kunnen ontstaan zijn door de situatie, de onderzoeker, de vragenlijst of de onderzoekspopulatie (Baarda D. , 2009). De resultaten van het onderzoek worden gebruikt voor het nemen van beslissingen binnen het ZGV. Het is hierbij van belang dat het onderzoek van goede kwaliteit is (Verhoeven, 2011). Toevallige fouten in de opzet en uitvoering van het onderzoek kunnen de betrouwbaarheid aantasten (Verhoeven, 2011).

De betrouwbaarheid van het vooronderzoek is vergroot door middel van interviews met personeelsleden van het ZGV met verschillende functies binnen de afdeling.

De betrouwbaarheid van de literatuurstudie is vergroot door gebruik te maken van wetenschappelijke bronnen van betrouwbare databases. Inzichtelijk is gemaakt hoe literatuur is gevonden door een lijst bij te houden met de gebruikte zoektermen en gevonden literatuur. Dit is gedaan ter bevordering van de transparantie van het onderzoek. Het is hierdoor beter mogelijk om het onderzoek te herhalen (Verhoeven, 2011).

De betrouwbaarheid van het surveyonderzoek is vergroot door een proefenquête, ook wel pilot genoemd, in te laten vullen door een seniorverpleegkundige en de teamleider van de afdeling chirurgie buik/oncologie van het ZGV. Ook is een proefenquête ingevuld door de begeleider van het CHE, tevens verpleegkundige. Zij hebben de enquête voorzien van feedback. Deze feedback is verwerkt in de enquête. Daarnaast heeft 'peer examination' plaatsgevonden. Dit houdt in dat collega-onderzoekers de resultaten nalezen (Verhoeven, 2011). In de enquête zijn geen persoonlijke vragen opgenomen. Hierdoor is de kans kleiner dat een ingevulde enquête kan worden gerelateerd aan een respondent. Het risico op sociaal wenselijke antwoorden wordt kleiner bij anonimiteit van de respondent (Verhoeven, 2011). Als laatste is de betrouwbaarheid vergroot door een grote respons, namelijk 83,3%. De onderzoeksresultaten gelden alleen voor de afdeling chirurgie buik/oncologie van het ZGV.

De betrouwbaarheid van de interviews is vergroot door twee onderzoekers de interviews te laten afnemen. De onderzoeker zelf vormt het belangrijkste meetinstrument tijdens een interview (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2009). De onderzoeker bepaalt welke vragen er worden gesteld. Het afnemen van interviews in tweetallen verhoogd de betrouwbaarheid. Eén van de onderzoekers is werkzaam op de afdeling chirurgie buik/oncologie. Dit kan invloed hebben op de openheid van de verpleegkundigen. Om er voor te zorgen dat dit geen invloed heeft op het onderzoek, is de bovengenoemde onderzoeker niet aanwezig geweest bij het afnemen van de interviews. Daarnaast heeft er 'peer-debriefing' plaatsgevonden. Tekstfragmenten zijn door collega-onderzoekers opnieuw beluisterd en uitgeschreven onderzoeksmateriaal is opnieuw doorgenomen. Ook zijn de resultaten door collega-onderzoekers nagelezen (Verhoeven, 2011). Vooraf aan de interviews is om toestemming gevraagd voor het opnemen van de interviews en is benoemd dat de resultaten anoniem zullen worden verwerkt. Als laatste is inzichtelijk gemaakt hoe de data-analyse heeft plaats gevonden.



2.6.2 Validiteit

Validiteit kan worden omschreven als de geldigheid of zuiverheid van het onderzoek (Verhoeven, 2011). Hoe minder fouten, hoe meer de resultaten een afspiegeling van de werkelijkheid zijn (Verhoeven, 2011).

Onder interne validiteit wordt verstaan het in staat zijn tot het trekken van juiste conclusies (Verhoeven, 2011). Er zijn een aantal punten die de interne validiteit doen verhogen (Verhoeven, 2011):

- Selectie: De mening van een groep verpleegkundigen is onderzocht met daarbij een respons van 25 van de 30.
- Groei: Wanneer een onderzoek lang duurt, kan een verandering automatisch plaatsvinden (Verhoeven, 2011). De enquêtes zijn in een periode van drie weken ingevuld. De interviews zijn in een periode van twee weken afgenomen.
- Instrumentatie: Iedere respondent heeft dezelfde enquête ingevuld.

Begripsvaliditeit heeft betrekking op de meetinstrumenten die tijdens een onderzoek worden gebruikt (Verhoeven, 2011). Hierbij wordt nagegaan of daadwerkelijk het begrip wordt gemeten dat je beoogt te meten (Baarda, et al., 2012). De enquêtevragen zijn meerdere malen herzien en verbeterd.

Belangrijk is dat er wordt 'gemeten wat je wilt weten' (Verhoeven, 2011). Om de validiteit van de gegevens analyse te vergroten is inzichtelijk gemaakt op welke manier de data is verzameld en er analyse heeft plaats gevonden betreffende kwantitatieve analyse en kwalitatieve analyse.

De doelgroep van de enquête en interview is een heterogene groep verpleegkundigen. Er is gekozen voor verpleegkundigen binnen dezelfde groep en bevatten dezelfde essentiële kenmerken, maar zijn daarnaast verschillend. De resultaten zijn daardoor een representatieve en zo hoog mogelijke valide weergave van verpleegkundige besluitvorming bij het wel of niet volgen van het wondprotocol op de afdeling chirurgie buik/oncologie van het ZGV (Baarda D. , 2009).

2.7 Ethische overwegingen

De doelgroep van de enquête heeft anoniem deelgenomen aan het onderzoek. De enquête gaat in op de persoonlijke keuzes die in de beroepspraktijk gemaakt worden. Het risico van 'blaming' van verpleegkundigen zou groter zijn geweest wanneer deze gegevens niet anoniem verwerkt zouden worden (Boeije H. , 2009). Onder 'blaming' kan de aansprakelijkheid van het handelen van verpleegkundigen worden verstaan. Vooraf aan het interview is om toestemming gevraagd aan de respondent om het gesprek op te nemen. Bij elke vorm van praktijkonderzoek zal er vooraf worden gemeld dat de gegevens anoniem worden verwerkt.

2.8 Kwaliteitswaarborging

De begeleider, opdrachtgever en beoordelaar hebben de conceptversies van het plan van aanpak voorzien van feedback. De begeleider en opdrachtgever hebben de conceptversie van het onderzoeksverslag van feedback voorzien.

3 Literatuurstudie

In dit hoofdstuk is een samenvatting geven van de literatuurstudie. In de literatuurstudie is antwoord gegeven op deelvraag 1, 2 en 3. De volledige literatuurstudie is te vinden in bijlage 9.3.

De afgelopen vijftig jaar heeft het verpleegkundig beroep zich sterk ontwikkeld en hebben verpleegkundigen steeds meer hun eigen positie binnen de gezondheidszorg ingenomen (Hemel van, 2008). Verpleegkundigen krijgen een steeds grotere verantwoordelijkheid, zijn minder afhankelijk van artsen en werken meer met hen samen (Kleingeld, 1996). Het is door deze verantwoordelijkheid voor verpleegkundigen noodzakelijk geworden om het eigen handelen te kunnen onderbouwen en te verantwoorden (Roodbol, 2005). Verpleegkundige kennis moet daarom aansluiten bij wetenschappelijke inzichten (Albersnagel, 2002) en verpleegkundigen moeten op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg (Everdingen, Burgers, Assendelft, Swinkels, Barneveld, & Klundert, 2004). Weloverwogen beslissingen en argumenten zijn cruciaal om goede keuzes te maken in de patiëntenzorg (Vermeulen, 2010).

Ziekenhuizen moeten investeren in de veiligheid en kwaliteit van de zorg die geleverd wordt (Essers, 2010). Om veilige en kwalitatieve zorg te kunnen leveren moeten risico's en gevaren zoveel mogelijk worden voorkomen. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij kritisch meedenken met de behandeling van een patiënt. De verwetenschappelijking van de huidige zorg vraagt om zelfstandige verpleegkundigen met een hoog, kritisch denkniveau die in hun werk in staat zijn om te interpreteren, te argumenteren en kunnen beoordelen (Essers, 2010). De verwetenschappelijking van de huidige zorg heeft als gevolg dat er ook binnen de verpleegkunde in toenemende mate aandacht besteed wordt aan Evidence-Based Practice (EBP) (Offringa, 2008). EBP houdt in dat resultaten van wetenschappelijk onderzoek in de beroepspraktijk toegepast worden. EBP vereist de "integratie van het beste beschikbare onderzoeksbewijs met kennis en ervaring van de verpleegkundige en ervaringskennis en waarden van patiënten" (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008, p. 20). Hierdoor kunnen betrouwbare beslissingen worden genomen en kan hoogwaardige kwaliteit van zorg worden verleend (Higgs, 2008) (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008).

Op basis van wetenschappelijke resultaten worden richtlijnen opgesteld (Everdingen J. B., 2004). Deze richtlijnen hebben een adviserend karakter en zijn ondersteunend bij het nemen van beslissingen (Boog, 2002)(Cox, 2008). Vaak leiden ziekenhuizen lokale protocollen af van landelijke richtlijnen (Everdingen J. B., 2004). In deze protocollen wordt de inhoud van een richtlijn gespecificeerd voor een patiëntenpopulatie op een bepaalde afdeling (Kuiper, 2012) en staat hoe een bepaalde handeling moet worden uitgevoerd (V&VN, 2012). Protocollen zijn er om ervoor te zorgen dat door middel van 'best practice' de patiëntenzorg voor specifieke aandoeningen wordt gestandaardiseerd (Alanen, Välimäki, & Kaila, 2009). Toch leidt het nemen van verpleegkundige besluiten enkel op basis van wetenschappelijk bewijs niet altijd tot verantwoord handelen. Daarbij zou voorbij gegaan worden aan wat in specifieke situaties zinvol of waardevol is (Kuiper, 2012). Daarom komen de meeste protocollen niet alleen tot stand door middel van EBP, maar ook door klinische ervaringen van beroepsbeoefenaren, de voorkeuren van de patiënt/cliënt en de aanwezigheid van beschikbare hulpmiddelen (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008).

Verpleegkundigen worden geacht volgens protocol te handelen en te beargumenteren wanneer zij afwijken (Nap, 2008). Wanneer er niet beargumenteerd wordt afgeweken van een protocol geldt dit als een tekortkoming van de verpleegkundige zorg (Verheij, 2005). Wanneer een verpleegkundige besluit af te wijken van een protocol moet hij of zij dit ten allen tijde kunnen beredeneren, motiveren en documenteren (Slagter, 2013) (Kalkman, Hendriks, & Engberts, 2006). Besluitvorming wordt mede

bepaald door de persoonlijke visie op zorg van verpleegkundigen en zal daarom van tot persoon verschillen (Kuiper, 2012) (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008).

Verpleegkundigen kiezen hun handelswijze nu vaak op grond van opleiding en ervaring. Vaak blijkt dat er sprake is van inadequaat handelen, terwijl er wel bewijs aanwezig is over de juiste handelswijze (Plas & Hunink, 2008). Dit kan aantoonbaar leiden tot het onterecht afwijken van een protocol (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014).

Verpleegkundige verantwoordelijkheid

Verpleegkundigen denken nog te weinig proactief mee met hoe de zorg beter en efficiënter kan (de Jong M., 2011). In het Beroepsprofiel wordt de norm beschreven waar verpleegkundigen aan moeten voldoen (V&VN, 2012). Verpleegkundigen hebben in de beroepsuitoefening professionele verantwoordelijkheid. Dit houdt zowel verantwoordelijkheid nemen en dragen in, als verantwoording afleggen (V&VN, 2012). Verpleegkundigen moeten op de hoogte zijn van ontwikkelingen met betrekking tot protocollen. De verantwoordelijkheid voor het opvolgen van een protocol ligt bij de verpleegkundige. Dit is ook vastgelegd in de WGBO, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Deze wet verplicht beroepsbeoefenaren tot 'het verlenen van zorg als een goede hulpverlener', die in elk geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet zijn (van den Boomen & Vlaskamp, 1996). De WGBO bepaald mede dat beroepsbeoefenaren moeten handelen volgens de voor hen geldende professionele standaard. Richtlijnen en protocollen maken deel uit van deze standaard.

Bij het werken volgens protocol is verpleegkundig leiderschap essentieel. Verpleegkundig leiderschap houdt in dat een verpleegkundige de regie neemt over zijn of haar deel van het zorgproces en over de dingen waar zij tegenaan loopt (de Jong M., 2013). Verpleegkundigen handelen dan op basis van vakkennis, ervaring en naar wat zij kunnen verantwoorden op basis van evidence-based literatuur (de Jong M., 2013). Naast verpleegkundig leiderschap, is ook verpleegkundig eigenaarschap belangrijk. Verpleegkundig eigenaarschap omvat twee vormen van verantwoordelijkheid, subjectieve en objectieve verantwoordelijkheid. Objectieve verantwoordelijkheid houdt in dat iedere verpleegkundige verantwoordelijk is voor zijn of haar beroepsuitoefening (Rook, 2007) (Chi & Han, 2008). Subjectieve verantwoordelijkheid houdt in dat de verpleegkundige zich eigenaar voelt van de door hem of haar geleverde zorg tijdens de beroepsuitoefening (Pierce, Dirks, & Kostova, 2003). Subjectieve verantwoordelijk is vooral belangrijk wanneer het gaat om implementatie van richtlijnen. Verpleegkundigen die zich eigenaar voelen van de geleverde zorg zullen hierdoor naar kwalitatief goede zorgverlening streven en een gevoel van verantwoordelijkheid hebben voor het behalen van dat doel (Campbell, 2000). Het is, ook al is een richtlijn en een hiervan afgeleid protocol gebaseerd op goed onderzoek, moeilijk om deze te implementeren zonder verpleegkundig eigenaarschap (Walter, Nutley, & Davies, 2003). Het investeren in een gemeenschappelijke visie is essentieel voor het verloop van de implementatie (de Niet, 2012). Wanneer verpleegkundigen niet het belang van een nieuw protocol onderschrijven, en geen gezamenlijke visie hebben, zal de implementatie van een nieuw protocol niet goed verlopen. Dit zal een negatieve invloed hebben op de naleving van dit protocol (de Niet, 2012).

Wondzorg

Wondverzorging is een verpleegkundige taak die vaardigheid, deskundigheid en ervaring vereist. Bovendien is het een tijdrovende klus (de Jong & Sesink, 2005). Volgens statistieken is 25-50% van de werktijd van verpleegkundigen, onder andere op chirurgische afdelingen, gericht op wondzorg (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010).

Ook voor patiënten is wondzorg een ingrijpende handeling. Patiënten, artsen en verpleegkundigen zouden graag zien dat wondgenezing sneller gaat, het verwisselen van verbanden minder pijnlijk is en de ligduur korter is (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010).

Wonden hebben een aanzienlijke impact op het op het dagelijks functioneren, de kwaliteit van leven, de morbiditeit en de sterfte en vragen daarom om een systematische behandeling van hoge kwaliteit (Brölmann, Ubbink, Nelson, Munte, van der Horst, & Vermeulen, 2012).

Verschiedende studies tonen aan dat de grote variatie in verbandmaterialen onzekerheid veroorzaakt (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Daarom heeft een richtlijn voor wondbehandeling een belangrijke functie (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010) (Ubbink, Vermeulen, & Lubbers, 2006). Richtlijnen voor wondbehandeling zijn essentieel om de geschikte wondbehandeling voor patiënten te garanderen (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010).

De ontwikkeling van wondzorg loopt achter vergeleken met andere gebieden in de zorg. Als gevolg hiervan hebben verpleegkundigen de neiging om beschikbare 'evidence' op de verkeerde manier te gebruiken als ondersteuning voor de wondzorg (Dugdall & Watson, 2009). Er lijkt een gebrek te zijn aan bewijs om wondzorg te ondersteunen en het is herhaaldelijk gezien dat verpleegkundigen vaak dezelfde wondzorg producten gebruiken, ondanks dat de bronnen en richtlijnen soms wat anders aanbevelen.

In de ideale situatie zouden beslissingen voor de juiste wondbehandeling gebaseerd zijn op de best beschikbare evidence, geïntegreerd met de prioriteiten en zorgen van patiënten en rekening houden met de situatie, middelen en vaardigheden (Brölmann, e.a.). De realiteit is dat de wondbehandeling vaak gebaseerd is op persoonlijke voorkeur en ervaring van verpleegkundigen (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010) (Brölmann, Ubbink, Nelson, Munte, van der Horst, & Vermeulen, 2012). Dit leidt vaak tot een inefficiënte wondbehandeling (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Het werken volgens protocol leidt over het algemeen tot een efficiëntere wondbehandeling.

Oorzaken afwijken protocol

In de literatuur zijn verschillende redenen te vinden voor verpleegkundigen om af te wijken van een protocol. Hoge werkdruk, tijdsgebrek en personeelstekorten hebben ook een negatieve invloed op de naleving van een protocol. Dit kan zelfs tot gevolg hebben dat een protocol wordt vergeten (Harrison, Légaré, Graham, & Fervers, 2010) (Légaré, et al., 2006).

Daarnaast zijn een gebrek aan bewustzijn en een beperkt vertrouwen in een protocol voor verpleegkundigen belangrijke redenen om een protocol niet na te volgen (Francke, Smit, Veer, & Mistiaen, 2008). Ook staat niet iedere verpleegkundige open voor veranderingen. Wanneer dit het geval is zijn de veranderingen lastig door te voeren (Asseldonk, Dijkman, Geven, Lankreijer, & Tromp, 2010). Tot slot is de vaak slechte kwaliteit van samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen een belangrijke reden voor verpleegkundigen om zich niet aan een richtlijn of protocol te houden. De kwaliteit van deze samenwerking heeft invloed op de gegeven zorg (Hoiting, 2010). Uit onderzoek beschreven door Asseldonk et al. (2010) is gebleken dat artsen die op een afdeling lopen niet altijd hetzelfde beleid hanteren. Volgens verpleegkundigen wordt hierdoor een verwarrende situatie gecreëerd omdat niet duidelijk is of het beleid van de arts of het protocol moet worden gevolgd (Asseldonk, Dijkman, Geven, Lankreijer, & Tromp, 2010).

Een reden voor de slechte samenwerking is dat de status van artsen over het algemeen als hoger wordt gezien dan de status van verpleegkundigen (Nembhard & Edmondson, 2006). Uit onderzoek is gebleken dat communicatiepatronen die voortvloeiden uit statusverschillen een bijdrage leveren aan het maken van medische fouten (Page & Institute of Medicine, 2004). Organisatorische gebreken en inadequate samenwerking kunnen leiden tot een verminderde continuïteit van de zorg en tot verkeerde behandeling (Essers, 2010).

Verpleegkundigen voegen zich over het algemeen snel naar de ander om de sfeer prettig te houden (Jong, 2010). Artsen zijn over het algemeen meer gericht op resultaat en efficiëntie en bepalen in de

meeste gevallen zelf hoe zij het hebben willen voordat ze naar anderen, regels en/of protocollen kijken (Jong, 2010). Eén van de voorwaarden om een ziekenhuis goed te laten functioneren is dat artsen en verpleegkundigen elkaar goed aanvullen (Jong, 2010) (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010).

In relatie tot de wondzorg is de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen ook belangrijk. Verschillende studies hebben aangetoond dat wanneer artsen en verpleegkundigen samenwerken, dit goede resultaten oplevert wat betreft de wondzorg (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Samenwerking is voor de wondzorg noodzakelijk omdat de wondstatus constant veranderd. Het is bewezen dat inter-professionele samenwerking niet alleen leidt tot een verminderde prevalentie van wonden, maar zelfs tot een verhoogde efficiëntie in de behandeling van wonden. Om een effectievere samenwerking te bevorderen zullen verpleegkundigen zich vaker moeten uitspreken tegenover artsen en met elkaar in discussie moeten gaan, evidence-based vak kennis paraat hebben en actiever voor hun vak moeten opkomen (de Jong M., 2013). Ook de overdracht naar collega's is essentieel. Een juiste overdracht is van belang voor het op de juiste manier uitvoeren van wondzorg (Spieker, 2011). Goede communicatie over welke interventies zijn toegepast, de frequentie en tijdstip van wondbehandeling en de evaluatie hiervan zijn van groot belang voor een goede kwaliteit van wondzorg (Vermeer, 2012).

Implementatie

Met een positievere houding tegenover evidence-based practice is het meer waarschijnlijk dat verpleegkundigen zelf hun kennis wat betreft wondzorg zullen bijhouden. Ook zullen zij ernaar streven beter te presteren bij het kiezen van welke wondzorg behandeling er nodig is (Dugdall & Watson, 2009).

Verpleegkundigen moeten positief tegenover de inhoud van een protocol staan alvorens deze in de praktijk te implementeren (Saillour & Michel, 2003). Door kritisch te blijven op de inhoud en het effect van een protocol, wordt de geleverde zorg toets- en meetbaar (Louz, 2011).

Bij het implementeren in de praktijk is onderwijs van belang. Het is van belang voor de vakbekwaamheid van verpleegkundigen om de protocollen en onderbouwing hiervan te integreren in opleidingen en nascholingen voor verpleegkundigen (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014).

Vakbekwaamheid is het vermogen om problemen op te lossen, in te spelen op onverwachte situaties en het kunnen beslissen wanneer welke routine het meest geëigend is (Onstenk, 2003).

Vakbekwaamheid is belangrijk om bewust de keuze te maken om een protocol wel of niet te volgen. De vakbekwaamheid van het gehele verpleegkundig team heeft invloed op de kwaliteit van zorg (de Niet, 2012). Verpleegkundigen kunnen dan eventueel van het protocol afwijken op basis van hun (klinische) ervaring (Ebben, Mintjes, & Vloet, 2011), dit is toegestaan.

Verder zijn organisatorische stabiliteit en harmonie belangrijke factoren om een klimaat te creëren dat 'good practice' bevordert binnen een organisatie (Flanagan, 2005). Echter, de gezondheidszorg is constant in beweging en ondergaat veel organisatorische veranderingen. Wondzorgspecialisten die op de hoogte zijn van de praktijk, het beleid en de organisatie, zijn in een ideale positie om het 'theorie - praktijk' gat te overbruggen en collega's en de organisatie waarin zij werken te beïnvloeden (Flanagan, 2005).

4 Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten te lezen van het surveyonderzoek verspreid onder verpleegkundigen en de gehouden interviews met vier verpleegkundigen en één leerling-verpleegkundige op de afdeling chirurgie buik/oncologie van het ZGV. Allereerst zijn de resultaten te lezen over de uitkomsten van het surveyonderzoek. Daarna zijn de resultaten te lezen van de gehouden interviews. Door het surveyonderzoek en de interviews is antwoord gegeven op deelvraag 4 en 5.

4.1 Enquête

De enquête is verspreid onder 30 verpleegkundigen met daarop een respons van 83,3%. De enquête is ingevuld door 11 HBO verpleegkundigen en 14 MBO verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie van het ZGV. Verpleegkundigen met diverse jaren werkervaring in de gezondheidszorg hebben meegewerkt aan de enquête. Deze werkervaring varieert van minder dan 5 tot meer dan 20 jaar. Deze gegevens zijn niet met elkaar vergeleken.

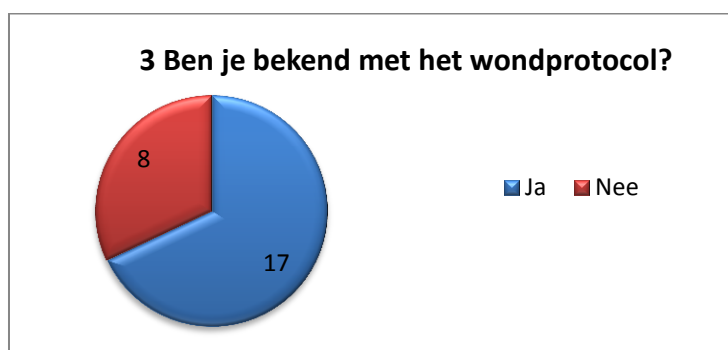
De enquête bestaat uit 10 vragen. Vraag 1 tot en met 5 is door iedere verpleegkundige ingevuld. Wanneer de verpleegkundige wel gebruik maakt van het wondprotocol zijn vraag 6 tot en met 8 ingevuld. Wanneer de verpleegkundige geen gebruik maakt van het wondprotocol zijn vraag 9 en 10 ingevuld. Vraag 5 en 10 zijn open vragen. Deze zullen in een volgende paragraaf kwalitatief worden geanalyseerd.

4.1.1 Analyse vraag 3 en 4

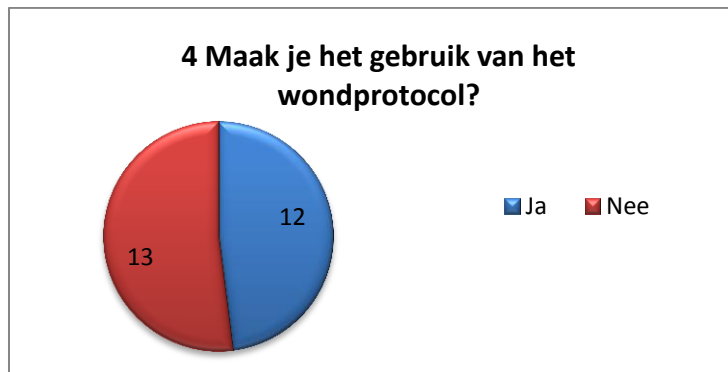
Gebleken is dat 8 van de 25 verpleegkundigen niet bekend zijn met wondprotocol (zie figuur 1). Daarnaast maken 12 van de 25 verpleegkundigen gebruik van het wondprotocol bij het uitvoeren van wondzorg (zie figuur 2).

Opvallend is dat van de 17 verpleegkundigen die bekend zijn met het wondprotocol, 5 verpleegkundigen geen gebruik maken van het wondprotocol.

Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 4.



Figuur 1



Figuur 2

In de aanleiding wordt het volgende beschreven: *“Dit onderzoek gaat uit van de aanname dat verpleegkundigen afwijken van het wondprotocol. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek naar de vraag hoe er wordt omgegaan met het wondprotocol op de afdeling chirurgie buik/oncologie in Ziekenhuis Gelderse Vallei te vergroten, wordt allereerst onderzocht of deze aanname juist is.”* De resultaten beschreven bij 4.1.1 geven weer dat een deel van de verpleegkundigen geen gebruik maken van het wondprotocol. Hierdoor is in kaart gebracht dat de aanname waarop dit onderzoek is gebaseerd, deels juist is. De uitkomsten tonen niet aan op welke manier verpleegkundigen wondzorg uitvoeren wanneer zij geen gebruik maken van het wondprotocol.

4.1.2 Analyse vraag 6 tot en met 8

De vragen 6 tot en met 8 zijn ingevuld door 12 verpleegkundigen, namelijk de verpleegkundigen die gebruik maken van het wondprotocol. Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 5. Verpleegkundigen kregen de mogelijkheid om bij vraag 6 en 8 meerdere antwoordmogelijkheden in te vullen. Hierdoor zijn de resultaten die in figuur 3 en 5 beschreven zijn, niet overeenkomend met het aantal verpleegkundigen dat de vraag beantwoord heeft. Daarnaast kregen de verpleegkundigen de mogelijkheid om deze vraag naar eigen inzicht te beantwoorden.

Vanuit het literatuuronderzoek zijn redenen in kaart gebracht over het gebruik van een protocol in de verpleegkundige beroepspraktijk. De antwoordmogelijkheden zijn hierop gebaseerd.

Verpleegkundigen gebruiken het wondprotocol om diverse redenen. De belangrijkste reden om het wondprotocol te gebruiken is om op deze manier effectieve wondzorg te verlenen. Andere redenen zijn om evidence-based, transparant en veilig te werken (zie figuur 3).

Twee verpleegkundigen gebruiken het wondprotocol om andere redenen, namelijk *“Om erger te voorkomen, mogelijk sepsis.”* en *“Voor eenduidigheid, met name naar de patiënt toe.”*

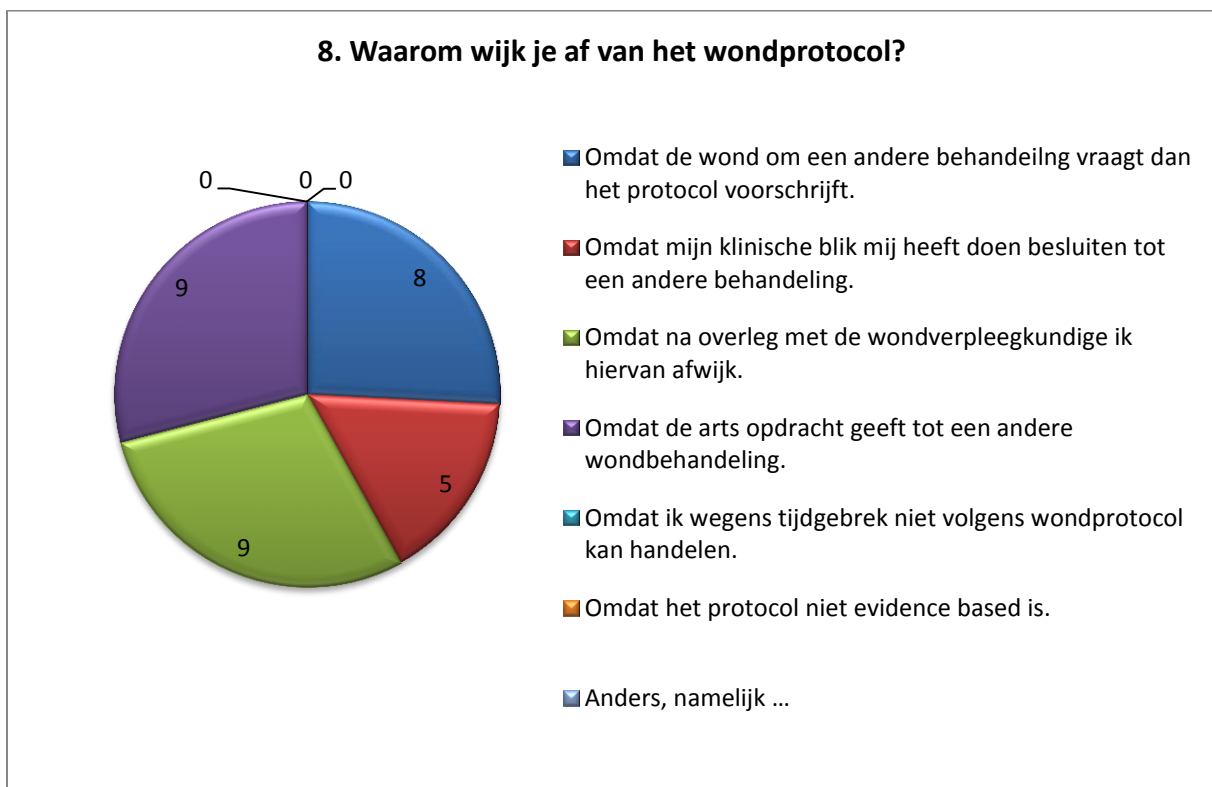


Figuur 3

Gebleken is dat iedere verpleegkundige die gebruik maakt van het wondprotocol hier weleens van afwijkt.

Vanuit het literatuuronderzoek zijn diverse redenen in kaart gebracht over het afwijken van een protocol in de verpleegkundige beroepspraktijk. De antwoordmogelijkheden zijn hierop gebaseerd.

Verpleegkundigen wijken om diverse redenen af van het wondprotocol. De belangrijkste reden is een afwijkend wondbehandelingsplan opgesteld door een arts of wondverpleegkundige. Andere redenen zijn dat de wond vraagt om een andere behandeling dan het protocol voorschrijft en omdat de verpleegkundige op basis van zijn of haar klinische blik heeft besloten een andere wondbehandeling uit te voeren (zie figuur 5).



Figuur 5

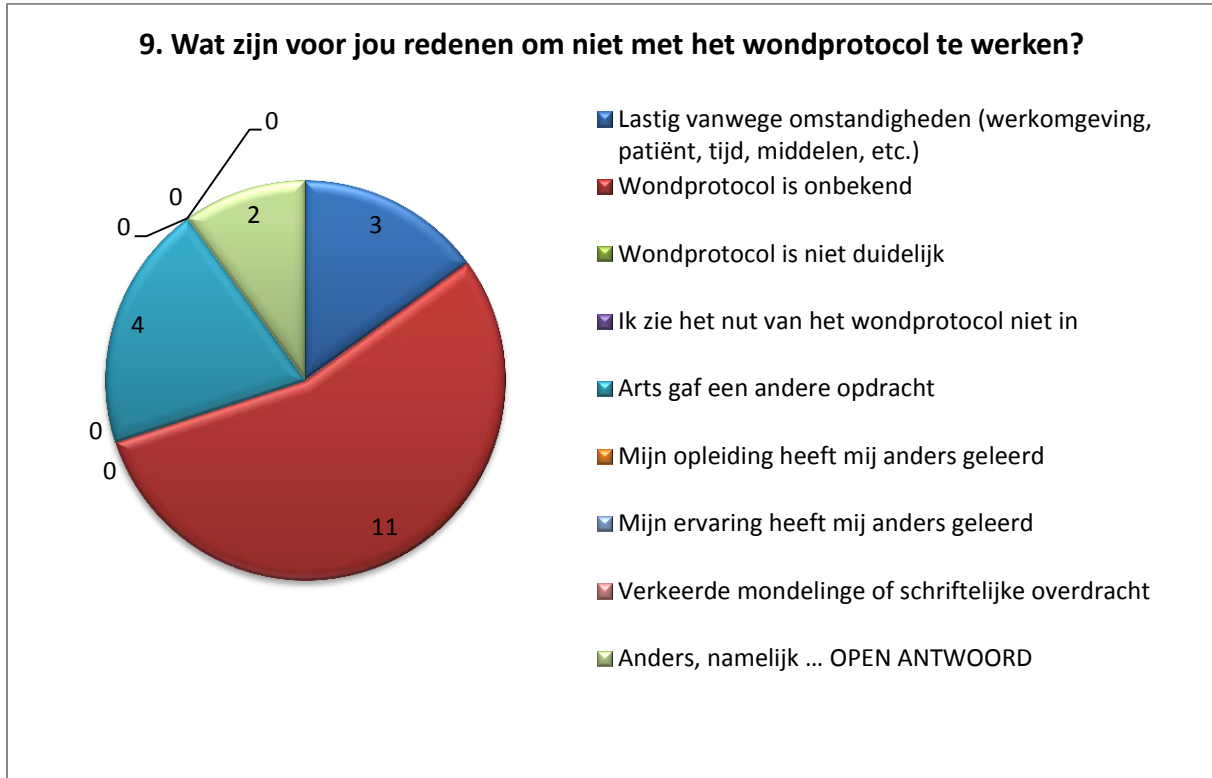
4.1.3 Analyse vraag 9

De vragen 9 en 10 zijn ingevuld door 13 verpleegkundigen, namelijk de verpleegkundigen die geen gebruik maken van het wondprotocol. Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 5. Verpleegkundigen kregen de mogelijkheid om bij vraag 9 meerdere antwoordmogelijkheden in te vullen. Hierdoor zijn de resultaten die in figuur 6 beschreven zijn, niet overeenkomend met het aantal verpleegkundigen dat de vraag beantwoord heeft. Daarnaast kregen de verpleegkundigen de mogelijkheid om deze vraag naar eigen inzicht te beantwoorden.

Vanuit het literatuuronderzoek is in kaart gebracht wat redenen kunnen zijn om het protocol niet te gebruiken in de verpleegkundige beroepspraktijk. De antwoordmogelijkheden zijn hierop gebaseerd.

Een deel van de verpleegkundigen gebruikt het wondprotocol niet, omdat deze onbekend is. Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat het wondprotocol niet wordt gebruikt omdat de arts een andere opdracht geeft of omdat dit lastig is vanwege werkomstandigheden (zie figuur 6).

Twee verpleegkundigen gebruiken het wondprotocol om andere redenen niet, namelijk
“Wondprotocol is mij bekend en duidelijk, maar als het behandelplan bekend is ga ik niet verder kijken. Meestal in overleg met arts of wondverpleegkundige wordt behandeling bepaald.” en
“Gebruik van het wondblad, hier staat de wondzorg in beschreven en de arts geeft advies over de wondzorg of deze schakelt de wondverpleegkundige in”.



Figuur 6

4.1.4 Analyse vraag 5 en 10

In de enquête zijn 2 open vragen opgenomen. Deze open vragen zullen kwalitatief worden geanalyseerd. Vraag 5 is door alle verpleegkundigen ingevuld en vraag 10 is ingevuld door de verpleegkundigen die het wondprotocol niet gebruiken in de verpleegkundige beroepspraktijk. Vraag 5 geeft mede antwoord op deelvraag 4 en vraag 10 geeft mede antwoord op deelvraag 5.

Vraag 5 is als volgt: *“Welke factoren zijn beïnvloedend voor het wel of niet gebruiken van het wondprotocol?”*

Er zijn diverse factoren van invloed op het wel of niet gebruiken van het wondprotocol. Allereerst zijn er factoren welke volgens verpleegkundigen van invloed zijn op het niet gebruiken van het wondprotocol. De behandelend arts stelt een behandelplan of beleid voor de wondzorg op. Deze wordt door verpleegkundigen beschreven op het wondblad in het dossier van de patiënt. Daarnaast stelt de wondverpleegkundige (samen met de verpleegkundige) regelmatig een behandelplan of beleid op voor de wondzorg op basis van het wondprotocol. Dit maakt dat verpleegkundigen geen gebruik maken van het wondprotocol. Verpleegkundigen geven aan dat het wondprotocol niet bij iedere wond kan worden toegepast. Tevens is het wondprotocol bij een aantal verpleegkundigen onbekend, is het wondprotocol niet makkelijk te vinden en wordt er nooit over het wondprotocol gesproken.

Als laatste geven verpleegkundigen aan dat het wondprotocol door tijds- en werkdruk niet gebruikt wordt.

Ten tweede zijn er factoren welke volgens verpleegkundigen van invloed zijn op het wel gebruiken van het wondprotocol. Het wondprotocol draagt bij aan een goede omgang met hygiëne bij verpleegkundigen, omdat in het wondprotocol beschreven staat hoe de wondzorg uitgevoerd moet worden. Tevens kan dit ervoor zorgen dat het infectiegevaar wordt verminderd. Dit zijn volgens verpleegkundigen belangrijke factoren in het gebruiken van het wondprotocol.

Daarnaast is het goed om het wondprotocol te gebruiken, omdat iedere verpleegkundige hierdoor op dezelfde wijze wondzorg uitvoert. Hierbij wordt ook rekening gehouden met andere factoren, bijvoorbeeld comfort van de patiënt of het te gebruiken wondmateriaal.

Vraag 10 is als volgt: *“Wat zijn volgens jou de gevolgen van het niet werken met het wondprotocol?”*. Door onbekendheid van het wondprotocol onder verpleegkundigen maken zij geen gebruik van het wondprotocol. De behandelend arts of wondverpleegkundige stelt een behandelplan of beleid voor de wondzorg op. Daarnaast voeren verpleegkundigen wondzorg uit op basis van eigen kennis en ervaring. Dit maakt dat zij het wondprotocol niet raadplegen.

Verpleegkundigen geven aan dat er door het niet gebruiken van het wondprotocol niet eenduidig wordt gewerkt op de afdeling chirurgie buik/oncologie. Dit creëert onduidelijkheid onder verpleegkundigen onderling, maar ook onduidelijkheid richting patiënten. Tevens kunnen verpleegkundigen door het niet gebruik maken van het wondprotocol naar eigen zeggen geen optimale wondbehandeling waarborgen. Mogelijk verloopt de wondgenezing minder snel en is er meer kans op wondinfecties.

4.2 Interviews

Voor het onderzoek zijn er vijf interviews gehouden. Er is gekozen om interviews te houden met één leerling verpleegkundige en vier verpleegkundigen werkzaam op de afdeling chirurgie buik/oncologie. De topiclijst welke tijdens de interviews is gebruikt, is vooraf bepaald aan de hand van de uitkomsten van de literatuurstudie en enquête. De gehouden interviews zijn uitgeschreven en gecodeerd. Deze interviews zijn te vinden in bijlage 9.10. Aan de hand van deze coderingen zijn kernpunten opgesteld. De resultaten hiervan zijn hieronder nader beschreven. Voor verdere onderbouwing van deze resultaten is ervoor gekozen om enkele citaten uit de interviews te verwerken in de kernpunten. In de citaten wordt de interviewer weergegeven door: I1 of I2 en de respondent met: R.

4.2.1 Gebruik protocol

Vanuit de interviews is gebleken dat er in verschillende mate gebruik wordt gemaakt van het wondprotocol. Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 4.

Over het algemeen zijn de respondenten op de hoogte van het bestaan van het wondprotocol. Één van de vijf respondenten is niet bekend met het wondprotocol.

De desbetreffende respondenten hebben kennis van het wondprotocol, maar gebruiken deze niet bewust bij het uitvoeren van wondzorg. Er zijn diverse factoren die van invloed zijn op het wel of niet gebruiken van het wondprotocol.

“R: ‘...dat willen we best doen.. het is geen onwil, maar het komt er vaak gewoon niet van..’”

“R: ‘...Op school leer je wel een beetje de basis maar ja zoals Wim Jansen of een andere wondverpleegkundige die kunnen je toch net wat meer uh..uh.. der over vertellen enuh. Zo’n zakkaartje uh.. dat brengt je natuurlijk ook alweer een stap verder. Maarja, dan moet je het alsnog wel gebruiken.’”

Verder geven de respondenten aan dat ze weinig zien bij collega's dat ze gebruik maken van het wondprotocol.

4.2.2 Redenen niet gebruiken wondprotocol

Er worden in de interviews redenen genoemd welke van invloed zijn op de verpleegkundige besluitvorming om het protocol niet te gebruiken. Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 5.

Allereerst blijkt dat de respondenten de keuze maken tot een passende wondbehandeling op basis van eigen kennis en ervaring. Wanneer respondenten twifelen over welke wondbehandeling moet worden ingezet, wordt er samengewerkt met collega verpleegkundigen. Daarnaast vinden respondenten het niet noodzakelijk om het wondprotocol te raadplegen, omdat zij van mening zijn dat zij beschikken over voldoende kennis en ervaring.

"R: 'Ja en je kennis en ervaring ook wel hè.. Omdat je al heel lang met wonden werkt heb je natuurlijk eh.. intussen ook wel zoveel... eh ervaring opgebouwd.. dat je wel weet nou op zo'n wond moet je dat en dat doen...' "

"R: '.. dat ik het soms niet nodig vind om het protocol te pakken omdat ik denk van nou dat weet ik wel..' "

Ten tweede blijkt dat de respondenten de keuze maken tot een passende wondbehandeling in samenspraak met de behandelend arts of wondverpleegkundige. Het wondbehandelingsplan wordt door de behandelend arts opgesteld. Wanneer er twijfels zijn bij het opgestelde wondbehandelingsplan, wordt de wondverpleegkundige in consult gevraagd.

"R: 'Kijk wordt het complexer dan vind ik al dat het buiten jou eigen uh.. uh.. kennis of verpleegkundig straatje om gaat en dan moet je echt iemand hebben die expert is, bijvoorbeeld de wondverpleegkundige of de arts assistent, of de chirurg die mee moet kijken.' "

Ten derde wordt genoemd dat het wondprotocol lastig te vinden is. Er zijn verschillende mogelijkheden om het wondprotocol te vinden, zoals NORMA en Q-portaal. NORMA is in het ZGV het patiënten dossier en Q-portaal is een ziekenhuisbreed digitaal systeem waar alle protocollen in terug te vinden zijn. In NORMA staat een link naar het wondprotocol, maar deze is niet te openen. De respondenten geven aan dat het Q-portaal systeem niet efficiënt werkt.

"R: 'Nou ik vind het wondprotocol ook niet makkelijk te vinden. Ik heb het een keer opgezocht, nou dan moet je, ik moest het volgens mij intypen voordat ik er kwam en dan kan je nog kiezen uit heel veel verschillende, wondprotocol en wondbehandeling enneh.. wat je allemaal hebt. Dus dat maakt het ook niet makkelijker om ehh.. te vinden.' "

"R: 'Dit zijn alle resultaten waar wond en protocol in staat. Dan krijg je dat zo ongeveer denk ik.. Dit duurt even.. Eén tot vijfhonderdzevenenzestig resultaten.' "

"R: 'Of je zoekt het op via uh.. het NORMA zelf uh.. uh.. de hele elektronisch patiënten dossier, maar dan werkt die link weer niet..' "

Ten vierde is tijd tekort een reden om geen gebruik te maken van het wondprotocol. Respondenten geven aan dat de afdeling chirurgie buik/oncologie een drukke afdeling is, waardoor onvoldoende

tijd is om het wondprotocol te raadplegen. Dat het wondprotocol lastig te vinden is, maakt dat de respondenten niet de tijd nemen om deze te raadplegen.

“R: ‘Gewoon geen tijd voor nemen, denk ik, als ik ’s avonds ja ooh die wond moet ik nog gespoeld worden, prima huphuphup, dan ga ik niet eerst het protocol dr bij pakken en bedenken van hé ehh.. is dit wel de goeie manier.. enne hoe zou ik het eventueel anders doen, dat doe ik dan niet. Dat is dan tijdgebrek, maarja misschien geef ik dat wel te weinig prioriteit.’ ”

4.2.3 Redenen wel gebruiken wondprotocol

Er worden in de interviews redenen genoemd welke van invloed zijn op de verpleegkundige besluitvorming om het protocol wel te gebruiken. Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 5.

Allereerst geven alle vijf de respondenten aan dat het gebruiken van het wondprotocol bijdraagt aan evidence based werken. Werken met het wondprotocol zorgt er voor dat in de wondzorg steeds met de nieuwste ontwikkelingen wordt gewerkt.

“R: ‘Omdat daar volgens mij de meeste ehh recente ehhh bevindingen van over wondzorg in eeh verwerkt zijn.’ ”

“R: ‘Ehm... Nou weetje een protocol is natuurlijk niet voor niets opgesteld.. dat is natuurlijk om de kwaliteit te verbeteren.. dus ik.. ik denk dat het goed is om te gebruiken en dan kan ik wel denken ik doe het.. ik doe het goed zo, maar als er nieuwe inzichten zijn dan is het altijd goed om je daaraan te houden.. ’ ”

Ten tweede is het voor de respondenten van belang dat de verpleegkundigen eenduidig werken. Dit is zowel voor de patiënt, verpleegkundigen als voor de uitvoering van wondzorg van belang.

“R: ‘Eh... Nouja, ik denk dat het dan wel heel belangrijk is dat iedereen eenduidig hetzelfde doet.. Ik bedoel ik denk... dat iedereen dat wel doet.. ’ ”

“R: ‘Nouja optimale wondverzorging, dat vind, ja voor de patiënt vind ik het gewoon het belangrijkste dat iedereen het de, naja dat het goeie materiaal gebruikt wordt en dat iedereen ook eenduidig werkt, dat vind ik ook eigenlijk wel, en dat geeft voor patiënten wel heel veel onrust als de één het op die manier doet en de ander op een andere manier. Dat hoor ik wel heel vaak terug van patiënten.’ ”

Ten derde geven respondenten aan dat door gebruik van het wondprotocol optimale wondzorg kan worden gewaarborgd. Daarnaast geven zij aan dat het gebruiken van het wondprotocol invloed kan hebben op het voorkomen van infecties en kan zorgen voor een betere wondgenezing.

“R: ‘Nouja dr staat ook wel in natuurlijk hoe je hoe je werkt enzo en dat is natuurlijk ook wel heel belangrijk voor nouja ehh.. infectie, om infecties tegen te gaan, wat echt een item is op de afdeling. Ja, dus de daarom vind ik het ook wel heel erg belangrijk om wel goed te werken enzo.. Ja, dr staat ook in loop niet weg uhhh.. als je met wondverzorging bezig bent. Ik denk, nou lalala.’ ”

“R: ‘Ja, zucht. Ik denk dat als je het volgt dat dat goed, gewoon positief is eigenlijk. Staat gewoon ehh, dus als je het niet volgt denk ik dat het langere ehhh duur van wondgezing tot gevolg heeft.’ ”

4.2.4 Communicatie rondom wondzorg

In de interviews wordt gesproken over communicatie rondom wondzorg. Bij deze communicatie kwamen twee onderwerpen ter sprake, namelijk de communicatie rondom wondzorg tussen collega's en de communicatie rondom wondzorg via het wondblad of rapportage. Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 5.

Allereerst geven de respondenten aan dat communicatie over wondzorg officieel via het wondblad moet gebeuren. Toch blijkt dat de respondenten zelf het wondblad ook niet altijd op de juiste manier gebruiken. Daarnaast geven de respondenten aan dat door collega's het wondblad niet volledig wordt gebruikt. Voor de respondenten wordt het overleggen over de wondzorg verschillend ervaren. Enerzijds wordt door drie respondenten ervaren dat overleg over wondzorg tussen collega's nauwelijks wordt gedaan. Anderzijds geeft één respondent aan dat het overleggen met collega's over wondzorg juist makkelijk gaat.

"R: '... daarbij komt dat gewoon niet iedereen gebruik maakt van dat wondblad.' "

"R: '...En dan kun je eigenlijk ook weten hoe het de afgelopen keren is gegaan met wondspoelen in de rapportage.. maar dat wordt ook nog wel is vergeten.. ook nog wel is door mijzelf.. want je moet weer een ander blad.. daar moet je wat over de wond zetten.. en de volgende dag krijg je wel de vraag van de arts van.. 'hoe was de wond gisteravond met spoelen?' en dat is wel is vervelend.. dan denk je van oei.. dat weet ik niet precies..' "

"R: '... soms heb ik nog wel eens wonden, dat ik denk van joh ik twijfel een beetje of het nou echt een infectie is.. kijk ff mee. Of wat zou jij doen. Ik denk hieraan, denk jij daar ook aan? Weet je, ja. Weet je een overleg moment is zo gedaan. Kijk als je iets moet herstellen, daar doe je dan weer langer over natuurlijk..' "

Ten tweede geven de respondenten aan dat de communicatie via het wondblad niet op een effectieve manier gebeurt. Er wordt aangegeven dat de ruimte waarin de rapportage over de wondzorg geschreven moet worden erg klein is. Ook wordt het wondblad bij kleine wonden vaak niet ingevuld. De wondzorg wordt over het algemeen vaker beschreven in de rapportage dan in het wondblad. Het wondblad is voor de respondenten niet overzichtelijk. Toch geven de respondenten aan dat wanneer er één plek is voor het beschrijven van wondzorg dit effectiever en duidelijker zou zijn.

"R: 'Ja dan heb je een wondblad, nou als je iets bedacht hebt voor een wond, en je denkt nou ik ga dat en dat doen en dat doe ik zo, dan kun je dat in het wondblad zetten en dan kun je ook rapporteren van hoe ziet de wond eruit en je collega kan het dan ook zien van nou zo zag die wond eruit toen ze ermee gestart zijn dan kun je ook zien hoe effectief het is natuurlijk, of het effectief is.'

"R: 'Eh... Klopt.. En vooral als het een niet al te uitgebreide wond is.. dan denk ik nog wel is van.. nou laat dat wondblad maar zitten.. Ik doe het wel in de gewone rapportage... en dat is eigenlijk jammer..' "

"R: 'Ik hoor van sommige: Ik vind het veel makkelijker als je het rapporteert. Maar ik niet, want dat moet ik dan helemaal door gaan lezen. En als ik het wondzorgblad kijk ik gewoon alleen de wondzorg.'

4.2.5 Relatie arts - verpleegkundige

In de interviews wordt gesproken over de relatie tussen verpleegkundigen en artsen. Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 5.

De respondenten geven aan dat het per arts en per verpleegkundige verschillend is hoe een discussie over de ingezette wondbehandeling wordt aangegaan. Wanneer de respondenten van mening zijn dat een andere wondbehandeling meer effectief zal zijn dan hetgeen de arts voorschrijft, gaan zij hierover niet altijd in discussie. Enerzijds wordt er aangegeven dat artsen vertrouwen hebben in de bevindingen van verpleegkundigen met betrekking tot wondzorg. Anderzijds wordt aangegeven dat artsen beslissen over de wondbehandeling zonder hierover te overleggen met de verpleegkundige.

"R: 'Maarre.. verder de communicatie.. ja de artsen gaan toch af op wat wij zeggen..' "

"R: 'Ja maar ik denk dat die artsen gewoon hier veel meer aan Wim moeten overlaten. Aan de wondverpleegkundige. Die weet er echt veel meer vanaf. Want het is altijd maar 3x spoelen. Of 2x spoelen.' "

"R: 'Ja dat denk ik ja. Kijk hele diepe wonden, dan kom je er niet met aquacel, dan kan je er natuurlijk nooit zo ehhh.. En dikke en die heel veel pus geven, ja dan stroomt het eruit.' I2: 'Ja dan moet het eruit.' I1: 'En wat doen je dan met die bevindingen nu? Nu je dit ook zo zegt..' R: 'Ja weetje, ja ik weet niet maar heb je wel eens op chirurgie gewerkt?' I1: 'Nee..' R: 'Het is heel lastig om in discussie te gaan gewoon. Zij hebben gelijk. Vinden ze zelf.' I1: 'Dus dan volg je hun beleid daarin?' R: 'Ja, als zij dat zo willen.' "

"R: 'Zeker, ik heb best wel, ben best wel iemand die best wel z'n bekkie klaar heeft. Uhm.... maar ik ben wel iemand dat als ik zoiets heb van ik weet het 99,9% zeker dan hou ik eerst mijn mond dicht, ga ik het eerst uitzoeken, als ik het echt 100% zeker weet dat het geen wat ik in mijn hoofd heb veel beter is dan zou ik dat toch ook echt wel bespreekbaar maken met de arts. En ook vragen natuurlijk naar zijn mening, waarom hij/zij denkt waarom dat dan beter is. Zeker.' "

4.2.6 Implementatie

Vanuit de interviews kwamen een aantal belangrijke punten naar voren die van belang zijn voor een succesvolle implementatie. Deze uitkomsten geven mede antwoord op deelvraag 5.

Alle vijf de respondenten vinden het belangrijk dat het belang van het protocol wordt benadrukt. Verpleegkundigen weten hierdoor waarom het protocol gebruikt moet worden. Daarbij is het belangrijk dat het protocol bij een implementatie goed onder de aandacht van verpleegkundigen wordt gebracht en dit onder de aandacht te houden. Met het onder de aandacht houden wordt ook wel bedoeld dat er een goede borging van de implementatie van het wondprotocol moet zijn.

"R: 'Nouja, wel onder de aandacht brengen en houden.. bij de verpleegkundigen denk ik.' "

"R: 'Nou hè, als je bijvoorbeeld kijkt naar de flebitis score, dat is iets nieuws dat wij moeten doen, en dat wordt dus elke keer.. 3 keer per dag bormoment.. en elke keer: jongens, denken jullie aan die scores? Aan de niet pluis, en aan de flebitis en oooo....maar intussen denk ik er.. intussen is het wel een automatisme geworden.. terwijl het nog helemaal niet zo lang is.. Terwijl als iemand.. als het ooit was ingevoerd van: jongens, dit is de flebitis score, even uitleg en het staat een keer in de HighHigh en... dan was ik het allang weer kwijt.. Maar omdat er nu steeds over gezeurd wordt.. je vindt het ook echt gezeur.. maar het werkt wel.. want het is wel een automatisme geworden..' "



“R: ‘Ik zou bijvoorbeeld op een afdelingsvergadering een kleine scholing geven. Meer van joh, luister dit is verouderd want... dit was vroeger evidence-based, en we hebben toch bewezen dat dat anders is. Zoiets... of een VAR lunch. Of... noem maar iets op. I1: ‘Op zo’n manier dat veel verpleegkundigen van de afdeling benaderd worden en benadrukt worden. R: ‘of een e-learning. Dat wordt dan weer lastig, want dan ga je meer de kennis uh.. Maar ja, zoiets.. dat begint ook steeds meer te komen.’ “

In de hierboven genoemde citaten uit de interviews zijn verschillende manieren genoemd waardoor een implementatie succes vol kan worden.

5 Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten geïnterpreteerd en is het onderzoeksproces en onderzoeksproduct geëvalueerd. Er worden een aantal punten beschreven die hierop van invloed geweest kunnen zijn. De inhoud van dit hoofdstuk is onderverdeeld in de procesmatige en productinhoudelijke discussiepunten.

5.1 Procesevaluatie

Er zijn verschillende discussiepunten die van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid/validiteit van dit onderzoek. Daarnaast worden in dit hoofdstuk de punten die de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroten beschreven.

Interviews

Tijdens het onderzoek zijn vijf verpleegkundigen geïnterviewd op verschillende tijdstippen. De interviews vonden plaats voor een avonddienst of na een dagdienst. Tijdens het interviewen na de één dagdienst werd opgemerkt dat de geïnterviewde minder alert reageerde en moeilijker antwoord kon geven op de vragen. De verpleegkundige vond het lastig om woorden te geven aan wat ze wilde zeggen. Hieruit blijkt dat de verpleegkundige niet goed in staat was om na een drukke dagdienst volledig antwoord te geven op de interviewvragen. Bij de rest van de interviews is dit niet zo ervaren.

Tijdens het onderzoek zijn in totaal vijf interviews afgenomen. Aan het begin van het onderzoek is ervan uitgegaan dat er zes interviews afgenomen zouden worden. In verband met een te drukke dagdienst van één verpleegkundige is er een interview niet doorgegaan. Dit betekent dat er in totaal vijf interviews gehouden zijn in plaats van zes. Aangenomen en verwacht wordt dat het meer inzicht had gegeven wanneer zes verpleegkundigen waren geïnterviewd. Het is mogelijk dat er gegevens zijn gemist. Dit kan van invloed zijn op de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

Tijdens het interviewen is opgemerkt dat sommige verpleegkundigen bepaalde vragen lastig vonden en daardoor niet concreet antwoord gaven op de vragen. Ook na doorvragen werd het sommige verpleegkundigen nog niet duidelijk wat er met de vraag bedoeld werd en weken zij met antwoorden af van de vraag. Mogelijk zijn de resultaten hierdoor beïnvloed. Dit kan van invloed zijn op de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

In sommige interviews werd aangegeven dat verpleegkundigen hun eigen kennis en ervaring volgen wanneer zij wondzorg verlenen. Het is mogelijk dat de kennis en ervaring van verpleegkundigen ervoor zorgt dat zij dezelfde handelingen doen als in het wondprotocol beschreven staan. Het zou goed zijn om hier onderzoek naar te doen. Wanneer dit het geval zou zijn, is het raadplegen van het wondprotocol om de kwaliteit van wondzorg te garanderen, niet voor alle verpleegkundigen noodzakelijk.

De onderzoekers zijn geen volleurde interviewers en hebben relatief weinig ervaring met het houden van interviews. Hierdoor kan het zijn dat er tijdens het interviewen informatie is gemist en niet op alle belangrijke punten is ingegaan. Ook is er door verschillende personen geïnterviewd. Iedere onderzoeker heeft dit op een eigen manier gedaan. Dit zou geleid kunnen hebben tot een andere sturing van de interviews. Door met zijn tweeën te interviewen, elkaar aan te vullen waar nodig en elkaar feedback te geven is geprobeerd dit zoveel mogelijk op te vangen.

Enquêtes

In de methodebeschrijving is te lezen dat de onderzoekers zoveel mogelijk hebben geprobeerd sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen. Ook in enquêtes bestaat echter de kans dat er sociaal

wenselijke antwoorden gegeven zijn. Mocht dit het geval zijn, kunnen de resultaten van de enquête een vertekend beeld geven. Dit kan invloed hebben op de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

Het kan zijn dat de definitie 'wondprotocol' niet door alle verpleegkundigen hetzelfde is opgevat. Uit de interviews bleek dat sommige verpleegkundigen het boekje afgeleid van het wondprotocol ook als wondprotocol zien. Ook zijn er verschillende wondprotocollen te vinden wanneer er gezocht wordt op het trefwoord 'wondprotocol'. Mocht dit zo zijn, kunnen de resultaten van de enquête een vertekend beeld geven. Dit kan invloed hebben op betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek.

Vanuit het literatuuronderzoek zijn de redenen in kaart gebracht voor het gebruik van een protocol in de verpleegkundige beroepspraktijk. De antwoordmogelijkheden van de enquête zijn op deze literatuur gebaseerd om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten.

Data-analyse

Één van de onderzoekers is, vanwege een stage, bekend met het ZGV en de onderzochte afdeling. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat de onderzoekers tijdens de analyse en interpretatie van data gebruik gemaakt hebben van kennis die niet specifiek uit de resultaten naar voren is gekomen. Dit zou de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek kunnen beïnvloeden.

Onderzoekspopulatie

Er is in dit onderzoek sprake van een kleine onderzoekspopulatie, waardoor de conclusie en aanbevelingen enkel op de onderzochte afdeling chirurgie buik/oncologie van toepassing is, en niet voor een groter publiek gebruikt kan worden. Doordat 25 van de 30 gevraagde verpleegkundigen van de afdeling chirurgie buik/oncologie hebben gereageerd op dit onderzoek, en daarnaast nog 5 interviews zijn afgenomen, is dit onderzoek voor de afdeling chirurgie buik/oncologie wel degelijk betrouwbaar.

5.2 Productevaluatie

In het hoofdstuk resultaten zijn twee enquêtevragen vermeld waarop inleidend kort is ingegaan. De aanleiding voor het stellen van deze vragen was dat de onderzoekers in eerste instantie dachten dat het van belang zou zijn om het opleidingsniveau en de werkervaring mee te nemen in dit onderzoek. Het zou mogelijk interessant zijn geweest om te weten of opleidingsniveau en werkervaring invloed heeft op het gebruik van het wondprotocol, maar er is gekozen om hier in het onderzoek niet verder op in te gaan. Deze vragen bleken niet bij te dragen aan het beantwoorden van de vraagstelling, omdat er in dit onderzoek is gekeken naar het algemene gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen.

Omdat meerdere antwoordmogelijkheden mogelijk waren bij het invullen van de enquête, is er niet gewerkt met het programma SPSS zoals dit in eerste instantie in het plan van aanpak is beschreven. In dit onderzoek wordt gewerkt met een univariate analyse, dit houdt in dat er per variabele wordt gekeken naar de uitkomsten. Het programma SPSS heeft alleen een toevoegende waarde wanneer de variabelen met elkaar vergeleken worden. Omdat dit in dit onderzoek niet is gebeurd, is er gekozen om de gegevens te verwerken in het programma Excel.

In de aanleiding van dit onderzoek wordt het volgende beschreven: *"Dit onderzoek gaat uit van de aanname dat verpleegkundigen afwijken van het wondprotocol. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek naar de vraag hoe er wordt omgegaan met het wondprotocol op de afdeling chirurgie buik/oncologie in Ziekenhuis Gelderse Vallei te vergroten, wordt allereerst onderzocht of deze aanname juist is"*. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat een deel van de verpleegkundigen geen



gebruik maakt van het wondprotocot. De overige verpleegkundigen maken gebruik van het protocol, maar wijken hier weleens vanaf. Hierdoor is in kaart gebracht dat de aanname waarop dit onderzoek is gebaseerd, deels juist is.

6 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van het onderzoek beschreven. Na de analyse van de resultaten van het surveyonderzoek en interviews kunnen een aantal conclusies getrokken worden. Tevens zijn deze conclusies gebaseerd op de theoretische ondersteuning van het onderzoek. Middels de conclusie zal antwoord worden gegeven op de vraagstelling van het onderzoek.

Door middel van literatuur- en praktijkonderzoek is onderzocht hoe verpleegkundige gebruik maken van het wondprotocol bij het uitvoeren van wondzorg. De helft van de verpleegkundigen werkzaam op afdeling chirurgie buik/oncologie is bekend met het wondprotocol. Gebleken is dat de resultaten uit het praktijkonderzoek deels overeenkomen met de resultaten uit het literatuuronderzoek.

De doelstelling is in zoverre behaald dat het praktijkonderzoek het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie in het ZGV inzichtelijk maakt. Opvallend is dat vrijwel alle verpleegkundigen aangeven dat zij het belang van het gebruik van het wondprotocol inzien. Uit het praktijkonderzoek blijkt echter dat niet alle verpleegkundigen het wondprotocol daadwerkelijk toepassen. Er is dus een discrepantie tussen het belang dat verpleegkundigen toekennen aan het wondprotocol en het daadwerkelijke gebruik hiervan. Deze discrepantie kan verklaard worden door een aantal redenen die ervoor zorgen dat het lastig wordt om het wondprotocol te gebruiken in de dagelijkse praktijk. Ten eerste maken omstandigheden, zoals werkomgeving, werkdruk en middelen, het lastig voor verpleegkundigen om het wondprotocol te raadplegen en hiermee te werken. Ten tweede geeft een arts vaak opdracht voor een bepaalde wondbehandeling. Meestal wordt het wondprotocol dan niet meer geraadpleegd. Ten derde is het wondprotocol lastig te vinden voor de verpleegkundigen en kost het daarom teveel tijd om dit op te zoeken en te raadplegen. Ten vierde wordt een wond vaak behandeld op basis van de klinische blik van de verpleegkundigen zelf. Onbekend is of deze klinische blik overeenkomt met de inhoud van het wondprotocol. Als laatste is het wondprotocol bij de implementatie niet voldoende geborgd om voldoende bewustwording bij de verpleegkundigen te creëren.

Op basis van de resultaten kan bepaald worden dat er meer eenduidigheid moet komen wat betreft de wondzorg om de kwaliteit van wondzorg te kunnen bevorderen. Ook kan de communicatie en rapportage rondom wondzorg beter. Er is een wondblad in NORMA, het verpleegkundig dossier. Deze wordt echter niet vaak gebruikt. Wanneer het wondblad wel wordt gebruikt en ingevuld is dit als nog erg onhandig, omdat de plek waar de rapportage geschreven kan worden erg klein is. Het wondblad hoort een hulpmiddel te zijn bij de wondzorg, maar de conclusie kan getrokken worden dat het wondblad niet als hulpmiddel voldoet.

Verder moeten verpleegkundigen meer proactief worden richting de arts wat betreft de wondbehandeling en moeten zij meer hun eigen kennis en kunde navolgen. Het verschilt per verpleegkundige in hoeverre de discussie met de arts wordt aangegaan. Verpleegkundigen geven aan dat het bij sommige artsen geen zin heeft om de discussie aan te gaan, terwijl het soms in het belang van goede wondzorg is dat dit wel gebeurt. Verpleegkundigen weten over het algemeen wat de patiënt nodig heeft. Wanneer artsen en verpleegkundigen meer gaan samenwerken, is het waarschijnlijk dat de zorg meer geoptimaliseerd kan worden. Hiervoor moet de houding van de arts veranderen, maar ook de houding van de verpleegkundigen. Ook moet eerst onderzocht worden of de proactiviteit van al de verpleegkundigen richting de artsen voldoende is om dit te kunnen bereiken. Als laatste is het belangrijk dat het wondprotocol opnieuw geïmplementeerd wordt en geborgd blijft zodat alle verpleegkundigen op de hoogte zijn van het wondprotocol en eenduidige kennis hebben wat betreft de wondzorg.

7 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven. De aanbevelingen worden beschreven naar aanleiding van de resultaten en conclusie.

7.1 Opnieuw implementeren wondprotocol

Als het ZGV optimaal gebruik wil maken van het wondprotocol en wil dat alle verpleegkundigen het wondprotocol in de dagelijkse praktijk gaan gebruiken, moet het wondprotocol opnieuw geïmplementeerd worden. Uit dit onderzoek is gebleken dat veel verpleegkundigen het wondprotocol niet gebruiken of het wondprotocol niet kennen. Verpleegkundigen geven aan dat er door het massaal afwijken van het wondprotocol niet eenduidig wordt gewerkt op de afdeling chirurgie buik/oncologie. Dit creëert onduidelijkheid onder verpleegkundigen onderling, maar ook onduidelijkheid richting patiënten. Tevens geven sommige verpleegkundigen aan niet altijd een optimale wondbehandeling te kunnen waarborgen door het wondprotocol niet te gebruiken. Verpleegkundigen geven in de enquêtes en interviews aan behoefte te hebben aan een goede borging van een protocol. Wanneer het ZGV dit protocol goed wil implementeren, moeten zij dit onder de aandacht brengen van de verpleegkundigen en zorgen dat dit onder de aandacht van de verpleegkundigen wordt gehouden. Dit kan bijvoorbeeld door regelmatig een scholing te organiseren. Door het wondprotocol opnieuw te implementeren zou er efficiënter gebruikt gemaakt van kunnen worden en zal er meer eenduidigheid kunnen komen in de wondzorg.

Uit de literatuur blijkt, dat al is een richtlijn en een hiervan afgeleid protocol gebaseerd op goed onderzoek, het moeilijk is om deze te implementeren zonder verpleegkundig eigenaarschap. Het investeren in een gemeenschappelijke visie is essentieel voor het verloop van een implementatie. Bij het opnieuw implementeren van het wondprotocol wordt aangeraden om een stappenplan over hoe dit in de praktijk gebracht kan worden aan te dragen. Uit literatuur blijkt dat implementatie de kennis van verpleegkundigen wel vergroot, maar dat dit uiteindelijk weinig effect heeft op de gedragsverandering. Wat vaak ontbreekt, is kennis over hoe deze nieuwe inzichten ingevoerd kunnen worden in de praktijk. Een stappenplan om het 'oude gedrag' te doorbreken kan hierbij een hulpmiddel zijn.

7.2 Herzien wondblad

Wanneer het ZGV wil dat de verpleegkundigen het wondprotocol volgen, zou het goed zijn als de verpleegkundigen de mogelijkheid hebben om de manier van wondzorg verlenen ook naar elkaar te communiceren en duidelijk vast te leggen in NORMA, het elektronisch verpleegkundig dossier. Uit de interviews blijkt dat het tabblad 'wondblad' wat hiervoor bedoeld is, niet duidelijk is. Ook is er te weinig ruimte om te rapporteren. Niet alle verpleegkundigen maken consequent gebruik van het wondblad. Er is dus geen eenduidige wijze in het rapporteren van de wondzorg. Om eenduidigheid in de wondzorg te bewerkstelligen, is het belangrijk dat alle verpleegkundigen het wondblad consequent invullen. Om dit te bereiken, zal het wondblad herzien moeten worden.

7.3 Snel raadplegen wondprotocol

Wanneer het ZGV wil dat het wondprotocol geraadpleegd wordt door de verpleegkundigen, moet het wondprotocol makkelijk te vinden zijn. Uit de interviews blijkt dat het wondprotocol erg lastig te vinden is. Op het wondblad staat een link naar het wondprotocol. Dit zou een goede oplossing om te zorgen dat verpleegkundigen het wondprotocol sneller raadplegen. Deze link blijkt echter niet te werken. Ook is het zo dat wanneer verpleegkundigen op Q-portaal, waar alle protocollen van het ziekenhuis te vinden zijn, het wondprotocol opzoeken, er veel resultaten komen. Het kost teveel tijd om het juiste protocol te zoeken en dit ook nog te raadplegen. Aanbevolen wordt om te zorgen dat

er één gemeenschappelijke plek is voor verpleegkundigen waar het wondprotocol geraadpleegd kan worden.

7.4 Proactieve houding verpleegkundige

Als het ZGV optimaal gebruik wil maken van de professionaliteit van de verpleegkundigen, moet de proactiviteit van verpleegkundigen bevorderd worden. Uit de interviews bleek dat een deel van de verpleegkundigen het vaak niet eens is met het wondbeleid van de artsen en weet hoe het beter kan, maar niet tegen de artsen ingaat omdat 'dit toch geen zin heeft'. Verpleegkundigen zijn meer gericht op goed samenwerken met het team en op hoe zij gewend zijn te werken. Om meer proactiviteit te bewerkstelligen, en de hiërarchie in de relatie tussen artsen en verpleegkundigen te doorbreken, zou er onderzoek gedaan moeten worden naar de vraag wat verpleegkundigen nodig hebben om zich meer proactief op te stellen. De aanbeveling om het wondprotocol te implementeren en te borgen, is ook belangrijk voor de proactieve houding. Wanneer verpleegkundigen het wondprotocol kennen en 'eigenaar' van het wondprotocol zijn, is het aannemelijk dat zij sneller met artsen in discussie gaan. Het is ook belangrijk dat alle verpleegkundigen het wondprotocol kennen, zodat zij dezelfde visie hebben wat betreft wondzorg en dit ook uitspreken naar de artsen.

7.5 Onderzoek naar kennis verpleegkundigen

Als het ZGV de vakkennis van de verpleegkundigen wil benutten en gebruik wil maken van de professionaliteit van de verpleegkundigen, dan moet nader onderzocht worden of de kennis en ervaring van verpleegkundigen ervoor zorgt dat zij dezelfde handelingen doen als in het wondprotocol beschreven staan. Veel verpleegkundigen kiezen de wondbehandeling op grond van kennis en ervaring zonder hierbij het protocol raad te plegen. Als blijkt dat de kennis en ervaring van verpleegkundigen dezelfde kwaliteit van wondzorg garandeert als het protocol, moeten concrete afspraken gemaakt worden over het gebruik van het wondprotocol. Het is de vraag in hoeverre het dan voor elke verpleegkundige nodig is om het protocol te raadplegen in de dagelijkse praktijk. Wel moet rekening gehouden worden met het gegeven dat een patiënt in een later stadium bijvoorbeeld een wondinfectie kan krijgen, waardoor, naast het raadplegen van het protocol postoperatieve wondinfecties, het wel verstandig is om het wondprotocol te gaan gebruiken.

7.6 Onderzoek herhalen op andere afdelingen

Als het ZGV wil weten hoe het wondprotocol wordt gebruikt door verpleegkundigen in het hele ziekenhuis, en wil weten waarop verpleegkundigen de wondbehandeling die zij verlenen baseren, is het verstandig om dit onderzoek te herhalen op de andere verpleegafdelingen van het ziekenhuis. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat op niet alle afdelingen het wondprotocol gebruikt zal worden en dat het wondprotocol niet op alle afdelingen toepasbaar is. Zo zullen op de interne afdelingen minder wonden voorkomen dan op de chirurgische afdelingen.

8 Bibliografie

- Adams, P., & Carter, A. (2010). Adams, P., & Carter, A. (2010). Diabetes and hypertension guidelines and the primary health care practitioner in Barbados: knowledge, attitudes, practices and barriers - a focus group study. *BMC Family Practice*, 71-81.
- Alanen, S., Välimäki, M., & Kaila, M. (2009). Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 2613-2623.
- Albersnagel, A. . (2002). *Diagnosen, interventies & resultaten* (2e druk ed.). Groningen: Noordhoff Wolters.
- Asseldonk, L. v., Dijkman, T., Geven, F., Lankreijer, M., & Tromp, B. (2010, november 4). *Het eenduidig naleven van richtlijnen/protocollen*. Opgeroepen op maart 29, 2014, van Hbo-kennisbank.nl: hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/fontys/show.cgi?fid=6900
- Baarda, B., Bakker, E., van der Hulst, M., Fischer, T., Julsing, M., van Vianen, R., et al. (2012). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D., de Goede, M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bekker, M. H., & Assen van, M. (2006). A short form of the autonomy scale: Properties of the Autonomy- Connectedness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 85: 51-60.
- Beumer, F., & Tholen, R. d.-v. (1998). *Recht voor Verpleegkundigen*. Deventer: Kluwer.
- Bleker, O. (2001). Nut en gevaar van protocollen en richtlijnen. In E. Slager, B. Fauser, P. Devroey, T. J. Helmerhorst, P. Koninckx, & H. van Geijn, *Infertiliteit, gynaecologie en obstetrie anno 2001* (pp. 329-331). Rotterdam: AMC-UVA.
- Boeijs, H. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Lemma Boom Uitgevers.
- Boeijs, H., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma.
- Boog, J. J. (2002). *Inleiding in de verpleegkundige en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bours, G. (2009). *Effectief verplegen*. Dwingeloo:Kavanah.
- Brinkman, A. (2011). Excellente zorg begint bij jezelf. *Bijzijn*, 30-31.
- Brookes, J. (2011, September). ENGAGING STAFF IN THE CHANGE PROCESS. *Nursing Management - UK*, 18(5), 16-19.

- Brölmann, F., Ubbink, D., Nelson, E., Munte, K., van der Horst, C., & Vermeulen, H. (2012, September 1172-1183). Evidence-based decisions for local and systemic wound care. *British Journal of Surgery*.
- Buijse, A. (2006, December). Thema: 'Protocolen, standaarden en richtlijnen' Met rechtmeer kwaliteit - De juridische betekenis. *EADV Magazine*, 21(4), 192-195.
- Campbell, D. (2000). The proactive employee: Managing workplace initiative. *Academy of Management Executive*, pp. 52-66.
- Chi, N., & Han, T. (2008, december). Exploring the linkages between formal ownership and psychological ownership for the organization: The mediating role of organizational justice. pp. 691-711.
- Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2008). *Evidence-based voor verpleegkundigen* (tweede druk ed.). Den Haag: Lemma.
- Cusveller, B. (2008). *Volwaarde verpleeging; morele beroepsverantwoordelijkheid in de zorgverlening*. Amsterdam: Buijten en Shipperheijn.
- Dassen, H. (2006). *Complexe patiënten - Alternatief voor gefragmenteerde geneeskunde*. Opgeroepen op april 1, 2014, van Website van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG): <http://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/UMCG/Publicaties/Triakel/ComplexePatiënten.pdf>
- de Brouwer, B. (2014). Excellente zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 4-6.
- de Jong, J., & Sesink, E. (2005). *Verplegen van interne en chirurgische zorgvragers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum .
- de Jong, M. (2010). Praten met de arts: weet hoe de ander denkt. Ik-denkers en wij-denkers. *Nursing*, 10-12.
- de Jong, M. (2011). De schouders eronder: werken aan een proactief team. *TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 40-42.
- de Jong, M. (2013). Verlicht je werk, begin bij jezelf. *Nursing*, 34-36.
- de Niet, G. (2012). Implementeren en het verpleegkundig team. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 15-19.
- Dempsey, J. (2009, Maart). Nurses values, attitudes and behaviour related to falls prevention. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 838-848.
- Dugdall, H., & Watson, R. (2009). What is the relationship between nurses' attitude to evidence based practice and the selection of wound care procedures? *Journal of Clinical Nursing*, 1442-1450.

- Dyne, L. v., & Pierce, J. (2004). Psychological ownership and feelings of possession: three field studies predicting employee attitudes and organizational citizenship. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 439-459.
- Ebben, R., Mintjes, A., & Vloet, L. (2011). Protocolopvolging door ambulanceverpleegkundigen. *Critical Care*, 10-13.
- Ehrenberg, A., & Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 278-284.
- Essers, Y. (2010, juni). Gemotiveerd deskundig: verpleegkundigen onder de loep. De rol van motivatie, zelfconcept en autonomie ten aanzien van deskundigheidbevordering. Nederland .
- Everdingen, J. B. (2004). *Evidence-based voor verpleegkundigen*. Den Haag: Lemma Boom Uitgevers.
- Everdingen, J. v., Burgers, J., Assendelft, W., Swinkels, J., Barneveld, T. v., & Klundert, J. v. (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling - Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Flanagan, M. (2005). Barriers to the implementation of best practice in wound care. *Wounds UK*, 74-82.
- Francke, A. L., Smit, M. C., Veer, A. J., & Mistiaen, P. (2008, september 12). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*.
- Franx, G., Eland, A., & Verburg, H. (2002). Transparante zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *Geestelijke Volksgezondheid*, 1036-1050.
- Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2010). Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1): 90-99.
- Goossens, A., Bossuyt, P., & de Haan, R. (2004). Clinicians and nurses focus on different aspects of guidelines when deciding whether to adopt them, an application of conjoint analysis. Academic Medical Centre University of Amsterdam, 144-158.
- Goossens, A., Bossuyt, P., & Haan, R. d. (2004). Clinicians and nurses focus on different aspects of guidelines when deciding whether to adopt them, an application of conjoint analysis. *Academic Medical Centre University of Amsterdam*, 144-158.
- Goossens, A., Ubbink, D., & Vermeulen, H. (2007). Nut en noodzaak van het communiceren van 'evidence'. *NTvEBP*, 05:108-112.
- Groot, H. d., Oort, J. v., & Verhoef, G. (2012). Kwaliteit de baas! : Begripsanalyse en kwalitatief onderzoek naar de definitie van verpleegkundig eigenaarschap en de beïnvloedende factoren hiervan, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Ede.

- Groot, H. d., Oort, J. v., & Verhoef, G. (2013, Augustus 27). Verpleegkundig Eigenaarschap. Ede.
- Grotendorst, A. (1998). *Alles draait om bekwaamheid; de betekenis van de wet BIG voor verpleegkundigen en verzorgenden*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Guldemon, A., Wester, M., & Clarijs, A. (2012). Excellente palliatieve zorg vraagt om doorlopend leren. *Pallium*, 8-10.
- Harrison, M. B., Lorimer, K., Friedberg, E., Pierscianowski, T., & Brandys, T. (2005). Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *Canadian Medical Association Journal*, 1447-1452.
- Harrison, M., Légaré, F., Graham, I., & Fervers, B. (2010, februari 9). Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Canadian Medical Association or its licensors*, pp. 78-84.
- Hell, M. v., Holwerda, T., & Cusveller, B. (2013). Van 'meetlast' naar eigenaarschap; Verpleegkundige kwaliteitsindicatoren. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*(4), 47-50.
- Hemel van, L. G. (2008). *Verpleegkundigen concepten en methoden*. Apeldoorn: Garant.
- Higgs, A. J. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (Vol. 3e editie). nb: Elsevier.
- Hoiting, M. (2010, maart). *Samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen*. Opgeroepen op april 3, 2014, van Repository Scripties UMCG Rijksuniversiteit Groningen: <http://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl/>
- Holwerda, T. (2012, Januari). Verpleegkundig beleid ZGV. Ede, Gelderland, Nederland: Ziekenhuis Gelderse Vallei.
- Houtlosser, M. (2010). Academisch proefschrift. *In goede handen. Verpleegkundige beroepsuitoefening in moreel perspectief*. Universiteit Leiden.
- Houtlosser, M. (2011). *Verpleegkundige beroepsethiek*. Den Haag: Boom Lemma.
- Inspectie voor Gezondheidszorg. (2010). *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Opgeroepen op Maart 26, 2014, van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/
- Ista, E., & Helder, O. (2010). Samen werken aan een protocol. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 20-23.
- Jagt, E. v. (2003). Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. In: Signalering Ethiek en Gezondheid. Zoetermeer: CEG.
- Jansen, W. (2014, Februari 25). Persoonlijke communicatie wondverpleegkundige. (D. Boonstra, L. van Dijk, M. Schouten, & L. Wien, Interviewers)

- Jong, M. d. (2010). Praten met de arts: weet hoe de ander denkt. Ik-denkers en wij-denkers. *Nursing*, 10-12.
- Jonkers, A. (2013). Wondbeoordeling met letters en kleuren. *Nursing*, 19-25.
- Kaljouw, M., Jagt, E. v., & Dörr, P. (2014). Richtlijn en onderwijs. In J. v. Everdingen, D. Dreesens, J. Burgers, J. Swinkels, T. v. Barneveld, & T. v. Weijden, *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk* (pp. 245-250). Bohn Stafleu van Loghum.
- Kalkman, L., Hendriks, A., & Engberts, D. (2006). *Gezondheidsrecht*. Springer.
- Keij, F. (1995). *Basisboek recht* (Vol. Reeks: Bouwstenen voor Verpleegkundig Onderwijs.). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kleingeld, K. (1996). *Beroepsverantwoordelijkheid in de verpleging*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Knops, A., Storm-Versloot, M., Mank, A., Ubbink, D., Vermeulen, H., Bossuyt, P., et al. (2010). Factors influencing long-term adherence to two previously implemented hospital guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 421-429.
- Knuistingh Neven, A. (2003, Augustus). De structuur van onderzoeksartikelen en enkele daarbij gebruikte methodologische begrippen. *Bijblijven*, pp. 331-335.
- Kuiper, M. J. (2012). *klinische besluitvorming voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Reed bussiness.
- Légaré, F., O'Connor, A., Graham, I., Saucier, D., Côte, L., Blais, J., et al. (2006). Primary health care professionals' views on barriers and facilitators to the implementation of the Ottawa Decision Support Framework in practice. *Patient Education and Counseling*, pp. 380-390.
- LEVV . (2007). Beroepscode voor de verpleging. Maarsen: NU'91, LEVV en Elsevier Gezondheidszorg.
- Louz, C. (2011). Waarom werken volgens een protocol? *BijZijn*, 12-14.
- Mank, A., & Semin-Goossens, A. (2003). *Rituelen en evidence-based handelen in de verpleging: tegenstelling of aanvulling? In: Handboek Zorgvernieuwing* .
- Nap, E. (2008). Patientveiligheid. *Decubitus te lijf*, 231-245.
- Nembhard, I., & Edmondson, A. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 941-966.
- Nieswiadomy, R., Maten - Speksnijder, A. t., & Lange, J. d. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- NSW Health. (2000). NSW Nursing Workforce Research Project. *Nursing and Health Service Research*. Sydney: NSW Health Department.
- Offringa, M. A. (2008). *Inleiding in evidence-based medicine; klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal* (Vol. derde herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Onstenk, J. (2003, December 1). Proefschrift. *Lerend leren werken*. Nijmegen, Gelderland, Nederland: Eburon te Delft.
- Page, A., & Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. National Academies Press.
- Pagliari, C., & Grimshaw, J. (2002). Impact of group structure and process on multidisciplinary evidence-based guideline development: an observational study. *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 145-153.
- Pierce, J., Dirks, K., & Kostova, T. (2003). The state of psychological ownership: integrating and extending a century of research. *Review of General Psychology*, 7(1), pp. 84-107.
- Pinkhof. (2012). *Geneeskundig woordenboek*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- Plas, M., & Hunink, G. (2008). Zinloze rituelen. *Critical care*, 10-13.
- Plas, M., & Hunink, G. (2008). Zinloze rituelen. *Critical Care*, 5(nr. 6), 10-13.
- Plas, M., van Engelshoven, I., & Mintjes - de Groot, J. (2008). *Doorbreek de rituelen- een overzicht van zinloze rituelen in de zorg en een stappenplan om deze te doorbreken*. Utrecht: LEVV.
- Ridgeway, C. (2001). Social status and group structure. In M. Hogg, & R. Tindale, *Blackwell Handbook of Social Psychology: Group Processes* (pp. 352-375). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Roodbol, P. (2005). *dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Rook, G. (2007). Psychological ownership and the factors that are related with it. Zwolle: Universiteit Twente .
- Saillour, F., & Michel, P. (2003). Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique*, pp. 65-80.
- Saillour-Glenisson, F., & Michel, P. (2003). Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique*, pp. 65-80.
- Sar, R. v., & Lugtenberg, M. (2011). Eén ziekte, één richtlijn? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 22-23.
- Schaaf, H. v., & Palen, J. v. (2005). *Ken je dat land achter de regels, standaarden en protocollen? - Een aantal opmerkingen rond complexe kwaliteit van zorg*. Opgeroepen op maart 2014, van Stichting beroepseer: <http://www.beroepseer.nl/nl/publicaties>
- Slagter, D. (2013, December 27). *Achtergrondinformatie met betrekking tot protocollen en richtlijnen*. Opgeroepen op Maart 2014, van Zorgprotocollen: <http://www.zorgprotocollen.nl/protocolachtergrond.htm>

- Snel, M. (2014, Februari 2). Persoonlijke communicatie seniorverpleegkundige. (D. Boonstra, L. van Dijk, M. Schouten, & L. Wien, Interviewers)
- Spieker, P. (2011). Wie doet wat in de nieuwe richtlijn decubitus. *Bijzijn*, 27.
- Swanborn, P. (2002). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Swinkels, J., Drapers, J., Gevers, J., & van Everdingen, J. (2014). Juridische aspecten van richtlijnen . In J. Swinkels, J. Drapers, J. Gevers, & J. van Everdingen, *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling - een leidraad voor de praktijk* (pp. 25-37). Houten: Bohn Stafleu van Loghum .
- Tiemens, B., Munten, G., & Vermeulen, H. (2012). Implementatie van EBP. Professionals in een context. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 4-7.
- Ubbink, D., Vermeulen, H., & Lubbers, M. (2006). Local wound care: Evidence-based treatments and dressings. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 27, 1165–1172.
- V&VN. (2012, Maart 8). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Opgeroepen op April 8, 2014, van V&VN: http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=FZhPgDg_3n8%3d&tabid=5302
- V&VN. (2012, Juni 13). *Dossier: richtlijnen en protocollen*. Opgeroepen op Maart 3, 2014, van V&VN, beroepsvereniging van zorgprofessionals: <http://www.venvn.nl/Dossiers/Richtlijnenenprotocollen/Detail/tabid/5281/ArticleID/7009/mod/14584/Protocollen.aspx>
- V&VN. (2012, Juni 13). *Dossier: Richtlijnen en protocollen*. Opgeroepen op Maart 29, 2014, van V&VN, beroepsvereniging van zorgprofessionals: <http://www.venvn.nl/Dossiers/Richtlijnenenprotocollen/Detail/tabid/5281/ArticleID/7009/mod/14584/Protocollen.aspx>
- van den Boomen, I., & Vlaskamp, A. (1996). *Informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Verheij, A. (2005). *Onrechtmatige daad - Volume 4 van Monografieën privaatrecht*. Kluwer.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Lemma Boom Uitgevers.
- Vermeer, K. (2012). Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 21-23.
- Vermeer, K. (2013). Werkomgeving van invloed op verpleegkundigen én patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 21-23.
- Vermeulen, H. (2010). Excelleren door zelfreflectie. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 3.
- Verpleegkundige en Verzorgenden Nederland, NU'91. (2007, Januari). Nationale Beroepscode voor verpleegkundige en verzorgenden. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.

- Verschuren, P. (2009). *Praktijkgericht onderzoek*. Den Haag: Boom academic.
- Verstraeten, M. (2011). Hogere bezetting leidt tot minder sterfgevallen. *Bijzijn*, 19.
- Walter, I., Nutley, S., & Davies, H. (2003). Research Impact: a cross sector literature review. St. Andrews: University of St. Andrews, Research Unit for Research Utilisation.
- Weisband, S., Schneider, S., & Connolly, T. (2005). Computer-mediated communication and social information: status salience and status differences. *Academy of Management Journal*, 1124-1151.
- Wilkinson, J. (2008). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- ZGV. (2012). *Missie en visie*. Opgeroepen op Februari 13, 2013, van Verpleegafdeling chirurgie 1 en 2: <https://zip.zgv.nl/site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=3775db2e-ba4b-4bfb-bd20-feceae306217>
- ZGV. (2012). *Missie en visie*. Opgeroepen op februari 18, 2013, van verpleegafdeling chirurgie 1 en 2: <https://zip.zgv.nl/site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=3775db2e-ba4b-4bfb-bd20-feceae306217>
- Ziekenhuis Gelderse Vallei. (2013, Oktober 4). *46e plaats in AD-ziekenhuis Top 100*. Opgeroepen op Februari 24, 2014, van <http://www.geldersevallei.nl/nieuws/1937/46e-plaats-in-ad-ziekenhuis-top-100>

9 Bijlagen

9.1 Tijdspad

Om inzichtelijk te maken hoe het verloop van het onderzoek is geweest, is een tijdspad gemaakt om dit gedeeltelijk te kunnen laten zien. Te zien is de kalenderweek van het jaar, de studieweken waarin het onderzoek plaats vindt en de gedane acties.

Kalenderweek:	Studieweek:	Acties:
Week 6	Week 1	- Oriënteren op onderwerp onderzoek - Gesprekken voeren met begeleider en opdrachtgever - Opdracht formuleren
Week 7	Week 2	- Schrijven van plan van aanpak: inleiding, aanleiding, projectopdracht, methode en tijdsplanning - Onderling feedback geven op plan van aanpak
Week 8	Week 3	- Nalezen plan van aanpak - Feedback verwerken
Week 9	Week 4	- Gesprek met wondverpleegkundige - Afronden plan van aanpak
Week 10	Week 5	- Plan van aanpak met docentbegeleider en opdrachtgever bespreken - Beginnen met literatuurstudie (ieder eigen deel gekregen)
Week 11	Week 6	- Verwerken van feedback plan van aanpak - Literatuurstudie doen
Week 12	Week 7	- Verwerken van feedback plan van aanpak - Literatuurstudie doen - Opstellen van enquête - Bespreken voortgang en leerdoelen - Opsturen van definitieve plan van aanpak naar opdrachtgever
Week 13	Week 8	- Literatuurstudie doen - Feedback ontvangen van begeleider over plan van aanpak - Aanpassen inleiding en probleemstelling plan van aanpak - Aanpassen methode plan van aanpak - Enquête aanpassen/veranderen - Bespreken van voortgang en persoonlijke leerdoelen - Feedback docentbegeleidster verwerken in plan van aanpak
Week 14	Week 9	- Laatste feedback verwerken plan van aanpak - Plan van aanpak (met verwerkte feedback) opsturen naar begeleider - Go voor plan van aanpak van begeleider - Literatuurstudie controleren en afronden - Enquête aanvullen - Proef enquête in laten vullen
Week 15	Week 10	- Feedback verwerken van literatuurstudie - Enquête aanpassen en afronden voor verspreiding - Verpleegkundigen voor interviews vragen - Aankondigen van enquête via mail aan de afdeling - Samenvatting maken van literatuurstudie - Methodiek uitschrijven

		- Interview topiclijst opstellen - Leerdoelen bespreken
Week 16	Week 11	- Enquêtes verspreiden en promoten op de afdeling - Werken aan persoonlijk portofolio
Week 17	Week 12	- Enquête resultaten verwerken - Interviews afnemen - Interviews uitwerken
Week 18	Week 13	- Enquête resultaten verwerken - Interviews afnemen - Interviews uitwerken - Verslag bijwerken - Bijlagen compleet maken - Schrijven van methode
Week 19	Week 14	- Afronden van resultaten - Schrijven van discussie - Afronden van methode - Schrijven van conclusie - Schrijven van aanbevelingen - Schrijven samenvatting - Maken van tijdsplan
Week 20	Week 15	- Afronden onderzoek - Onderling feedback geven - Bespreken persoonlijke leerdoelen en werkproces
Week 21	Week 16	- Inleveren concept onderzoeksverslag bij docentbegeleidster van onderzoek
Week 22	Week 17	- Feedback ontvangen van docentbegeleidster - Feedback verwerken in onderzoeksverslag - 30 mei definitieve verslag inleveren
Week 23	Week 18	- Portfolio maken
Week 24	Week 19	- Afstudeergesprek met begeleidsters en groep
Week 26	Week 21	- Presentatie op de afdeling

9.2 Literatuursearch

Zoekmachine/ Database	Zoekwoord(en)	Artikel (A) / Boek (B) / Website (W) / (P) Presentatie
Academic search	Implementation + guidelines + clinical practice	(A) Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study.
Academic search	Nurse +wound care + clinical practice	(A) What is the relationship between nurses' attitude to evidence based practice and the selection of wound care procedures?
Academic search	Nurses + wound care + guidelines	(A) Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization.
Academic search	Nursing + Barriers	(A) Nursing documentation: Framework and Barriers
Academic search	Author: Bekker + personal assessment	(A) A Short Form of the Autonomy Scale: Properties of the Autonomy-Connectedness Scale
Academic Search	Guidelines + care + barriers	(A) Diabetes and hypertension guidelines and the primary health care practitioner in Barbados: knowledge, attitudes, practices and barriers-a focus group study.
Academic Search	Guideline + nurse + adherence	(A) Factors influencing long-term adherence to two previously implemented hospital guidelines.
Academic Search	Nursing + ownership	(A) Nurses values, attitudes and behaviour related to falls prevention.
Academic Search	Factors + guidelines + implementation + health care	(A) Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review.
Academic Search	Factors + guidelines + health care	(A) Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type 2, cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study.
Eigen beheer	Evidence +Based + Practice	(B) Evidence-Based Practice voor Verpleegkundigen

Eigen beheer	Effectief + zorgverlenen	(B) Effectief verplegen
Eigen Beheer	Verantwoordelijkheid	(B) Volwaarde verpleging; morele beroepsverantwoordelijkheid in de zorgverlening.

Google	Autonomie + verpleegkundigen	(A) Gemotiveerd deskundig: verpleegkundigen onder de loep
Google	Beroepsprofiel + verpleegkundigen + V&VN	(A) Beroepsprofiel verpleegkundigen en verzorgenden Nederland
Google	Beroepscode verpleegkundigen	(A) Beroepscode verpleegkundigen en verzorgenden Nederland
Google	Complexe patiënt	Complexe patiënten - Alternatief voor gefragmenteerde geneeskunde
Google	Proactiviteit + verpleegkundigen	(A) De schouders eronder: werken aan een proactief team
Google	Verpleegkundig eigenaarschap	(A) Van 'meetlast' naar eigenaarschap Verpleegkundige kwaliteitsindicatoren
Google	Verpleegkundigen + niet gebruiken + van + protocollen	(A) Ken je dat land achter de regels, standaarden en protocollen? - Een aantal opmerkingen rond complexe kwaliteit van zorg.
Google	Wet BIG	(A) Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Google	Wound care + evidence-based + treatments	(A) Local wound care: Evidence-based treatments and dressings



Google Books	Afwijken + protocol + onrechtmatige + daad	(B) Gezondheidsrecht
Google Books	beroepshouding verpleegkundigen	(B) Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening
Google Books	Beroepsverantwoordelijkheid + verpleegkunde	(B) Beroepsverantwoordelijkheid in de verpleging
Google Books	Handboek + evidence based + richtlijn + ontwikkeling	(B) Evidence-based richtlijnontwikkeling - Een leidraad voor de praktijk
Google Books	Verpleegkunde + beroepsethiek	(A) Verpleegkundige beroepsethiek
Google Books	verpleegkundigen veranderingen verschil in leeftijd	(B) Agogiek voor gezondheidszorg en verpleegkunde
Google Books	Waarom + afwijken + protocol	(B) Onrechtmatige daad - Volume 4 van Monografieën privaatrecht

Google Scholar	Afwijken + protocol	(A) Waarom werken volgens een protocol?
Google Scholar	Barriers + clinical practice + guidelines	(A) Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review.
Google Scholar	Developing + ownership	(A) The state of psychological ownership: integrating and extending a century of research
Google Scholar	Implementatie + verpleegkundige + praktijk	(A) Implementatie van EBP. Professionals in een context
Google Scholar	Invloed + opleiding + gebruik + protocollen	(B) Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling

Google Scholar	Invloed + team + op + verpleegkundige	(A) Implementeren en het verpleegkundig team
Google Scholar	Leerhouding + verpleegkundigen	(A) Excellente palliatieve zorg vraagt om doorlopend leren
Google Scholar	Negatieve + factoren + tussen + verpleegkundigen + artsen	(A) Samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen
Google Scholar	Patiëntveiligheid	(A) Patiëntveiligheid
Google Scholar	Protocol + eigen + kennis	(A) Samen werken aan een protocol
Google Scholar	Protocol + gebruik	(B) Evidence-based richtlijnontwikkeling - Een leidraad voor de praktijk
Google Scholar	Protocollen + gevolgen	(A) Nut en gevaar van protocollen en richtlijnen (B) Werken met protocollen
Google Scholar	Protocollen + richtlijnen	(A) V&VN Dossier: richtlijnen en protocollen
Google Scholar	Protocolopvolging	(A) Protocolopvolging door ambulanceverpleegkundigen
Google Scholar	Rituelen + zorg + doorbreken	(A) Doorbreek de rituelen- een overzicht van zinloze rituelen in de zorg en een stappenplan om deze te doorbreken
Google Scholar	Rituelen + evidence based + verpleging	(A) Rituelen en evidence-based handelen in de verpleging: tegenstelling of aanvulling?
Google Scholar	Vakbekwaamheid + collega's	(A) Proefschrift: Lerend leren werken

Google Scholar	Vakbekwame + verpleegkundigen	(B) Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces
Google Scholar	Verpleegkundige + overdracht	(A) Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid
Google Scholar	Verpleegkundigen + rituelen	(A) Zinloze rituelen
Google Scholar	Verpleegkundigen + protocollen + afwijken	(A) Juridische aspecten van richtlijnen
Google Scholar	Verpleegkundigen + protocollen + kwaliteit van zorg	(B) Wet- en regelgeving en rechtspraak
Google Scholar	Verpleegkundigen + niet + gebruik + protocollen	Tuchtrecht en professionele verpleegkundige standaard.
Google Scholar	Werkomgeving + verpleegkundigen	(A) Werkomgeving van invloed op verpleegkundigen én verpleegkundigen (A) Excellente zorg van verpleegkundigen voor patiënten (A) Hogere bezetting leidt tot minder sterfgevallen (A) Excellente zorg begint bij jezelf
Google Scholar	Wondbehandeling + overdracht	(A) Wie doet wat bij de nieuwe richtlijn decubitus

HBO-voorsprong	Eigenaarschap	(A)
HBO Voorsprong	Implementeren + standaarden	(A) Implementatie van standaarden (A) Consensus bij artsen en patiënten (B) Het medisch jaar 2002
HBO-Voorsprong	Protocol – wondzorg – afwijken	(A)

HBO-Voorsprong	Richtlijnen	(A) Eén ziekte, één richtlijn?
Mediatheek CHE	Wet BIG	(B) Alles draait om bekwaamheid
Mediatheek CHE	Wet BIG	(B) De wet BIG, onder voorbehoud
Mediatheek CHE	Methode + analyseren	(B) Analyseren in kwalitatief onderzoek
Mediatheek CHE	Verpleegkundige + besluitvorming	(B) Klinische Besluitvorming voor verpleegkundigen.
Mediatheek CHE	Methode + kwalitatief onderzoek	(B) Basisboek Kwalitatief onderzoek; Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.
Mediatheek CHE	Verpleegkundig + Eigenaarschap	(A) Kwaliteit de baas; begripsanalyse en kwalitatief onderzoek naar de definitie van verpleegkundig eigenaarschap en de beïnvloedende factoren.
Springer	Verpleegkundig Eigenaarschap	(A) In gesprek met Johan Lambregts (A) Using action research to construct national evidence-based nursing care guidance for gerontological nursing
UvA Dare	Nurse + guidelines + adopt	(A) Clinicians and nurses focus on different aspects of guidelines when deciding whether to adopt them; an application of conjoint analysis.

9.3 Literatuurstudie

9.3.1 Deelvraag 1

‘Wat wordt er in de literatuur beschreven over de verpleegkundige verantwoordelijkheid ten aanzien van het gebruik van het wondprotocol?’

De afgelopen vijftig jaar heeft het verpleegkundig beroep zich sterk ontwikkeld en hebben verpleegkundigen steeds meer hun eigen positie binnen de gezondheidszorg ingenomen (Hemel van, 2008). Vroeger waren verpleegkundigen afhankelijk van de arts, maar tegenwoordig krijgen verpleegkundigen een steeds grotere verantwoordelijkheid en werken zij veelal samen met de arts (Kleingeld, 1996). Verpleegkundigen zijn nu minder afhankelijk van artsen, waardoor het noodzakelijker is geworden om het eigen handelen te kunnen onderbouwen en verantwoorden (Roodbol, 2005). Het is daarom belangrijk dat verpleegkundige kennis aansluit bij wetenschappelijke inzichten (Albersnagel, 2002). Er wordt de laatste jaren binnen de verpleegkunde veel aandacht besteed aan Evidence-Based Practice (Offringa, 2008). EBP houdt in dat resultaten van wetenschappelijk onderzoek in de beroepspraktijk toegepast worden. De kwaliteit van zorg wordt hierdoor verbeterd en verantwoording van de geleverde zorg wordt gegarandeerd (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008).

Wanneer verpleegkundigen handelen doen zij dit omdat er een ‘verpleegprobleem’ is. Om te kunnen bepalen of de handelingen juist worden uitgevoerd en of het ook daadwerkelijk verpleegkundige handelingen zijn, moeten er normen zijn. (Cusveller, 2008) Deze normen worden in principe door de beroepsgroep zelf vastgesteld en worden ook wel verpleegkundige normen genoemd. Deze kunnen gevonden worden in:

- beroepscodes en gedragsregels;
- vakinhoudelijke en technische regels
- standaarden, richtlijnen en protocollen
- regels en tuchtrechtelijke uitspraken betreffende specifieke hulpverlenings- ethische kwesties;
- eindtermen van opleidingen (Cusveller, 2008).

Het is voor professionals niet mogelijk om alle wetenschappelijke ontwikkelingen te volgen. Daarom worden op basis van wetenschappelijke resultaten richtlijnen opgesteld (Everdingen J. B., 2004). Deze richtlijnen hebben een adviserend karakter en ondersteunen bij het nemen van beslissingen (Boog, 2002)(Cox, 2008). Vaak leiden ziekenhuizen lokale protocollen af van landelijke richtlijnen (Everdingen J. B., 2004). In deze protocollen wordt de inhoud van een richtlijn gespecificeerd voor een patiëntenpopulatie op een bepaalde afdeling (Kuiper, 2012). Richtlijnen en protocollen zijn er om ervoor te zorgen dat door middel van ‘best practice’ de patiëntenzorg voor specifieke aandoeningen wordt gestandaardiseerd (Alanen, Välimäki, & Kaila, 2009).

De meeste protocollen komen tot stand door middel van “evidence based practice”. Hieronder wordt een proces verstaan waarin beroepsbeoefenaren op basis van onderzoeksresultaten, hun klinische ervaringen, de voorkeuren van de patiënt/cliënt en de aanwezigheid van beschikbare hulpmiddelen tot het opstellen van een protocol zijn gekomen (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008). Binnen de verpleegkunde zijn veel interventies nog niet onderbouwd door gebrek aan relevante wetenschappelijke studies. Om goed op de hoogte te blijven van de medische praktijk is het noodzakelijk gebruik te maken van evidence-based medicine technieken, richtlijnen en protocollen (Bleker, 2001). De professionaliteit van de zorgverleners vragen om evidence based handelen, volgens de laatste stand van de wetenschap. Richtlijnen en protocollen vormen hierbij een belangrijk

hulpmiddel. In de relatie met de patiënt kan een richtlijn de zorgverlener helpen om inzichtelijk te maken dat hij of zij verantwoorde zorg levert (Swinkels, Drapers, Gevers, & van Everdingen, 2014).

Verpleegkundigen met een hoge mate van professionele training en academische verwezenlijking lijken een verbeterde houding hebben tegenover evidence-based practice (Dugdall & Watson, 2009). Er is echter geen relatie tussen het aantal jaren werkervaring en de houding van verpleegkundigen tegenover evidence-based practice. Wel is het zo dat wanneer verpleegkundigen meer werkervaring hebben, dit de kennis wat betreft wondzorg verbeterd. Met meer kennis en een hoog academisch niveau van de opleiding lijkt de houding van verpleegkundigen tegenover evidence-based practice te verbeteren (Dugdall & Watson, 2009).

Er kan naar verschillende punten gekeken worden wanneer het gaat over verantwoordelijkheid voor het gebruik van het wondprotocol. Verantwoordelijkheid heeft namelijk voor een deel ook met wet en regelgeving te maken. Daarbij komt dat er voor verpleegkundigen ook een beroepsprofiel en beroepscode zijn opgesteld, waarin bepaalde punten van verantwoordelijkheid worden genoemd. Tenslotte hebben verpleegkundigen verantwoordelijkheid omtrent het begrip verpleegkundig eigenaarschap. Dit begrip wordt in dit hoofdstuk nog verder uitgelegd.

Wet en regelgeving

Er zijn meerdere wetten en regelgevingen die betrekking hebben op de zorg. Al deze wetten en regelgevingen zijn opgesteld om de zorg in alle opzichten goed vorm te kunnen geven en om de rechten van de beroepsbeoefenaren en zorgvragers duidelijk te maken. In principe moeten beroepsbeoefenaren en zorginstellingen zelf nagaan of voor een bepaalde situatie een richtlijn of protocol ontwikkeld moet worden (Buijse, 2006). Toch is er een verband tussen wet, richtlijnen en protocollen. Zorginstellingen moeten op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen verantwoorde zorg verlenen. Beroepsbeoefenaren moeten werken volgens de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De WGBO bepaalt mede dat beroepsbeoefenaren moeten handelen volgens de voor hen geldende professionele standaard. Richtlijnen en protocollen maken daar deel van uit. Indirect geeft dit dus aan dat beroepsbeoefenaren zich aan de richtlijnen en protocollen moeten houden. De WGBO is bedoeld om rechtsbescherming te bieden voor de patiënten en verplicht beroepsbeoefenaren tot 'het verlenen van zorg als een goede hulpverlener', die in elk geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet zijn (van den Boomen & Vlaskamp, 1996).

Een aantal belangrijke punten die beschreven staan in de WGBO: waarborgen dat de zorginstellingen zorg aanbieden die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is, de zorg moet zijn afgestemd op de behoefte van de zorgvrager en er moet goede verslaglegging worden gedaan (Grotendorst, 1998).

Alle rechten en plichten van werkgevers en werknemers in de zorg zijn wettelijk geregeld (Keij, 1995). De wet BIG bewaakt en bevordert de kwaliteit van beroepsuitoefening en beschermt zorgvragers tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren (Grotendorst, 1998). De Wet BIG heeft betrekking op de individuele gezondheidszorg. Bij deze individuele gezondheidszorg horen de volgende begrippen: het beoordelen, bevorderen, bewaken, beschermen of herstellen van iemands gezondheid (van den Boomen & Vlaskamp, 1996). In de wet BIG zijn onder andere de volgende belangrijke punten beschreven: het heeft als doel om de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen, het biedt een overzicht van handelingen en het versterkt de rechtspositie van de zorgvrager (Grotendorst, 1998). Het is duidelijk dat verpleegkundigen aan verschillende eisen moeten voldoen om werkelijk zorgverlener te zijn. Deze eisen zijn er ter bescherming van de patiënten. Hierbij komt ook de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen dat ze voortdurend blijven voldoen aan deze eisen.

Kennis en inzicht in de juridische kaders is belangrijk voor verpleegkundigen, dit kan helpen bij de eigen verantwoordelijkheid. Daarnaast zorgt het ervoor dat hetgeen waar het bij de zorgcategorie om gaat meer te overzien en beter af te bakenen is (Cusveller, 2008).

Verantwoordelijk afwijken

Wanneer een verpleegkundige verantwoordelijk wil werken en werkt volgens de WGBO, kan zich de mogelijkheid voordoen dat er afgeweken moet worden van het protocol. Volgens de rechtspraak is er ruimte om af te wijken van protocollen (Buijse, 2006). Afwijken van een richtlijn of protocol is toegestaan, alleen dwingt zulk gedrag tot een redelijke argumentatie waarom. Onberedeneerd afwijken in de praktijk is niet toegestaan (Bleker, 2001). Wanneer er wordt afgeweken moet dit dus goed beargumenteerd zijn. Daarmee zijn we terug bij het fundamentele uitgangspunt in de gezondheidszorg: een beroepsbeoefenaar is verantwoordelijk voor zijn of haar eigen handelen. Dit geldt ook voor het wel of niet toepassen van protocollen. Inzicht hebben in de juridische betekenis van richtlijnen en protocollen kan een bijdrage leveren aan het verlenen van goede zorg (Buijse, 2006). Wanneer verpleegkundigen vinden dat het nodig is dat er wordt afgeweken van het wondprotocol moet dit dus een beargumenteerde keuze zijn.

Beroepscode

In de Nationale Beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden staan uitgangswaarden voor verpleegkundig handelen in het beroep. De Nationale Beroepscode biedt een leidraad voor het handelen en de verantwoording daarvan (V&VN, NU'91, 2007). In de Nationale beroepscode staat verder hoe verpleegkundigen dienen om te gaan met de verantwoordelijkheden in het beroep. In de Nationale beroepscode van de V&VN (2007) zijn de volgende codes beschreven over verantwoordelijkheid:

- “Als verpleegkundige/verzorgende ben ik persoonlijk verantwoordelijk voor de manier waarop ik zorg verleen.”
- “Als verpleegkundige/verzorgende verricht ik alleen handelingen die binnen de grenzen van mijn deskundigheid liggen.”
- “Als verpleegkundige/verzorgende lever ik mijn bijdrage aan een verantwoorde omgang met de beschikbare middelen” (V&VN, NU'91, 2007).

Volgens de beroepscode (2007) is een verpleegkundige zelf verantwoordelijk voor de manier waarop hij of zij handelt. Een verpleegkundige is niet alleen verplicht op een verantwoorde manier te handelen, maar moet ook op een verantwoorde manier gebruik maken van de beschikbare middelen (V&VN, NU'91, 2007). Bij wondzorg is het belangrijk om te weten welke materialen gebruikt moeten worden bij welke wond. Veel van deze informatie staat beschreven in een wondprotocol.

Beroepsprofiel

In het beroepsprofiel wordt de norm weergegeven waar een verpleegkundige aan moet voldoen. Zo wordt aangegeven waar een verpleegkundige aan moet voldoen als het gaat om verantwoordelijkheid. Een verpleegkundige heeft in de uitoefening van het beroep professionele verantwoordelijkheid. Dat houdt zowel verantwoordelijkheid nemen en dragen in, als verantwoording afleggen (V&VN, 2012). Verantwoordelijkheid nemen betekent met de patiënt kijken naar wat ‘goede zorg’ is voor de patiënt. Dat kan betekenen dat de verpleegkundige de actuele richtlijn of protocol moet volgen. Het kan ook zijn dat voor deze patiënt een andere aanpak beter is. De professionele verantwoordelijkheid omvat drie dimensies: functionele, beroepsmatige en persoonlijke verantwoordelijkheid (Commissie Ethiek, 2011) (Houtlosser M., 2010). Functionele verantwoordelijkheid is de verantwoordelijkheid die de verpleegkundige heeft in de context van de organisatie. Op welke manier die organisatie bestaat kan heel verschillend zijn. Het belangrijkste is dat er binnen elke organisatie altijd bepaalde (gedrag) regels, protocollen, visies op zorg zijn waar de verpleegkundige mee moet werken. Afhankelijk daarvan kan de verpleegkundige haar functionele verantwoordelijkheid vormgeven.

Beroepsmatige verantwoordelijkheid is de verantwoordelijkheid die de verpleegkundige heeft als lid van de beroepsgroep en/of een beroepsorganisatie. De Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN/ NU'91, 2007) is een voorbeeld waarin bepaalde normen en waarden zijn samengevat van deze beroepsgroep. Daarnaast zijn er vaak ook op lokaal niveau afspraken met beroepsgenoten over wat zij verstaan onder 'goede zorg' (V&VN, 2012).

Persoonlijke verantwoordelijkheid is de verantwoordelijkheid die elke verpleegkundige in de zorgrelatie heeft voor de persoon van de patiënt. Hierbij spelen ook de eigen waarden en normen van verpleegkundigen een rol. De eigen waarden en normen maken dat iedere verpleegkundige op een eigen manier de zorg vormgeeft en daarbij ook zelf bepaald wat aanvaardbaar en onaanvaardbaar is in het verpleegkundig handelen (V&VN, 2012).

In het beroepsprofiel staat (2012): *“Professionele verantwoordelijkheid is een dynamisch evenwicht tussen deze drie dimensies. In elke zorgsituatie maakt de verpleegkundige zelfstandig een afweging van haar verschillende verantwoordelijkheden en probeert hierin een balans te vinden. Om die balans te kunnen vinden is het van belang dat de verpleegkundige over kennis en vaardigheden beschikt om die afwegingen te maken.”*

Volgens de beroepsprofessionaliteit moeten verpleegkundigen op de hoogte zijn van de nieuwste protocollen. Wanneer verpleegkundigen weten wat er in de protocollen beschreven staat kunnen deze goed worden nageleefd en kan er op een verantwoordelijke manier van worden afgeweken. Verpleegkundigen moeten hun werk zo doen dat zij zich kunnen verantwoorden wanneer zij hier op aangesproken worden (Beumer & Tholen, 1998). Verpleegkundigen moeten zich kunnen verantwoorden aan de patiënt en naasten, aan collega's van eigen en andere disciplines met wie de verpleegkundige in de zorgverlening samenwerkt – soms ook aan de organisatie of aan de beroepsgroep (V&VN, 2012).

Wat de professionaliteit van verpleegkundigen beladen maakt is dat zij gericht zijn op goede zorg voor de patiënt (V&VN, 2012). Dit kan beladen zijn omdat goede zorg voor elke patiënt weer anders is. Voor iedere patiënt kan goede zorg ook op een ander manier worden vorm gegeven. Dit geldt ook voor het verlenen van wondzorg. Verpleegkundigen moeten zich iedere keer weer afvragen: “wat is goede zorg voor deze patiënt?”. Afhankelijk van de vraag wat goed is voor de patiënt wordt de beslissing gemaakt hoe het wondprotocol kan worden gebruikt.

Verpleegkundig Eigenaarschap

Wanneer het om verantwoordelijkheid van het wondprotocol gaat, heeft verpleegkundig eigenaarschap hier ook mee te maken. Verpleegkundig eigenaarschap betekent dat een verpleegkundige, die voldoet aan de kenmerken van een professional, door intrinsieke motivatie (motivatie vanuit de verpleegkundigen zelf) de keuze maakt om een bepaald object of idee zich toe te eigenen binnen haar beroepspraktijk (Groot, Oort, & Verhoef, 2012). Dit heeft als gevolg dat de verpleegkundige zeggenschap heeft over en zich verantwoordelijk voelt voor het object of idee (Groot, Oort, & Verhoef, 2013) (Hell, Holwerda, & Cusveller, 2013). Op die manier kan een verpleegkundige *eigenaar* worden van een protocol.

In de onderstaande tabel is het eigenaarschap nog schematisch weergegeven:



Eigenaarschap en richtlijnen

Om kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren is het belangrijk dat richtlijnen goed geïmplementeerd worden op de afdeling. Dit betekent dat alle partijen die in de praktijk betrokken zijn bij het gebruik van de richtlijn, zich bewust zijn van de positieve gevolgen voor zichzelf en voor hun patiënten (Adams & Carter, 2010) zodat zij het gebruik van de richtlijn steunen en navolgen (Goossens, Bossuyt, & de Haan, 2004).

Verpleegkundig eigenaarschap omvat 2 vormen van verantwoordelijkheid, subjectieve en objectieve verantwoordelijkheid. Objectieve verantwoordelijkheid houdt in dat iedere verpleegkundige verantwoordelijk is voor zijn of haar beroepsuitoefening (Rook, 2007) (Chi & Han, 2008). Subjectieve verantwoordelijkheid houdt in dat de verpleegkundige zich eigenaar voelt van de door hem of haar geleverde zorg tijdens de beroepsuitoefening (Pierce, Dirks, & Kostova, 2003). De subjectieve verantwoordelijkheid is vooral belangrijk wanneer het gaat om implementatie van richtlijnen. Verpleegkundigen die zich eigenaar voelen van de geleverde zorg zullen naar kwalitatief goede zorgverlening streven en een gevoel van verantwoordelijkheid hebben voor het behalen van dat doel (Campbell, 2000). Het is, ook al is een richtlijn gebaseerd op goed onderzoek, moeilijk om deze te implementeren zonder verpleegkundig eigenaarschap (Walter, Nutley, & Davies, 2003).

Daarnaast wijst onderzoek uit dat wanneer richtlijnen makkelijk te begrijpen zijn en geen specifieke hulpmiddelen nodig hebben, deze beter worden toegepast in de praktijk (Goossens, Bossuyt, & de Haan, 2004) (Saillour-Glenisson & Michel, 2003). Om te zorgen dat een richtlijn een succes is en in de praktijk wordt nagevolgd, moeten verpleegkundigen vertrouwd raken met de richtlijn (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Verpleegkundigen zijn sneller geneigd volgens een richtlijn te werken wanneer ze actief betrokken worden bij de implementatie hiervan en de richtlijn evidence-based en methodologisch verantwoord is (Knops, et al., 2010).

Psychologisch eigenaarschap

Het psychologisch eigenaarschap komt voort uit het idee dat je officieel gezien niet direct de eigenaar bent, maar je je wel (psychologisch) eigenaar voelt van het object of idee (Pierce, Dirks, & Kostova, 2003). Verpleegkundigen die zich psychologisch eigenaar voelen, voelen zich verantwoordelijk voor het wondprotocol, ze zijn bereid zich meer in te zetten en ze vertonen een goede uitvoering (Pierce, Dirks, & Kostova, 2003). Onderzoek van Dyne en Pierce (2004) heeft uitgewezen dat psychologisch eigenaarschap een positieve invloed heeft op werk gerelateerde attitudes zoals betrokkenheid en tevredenheid. De kern van psychologisch eigenaarschap is dan ook veel dieper verweven met de verpleegkundigen zelf: de verpleegkundigen voelen dat ze verantwoordelijk zijn voor het wondprotocol en vinden het daarom belangrijk dat er naar het wondprotocol gewerkt wordt.

Bewust zijn van eigenaarschap

Het is belangrijk dat verpleegkundigen zich bewust zijn van het eigenaarschap dat ze hebben. Wanneer verpleegkundigen het idee hebben dat zij geen eigenaar zijn van hun werk zorgt dit ervoor dat ze ontevreden zijn over hun werk (NSW Health, 2000). Tevredenheid over het werk is belangrijk om goede prestaties en betrokkenheid bij de verpleegkundigen te kunnen waarborgen. Door het zichtbaar maken van de waarden die op een afdeling belangrijk zijn, en bewustwording bij de verpleegkundigen te realiseren kan ervoor gezorgd worden dat verpleegkundigen zich meer eigenaar gaan voelen van de praktijkontwikkelingen en uitvoering hiervan (Dempsey, 2009). Er zijn een aantal factoren die belangrijk zijn voor het gedrag van verpleegkundigen en het veranderen van het gedrag. Het is belangrijk dat verpleegkundigen zich bewust zijn van hun eigen waarden en normen en dat de professionele waarden duidelijk zijn. Verder is het belangrijk dat er tevredenheid is over het werk en dat verpleegkundigen invloed hebben op beslissingen. Wanneer deze factoren duidelijk en concreet zijn, kunnen verpleegkundigen hun gedrag ook veranderen (Dempsey, 2009).

Een waarderend leiderschap dat de morele standaard (zoals het hoort te zijn) verbeterd, motiveert de verpleegkundigen om eigenaarschap te nemen voor de afdelingsomgeving (Brookes, 2011). De afdelingsomgeving heeft mede invloed op hoe verpleegkundigen wel of niet werken.

Conclusie

Wanneer het gaat om verantwoordelijkheid van verpleegkundigen zijn er verschillende aspecten genoemd. Om goed op de hoogte te blijven van de medische praktijk is het noodzakelijk gebruik te maken van evidence-based medicine technieken, richtlijnen en protocollen (Bleker, 2001). De professionaliteit van de zorgverleners vragen om evidence based handelen, volgens de laatste stand van de wetenschap. Richtlijnen en protocollen vormen hierbij een belangrijk hulpmiddel. In de relatie met de patiënt kan een richtlijn de zorgverlener helpen om inzichtelijk te maken dat hij of zij verantwoorde zorg levert (Swinkels, Drapers, Gevers, & van Everdingen, 2014). De verantwoordelijkheid voor het handelen naar een protocol ligt bij de verpleegkundigen. In de wet BIG en in de WGBO staat beschreven waar verpleegkundigen aan moeten voldoen in hun werk. Daar staat ook beschreven dat ze verantwoordelijk zijn voor de handelingen die zij uitvoeren. Ook in het Nationale beroepsprofiel voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN, 2012) en in de beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN/ NU'91, 2007) staat beschreven wat de verantwoordelijkheid voor verpleegkundigen inhoudt. Verpleegkundigen moeten zich kunnen verantwoorden aan de patiënt en naasten, aan collega's van eigen en andere disciplines met wie de verpleegkundige in de zorgverlening samenwerkt – soms ook aan de organisatie of aan de beroepsgroep (V&VN, 2012).

Ook verpleegkundig eigenaarschap gaat over de verantwoordelijkheid die verpleegkundigen hebben. Verpleegkundig eigenaarschap betekent dat een verpleegkundige, die voldoet aan de kenmerken van een professional, door intrinsieke motivatie (motivatie vanuit de verpleegkundigen zelf) de keuze maakt om een bepaald object of idee zich toe te eigenen binnen haar beroepspraktijk (Groot, Oort, & Verhoef, 2012). Op die manier kan een verpleegkundige *eigenaar* worden van een protocol en neemt ze de verantwoordelijkheid voor het handelen ten aanzien van het wondprotocol.

9.3.2 Deelvraag 2

'Wat wordt er in de literatuur beschreven over de redenen van het afwijken van het protocol door verpleegkundigen'

De kwaliteit van patiëntenzorg kan worden verbeterd door het gebruik van protocollen (Nap, 2008). In een protocol staat beschreven hoe een handeling moet worden uitgevoerd. Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, is de vrijheid van handelen bij een protocol beperkt (V&VN, 2012). In de navolging van protocollen komen verpleegkundigen vaak barrières tegen. Deze barrières worden als bijzonder of uniek voor de betreffende context ervaren (Tiemens, Munten, & Vermeulen, 2012). Verpleegkundigen worden geacht volgens protocol te handelen en te beargumenteren wanneer zij afwijken (Nap, 2008). Ook dient een verpleegkundige het afwijken van een protocol te motiveren en te documenteren (Slagter, 2013) (Kalkman, Hendriks, & Engberts, 2006). Wanneer er niet beargumenteerd wordt afgeweken van een protocol geldt dit als een tekortkoming van een verpleegkundige (Verheij, 2005).

De redenen van afwijken van een protocol door verpleegkundigen zijn onderverdeeld in interne- en externe redenen. Innerlijke redenen liggen (dicht) bij de verpleegkundige zelf. De externe redenen komen voort uit factoren die in de werkomgeving van de verpleegkundigen liggen.

Interne redenen om af te wijken van het protocol

Relatie verpleegkundigen en artsen

De communicatie tussen verpleegkundigen en artsen kan soms stroef verlopen. Dit komt onder andere doordat de verschillen in kennis en expertise tussen verpleegkundigen en artsen een statusverschil tussen beide groepen ontstaat. Over het algemeen wordt de status van artsen als hoger gezien dan de status van verpleegkundigen (Nembhard & Edmondson, 2006). Onder andere door status ontstaat er een hiërarchie. Uit onderzoek is gebleken dat bepaalde hiërarchische communicatiepatronen die voortvloeiden uit statusverschillen een bijdrage leverden aan het maken van medische fouten (Page & Institute of Medicine, 2004). Vergeleken met individuen die hoog in de hiërarchie staan, waren lage-status leden meer geneigd gevoelens te ervaren van een laag vertrouwen in eigen effectiviteit en onderschatten zij hun bijdrage aan de taken (Pagliari & Grimshaw, 2002) (Weisband, Schneider, & Connolly, 2005). Vrijelijk spreken kan pas wanneer personen niet gehinderd worden door de angst dat anderen hen afkeuren of angst hebben voor negatieve consequenties. Doordat personen met een hoge status vaak meer controle hebben over situaties en beoordelingen - en daarom minder bang zijn voor wat anderen van hen denken - zullen zij eerder geneigd zijn vrij te spreken in de buurt van anderen (Nembhard & Edmondson, 2006) (Hoiting, 2010). Wanneer er een hogere veiligheid heerst zal er eerder inbreng worden gedaan met betrekking tot overlappende delen van de behandeling. Status bepaalt onder andere wie iets durft te zeggen of iemand tegen te spreken, op wie gelet wordt en naar wie er geluisterd wordt (Ridgeway, 2001). Dit kan een hinder zijn voor de verpleegkundigen om de zorg van de patiënt te bespreken met de arts. Ook kan de stroeve communicatie komen doordat artsen vaak 'ik-denkers' zijn en verpleegkundigen 'wij-denkers'. Artsen zijn meer gericht op resultaat en efficiëntie. Verpleegkundigen zijn meer gericht op goed samenwerken met het team en op hoe zij gewend zijn te werken. Artsen denken doorgaans vanuit 'ik-waarden', verpleegkundigen vanuit 'wij-waarden' (de Jong M., 2010). Mensen die vanuit wij-waarden denken, zijn meer op de ander gericht en zullen zich sneller naar die ander voegen om het werk goed te laten verlopen en de sfeer prettig te houden. Artsen zijn meer ik-denkers. Mensen die vanuit ik-waarden denken, bepalen allereerst zelf hoe ze het hebben willen voordat ze naar anderen, regels en/of protocollen kijken (de Jong M., 2010). Een ziekenhuis kan alleen optimaal functioneren als ik-denkers (artsen) en wij-denkers (verpleegkundigen) elkaar aanvullen (de Jong M., 2010). (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010).

Uit onderzoek beschreven door Asseldonk et al. (2010) is gebleken dat artsen die op een afdeling lopen niet altijd hetzelfde beleid hanteren. Volgens verpleegkundigen wordt hierdoor een verwarrende situatie gecreëerd omdat niet duidelijk is welk beleid moet worden gehanteerd; het beleid van de arts of het wondprotocol (Asseldonk, Dijkman, Geven, Lankreijer, & Tromp, 2010). Organisatorische gebreken en inadequate samenwerking kunnen leiden tot een verminderde continuïteit van de zorg en tot verkeerde behandeling (Essers, 2010). Verschillende studies hebben aangetoond dat wanneer artsen en verpleegkundigen samenwerken, dit goede resultaten oplevert wat betreft wondzorg (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Samenwerking tussen disciplines is voor de wondzorg noodzakelijk omdat de wondstatus constant veranderd. Het is bewezen dat interprofessionele samenwerking niet alleen leidt tot een verminderde prevalentie van wonden, maar zelfs tot een verhoogde efficiëntie in de behandeling van wonden.

Kennis, ervaring en houding

Goede protocollen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, kennis en ervaring. Veel verpleegkundige interventies die zijn vastgelegd in protocollen, zijn voornamelijk gebaseerd op ervaringskennis, professionele kennis en intuïtie en niet zozeer op wetenschappelijke kennis. Binnen de verpleegkunde zijn veel van die interventies nog niet wetenschappelijk onderbouwd door gebrek aan relevante wetenschappelijke studies (Ista & Helder, 2010). Door een onderzoek naar protocollen, uitgevoerd door het Erasmus Medisch Centrum-Sophia (2010) werd duidelijk welke interventies wetenschappelijke onderbouwd waren en welke interventies opgesteld waren vanuit

ervaringskennis. Verpleegkundigen weken af van het protocol omdat zij zelf oordeelden dat deelaspecten op een andere manier effectiever konden worden uitgevoerd (Ista & Helder, 2010).

Om kennis toe te passen in de praktijk moeten verpleegkundigen kritisch denken. Kritisch denken kan omschreven worden als een doelbewuste mentale activiteit waarin ideeën worden gevormd, geëvalueerd en beoordeeld (Wilkinson, 2008). Verpleegkundigen passen hun basiskennis toe op iedere nieuwe situatie met een patiënt. Wanneer verpleegkundigen op de juiste manier willen anticiperen of reageren op veranderingen moeten besluiten worden genomen op basis van kennis en rationeel denken (Wilkinson, 2008).

De beroepshouding van verpleegkundigen is in elke verpleegsituatie belangrijk en komt tot uiting in de manier waarop de zorg aan patiënten wordt verleend. Het is van belang dat verpleegkundigen op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg (Everdingen, Burgers, Assendelft, Swinkels, Barneveld, & Klundert, 2004). Weloverwogen beslissingen en gefundeerde argumenten zijn cruciaal om goede keuzes te maken in de directe patiëntenzorg, het onderwijs en het opstellen van beleid. Indien aanwezig, dienen deze idealiter gevoed te zijn door kennis uit wetenschappelijk onderzoek en te leiden tot veiligheid, effectiviteit en kwaliteit van zorg (Vermeulen, 2010).

Belang van implementatie voor verpleegkundigen

Een gebrek aan bewustzijn en een beperkt vertrouwen in een protocol zijn voor verpleegkundigen de belangrijkste redenen om een protocol niet na te volgen (Francke, Smit, Veer, & Mistiaen, 2008). Ook wanneer verpleegkundigen het niet eens zijn met de inhoud van een richtlijn kan het zijn dat er niet volgens de richtlijn gewerkt wordt (Francke, Smit, Veer, & Mistiaen, 2008).

Niet iedere verpleegkundige staat open voor veranderingen. Het is hierdoor moeilijk om veranderingen door te voeren (Asseldonk, Dijkman, Geven, Lankreijer, & Tromp, 2010). Er is een verschil tussen verpleegkundigen wat betreft de motivatie om bijvoorbeeld bijscholingen te volgen of bij vergaderingen aanwezig te zijn. Wanneer iedere verpleegkundige dezelfde visie heeft, is het makkelijker om een verandering door te voeren. Door verschillen tussen verpleegkundigen wordt er niet één visie uitgedragen, maar meerdere kleine visies (Asseldonk, Dijkman, Geven, Lankreijer, & Tromp, 2010).

Professionele autonomie van de verpleegkundige

Het hebben van een protocol, betekent nog niet dat verpleegkundigen daar altijd naar handelen (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014). Het nemen van verpleegkundige besluiten enkel op basis van wetenschappelijk bewijs leidt namelijk niet altijd tot verantwoord handelen. Daarbij zou voorbij gegaan worden aan wat in specifieke situaties zinvol of waardevol is (Kuiper, 2012). In de praktijk wordt daarom niet altijd gewerkt volgens de adviezen die richtlijnen of protocollen geven (Knops, et al., 2010). EBP vereist dan ook de "integratie van het beste beschikbare onderzoeksbewijs met kennis en ervaring van de verpleegkundige en ervaringskennis en waarden van patiënten" (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008, p. 20). Hierdoor kunnen betrouwbare beslissingen worden genomen en kan hoogwaardige kwaliteit van zorg worden verleend (Higgs, 2008). Bij kwalitatief goede verpleegkundige besluitvorming, en de daaruit volgende interventies, wordt dus rekening gehouden met de laatste wetenschappelijke inzichten, de ervaringskennis en waarden van de patiënt en de professionele kennis en ervaring van verpleegkundigen. Besluitvorming wordt dan ook mede bepaald door de persoonlijke visie op zorg van verpleegkundigen en zal daarom van persoon tot persoon verschillen (Kuiper, 2012) (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008).

Verpleegkundigen hebben de neiging om onder de noemer van professionele autonomie zelf besluiten te nemen over de beste uitvoering van de zorg, ook als dit aantoonbaar leidt tot onterecht

afwijken van richtlijnen. Dit is het geval wanneer zorgverleners niet op de hoogte zijn van de richtlijn, maar ook wanneer zorgverleners niet overtuigd zijn bewijskracht waarmee de richtlijn is onderbouwd. Om onderwijs over de richtlijn te doen laten slagen is naast de bewijskracht ook een aannemelijke verklaring van het belang om anders te gaan handelen noodzakelijk (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014). Professioneel handelen vereist in toenemende mate nieuwe kwaliteiten om de zorg 'effectief', 'veilig' en 'patiëntgericht' te (kunnen) houden (Schaaf & Palen, 2005).

Externe redenen om af te wijken van een protocol

Verpleegkundigen hebben een grote invloed op de kwaliteit van patiëntenzorg (de Brouwer, 2014). De context, ook wel werkomgeving genoemd, speelt daarin een belangrijke rol. De werkomgeving van verpleegkundigen is van invloed op verschillende aspecten die met de zorg voor patiënten te maken hebben (Vermeer, 2013). Vermeer (2013) beschrijft dat "verpleegkundigen de helft minder problemen rapporteerden wat betreft kwaliteit van zorg bij een betere verpleegkundige werkomgeving" (p. 2). De kwaliteit en veiligheid in een ziekenhuis kan worden verbeterd door de verpleegkundige werkomgeving te verbeteren (Vermeer, 2013).

De aspecten die de werkomgeving van verpleegkundigen beïnvloeden, kunnen tegelijkertijd gezien worden als aspecten die het gebruik van een protocol door verpleegkundigen belemmeren. Wanneer deze aspecten in het verpleegkundig proces worden aangepast, zal dit het gebruik van protocollen door verpleegkundigen ten goede komen (de Brouwer, 2014).

Toepassen van protocollen op complexe patiënten

De zorg van een patiënt wordt meer complex wanneer comorbiditeit ontstaat. Comorbiditeit houdt het optreden van meer dan één ziekte in. Het aantal patiënten die twee of meer ziekten hebben, is aanzienlijk (Sar & Lugtenberg, 2011). Meestal zijn dit patiënten met meerdere chronische ziekten (Dassen, 2006). Elke situatie van iedere patiënt is uniek en niet in één protocol te vatten (Sar & Lugtenberg, 2011). Dit bemoeilijkt het toepassen van protocollen voor de professional (Sar & Lugtenberg, 2011). Voor de zorg van patiënten met een complex ziektebeeld of comorbiditeit bieden de huidige standaarden te weinig houvast. Een protocol behandelt de problematiek onvoldoende in detail, de praktijk is te complex en de 'evidence' is te beperkt (Sar & Lugtenberg, 2011).

Werken met vakbekwame collega's

Vakbekwaamheid bestaat niet alleen uit kennis en vaardigheden waarmee taken kunnen worden uitgevoerd. Het is ook het vermogen om problemen op te lossen, in te spelen op onverwachte situaties en het kunnen beslissen wanneer welke routine het meest geëigend is (Onstenk, 2003). Vakbekwaamheid is belangrijk om bewust de keuze te maken om een protocol wel of niet te volgen.

Volgens Katzenbach & Smith (2003) is een team "een klein aantal mensen met complementaire vaardigheden, die zich hebben gecommitteerd aan een gemeenschappelijk doel, uitvoeringsdoelen en een werkwijze voor dat waar ze gemeenschappelijk verantwoordelijk voor zijn" (p. 3).

Verpleegkundigen in het ziekenhuis onderscheiden zich van andere zorgprofessionals, doordat zij meestal werken vanuit een monodisciplinair team (de Niet, 2012). Een monodisciplinair team is een team verpleegkundigen. Zij zijn mede verantwoordelijk voor de zorg voor een groep patiënten (de Niet, 2012). Niet alleen eigen vakbekwaamheid draagt bij aan de kwaliteit van patiëntenzorg. De vakbekwaamheid van het gehele verpleegkundig team heeft hier invloed op (de Niet, 2012).

Protocollen worden in de praktijk als richtlijn of leidraad gebruikt. Verpleegkundigen wijken eventueel van het protocol af op basis van hun (klinische) ervaring (Ebben, Mintjes, & Vloet, 2011). Daarnaast gebruiken verpleegkundigen feiten die ze hebben onthouden samen met nieuwe gegevens om besluiten te nemen en problemen op te lossen (Wilkinson, 2008). Verpleegkundigen kunnen kennis en ervaring met elkaar delen om zo tot een weloverwogen besluit te komen. Werken met

vakbekwame collega's kan invloed hebben op de besluitvorming van verpleegkundigen om een protocol wel of niet te volgen.

Verkeerde implementatie door organisatie

De implementatie van een nieuw protocol kost veel tijd en energie, maar levert op den duur veel winst op (Louz, 2011). De goede implementatie is van essentieel belang voor het borgen van protocollen en uiteindelijk de kwaliteit van zorg (Louz, 2011). Volgens de Niet (2012) is "het hebben van een visie op een noodzaak tot verandering van zorg één van de voorwaarden om effectief andere zorg te kunnen implementeren" (p. 1). Het investeren in een gemeenschappelijke visie is essentieel voor het verloop van de implementatie (de Niet, 2012).

Een implementatietraject begint met een behoefte aan verandering. Vaak komt deze behoefte niet vanuit het verpleegkundig team, maar vanuit een factor buiten de afdeling (de Niet, 2012). Te denken valt aan het invoeren van een protocol. Intrinsieke motivatie zal bij verpleegkundigen moeten worden gestimuleerd, maar dit is erg lastig om te bereiken (de Niet, 2012). Zelden zullen alle verpleegkundigen tegelijk dezelfde behoefte voelen om bijvoorbeeld een nieuw wondprotocol in te voeren. Verpleegkundigen zullen zover moeten worden gebracht dat zij het belang van de verandering onderschrijven (de Niet, 2012). Er zal moeten worden gewerkt aan een gezamenlijke visie van verpleegkundigen om tot een goede implementatie te komen.

Vanuit onderzoek is gebleken dat support van de leidinggevende voor verpleegkundigen erg belangrijk is (Brinkman, 2011). Zij staat dicht bij de verpleegkundigen en kan verpleegkundigen motiveren en stimuleren tot een goede implementatie van een protocol.

Wanneer verpleegkundigen niet het belang van een nieuw protocol onderschrijven, en geen gezamenlijke visie hebben, zal de implementatie van een nieuwe protocol niet goed verlopen.

Opleiding

Opleidingen zijn van grote invloed op de latere beroepsuitoefening (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014). De kwalificatie van verpleegkundigen houdt verband met de kwaliteit van zorg (Vermeer, Werkomgeving van invloed op verpleegkundigen én patiënten, 2013). Verpleegkundigen met een hogere opleiding zijn alerter en hebben dingen eerder in de gaten dan mensen met een lagere opleiding (Vermeer, 2013). Daarnaast kan een tekort aan deskundigheid, bijvoorbeeld het niet op de hoogte zijn van een protocol, onder verpleegkundigen leiden tot verminderde kwaliteit van zorg (Guldemon, Wester, & Clarijs, 2012). Het hebben van een protocol betekent nog niet dat verpleegkundigen daarnaar handelen. Verpleegkundigen hebben de neiging om zelf besluiten te nemen over de beste uitvoering van de zorg (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014). Dit kan aantoonbaar leiden tot het onterecht afwijken van een protocol (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014). Onderwijs is hierbij van belang.

Verpleegkundigen kunnen niet op de hoogte zijn van een protocol. Ook zijn er verpleegkundigen die het protocol wel kennen, maar niet overtuigd zijn van de bewijskracht waarmee uitspraken in het protocol zijn onderbouwd (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014). Metz et al. (2001) beschrijft dat "er blijk moet worden gegeven van een kritische houding ten opzichte van de wetenschappelijke kennis waarop het handelen is gebaseerd" (p. 2). Voor deze houding is naast kennis ook een attitude nodig welke gericht op levenslang leren en het vermogen tot een kritische zelfreflectie (Everdingen, Burgers, Assendelft, Swinkels, Barneveld, & Klundert, 2004). Het is van belang om de protocollen en onderbouwing hiervan te integreren in opleidingen en nascholingen voor verpleegkundigen (Kaljouw, Jagt, & Dörr, 2014).

Werkdruk en voldoende personeel

Hoge werkdruk, tijdsgebrek en personeelstekorten hebben een negatieve invloed op de naleving van

een protocol. Dit kan zelfs tot gevolg hebben dat een protocol wordt vergeten (Harrison, Légaré, Graham, & Fervers, 2010) (Légaré, et al., 2006).

De werkdruk bij verpleegkundigen neemt toe wanneer er een lagere bezetting is op de afdeling. De kans op het maken van fouten neemt hierdoor toe (Vermeer, 2013). Wanneer verpleegkundigen voor minder patiënten zorgen, kan sneller de juiste behandeling worden ingesteld doordat problemen sneller worden opgemerkt (Verstraeten, 2011). Complicaties worden op deze manier voorkomen. Wondverzorging is een verpleegkundige taak die vaardigheid, deskundigheid en ervaring vereist. Bovendien is het een tijdrovende klus (de Jong & Sesink, 2005). Bij onvoldoende personeel of een te hoge werkdruk zal dit ten koste gaan van de kwaliteit van de wondzorg.

Mondelinge en schriftelijke overdracht

Tijdens de overdracht wordt informatie over patiënten doorgegeven die nodig is voor de continuïteit van de zorg. Dit gebeurt niet altijd accuraat en de overgedragen informatie is niet altijd relevant. Beïnvloedende factoren zijn dat er steeds meer verschillende zorgprofessionals betrokken zijn bij de zorg voor patiënten, de opnameduur is verkort en het aantal overdrachtsmomenten neemt toe (Vermeer, 2012). Daarnaast kan door het verkeerd oordelen van de situatie, een vertekende waarneming van de feiten of door toeval vergissingen tijdens het handelen ontstaan (Everdingen et al., 2004).

Het juist overdragen (zowel schriftelijke als mondeling) is van belang voor het op de juiste manier uitvoeren van wondbehandeling (Spieker, 2011). In de overdracht moet worden vermeld welke interventies zijn toegepast, de frequentie, tijdstip en door wie. Daarnaast moet worden beschreven wanneer de evaluatie van de wond bij verbandwisseling plaatsvindt (Spieker, 2011). Goede communicatie en een goede overdracht zijn van groot belang voor een goede kwaliteit van wondzorg (Vermeer, 2012).

Gedateerde protocollen

Protocollen kunnen de kwaliteit van het handelen van verpleegkundigen ondersteunen (Louz, 2011). Wanneer de zorg door het gevolgde protocol niet meer de beoogde kwaliteit van zorg oplevert, dient het protocol te worden aangepast (Louz, 2011). Protocollen dienen iedere drie jaar kritisch te worden bekeken en zo nodig moeten worden herzien (Everdingen et al., 2004).

De inhoud van een protocol moet aan een aantal eisen voldoen. Twee van deze eisen zijn relevant voor dit afstudeeronderzoek. Een protocol moet door inhoudsdeskundigen (verpleegkundigen) zijn geschreven. Een concept van het protocol moet door minimaal 25 verpleegkundigen zijn beoordeeld. Een verpleegkundige is (mede)verantwoordelijk voor het maken en up-to-date houden van een protocol (Louz, 2011). Verpleegkundigen moeten dus worden betrokken bij het opstellen, up-to-date houden en evalueren van protocollen. Verpleegkundigen moeten positief tegenover de inhoud van een protocol staan alvorens deze in de praktijk te implementeren (Saillour & Michel, 2003). Door kritisch te blijven op de inhoud en het effect van een protocol, wordt de geleverde zorg toets- en meetbaar (Louz, 2011).

De inhoud van een protocol moet begrijpelijk en concreet geformuleerd zijn (Saillour & Michel, 2003) (Goossens, Bossuyt, & Haan, 2004). Het is van belang dat protocollen eenduidig zijn en mogelijke interpretatieverschillen worden vermeden (Saillour & Michel, 2003).

Conclusie

Er zijn verschillende redenen voor verpleegkundigen om af te wijken van een protocol. Hoge werkdruk, tijdsgebrek en personeelstekorten hebben ook een negatieve invloed op de naleving van

een protocol. Dit kan zelfs tot gevolg hebben dat een protocol wordt vergeten (Harrison, Légaré, Graham, & Fervers, 2010) (Légaré, et al., 2006).

Daarnaast zijn een gebrek aan bewustzijn en een beperkt vertrouwen in een protocol voor verpleegkundigen belangrijke redenen om een protocol niet na te volgen (Francke, Smit, Veer, & Mistiaen, 2008). Ook staat niet iedere verpleegkundige open voor veranderingen. Wanneer dit het geval is zijn de veranderingen lastig door te voeren (Asseldonk, Dijkman, Geven, Lankreijer, & Tromp, 2010). Tot slot is de vaak slechte kwaliteit van samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen een belangrijke reden voor verpleegkundigen om zich niet aan een richtlijn of protocol te houden. De kwaliteit van deze samenwerking heeft invloed op de gegeven zorg (Hoiting, 2010). Uit onderzoek beschreven door Asseldonk et al. (2010) is gebleken dat artsen die op een afdeling lopen niet altijd hetzelfde beleid hanteren. Volgens verpleegkundigen wordt hierdoor een verwarrende situatie gecreëerd omdat niet duidelijk is of het beleid van de arts of het protocol moet worden gevolgd (Asseldonk, Dijkman, Geven, Lankreijer, & Tromp, 2010).

Een reden voor de slechte samenwerking is dat de status van artsen over het algemeen als hoger wordt gezien dan de status van verpleegkundigen (Nembhard & Edmondson, 2006). Uit onderzoek is gebleken dat communicatiepatronen die voortvloeiden uit statusverschillen een bijdrage leveren aan het maken van medische fouten (Page & Institute of Medicine, 2004). Organisatorische gebreken en inadequate samenwerking kunnen leiden tot een verminderde continuïteit van de zorg en tot verkeerde behandeling (Essers, 2010).

Verpleegkundigen voegen zich over het algemeen snel naar de ander om de sfeer prettig te houden (Jong, 2010). Artsen zijn over het algemeen meer gericht op resultaat en efficiëntie en bepalen in de meeste gevallen zelf hoe zij het hebben willen voordat ze naar anderen, regels en/of protocollen kijken (Jong, 2010). Eén van de voorwaarden om een ziekenhuis goed te laten functioneren is dat artsen en verpleegkundigen elkaar goed aanvullen (Jong, 2010) (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010).

9.3.3 Deelvraag 3

‘Wat wordt er in de literatuur beschreven over de gevolgen van het afwijken van het wondprotocol door verpleegkundigen?’

Op dit moment vindt de implementatie van nieuwe kennis en inzichten over de hele vakinhoud en ‘best practice’ binnen de verpleegkundige beroepsgroepen overwegend plaats via scholing en educatie of via publicaties (Plas, van Engelshoven, & Mintjes - de Groot, 2008). Dit bevordert wel de kennis van verpleegkundigen, maar heeft weinig effect op gedragsverandering. Wat vaak ontbreekt is kennis over hoe deze nieuwe inzichten kunnen worden ingevoerd in de praktijk en hoe inhoudsdeskundigen daarbij betrokken kunnen worden. Een stappenplan om het ‘oude gedrag’ te doorbreken kan hierbij een hulpmiddel zijn.

Verpleegkundigen kiezen hun handelswijze vaak op grond van opleiding en ervaring. Veel verpleegkundige interventies zijn ook niet wetenschappelijk onderbouwd en zijn veelal ontstaan vanuit tradities. Vaak blijkt ook dat er sprake is van inadequaat handelen, terwijl er wel evidence aanwezig is over de juiste handelswijze (Plas & Hunink, 2008). Deze handelingen worden ook wel rituelen genoemd.

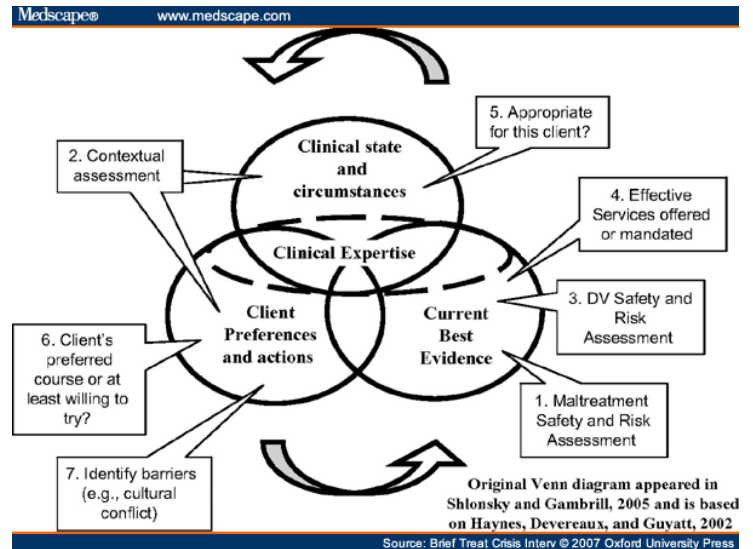
In de verpleegkundige literatuur worden rituelen vooral omschreven als gewoontehandelingen, handelingen die al jaren op dezelfde wijze worden uitgevoerd zonder wetenschappelijke onderbouwing (Plas & Hunink, 2008).

Positieve functies van rituelen zijn dat ze houvast bieden, orde scheppen en onderlinge verbondenheid creëren. De negatieve kanten van rituelen zijn echter dat het vaak om onnodige handelingen gaat, dat ze vooruitgang in de weg staan en dat ze soms zelfs schadelijk zijn (Mank & Semin-Goossens, 2003). Dit belemmert de continuïteit van zorg. Continuïteit van zorg is zorg zonder onderbreking, overlap of hiaten (Holwerda, 2012). Voor patiënten betekent dit dat zij ervan uit

mogen gaan dat iedereen die bij de zorgverlening betrokken is op de hoogte is van de laatste wijzigingen en relevante gegevens.

Rituelen spelen een grote rol in de verpleegkundige praktijk. Binnen veel zorgteams heerst een reactieve cultuur. Er wordt 'achteromkijkend' gewerkt, dus zoals 'ze gewend zijn'. Verpleegkundigen zijn over het algemeen 'doeners' en 'bezinnen' onvoldoende eer zij beginnen (de Jong M., 2013).

De werkwijze van een voorganger is dan de meest voor de hand liggende, ook al is die misschien niet meer passend. Zo blijven rituele handelingen bestaan (LEVY, 2007) en blijven nieuwe ontwikkelingen vaak onbenut (de Jong M., 2011). Dit leidt tot de vraag of de gegeven zorg door verpleegkundigen wel effectief is. Dit geldt ook voor de verpleegkundige wondzorg. De 'evidence' rondom wondzorg is vaak niet specifiek en er missen vaak richtlijnen. Wondzorg is complex en dit resulteert in een toenemend aantal wondmaterialen waardoor het lastiger wordt de juiste keuze voor de behandeling te maken (Dugdall & Watson, 2009).



Verpleegkundige autonomie

Ziekenhuizen moeten investeren in de veiligheid en kwaliteit van de zorg die geleverd wordt (Essers, 2010).

Om veilige en kwalitatieve zorg te kunnen leveren moeten de risico's en gevaren zoveel mogelijk worden verkleind.

Van verpleegkundigen wordt gevraagd hun bijdrage aan de gezondheidszorg te beschrijven en te onderbouwen. Verpleegkundigen kunnen de gegeven zorg transparant maken door in een gemeenschappelijke taal te beschrijven wat tot het domein van de verpleegkundige hoort, welke zorg wordt gegeven, waarom en welke resultaten worden verwacht (Bours, 2009).

De professionele kwaliteit van een verpleegkundige is onderdeel van een goede en veilige zorg. Een basale voorwaarde voor intrinsieke motivatie is het willen leveren van goede en veilige zorg (Essers, 2010). Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij kritisch meedenken met de behandeling van een patiënt. De verwetenschappelijking van de huidige zorg vraagt om zelfstandige verpleegkundigen met een hoog kritisch denkniveau die in staat zijn om te interpreteren, te argumenteren en kunnen beoordelen (Essers, 2010).

Het maken van keuzes en het nemen beslissingen is een basisbehoefte dat ieder mens bezit en wordt ook wel autonomie genoemd (Bekker & van Assen, 2006). Autonomie komt neer op de capaciteit van een individueel persoon om eigen beslissingen te nemen zonder interventie van buitenaf (Bekker & Assen van, 2006). Het verpleegkundig beroep heeft te kampen met veranderingen en tegenstrijdigheden, iedere verpleegkundige gaat hier weer anders mee om. Hoe een verpleegkundige over zichzelf, de werkzaamheden en soorten taken denkt, ligt aan de basis van het zelfconcept. Een reëel zelfconcept is belangrijk, dit geeft mensen de mogelijkheid om bewuste keuzes te maken (Bekker & Assen van, 2006). Bewuste en weloverwogen keuzes zijn belangrijk om veilige en goede zorg te leveren. Houtlosser (2011) is van mening dat, om naast en namens de patiënt positie te kunnen kiezen, het noodzakelijk is voor verpleegkundigen te leren hun standpunten goed te formuleren en in te brengen. Een reëel zelfconcept kan verder helpen inzien welke keuzes en beslissingen de verpleegkundige zelf kan maken op grond van kennis, vaardigheden en

verantwoordelijkheden. Verpleegkundigen met een reëel zelfconcept kennen zichzelf goed en over- of onderschatten zichzelf minder. Dit zorgt tijdens keuzemomenten voor helder beeld van de situatie en van de veiligheid (Essers, 2010).

De zorg die wordt aangeboden door verpleegkundigen, wordt vaak aan een kritische toetsing onderworpen door patiënten (Jagt, 2003). Een verpleegkundige moet niet alleen het eigen handelen kunnen onderbouwen, maar ook het eigen functioneren onder de loep nemen.

Door de huidige ontwikkelingen waaronder de vergrijzing, de patiëntencategorie die ouder en kwetsbaarder wordt, ziekten die chronisch worden en de co-morbiditeit die stijgt, is het belangrijk dat verpleegkundigen efficiënt werken (de Jong M. , 2013). Dat betekent meer autonoom en proactief gaan werken en rituelen uitbannen (de Jong M. , 2011). Ook zullen verpleegkundigen zich vaker moeten uitspreken tegenover artsen en met elkaar in discussie moeten gaan, evidence based vakkennis paraat hebben en actiever voor hun vak moeten opkomen (de Jong M. , 2013). Artsen hebben tenslotte niet de vakkennis die verpleegkundigen hebben. Belangrijk is dat verpleegkundigen met elkaar voor hun vak opkomen omdat zij samen sterker staan. Deze kracht wordt te weinig gebruikt. Verpleegkundigen denken nog te weinig proactief mee met hoe het beter en efficiënter kan (de Jong M. , 2011). Als een verpleegkundige de regie neemt over zijn of haar deel van het zorgproces en over de dingen waar zij tegenaan loopt, wordt dit verpleegkundig leiderschap genoemd. Verpleegkundigen handelen dan op basis van vakkennis en ervaring en naar wat zij kunnen verantwoorden op basis van evidence-based literatuur (de Jong M. , 2013).

Gevolgen

Richtlijnen en protocollen zijn niet nuttig als deze ongevraagd over mensen worden uitgestort en als het effect nog niet is beoordeeld door de eigen beroepsgroep (Bleker, 2001). Belangrijk is om te besluiten tot een gemeenschappelijk beleid. Na discussie besluiten tot een gemeenschappelijk beleid en dat samen evalueren is een belangrijke stap in verbetering van de praktijkvoering en kan inspirerend zijn (Bleker, 2001). Het geven van rekenschap geeft mogelijkheid tot reflectie en juist reflectie is nodig om nieuwe uitdagingen aan te kunnen. Het bijstellen van de eigen richtlijnen en protocollen zijn een essentieel onderdeel van het kwaliteitsproces en kunnen een nieuwe en inspirerende dimensie geven aan de praktijkvoering (Bleker, 2001).

Wondzorg is een van de meest tijdrovende taken van verpleegkundigen (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Volgens statistieken is 25-50% van de werktijd van verpleegkundigen gericht op wondzorg (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Verschillende studies tonen aan dat de grote variatie in verbandmaterialen onzekerheid veroorzaken (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Daarom heeft een richtlijn voor wondbehandeling een belangrijke functie (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010) (Ubbink, Vermeulen, & Lubbers, 2006). Richtlijnen voor wondbehandeling zijn essentieel om de geschikte wondbehandeling voor patiënten te garanderen (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010).

De ontwikkeling van wondzorg in de eerstelijnsgezondheidszorg gaat helaas langzaam en loopt achter vergeleken met andere gebieden in de zorg. Als gevolg hiervan hebben verpleegkundigen de neiging om beschikbare 'evidence' op lager niveau te gebruiken als ondersteuning voor de wondzorg (Dugdall & Watson, 2009). Er lijkt een gebrek te zijn aan bewijs om wondzorg te ondersteunen en het is herhaaldelijk gezien dat verpleegkundigen achteloos dezelfde wondzorg producten gebruiken, ondanks dat de bronnen en richtlijnen soms wat anders aanbevelen.

Organisatorische gebreken en inadequate samenwerking tussen disciplines kan voor onnodig lijden voor de patiënt zorgen (Essers, 2010). Organisatorische stabiliteit en harmonie zijn belangrijke factoren om een klimaat te creëren dat 'good practice' bevordert binnen een organisatie (Flanagan, 2005). Echter, de gezondheidszorg is constant in beweging en ondergaat veel organisatorische veranderingen. Wondzorgspecialisten die op de hoogte zijn van de praktijk, het beleid en de organisatie, zijn in een ideale positie om het 'theorie - praktijk' gat te overbruggen en collega's en de organisatie waarin zij werken te beïnvloeden (Flanagan, 2005).

Voor patiënten is wondzorg een ingrijpende handeling. Patiënten, artsen en verpleegkundigen zouden graag zien dat wondgenezing sneller gaat, het verwisselen van verbanden minder pijnlijk is en de ligduur korter is (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010).

Wonden hebben een aanzienlijke impact op het op het dagelijks functioneren, de kwaliteit van leven, de morbiditeit en de sterfte en vragen daarom om een systematische behandeling van hoge kwaliteit (Brölmann, Ubbink, Nelson, Munte, van der Horst, & Vermeulen, 2012).

In de ideale situatie zouden beslissingen voor de juiste wondbehandeling gebaseerd zijn op de best beschikbare evidence, geïntegreerd met de prioriteiten en zorgen van patiënten en rekening houden met de situatie, middelen en vaardigheden (Brölmann, e.a.). De realiteit is dat de wondbehandeling vaak gebaseerd is op persoonlijke voorkeur en ervaring van verpleegkundigen (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010) (Brölmann, e.a.). Dit leidt vaak tot een inefficiënte wondbehandeling (Friman, Klang, & Ebbeskog, 2010). Het werken volgens protocol leidt over het algemeen tot een efficiëntere wondbehandeling.

Met een positievere houding tegenover evidence-based practice is het meer waarschijnlijk dat verpleegkundigen zelf hun kennis wat betreft wondzorg zullen bijhouden. Ook zullen zij ernaar streven beter te presteren bij het kiezen van welke wondzorg behandeling er nodig is (Dugdall & Watson, 2009)

Conclusie

De conclusie die vanuit de literatuur getrokken kan worden heeft twee kanten. Enerzijds kan de conclusie worden getrokken dat het de kwaliteit en continuïteit van zorg in de weg staat wanneer verpleegkundigen geen kennis hebben van het wondprotocol. Anderzijds is het wondprotocol in de niet altijd toepasbaar. De situatie kan om een andere behandeling vragen dan dat het protocol voorschrijft. Wanneer verpleegkundigen in die situatie bewust afwijken van het protocol en dit kunnen beargumenteren, kan het afwijken van het protocol wel tot kwaliteit en continuïteit van zorg leiden.



9.4 Voorbereidende email voor de enquêtes

Onderwerp: Enquête 'Hoe wordt er gebruik gemaakt van het wondprotocol?'

Beste verpleegkundige,

Wij zijn verpleegkundestudenten, Maria Schouten, Lysanne Wien, Doreth Boonstra en Lonneke van Dijk van de Christelijke Hogeschool Ede en doen ons afstudeeronderzoek in het ZGV op de afdeling chirurgie buik/oncologie. Onze opdrachtgever is Tineke Holwerda, verplegingswetenschapper.

In de komende periode worden er enquêtes rondgedeeld voor het onderzoek 'gebruik van het wondprotocol'. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in het gebruik van het wondprotocol, met name gericht op het wel/niet volgen van het wondprotocol en de manier waarop dit gebeurt. Hierdoor ontstaat er inzicht in het protocollair werken en kan gezocht worden naar mogelijkheden om het gebruik van het wondprotocol te veranderen. Door het beschrijven van de manier waarop er gebruik wordt gemaakt van het wondprotocol kan het ZGV een eenduidig beleid in de toekomst ontwikkelen op het onderwerp wondzorg.

De enquête is anoniem. De ingevulde enquêtes zullen door de afstudeergroep vertrouwelijk behandeld worden. Het invullen van de enquête duurt 5 – 10 minuten. Voor de volledigheid van het onderzoek is het belangrijk dat op elke vraag een eerlijk antwoord gegeven wordt. De enquête kan ingeleverd worden in de enveloppen die in de teamposten hangen.

Voor het onderzoek zullen er ook nog een aantal interviews worden afgenomen, de verpleegkundigen voor de interviews zullen apart van deze mail nog benaderd worden. Wanneer er vragen zijn naar aanleiding van de enquête of het onderzoek is het mogelijk om deze te mailen naar lwwien@student.che.nl.

Wij zullen de komende tijd ook wat vaker op de afdeling zijn.

Met vriendelijke groet,
Doreth Boonstra, Lonneke van Dijk, Maria Schouten en Lysanne Wien



9.5 Herinneringsemail voor de enquêtes

Hoi allemaal,

Zoals jullie lezen in de HaiHai zijn de enquêtes uitgedeeld in de postvakjes. Ik stuur de enquête hierbij ook via de mail, voor degenen die het makkelijker vinden om deze digitaal in te vullen.

Degene die ingevuld worden, kunnen in de gele enveloppen in de teamposten gedaan worden.
Degene die digitaal worden ingevuld, svp naar mij terug mailen.

Alvast bedankt!

Groetjes Maria



9.6 Enquête verpleegkundigen

Wij zijn 4 studenten, Doreth, Lonneke, Maria en Lysanne, van de CHE en zijn bezig met ons afstudeeronderzoek op jullie afdeling: Chirurgie buik/oncologie. Ons afstudeeronderzoek doen wij in opdracht van Tineke Holwerda en Marlena Snel. Het onderzoek gaat over het gebruik van het wondprotocol op de afdeling Chirurgie buik/oncologie in het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Het invullen van deze enquête draagt bij aan ons onderzoek en is van belang om een beeld te krijgen van het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen. We hopen op een eerlijk en betrouwbare invulling van deze enquête. De gegevens van de enquête worden anoniem verwerkt.

Alvast bedankt voor jullie medewerking!

Doreth Boonstra, Lonneke van Dijk, Maria Schouten en Lysanne Wien

1 Wat is je opleidingsniveau?

- ☐ MBO - verpleegkundige
- ☐ HBO – verpleegkundige

2 Hoeveel jaren werkervaring in de gezondheidszorg heb je?

- ☐ < 5
- ☐ 5 - 10
- ☐ 10 - 15
- ☐ 15 - 20
- ☐ > 20

3 Ben je bekend met het wondprotocol?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

4 Maak je gebruik van het wondprotocol?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

5 Welke factoren zijn van invloed voor het wel of niet gebruiken van het wondprotocol?

.....

.....

.....

.....

Wanneer je vraag 4 met ja hebt beantwoord, ga door naar vraag 6, 7 en 8

Wanneer je vraag 4 met nee hebt beantwoord, ga door naar vraag 9 en 10

6 Wat zijn voor jou redenen om met het wondprotocol te werken?

(Aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Om 'evidence based' te werken
- ☐ Om transparant te werken
- ☐ Om veilig te werken
- ☐ Om effectieve wondzorg te verlenen
- ☐ Anders, namelijk



.....

7 Wijk je weleens af van het wondprotocol?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

8 Waarom wijk je af van het wondprotocol?

(Aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden mogelijk)

Omdat ...

- ☐ ... de wond om een andere behandeling vraagt dan het protocol voorschrijft.
 - ☐ ... mijn klinische blik mij heeft doen besluiten tot een andere behandeling.
 - ☐ ... na overleg met de wondverpleegkundige ik hiervan af wijk.
 - ☐ ... de arts opdracht geeft tot een andere wondbehandeling.
 - ☐ ... ik wegens tijdgebrek niet volgens het wondprotocol kan handelen.
 - ☐ ... het protocol niet evidence-based is.
 - ☐ Anders, namelijk
-

9 Wat zijn voor jou redenen om niet met het wondprotocol te werken?

(Aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Lastig vanwege omstandigheden (werkomgeving, patiënt, tijd, middelen, etc.)
 - ☐ Wondprotocol is onbekend
 - ☐ Wondprotocol is niet duidelijk
 - ☐ Ik zie het nut van het wondprotocol niet in
 - ☐ Arts gaf een andere opdracht
 - ☐ Mijn opleiding heeft mij anders geleerd
 - ☐ Mijn ervaring heeft mij anders geleerd
 - ☐ Verkeerde mondelinge of schriftelijke overdracht
 - ☐ Anders, namelijk
-
-

10 Wat zijn volgens jou de gevolgen van het niet werken met het wondprotocol?

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor het invullen van deze enquête!

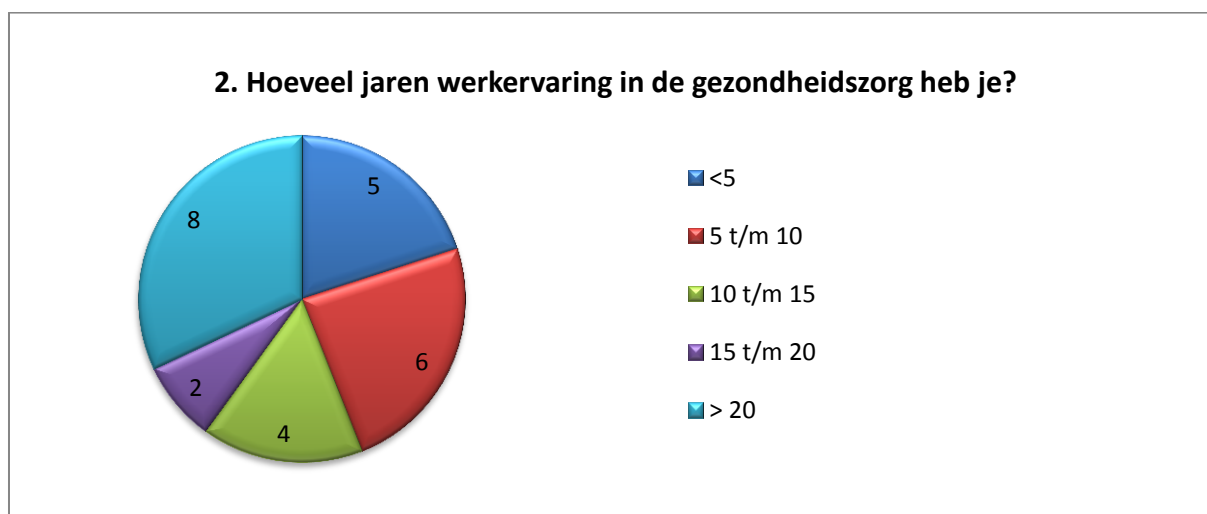
9.7 Resultaten enquête



Wat is je opleidingsniveau?

(1 antwoord mogelijk)

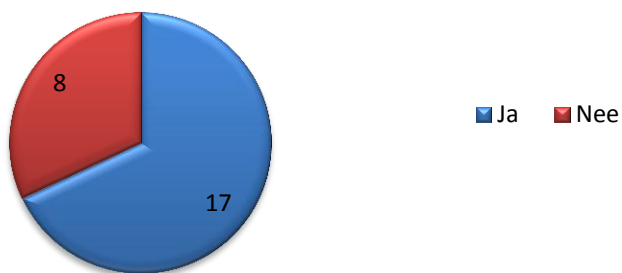
		Aantal waarnemingen	Percentage	Geldig Percentage	Cumulatief Percentage
Valide	MBO	14	56	56	56
	HBO	11	44	44	100
	Totaal	25	100	100	



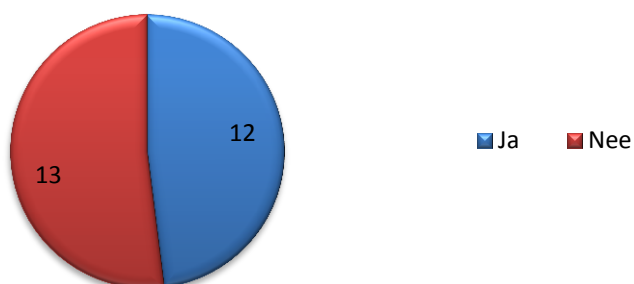
Hoeveel jaren werkervaring in de gezondheidszorg heb je?

(1 antwoord mogelijk)

		Aantal waarnemingen	Percentage	Geldig Percentage	Cumulatief Percentage
Valide	< 5	5	20	20	20
	5 t/m 10	6	24	24	44
	10 t/m 15	4	16	16	60
	15 t/m 20	2	8	8	68
	> 20	8	32	32	100
	Totaal	25	100	100	

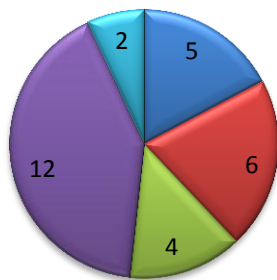
3. Ben je bekend met het wondprotocol?**Ben je bekend met het wondprotocol?***(1 antwoord mogelijk)*

		Aantal waarnemingen	Percentage	Geldig Percentage	Cumulatief Percentage
Valide	Ja	17	68	68	68
	Nee	8	32	32	100
	Totaal	25	100	100	

4 Maak je het gebruik van het wondprotocol?**Maak je gebruik van het wondprotocol?***(1 antwoord mogelijk)*

		Aantal waarnemingen	Percentage	Geldig Percentage	Cumulatief Percentage
Valide	Ja	12	48	48	48
	Nee	13	52	52	100
	Totaal	25	100	100	

6. Wat zijn voor jou redenen om met het wondprotocol te werken?



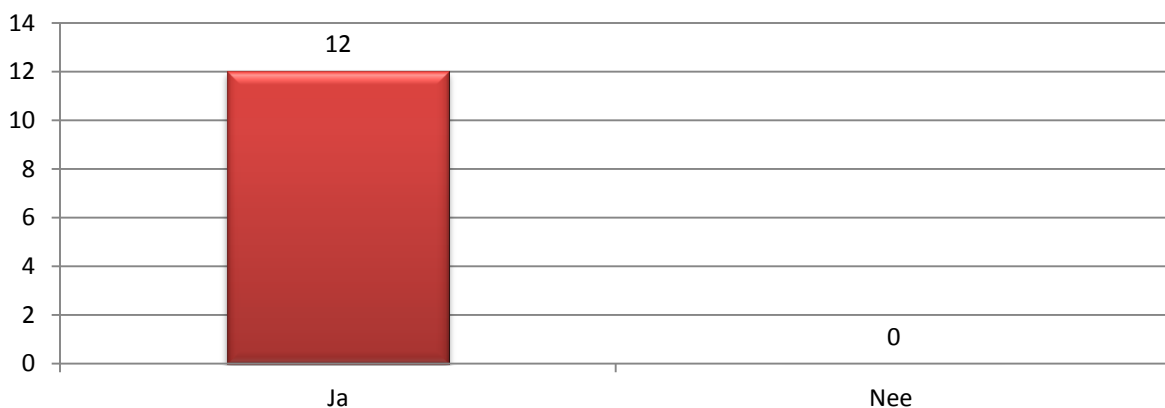
- Om 'evidence based' te werken
- Om transparant te werken
- Om veilig te werken
- Om effectieve wondzorg te verlenen
- Anders, namelijk ... OPEN ANTWOORD

Wat zijn voor jou redenen om met het wondprotocol te werken?

(meerdere antwoorden mogelijk)

	Aantal waarnemingen
Om evicence-based te werken.	5
Om transparant te werken.	6
Om veilig te werken.	4
Om effectieve wondzorg te verlenen.	12
Anders, namelijk ...	2
Totaal	29

7. Wijk je weleens af van het wondprotocol?

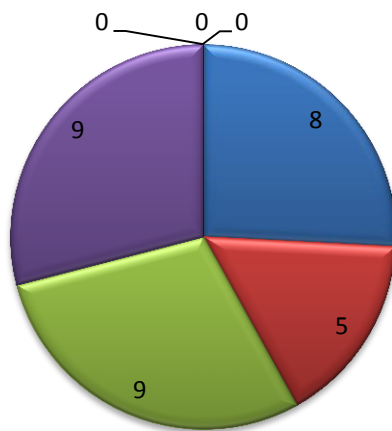


Wijk je weleens af van het wondprotocol?

(1 antwoord mogelijk)

		Aantal waarnemingen	Percentage	Geldig Percentage	Cumulatief Percentage
Valide	Ja	12	100	100	100
	Nee	0	0	0	
	Totaal	12	100	100	

8. Waarom wijk je af van het wondprotocol?



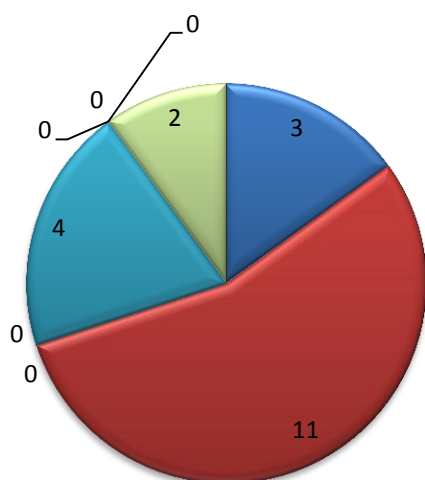
- Omdat de wond om een andere behandeling vraagt dan het protocol voorschrijft.
- Omdat mijn klinische blik mij heeft doen besluiten tot een andere behandeling.
- Omdat na overleg met de wondverpleegkundige ik hiervan afwijk.
- Omdat de arts opdracht geeft tot een andere wondbehandeling.
- Omdat ik wegens tijdgebrek niet volgens wondprotocol kan handelen.
- Omdat het protocol niet evidence based is.
- Anders, namelijk ...

Waarom wijk je af van het wondprotocol?

(meerdere antwoorden mogelijk)

	Aantal waarnemingen
Omdat de wond om een andere behandeling vraagt dan het protocol voorschrijft.	8
Omdat mijn klinische blik mij heeft doen besluiten tot een andere behandeling.	5
Omdat na overleg met de wondverpleegkundige ik hiervan afwijk.	9
Omdat de arts opdracht geeft tot een andere wondbehandeling.	9
Omdat ik wegens tijdgebrek niet volgens wondprotocol kan handelen.	0
Omdat het protocol niet evidence based is.	0
Anders, namelijk ...	0
Totaal	31

9. Wat zijn voor jou redenen om niet met het wondprotocol te werken?



- Lastig vanwege omstandigheden (werkomgeving, patiënt, tijd, middelen, etc.)
- Wondprotocol is onbekend
- Wondprotocol is niet duidelijk
- Ik zie het nut van het wondprotocol niet in
- Arts gaf een andere opdracht
- Mijn opleiding heeft mij anders geleerd
- Mijn ervaring heeft mij anders geleerd
- Verkeerde mondelinge of schriftelijke overdracht
- Anders, namelijk ... OPEN ANTWOORD

Wat zijn voor jou redenen om niet met het wondprotocol te werken?

(meerdere antwoorden mogelijk)

	Aantal waarnemingen
Lastig vanwege omstandigheden (werkomgeving, patiënt, tijd, middelen, etc.)	3
Wondprotocol is onbekend	11
Wondprotocol is niet duidelijk	0
Ik zie het nut van het wondprotocol niet in	0
Arts gaf een andere opdracht	4
Mijn opleiding heeft mij anders geleerd	0
Mijn ervaring heeft mij anders geleerd	0
Verkeerde mondelinge of schriftelijke overdracht	0
Anders, namelijk ...	2
Totaal	20



9.8 Resultaten open vragen enquête

9.8.1 Vraag 5

Vraag 5 is als volgt: "Welke factoren zijn van invloed voor het wel of niet gebruiken van het wondprotocol?"

De door de verpleegkundigen gegeven antwoorden:

- Veranderingen
- Opdracht arts
- Omdat vaak door ons of wondverpleegkundige afgesproken wordt hoe de wond te verzorgen.
- Als ik leerlingen inwerk wijs ik ze op dit protocol.
- Gecombineerde wonden
- Behandeling volgens protocol slaat niet aan
- Doel van de behandeling gaat niet samen met het protocol
- Comfort patiënt
- Via een opdracht van een arts
- Als ik niet weet wat voor wondmateriaal ik moet gebruiken
- Hygiëne
- Infectiegevaar
- Omgevingsfactoren
- Infectie
- Stoma
- Hygiëne
- Als ik er niet uitkom kijk ik erna, maar het wondbeleid zit aardig goed in mijn hoofd
- Behandelplan is afgesproken, dus dan geen info verder nodig
- Niet gemakkelijk voor handen, zit niet in mijn 'systeem'
- Vaak staat de wondzorg al duidelijk beschreven in het wondblad
- En de rapportage van de wondverpleegkundige, tevens wordt de wondverpleegkundige er ook regelmatig bij gevraagd
- Beleid arts
- Beleid wondverpleegkundige
- Onbekendheid
- Tijdsdruk
- Voortborduren op de wondzorg die al in gang is gezet
- Hygiëne
- Geprobeerd het wondprotocol te vinden, is niet gelukt. Het lijkt mij wel goed om het te gebruiken, zodat iedereen op dezelfde manier werkt
- Werkdruk
- Er wordt nooit over het wondprotocol gepraat
- Werkdruk
- Tijdsgebrek
- Niet weten van het protocol

9.8.2 Vraag 5 gelabeld

<i>Labels</i>	<i>Antwoorden</i>
Arts	Opdracht arts Via een opdracht van een arts Behandelplan is afgesproken, dus dan geen info verder nodig Vaak staat de wondzorg al duidelijk beschreven in het wondblad Beleid arts
Hygiëne	Hygiëne Hygiëne Hygiëne
Ineffectieve behandeling	Veranderingen Behandeling volgens protocol slaat niet aan Als ik niet weet wat voor wondmateriaal ik moet gebruiken Als ik er niet uitkom kijk ik erna, maar het wondbeleid zit aardig goed in mijn hoofd Voortborduren op de wondzorg die al in gang is gezet
Infectie	Infectiegevaar Infectie
Overig	Als ik leerlingen inwerk wijs ik ze op dit protocol. Gecombineerde wonden Doel van de behandeling gaat niet samen met het protocol Comfort patiënt Stoma
Werkomgeving	Tijdsdruk Werkdruk Werkdruk Tijdsgebrek
Wondprotocol	Niet gemakkelijk voor handen, zit niet in mijn 'systeem' Onbekendheid Geprobeerd het wondprotocol te vinden, is niet gelukt. Het lijkt mij wel goed om het te gebruiken, zodat iedereen op dezelfde manier werkt Er wordt nooit over het wondprotocol gepraat Niet weten van het protocol
Wondverpleegkundige	Omdat vaak door ons of wondverpleegkundige afgesproken wordt hoe de wond te verzorgen. En de rapportage van de wondverpleegkundige, tevens wordt de wondverpleegkundige er ook regelmatig bij gevraagd Beleid wondverpleegkundige

9.8.3 Vraag 10

Vraag 10 is als volgt: "Wat zijn volgens jou de gevolgen van het niet werken met het wondprotocol?"

De door de verpleegkundigen gegeven antwoorden:

- Wondgenezing kan misschien sneller gaan
- Iedereen doet wat zij het beste vinden
- Is mij onbekend, dus kan hier geen antwoord op geven
- Dat iedereen het op zijn eigen manier doet
- Er geen eenduidigheid is
- Niet eenduidig werken
- Meer wondinfecties; meer postoperatieve wondinfecties

- Te weinig bekendheid
- Te weinig borgen na invoeren van het protocol
- Onduidelijkheid voor patiënt
- Voldoende advies voor wondzorg door arts en wondverpleegkundige
- En misschien dat sommige verpleegkundigen niet weten dat het er is?
- Geen optimale wondbehandeling
- Geen eenduidig werken binnen afdeling
- Behandeling wordt meestal door arts of wondverpleegkundige afgesproken
- Bij nieuwe ontwikkelingen kan het zijn dat je niet op de hoogte bent, omdat je het niet weet
- Onduidelijkheid; geen eenduidigheid.
- Meer wondinfecties
- Dat je geen een richting hebt met je andere collega's
- Communicatie onduidelijk
- Eenduidigheid naar patiënt toe onduidelijk

9.8.3 Vraag 10 gelabeld

Labels	Antwoorden
Arts/wondverpleegkundige	Voldoende advies voor wondzorg door arts en wondverpleegkundige Behandeling wordt meestal door arts of wondverpleegkundige afgesproken
Kennis en ervaring	Iedereen doet wat zij het beste vinden Dat iedereen het op zijn eigen manier doet
Niet eenduidig werken	Er geen eenduidigheid is Niet eenduidig werken Geen eenduidig werken binnen afdeling Onduidelijkheid; geen eenduidigheid Dat je geen een richting hebt met je andere collega's Communicatie onduidelijk
Overig	Bij nieuwe ontwikkelingen kan het zijn dat je niet op de hoogte bent, omdat je het niet weet
Patiënt	Onduidelijkheid voor patiënt Eenduidigheid naar patiënt toe onduidelijk
Wondbehandeling	Wondgenezing kan misschien sneller gaan Meer wondinfecties; meer postoperatieve wondinfecties Geen optimale wondbehandeling Meer wondinfecties
Wondprotocol	Is mij onbekend, dus kan hier geen antwoord op geven Te weinig bekendheid Te weinig borgen na invoeren van het protocol En misschien dat sommige verpleegkundigen niet weten dat het er is?



9.9 Interview topiclijst

Topiclijst

- Bekendheid protocol
- Gebruik protocol
- Waarom wel niet gebruik protocol
- Redenen voor afwijken protocol
- Manier van afwijken
- Communicatie
 - Tussen collega's
 - Rapportage
- Implementatie
- Relatie arts – verpleegkundigen
- Verpleegkundig eigenaarschap

9.10 Resultaten interviews

9.10.1 Coderingswoorden

Gebruik wondprotocol
Gebruik protocol in de praktijk
Gebruik boekje > afgeleid van protocol
Digitalisering
Wondprotocol lastig te vinden
Tijd tekort
Niet kennen protocol
Protocol is de basis, om aan te houden.
Betere wondbehandeling
Betere wondgenezing
Verlening van kennis, gebruiken protocol.
Bewustwording
Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring
Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige
Gebruik wondprotocol door collega's
Implementatie protocol
Eenduidig werken
Evidentie based werken
Relatie arts verpleegkundige
Communicatie rondom wondzorg
Communicatie wondzorg - collega's
Communicatie wondzorg - wondblad
Communicatie wondzorg - overdracht
Afwijken van protocol
Verpleegkundige verantwoordelijkheid
Verpleegkundig eigenaarschap

9.10.2 Interview 1

Datum: 22-4-2014

Tijd: 14:45

Interviewers (I) : Doreth Boonstra (I1), Lysanne Wien (I2)

Respondent (R) Verpleegkundige afdeling Chirurgie Buikoncologie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede

Verpleegkundige komt binnen, gaat zitten.

I 1: 'Ben je bekend met het onderzoek wat we aan het doen zijn en waarvoor jij nu geïnterviewd wordt?'

R : 'Ja, ik heb daar toch eh, ook zo'n enquêteformulier voor ingevuld?'

I 1 : 'Ja, inderdaad. Het gaat met name over het wondprotocol, hoe jullie dat gebruiken op de afdeling.'

R: 'Ja precies...'

I1: 'Vind je het oké als we je opnemen?'

I2: 'Dit gesprek dan..'

Gelach..

R: 'Haha, o je gaat je gang maar. Als ik gekke dingen zeg moet je ze even deleten, ja?'

I2: 'Als eerste vraag, ben je bekend met het wondprotocol?'

R: 'Nee.'

Niet kennen protocol

Stilte....

R: 'Dat is heel duidelijk hè..'

I2: 'Uhu. Heb je er ook nog nooit van gehoord...?'

R: 'Nee eigenlijk niet.'

Gebruik wondprotocol

I2: Oké....

Stilte

I1: 'En maak je er gebruik van dus?'

I2: 'Nou nee dus, dat is logisch.'

R: 'Nee...'

Gebruik wondprotocol

I1: 'Ja, dan heb je dus ook geen redenen waarom je ervan afwijkt, haha.. dus..'

I2: 'Maar als je een wond verzorgd, hoe doe je dit dan? Waar baseer je dit op zegmaar?'

R: 'Ehmmmmmm.... Als ik een wond heb wat eh... niet afwijkend is eh,, of die we hier veel zien laat ik het zo maar zeggen, dan eh... dan doe je dat gewoon op eigen inzicht.'

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

En als ik een wond tegenkom waarvan ik denk van hmmm, nou.... Dan laat ik de dokter meekijken en die laat ik advies geven, en die zegt soms weer van nou, eh...vraag maar even, of ik neem zelf het initiatief, om even de wondverpleegkundige eh... mee te laten kijken, en die bepaald dan gewoon de wondbehandeling.

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

En ik bedoel, ehm, als je een chirurgische wond hebt die ehm.... Naja die gewoon iets open is dan weet je gewoon die ga je spoelen en daar doe je een cutisorbje op, ik bedoel weet je dat is niet gek,

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

daar ga je geen wondprotocol voor raadplegen, ik wist niet eens dat dat bestond hoor het wondprotocol

Niet kennen protocol

maar ja, dat is gewoon een beetje op basis van ervaring doe je dat.'

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

I1: 'Dus eigenlijk, wat ik je hoor zeggen is dat je veel dezelfde wonden tegen komt eigenlijk, en als het afwijkend is dat je dan naar de wondverpleegkundige gaat.'

R: 'Ja, als ik een wond tegenkom waarvan ik denk nou, dan kijkt vaak de dokter ook wel mee, en die zegt dan van nou, doe maar dit of dit en dat had je zelf ook wel bedacht maar soms heb je dan dat je denkt nou jongens hoe moeten we dat nou eens goed aanpakken hè? En dan vraag ik vaak de wondverpleegkundige erbij, in consult, en die geeft dan advies.'

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

I2: 'Heb je het idee dat ehm, dat jouw collega's wel het wondprotocol kennen en gebruiken?'

R: 'Nou eh,, toevallig hebben we het er pas over gehad er er zijn er maar een paar die weten dat dat bestaat, dus. Maar het staat gewoon op ZIP?'

Gebruik wondprotocol door collega's

I2: 'Ja..'

I1: 'Maar je zegt we hebben het er pas over gehad, hoe kwam dat onderwerp zo ter sprake?'

R: *'Naar aanleiding van dat iemand zei o ja ik moet dat ding nog invullen weet je wel, die enquête. Dus die zat zo, huh, wondprotocol??? Nooit van gehoord weet je wel. Beetje zo op die manier.'*

Gebruik wondprotocol door collega's

Telefoon gaat ergens af...

I1: 'Wat zou volgens jou een factor kunnen zijn die positief of negatief het gebruik van het wondprotocol beïnvloed?'

R: *'Ehh.. Nouja, überhaupt dat je weet dat die er is, haha.'*

Niet kennen protocol

Dat is natuurlijk wel belangrijk. En ik bedoel, of het aan ons ligt, nalatigheid of dat het gewoon niet geïntroduceerd is ooit, ik weet het niet waarom dat komt. Er zullen er ongetwijfeld zijn die het wel weten, dus het zal eh... ooit wel een keer verteld zijn, dus... En je moet natuurlijk het belang ervan weten.'

Implementatie protocol

I2: 'Er zijn inderdaad ook scholingen geweest over het wondprotocol, maar dat was in 2008 volgens Wim (wondverpleegkundige).'

R: *'Ja dat is 6 jaar geleden, toen werkte ik hier nog geeneens, haha.'*

Implementatie protocol

I1: 'Haha dat zou heel goed kunnen.'

R: *'Dus het is misschien wel is een goede om dat is opnieuw eh,, te doen.'*

Implementatie protocol

I1: 'Jajaja, dat is een hele goeie.. Maar je zegt ook de belangrijkheid, en het belang ervan. Wat zou voor jou het belang van het protocol zijn?'

R: *'Eh... Nouja, ik denk dat het dan wel heel belangrijk is dat iedereen eenduidig hetzelfde doet...'*

Eenduidig werken

Ik bedoel ik denk... dat iedereen dat wel doet.

Gebruik wondprotocol door collega's

En ik denk..... dat iedereen dat wel doet hè, op basis van ervaring

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

en vaak schrijf je het ook in het wondblad van nou, ik heb dat en dat erop gedaan en gespoeld en nouja....

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

Dus dan zie je vaak ook wel denk ik dat je op 1 lijn zit hè, maar nouja.

Gebruik wondprotocol door collega's

En daar komt bij dat in de jaren natuurlijk wel de inzichten veranderen. Kijk zoals vroeger moesten we altijd spoelen met NaCl maar tegenwoordig zeggen ze nou kraanwater is ook goed.

Evidence based werken

Maar er zijn ook dokter die zeggen dat er met NaCl gespoeld moet worden, nou prima dan doen we dat. Het is ook maar net, eh, wie, eh wie, kijk de ene chirurg wil het wel maar de andere zegt nou

kraanwater is ook prima. Terwijl 'evidence based' kraanwater ook goed is, maarja goed als de dokter het wil dan doe ik dat. Zo ben ik, haha.'

I2: 'Ook al denk je eigenlijk dat het geen nut heeft zegmaar?'

R: 'Ehhhh, ja, als hij dat wil dan doe ik dat, prima.'

I2: 'En wat is de reden daarvan, dat je dat dan doet?'

R: 'Omdat eh.... Nou hij is uiteindelijk de opdrachtgever, dus ik bedoel, ik kan met hm in discussie gaan, dat kan...'

I1: 'Doe je dat ook?'

R: 'Ehhhhhhhhh, soms wel ja. Dan zeg ik soms van, kan het niet met kraanwater? Nee het moet met Nacl. Okeee..... En dan ga ik niet echt met hm in discussie van jaaa maar het is evidence based dat... Ja.. Zou je kunnen doen maar ik bedoel je weet... sommige chirurgen... Dat moet je gewoon niet doen.'

I2: 'Ja, die staan daar niet echt voor open.'

R: 'Dit horen de chirurgen toch niet hè, haha.'

I1: 'Haha, nee dit blijft tussen ons. In elk geval, je ziet het nut er dan niet van in om dat te gaan betwisten met een chirurg...'

R: 'Nee, eh nouja dat ligt eraan met wie. Als een assistent dat zou zeggen, ik bedoel dat is meer gelijkwaardig, dan zou ik best eens een boom op kunnen zetten bij wijze van spreken, maar snap je?'

I1: 'Maar er zit een hindernis dus, maar het is niet van eh.. Het hangt dus af van de functie van degene niet van het nut van de handeling.'

R: 'Nou, ehm... Voor mij maakt het toch niet uit, of ik nou een fles Nacl pak of ik doe het met kraanwater, maar ik weet gewoon dat kraanwater ook afdoende is, goed genoeg is, hè?'

I1: 'Ja, maar als een arts dat zegt ga je er dus bij bepaalde artsen wel tegenin en bij bepaalde artsen ook niet zegmaar.'

R: 'Ja weetje bij sommige assistenten ga ik daarbij in discussie en die zeggen dan nouja joh dan doe je toch water, die staan ervoor open en als ik dan zeg ja weetje het is bewezen dat het net zo effectief is om het met kraanwater te doen dan is het goed.'

I2: 'Ja de oudere generatie chirurgen is natuurlijk ook meer van de oude stempel en staat minder open voor de mening van verpleegkundigen.'

R: 'Ja het is precies wat je zegt, haha.'

I2: 'Maar de momenten dat je dan wel met de arts in discussie gaat, wanneer is dat?'

R: 'Nouja, over dit soort dingen. Of dat ze zeggen vanne, bijvoorbeeld ehm, dan zeggen ze bijvoorbeeld eh, 3 keer daags wondzorg en dan moet je spoelen, aquacell erin en dan eh 3 keer spoelen. Nou dan zeg ik dat heeft niet veel zin, ik bedoel aquacell moet je gewoon een dag laten zitten, als je dat er iedere keer uit gaan trekken kun je er beter niks in doen.'

I2: 'Nee dat heeft helemaal geen meerwaarde.'

R: 'En dan zeggen ze oooo? Is dat zo. Dus ik zeg het is of 3 keer spoelen en dan een kompres erop of je doet spoelen en aquacell en dan niet 3 keer daags. En vaak gaan ze daar ook wel in mee want dan zeggen ze ja jullie hebben ervaring, best. Weetje want ik bedoel dat is ook gewoon, weetje aquacell heeft gewoon z'n tijd nodig, dat moet gewoon verzadigen weet je wel. Dus datte...'

Relatie arts verpleegkundige

I1: 'Maar waar denk je dat de artsen het beleid op baseren?'

R: 'Ehm, naja hun weten gewoon nouja zo'n wond daar moet een aquacell in, hè dat lost de gele eh, het geel beslag op, maar hun denken dan het moet dan 3 keer daags gespoeld want dan gebeurt het goed en dat is natuurlijk ook wel zo maar dan moet je, het is of of, hè. En het is ook gewoon op basis van ervaring weetje dat heb je geleerd, en ik weet ook niet hoe ik aan die wijsheid kom maar ik weet het en dat probeer ik dan ook over te brengen op de dokter als ze wat anders willen.'

I1: 'Ja precies, oké. Maar jullie hadden het er dus over gehad naar aanleiding van die enquête die door ons is uitgedeeld, maar wordt er verder nog over gecommuniceerd over het wondprotocol?'

R: 'Nee eigenlijk niet... nee.. We hebben het wel is over een wond maar eigenlijk nooit dat iemand zegt van hee...'

Niet kennen protocol

I1: 'En over de wondzorg zelf?'

R: 'Ja dan heb je een wondblad, nou als je iets bedacht hebt voor een wond, en je denkt nou ik ga dat en dat doen en dat doe ik zo, dan kun je dat in het wondblad zetten en dan kun je ook rapporteren van hoe ziet de wond eruit en je collega kan het dan ook zien van nou zo zag die wond eruit toen ze ermee gestart zijn dan kun je ook zien hoe effectief het is natuurlijk, of het effectief is.'

I2: 'Wat vind je van het wondblad?'

I1: 'Ja, hoe vind je de communicatie daarin?'

R: 'Ehh, nou ik vind het niet duidelijk. Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik vaak gewoon rapporteer in de rapportage hoe een wond eruit ziet in plaats van in het wondblad.'

I2: 'Oké, en doen anderen dat ook zo?'

R: Soms wel, dan zetten ze bijvoorbeeld neer: wond is behandeld volgens plan, dan denk ik nou leuk, maar alleen als je een paar dagen werkt dan zie je hoe en wat en dan zie je de vooruitgang maar dat weet je niet door het wondblad te lezen. Als je eh, dan een paar dagen vrij bent dan en je ziet het weer dan denk je o nou jongens dat is goed opgeknapt. Maar dat moet je dan vaak gewoon zien hè. En natuurlijk een dokter kijkt ook gewoon mee als bijvoorbeeld iemand een wond heeft die geïnfecteerd is dan kijkt een dokter gewoon mee hoor, dat doen hun sowieso. En dan neem je dat vaak over.'

I2: 'Kan de communicatie rondom de wondzorg beter denk je?'

R: 'Ja, ja dat denk ik wel ja...'

I1: 'Wat kan daarin verbeterd worden denk je?'

R: 'Nou ja, ehm, ik vind dat wondblad gewoon niet zo duidelijk. En ehm, daarbij komt dat gewoon niet iedereen gebruik maakt van dat wondblad.'

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

I1: 'Wat is voor jou de functie van het wondblad?'

R: 'Nou ja als iemand een wond heeft, eh, dan moet je wel weten wat je collega gedaan heeft, dat moet je kunnen zien. Ik bedoel ik kan wel spul eraf trekken en zien o daar heeft aquacell ingezeten maar dat is natuurlijk niet de bedoeling, ik moet wel weten wat ik moet doen. Hè dus en als dat niet goed ingevuld is dan, eh dan is het een beetje natte vinger werk.'

Communicatie rondom wondzorg> tussen collega's

I1: 'Oké.... Stilte..... Nou, we hadden nog een paar vragen met betrekking tot het begrip verpleegkundig eigenaarschap, weet je wat dat betekent?'

R: 'Nou ehm,' (kijkt bedenkelijk).

I1: 'Of enigszins...'

R: 'Ik heb wel iets een idee denk ik, maarrem...' (kijkt nog steeds bedenkelijk)

I1: 'Zou je het iets kunnen verwoorden?'

R: 'Dat ehm, iedere verpleegkundige, eh, zegmaar ehm, z'n eigen koers vaart, ofzoiets?' (kijkt afwachtend)

Verpleegkundig eigenaarschap

I1: 'Nou ehm, mwaaa kan. Het zou erin kunnen passen, het is met name dat je zelf eigenaar bent en je zelf verantwoordelijk voelt voor een idee, bijvoorbeeld voor een wondzorgprotocol. En ehm, heb je het idee dat dat eigenaarschap, dat ze weten wat erin staat en er ook zorg voor dragen, dat dat gebeurt op de afdeling? Voor dat protocol?'

R: 'Ja het protocol, over de afspraken zo zou ik het willen noemen. Want het protocol, ik denk dat bijna niemand weet wat het protocol inhoudt, hè. Dus maar ik denk dat als iemand een koers ingaat

dat eh, we gaan de wond sowieso behandelen, en ik lees dat dan ga ik die koers volgen in die zin, behalve als ik denk nou, ehm volgens mij is dit niet helemaal goed. En ik denk als ik een ander beleid wil dan ehm, dan een collega bedacht heeft dan zal ik denk de wondverpleegkundige erbij vraag met de vraag dat en dat zit erop, zijn we wel op de goede weg, dat wel.'

Gebruik wondprotocol

I1: 'Ja, ja....'

R: 'Snap je?'

I1: 'Ja, ja dus dat je zelf verantwoordelijkheid neemt voor die wond.'

I2: 'En het beleid dus niet klakkeloos overneemt..'

R: 'Maar ik denk dus dat iedereen dat doet...verantwoordelijkheid nemen.'

I1: 'Hoe vind je dus dat dat gaat op de afdeling?'

R: 'Mijn beleving is wel dat iedereen dat doet ja, de één misschien wat meer dan de ander, maar ja.. iedereen voelt zich daar wel verantwoordelijk voor ja, om stappen te ondernemen.'

Gebruik wondprotocol door collega's

I1: 'Wat zou er dan in die wondzorg verbeterd kunnen worden volgens jou, heel algemeen gezien?'

I2: 'Als er wat verbeterd kan worden natuurlijk....'

R: 'Hmmm, nou ja misschien toch wel dat protocol meer onder de aandacht, dat gewoon, dat het gewoon heel eenduidig is, bijvoorbeeld bij zo'n wond, daar gaat dat en dat op... We gaan die wond zo en zo behandelen, dat het vastgesteld is zegmaar. En ik denk dat het over het algemeen ook wel zo gedaan wordt. Ik denk dat we het eigenlijk helemaal niet zo verkeerd doen...'

Implementatie protocol

I2: 'Maar je had toen ook van die boekjes, afgeleid van het protocol, waarin beschreven stond welke behandeling er op welke wond moet, gebruiken jullie die wel is?'

R: 'Die hadden we eerder in de kast staan ja, eh, weet je wat het is, wij hebben hier chirurgische wonden, altijd rood of met geel beslag. Altijd chirurgische wonden, die moeten schoon. En als er geel beslag komt doe je er gewoon aquacell in, en als het wat hardnekkiger is dan ga je de wondverpleegkundige erbij vragen, dus ik bedoel het is niet zo van o jongens ik heb nu zo'n aparte wond, ik moet nu even kijken in het boekje ofzo, dat heb je bij ons gewoon niet..'

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

I1: 'Eigenlijk wat je in het begin al zei, dat als er uitzonderingen zijn roep je de wondverpleegkundige erbij.'

R: 'Ja...'

I2: 'Nou duidelijk! Bedankt voor je tijd, en werkze.'

R: 'Ja dat was hm?'

I1: 'Ja, dankje en ga lekker aan het werk!'

R: 'Doeg!' Loopt weg.....

9.10.3 Interview 1 gecodeerd

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

- Bij twijfel over wondbehandeling wordt advies gevraagd aan arts of wondverpleegkundige.
- Wanneer wondbehandeling bepaald door arts onvoldoende is, wordt de wondverpleegkundige in consult gevraagd.

Behandeling wond op basis van kennis en ervaring

- Bij een niet afwijkende wond wordt wondbehandeling gebaseerd op eigen inzicht.

- Bij standaard wonden is voor de respondent duidelijk welke wondbehandeling er moet worden ingezet. Volgens de respondent is het niet nodig om het wondprotocol hiervoor te raadplegen.
- Wondbehandeling wordt gebaseerd op ervaring.
- Wond en wondbehandeling wordt onderling besproken tussen collega's.

Communicatie rondom wondzorg

- Wondbehandeling wordt vaak op het wondblad beschreven. Verloop wondbehandeling wordt beschreven in de rapportage.
- Respondent gebruikt het wondblad niet, maar de rapportage om wond en wondbehandeling te beschrijven.
- Volgens respondent moet de vooruitgang van de wond duidelijker beschreven worden in de rapportage.
- Wondblad is niet duidelijk en wordt niet door iedere verpleegkundige gebruikt.

Communicatie wondzorg - collega's

- Wanneer het wondblad door verpleegkundigen niet wordt ingevuld, bepaald de respondent op basis van kennis en ervaring hoe de wondbehandeling moet worden voortgezet.

Evidence based werken

- Inzichten in wondbehandeling veranderen.

Eenduidig werken

- Het is belangrijk dat verpleegkundigen eenduidig werken.

Gebruik wondprotocol door collega's

- Volgens respondent zijn collega verpleegkundigen niet op de hoogte van het wondprotocol.
- Naar aanleiding van de verspreide enquête over het wondprotocol kwam onlangs het gebruik van het wondprotocol tussen enkele verpleegkundigen ter sprake. Weinig collega's weten van het bestaan van het wondprotocol.

Gebruik wondprotocol

- Respondent maakt geen gebruik van het wondprotocol bij wondbehandeling.
- Respondent is van mening dat de wondzorg redelijk goed verloopt op de afdeling.

Implementatie protocol

- Onduidelijk is waardoor het wondprotocol niet wordt gebruikt. Opties als nalatigheid door verpleegkundigen of onvoldoende introductie van wondprotocol worden genoemd.
- Duidelijkheid over het belang van het wondprotocol.
- Wondprotocol is 6 jaar geleden geïmplementeerd. Respondent was toen niet werkzaam in het Ziekenhuis Gelderse Vallei.
- Goed om het wondprotocol opnieuw te implementeren.
- Het wondprotocol moet meer onder de aandacht van verpleegkundigen worden gebracht.

Niet kennen protocol

- Respondent is niet bekend met het wondprotocol.
- Respondent heeft nog nooit wat gehoord van het wondprotocol.

Relatie arts verpleegkundige

- Respondent gaat niet tegen oudere artsen in wanneer deze een andere wondbehandeling inzet dan vanuit de literatuur wordt aanbevolen. Deze staan vaak niet open voor de mening van verpleegkundigen. De respondent zou met assistent-chirurg wel in discussie gaan. Deze relatie is meer gelijkwaardig.

9.10.4 Interview 2

Datum: 25-4-2014

Tijd: 15:45

Interviewers (I): Doreth Boonstra (I1), Lonneke van Dijk (I2)

Respondent (R): Verpleegkundige afdeling Chirurgie Buikoncologie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede

I2: 'Ja, hij staat aan.'

I1: 'Voor ons onderzoek uhm moeten wij eh even weten hoe het staat met het wondprotocol op de afdeling. En eh of werknemers hier van af weten en eh of ze die gebruiken. En zo niet waarom dan. Dit om een goed beeld te krijgen naja dan kan het ziekenhuis natuurlijk ook verder kijken wat ze daarmee willen. En we nemen het dus ook op, dus ik hoop dat je dit goed vind ook.'

I2: 'We noemen geen namen.'

I1: 'We zullen het verder anoniem verwerken.'

R: 'Ja.'

I1: 'Uhm, ben je bekend met het wondprotocol?'

R: *'Ja ik heb dus keurig ja opgeschreven. Denk ik heb ik tuurlijk ooit heus wel dat wondprotocol opgezocht. Ik dacht nu laat ik dat toch even opzoeken. Het is nu wel wat aangepast. Maar ik weet het wel op globaal zegmaar.'*

Gebruik wondprotocol

I1: 'Ja'

R: 'Datteh'

I1: 'Dus je weet ervan, dat het bestaat?'

R: 'Ja.'

Gebruik wondprotocol

I2: 'En maak je er ook..'

R: *'Maar ik had dus wondprotocol in getoetst. Kreeg je ongeveer 100 protocollen hoor.'*

I2: 'Oké.'

R: *'Ja, dan krijg je niet het wondprotocol.'*

I1: 'Nee.'

R: *'En doorklikken bij wondzorg dat doet 'ie niet.'*

I2: 'Oké.'

R: *'Dit bestaat niet..'*

I2: 'Oké.'

I1: 'Dat is ook goed om te weten.'

Verpleegkundige laat op de computer iets zien.

Verpleegkundige kijkt waar ze moet klikken op de computer.

R: *'Dus, je hebt hier dus ook bij wondzorg, staat er eh. Kan je doorklikken voor het protocol. Wondzorg...ehhh.'*

I2: 'Ja.'

Stilte

R: *'eeehhh'*

I1: 'We zitten nou op de pc van het ziekenhuis.'

R: *'Van protocolwondzorg naar ontslag: "Het document is nog niet gepubliceerd."*

I1: *'Ik denk, het zou ook kunnen, dat ze er in aan het werken zijn.'*

R: *'Ja'*

I1: *'Ze zijn wel bezig met het aanpassen.'*

I2: *'Oké, maar dat is wel een dingetje inderdaad.'*

R: *'Het is niet echt makkelijk te vinden.'*

I2: *'Nee, nee.'*

R: *'Dat je het even snel ehhh.'*

I2: *'Nee.'*

I1: *'Maar u zocht op wondprotocol binnen de ziekenhuismuren? Of een google website..'*

R: *'Ja binnen op Q-portaal.'*

I1: *'Ja ja, dus echt wel ehh vanuit het ziekenhuis.'*

I2: *'Dat zijn alle protocollen van het ziekenhuis.'*

R: *'Dit zijn alle resultaten waar wond en protocol in staat. Dan krijg je dat zo ongeveer denk ik.'*

I1: *'Heel correct, ja.'*

Verpleegkundige zoekt het aantal resultaten op in de ziekenhuisdatabase.

R: *'Dit duurt even..... Eén tot vijfhonderdzevenenzestig resultaten.'*

I1: *'Vijfhonderdzevenenzestig resultaten.'*

R: *'Nou zoek dan maar even snel de goeie.'*

I1: *'Ja'*

I2: *'Ohja'*

R: *'Nou toen. Ik had het los gedaan, en toen ik heb het aan elkaar gedaan. Toen kreeg ik iets minder.'*

Gelach van alle drie de personen.

I1: *'Nou maar dat is wel belangrijk, want het één is brandwonden.'*

I2: *'oh vijfenveertig'*

R: *'vijfenzestig nog'*

I2: *'vijfenzestig'*

I1: *'vijfenzestig resultaten, oké.'*

R: *'dat is dus..'*

Stilte

I1: *'Wat link jij hieraan dan?'*

R: *'Ja dat dat natuurlijk, als ik dat even snel wil zoeken, dat ik dat niet snel ga vinden.'*

I1: *'Nee, nee, precies.'*

R: *'En toen dacht ik: ohw, maar bij die wondzorg staat het dus dat is handig. Maar daar kwam ik er dus ook niet.'*

I2: *'Nee, inderdaad.'*

R: *'Dus het is helemaal niet handig opgee...ehh.'*

I2: *'Nee inderdaad.'*

R: *'Ik ben er wel gekomen, ik weet niet. Ik ben gewoon die lijst langs gegaan.'*

I1: *'Ja, met herkeningspunten?'*

R: *'Ja, ja gewoon die lijst langs gegaan. Welke het dan het zou moeten zijn. Dit is allemaal. Dit is 'em in ieder geval niet.'*

I2: *'Ja, het is gewoon het algemeen volgens mij, maar...'*

R: *'Dit, kijk, alles wat wond heeft. Abdendectomie, dunne darmsectie, naja al dat soort dingen..'*

I1: *'Terwijl het ja, na ook, ja post operatief is natuurlijk.'*

R: *'Ja'*

I2: *'Gewoon het algemene wondprotocol.'*

R: *'T is niet handig. Maarja. Dus voor mensen die dat op zouden willen zoeken.'*

I1: *'Ja'*

Wondprotocol lastig te vinden

R: 'We hebben een tijdje gehad, dat we aan de binnenkant van de kast die zo.. ehh'

I2: 'Ja'

R: 'Wat doe je bij een eeh.. rode wond..'

I2: 'Ja'

I1: 'Is dat dat boekje?'

I2: 'Ja, dat is afgeleid van dat protocol inderdaad.'

R: 'Ja dat is veel handiger. '

I2: 'Maakte je daar ook gebruik van, van dat boekje?'

R: 'Jaa, ik meestal wel. Maar goed ik weet het langzamer hand wel, denk ik.'

Gelach

R: 'Van ehmm wat je moet gebruiken overal..'

I2: 'Ja.'

I1: 'Wanneer maak je er dan wel gebruik van op dat moment en wanneer niet? Van dat boekje.'

R: 'Naa, als ik twijfel zeg maar. Dan ehh wat moet ik nou op deze wond doen of ik overleg het even of.. Maar..'

I1: 'Wat maakt dan dat je op dat moment het even niet weet?'

R: 'Jaaa..Wanneer caltostat en nou aquacel.. Hoeveel procent geel is? Ehh.. is het nou geel genoeg? Zal ik nu even al aan de aquacel overgaan? Ofzo'

I1 & I2: 'Ja'

R: 'Zoiets..'

Gebruik boekje > afgeleid van protocol

I2: 'En als je een wond verzorgt hoe doe je dat? Waar baseer je het beleid op dan meestal?'

R: 'Ja er wordt hier natuurlijk door de artsen afgesproken. Maar die zijn, ik naja goed, ik ben er dus al ondertussen aangewend, want ik werk hier nu twee jaar. Maar aan het begin dacht ik: Wat ouderwets, het is van voor de oorlog hier weetje wel.'

I1: 'Echt?'

R: 'Ja alles spoelen.'

I1&I2: 'Ja'

R: 'En spoelen is eigenlijk helemaal, ja een diepe wond wel. Maar het is helemaal niet goed, want je koelt die wond elke keer af. Dus je kan veel beter.. Maar ik was gewoon altijd gewend om aquacel of caltostat er in te doen.'

I1: 'Ja'

I2: 'En zag je ook verschil dan in de praktijk daarmee of niet?'

R: 'Ja ik heb dan in de thuiszorg gedaan.'

I2: 'Ja..'

R: 'Maar ik was altijd heel erg verbaasd van de aquacel en de caltostat. Hoe snel een wond weer genas'.

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

I2: 'Dus je denkt dat dat echt beter is.'

I1: 'Je kijkt er beduusd bij.. Van.. maar wat is dat?'

R: 'Ja maar ik denk dat die artsen gewoon hier veel meer aan Wim moeten overlaten. Aan de wondverpleegkundige. Die weet er echt veel meer vanaf. Want het is altijd maar 3x spoelen. Of 2x spoelen.'

I1: 'Wat doe je dan als ze dat zeggen?'

R: 'Ja naja, met een arts assistente ga ik wel eens in discussie. Van naja volgens mij moet je er aquacel in doen, of ehhh hé! Of caltostat en dan vinden ze dat ook nog wel meestal goed, maar soms ook niet.'

I1: 'Ja'

R: 'Vinden zij gewoon dat dat moet zoals zij dat zeggen. Dan doe ik het zo, als zij dat zo willen.'

Relatie arts verpleegkundige

Maar soms ook niet hoor, soms denk ik naaa, het is volgens mij echt onzin. Doe ik er gewoon aquacel in.'

I2: 'Ja'

I1: 'Maar dat is dan natuurlijk jouw eigen ervaring geweest op dat moment.'

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

R: 'Ja! En ik ben natuurlijk ook, Wim geeft wel eens lessen. Naa en die heeft helemaal uitgelegd dat een wond afkoelt, dat dan het genezingsproces weet ik hoeveel uur stagneert enzo. En dat ga je hier 3x per dag doen.'

I2: 'Dus eigenlijk zou dat effectiever kunnen?'

R: 'Ja dat denk ik ja. Kijk hele diepe wonden, dan kom je er niet met aquacel, dan kan je er natuurlijk nooit zo ehhh.. En dikke en die heel veel pus geven, ja dan stroomt het eruit.'

Relatie arts verpleegkundige

I2: 'Ja dan moet het eruit.'

I1: 'En wat doen je dan met die bevindingen nu? Nu je dit ook zo zegt..'

R: 'Ja weetje, ja ik weet niet maar heb je wel eens op chirurgie gewerkt?'

I1: 'Nee..'

R: 'Het is heel lastig om in discussie te gaan gewoon. Zij hebben gelijk. Vinden ze zelf.'

I1: 'Dus dan volg je hun beleid daarin?'

R: 'Ja, als zij dat zo willen.'

Relatie arts verpleegkundige

I1: 'Oké, uhhh..'

I2: 'En roep je Wim ook wel eens erbij?'

R: 'Jawel, dat doe ik wel ja. "Ik heb dat en dat gedaan, wil je even kijken of ik dat ehh of ik het goede heb gedaan?"'

I2: 'Ja'

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

Stilte

I1: 'Wat zijn volgens jou factoren die een positieve of juist een negatieve invloed kunnen hebben op het eeh volgen van dat protocol?'

R: 'Ja, zucht. Ik denk dat als je het volgt dat dat goed, gewoon positief is eigenlijk. Staat gewoon ehh, dus als je het niet volgt denk ik dat het langere ehhh duur van wondgenezing tot gevolg heeft.'

Betere wondgenezing

I2: 'Ja'

I1: 'Wat maakt dat het dan positief is om te volgen?'

R: 'Omdat daar volgens mij de meeste ehh recente ehhh bevindingen van over wondzorg in eeh verwerkt zijn.'

Evidence based werken

I1: 'Ja'

R: 'Ik weet niet hoe vaak het wordt geupdate.'

I1: 'Nee precies.'

I2: 'Als het goed is gaan ze dat nu weer binnenkort doen. Maar in het hele protocol staat volgens mij niets over spoelen überhaupt.'

R: 'Nee. Nee, dat zal best wel.'

Gelach

I1: 'Maar dat is al wel heel wat.'

R: 'Ja! Dateh.. Nee, dat is ook best ouderwets.'

I1: 'Bespreek je dit soort dingen onderling? Met elkaar als afdeling?'

R: 'Ja, met sommige wel. Maar ja, weet je je ziet hier ook soms mensen die hier al jaren zitten maar waar je... Ja, die zijn ook gehospitaliseerd. Dan kun je wel zeggen van joh dat hoort zo niet. Zijn ze best agressief nog in. Zet een boze stem op: "En wij doen dat altijd zo hier!" Nou ja goed.'

I2: 'Och ja, ja.'

R: 'Maar ik vind dat gewoon niet goed, dus ehh.'

I1: 'Staan ze dan open voor die discussie?'

R: 'Sommige wel hoor, maar gewoon een aantal niet.'

I2: 'Maar echt het grootste deel niet of.. het grootste deel wel?'

R: 'Ja...Toen ik hier pas werkte dacht ik het grootste deel niet, nou langzamerhand...'

I2: 'Begint het iets...'

I1: 'Het is natuurlijk ook een proces van elkaar leren kennen daarin.'

R: 'Ja elkaar leren kennen hé. Ik was hier ge.. Toen ik hier kwam, dus ook niet vrijwillig. Ik was hier geplaatst omdat een afdeling dicht ging, dus dan zit je ook niet echt in een positieve 'mood' zeg maar. Dus dan ervaar je het al gauw van iedereen is gehospitaliseerd. Maarja dat valt ook wel mee.'

Communicatie rondom wondzorg > tussen collega's

I1: 'Ja precies. En wat vind je van de communicatie over de wondzorg zelf? Uhm. Hoe je naar elkaar overdraagt, uhm dat wondzorg blad?'

R: 'Naja, dat wordt heel slecht gebruikt. Ik heb dus nu twee dagen op een afdeling, op kamers gezeten, die allemaal gespoeld moesten worden. En ik ben bij allemaal apart het wondblad gestart, want er was niets gestart.'

I2: 'En wat denk je dat er de reden van is geweest?'

R: 'Ik hoor van sommige: Ik vind het veel makkelijker als je het rapporteert. Maar ik niet, want dat moet ik dan helemaal door gaan lezen. En als ik het wondzorgblad kijk ik gewoon alleen de wondzorg.'

I2: 'Vind je dat wondzorgblad makkelijk?'

R: 'Ahh.. veelte kleine vakjes joh, nu ook met rapporteren. Ook met rapporteren, ik moet... ja, zo'n vakje. Daar kan je maar één zinnetje tegelijk lezen. Dat is toch...'

I2: 'Dus niet optimaal'

R: 'Nee, en ik vind ook.. Er zitten gewoon dingen in die helemaal niet zo relevant zijn. En, hoe de lengte, breedte, hoe rood is de wond dat is natuurlijk ook belangrijk. Vroeg had je een blad en dan kon je tekenen. Want nu weet je nog niet als je dat gelezen hebt, hoe de wond eruit ziet. Toen tekende je de wond elke week, en kon je ook zien of die kleiner werd. Ofzo, of andere vorm.'

I1: 'Soms moet je het gewoon zien hé.'

R: 'Zoiets is gewoon handiger. Want wat weet ik nou over een wond die 5 cm lang is en 4 cm breed. Maar hij kan zo zijn, of zo zijn.'

I1: 'Of ovaal.'

R: 'Ja, dus ik vind het niet een handig blad, maar je kunt hier ook niet in tekenen in Norma.'

I2: 'Nee, volgens mij niet.'

R: 'Er zit dus wel bij stoma zorg zo'n poppetje, maar volgens mij ehh. Waar zit dat ookal weer? Er zit dus ergens zo'n poppetje. Waar je waarschijnlijk wat kunt tekenen.'

I2: 'Ja ja dat klopt. Ik weet ook niet waar dat is, maar ik weet wat je bedoelt.'

I1: 'Wat is dat voor iets?'

R: 'Het wordt door niemand gebruikt hoor.'

I1: 'Daar kan je dus zien hoe groot of hoe ..?'

I2: 'Is het niet bij meetingen blad en dan eeehh.'

Stilte

R: *'Ik weet het allemaal niet meer. Het staat ergens.'*

I2: *'Ja ik weet wat je bedoelt..'*

R: *'T is iets wat ergens staat, maar waar. Misschien dat je het toch ergens kan ehh.. tekenen. Wel lastig...'*

I1: *'Dat zou voor jou dus een meerwaarde zijn? Als dat ehh ingevoegd zou worden?'*

R: *'Jaa, ik kan nu niet uit die wond zorg blad halen : Nou zo ziet die wond eruit.'*

I2: *'Nee, nee.'*

R: *'Dat moet ik toch even zien. Ja het is natuurlijk wel vaak zo, maar je doet de lengte, de breedte en de diepte. Droogheid, mate van exerdatie.'*

I2: *'Maar ehm, wordt dat altijd volledig ingevuld?'*

R: *'Nee kijk als iemand geen pijn heb he, steeds. Moet ik dan steeds voor en na de ehh, elke dag als ik dat rapporteer dat doen. Dan denk ik ja... Hij heeft gewoon geen pijn, moet ik dat dan elke keer opschrijven.'*

I1: *'Hoe weeg je dat dan af aan elkaar? '*

R: *'Ja... Wanneer ik iets wel..?'*

I1: *'Of wanneer je iets dan wel rapporteert of niet rapporteert?'*

R: *'Als iemand echt aangeeft hé van de wondzorg van heel veel pijn ofzo. Dan schrijf ik dat wel op. Want er staat ook de omschrijving van de pijn in de rapportage over de pijn. Als iemand nou al gewoon helemaal geen pijn heeft tijdens de wondzorg dag in dag uit. Moet ik dat dan dag in dag uit rapporteren?'*

I1: *'Hoe komt er dan wel consintie in? Dus dat je in elke week het opschrijft? Of hoe doen jullie dat dan?'*

R: *'Ja, er wordt helemaal niet opgeschreven.. Er wordt echt heel inconsequent gebruikt. '*

I1: *'Ja oké. Wat zou er nog meer anders of beter dan in de wondzorg communicatie? Of in de wondzorg zelf.'*

R: *'Weetje, ik kan het altijd wel vinden. Toch ergens, altijd hebben ze het toch wel ergens opgeschreven hoe ik die wond moet behandelen. Maar gewoon niet op de goede plek.'*

I1: *'Tis dus wel even zoeken.'*

I2: *'Het zou fijner zijn als het gewoon op één plek te vinden is.'*

R: *'Ja!'*

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

I2: *'En qua overdracht hoe vind je dat gaan? Onderlinge overdracht'*

R: *'Ja dat wordt niet gedaan. In principe als het opgeschreven staat ... Natuurlijk wel soms, als er iets speciaals is.'*

I2: *'Dus als het van belang is dan wel?'*

R: *'Ja'*

I1: *'Of als het speciaal is ofzo.'*

R: *'Ja, omdat zij niet uit de wond kreeg. En bij mij bleef het er maar uit lopen, was het zo apart.'*

Communicatie rondom wondzorg

I1: *'Kent u het begrip verpleegkundig eigenaarschap?'*

R: *'Naja verpleegkundig eigenaarschap is eeh. En dan interpreteer ik het hé...'*

I1: *'Ja ja'*

R: *'Dat je eigenaar wordt van eh, de wondzorg zeg maar.'*

I1: *'Ja ja dat is het in het kort in feite ook. '*

I2: *'En hoe zie je dat hier op de afdeling? Het eigenaarschap van de wondzorg.'*

R: *'Ja...'*

I1: *'Of van het wondprotocol?'*

R: *'Er is wel een werkgroep van wondzorg'*

I1: 'Is die laatst in het leven geroepen?'

R: 'Ze zijn nu van alles opnieuw aan het verdelen. Gister zijn daar een aantal mensen aan toegevoegd.'

I2: 'Oké, dat wist ik niet. Dus ze zijn er wel mee bezig.'

R: 'En die post operatieve wondinfectie is ook een werkgroep. Er was toen een heel protocol dat je met een schort om moet bij infectie. En contact isolatie verplegen. Zoiets.'

I2: 'Oké.'

R: 'Daar is een protocol van, of staat bij ons op de I schijf. Er is wel iets van opgeschreven.'

I1: 'Wat vind je van het verpleegkundig eigenaarschap hier op de afdeling?'

R: 'Ja, weetje.. Je moet dus alles wat je moet doen als extra er allemaal buiten doen, buiten je werk doen eigenlijk hé. Daarom komt er van die werkgroep niets van terecht. Ik ben dus zo ook nog even bezig voor die oncologie. Omdat ik dat echt van de week wil doen. Ja je moet het wel allemaal buiten je tijd om doen.'

I1: 'En ook willen doen.'

R: 'Ja, en als je dan met een aantal in een groepje zit, moet je bij elkaar komen. En moet je dus vaak voor terug komen. Want je hebt dat niet iedereen tegelijk werkt. Ik vind van zulke dingen dat het ook gefaciliteerd moet worden vanuit het ziekenhuis. En je mag je uren wel achteraf opschrijven, maar je moet het wel in eerste instantie buiten je geplande uren doen. En ja iedereen heeft toch een contract met wat je met thuis kan handelen. En als je dan opeens elke keer moet terug komen. Ik denk dat het daarin ook meer zou schelen'

I1: 'Daardoor zou dat in verbeterd kunnen worden. Dat ze dat faciliteren. Of beter faciliteren.'

R: 'Ja, precies beter faciliteren. Nee joh, dat zijn al discussie die al elke keer lopen hier. Het is natuurlijk een kwestie van geld.'

I1: 'Dus dat zou een oplossing zijn om dat te kunnen faciliteren? Of nog iets anders?'

R: 'Dat alle werkgroepen uren krijgen. Stel dat je in die werkgroep zit, en je krijgt daar één keer in de drie maanden vier uur voor. Dan weet je dan ga ik die 4 uur missen. Dat hebben al die mensen, dus dan zitten we bij elkaar. Ja, dat gaat dan makkelijker'.

I1: 'Er moet dus wel wat voor nodig zijn om dat..'

R: 'Ja je kunt natuurlijk heel veel werkgroepen hebben. Gister hadden we vergadering en toen waren er heel veel werkgroepen. En nu kwamen al die seniortaken daar ook nog bij, die moeten verdeeld worden. Naja ik dacht ja daag, op een bepaald moment heb je ook genoeg. Alles wat ik doe is genoeg.'

I2: 'Maar denk je dat er wel genoeg motivatie is voor die werkgroepen? Of is het meer omdat het moet.'

I1: 'Of voor andere externe dingen?'

R: 'Ja, naja ook niet dat betaamd wel, omdat het te veel wordt voor mijn gevoel. Het is ook niet een afdeling waar het heel ontspannen is. Dat je een ontspannen dagje hebt, en dat je extra dingen kunt doen.'

I1: 'Ik herken het punt wel, ik herken het heel goed. Dat het teveel wordt voor mensen.'

R: 'Je bent hier altijd op volle kracht bezig. Ja en dan moet je nog andere dingen doen...'

I2: 'Ja ja is ook zo.'

R: 'Op een bepaald moment is de rek eruit.'

I2: 'En heb je het idee dat ze hier op de afdeling open staan voor vernieuwingen? Of..'

R: 'Ja een deel wel, maar ook een deel niet. Maar aan de andere kant, als je ziet hoeveel er veranderd is de laatste tijd, zijn ze toch best wel flexibel. Al mopperend gaan ze het toch wel gewoon mee.'

Verpleegkundig eigenaarschap

I1: 'Nou dat waren volgens mij onze vragen. Dank u wel.'

I2: 'Ja.'

R: 'Alsjeblieft.'



9.10.5 Interview 2 gecodeerd

Behandeling op basis van eigen kennis en ervaring

- Respondent denk dat het beleid van de arts soms onzin is, en doet dan toch hetgeen denkt dat goed is.

Behandeling wond in samenspraak met arts of verpleegkundige

- Wond behandeling wordt door de arts bepaald en afgesproken.
- Wondverpleegkundige wordt er bij geroepen om te checken of de behandeling goed is gedaan.

Betere wondgenezing

- Het volgen van het protocol is goed en positief.
- Niet volgen heeft als gevolg langere duur van wondgenezing.

Communicatie rondom wondzorg

- Er wordt niet overgedragen, tenzij er iets speciaals is. Omdat het als het goed is opgeschreven staat.

Communicatie wondzorg - collega's

- Soms lastig om met collega's te overleggen omdat ze zelf al lang werken en gewend zijn aan een bepaalde manier van werken.

Communicatie wondzorg - wondblad

- Er wordt bijna geen gebruik gemaakt van het wondblad.
- Het wondblad is niet handig ingericht, omdat de ruimte voor rapportage erg klein is.
- Wondblad wel gebruiken is makkelijker omdat je dan 1 plek waar informatie staat over de wonden, en dan hoeft je niet alles te lezen.
- Met wondblad wordt nog niet duidelijk hoe de wond er uit ziet. Vroeger met tekeningen was dat duidelijker. Nu ook weer meer met tekeningen gaan werken zou helpen.

Evidence based werken

- In protocol zijn de meest recente bevindingen over wondzorg verwerkt, daarom is het belangrijk om het te volgen.

Gebruik wondprotocol

- Respondent weet van het bestaan van het wondprotocol en is er bekend mee. Heeft het opgezocht en weet dat ze globaal weet wat er in het protocol staat.
- De respondent gebruikte ook vaak een boekje waar informatie staat over wondzorg. Dit boekje is afgeleid van het wondprotocol. Ondertussen weet de respondent wel wat in het boekje beschreven staat dus gebruikt ze het niet meer regelmatig.

Relatie arts – verpleegkundige

- Artsen moeten meer aan de wondverpleegkundige overlaten, die weet er meer vanaf.
- Met een arts assistente gaat de respondent wel de discussie aan, en dan wordt dat ook geaccepteerd en goed gevonden door de arts assistente
- Op chirurgie is het lastig om in discussie te gaan met de artsen, zij vinden dat ze gelijk hebben. Dus daarom volg ik hun beleid, omdat zij dat zo willen.

Verpleegkundig eigenaarschap

- Eigenaar worden van wondzorg

- Op de afdeling is er een werkgroep van wondzorg en post operatieve wondinfecties.
- Alle extra dingen moeten buiten werktijd gebeuren, waar je achteraf wel uren voor kan opschrijven.
- Vanuit het ziekenhuis moet meer gefaciliteerd worden dat het ook mogelijk is om werkgroepen goed te kunnen doen.
- Drukke afdeling waar ook niet snel een rustige dag is om extra dingen te kunnen doen.

Wondprotocol lastig te vinden

- Wanneer je doorklikt bij wondzorg in NORMA geeft het aan dat het document nog niet gepubliceerd is.
- Zoeken binnen Q-portaal op wond en protocol geeft 1 tot 567 resultaten. Op wondprotocol aan elkaar geeft dit 65 resultaten. Niet makkelijk om daar snel het goeie protocol tussen te vinden.

9.10.6 Interview 3

Datum: 25-4-2014

Tijd: 14:45

Interviewers (I) : Lonneke van Dijk (I1), Lysanne Wien (I2)

Respondent (R) Leerling verpleegkundige afdeling Chirurgie Buikoncologie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede

Verpleegkundige komt binnen gaat zitten.

I1: 'Nou in ieder geval bedankt dat je de tijd wil nemen om te komen interviewen'.

R: 'Ja hoor.'

I1: 'Als je het goed vind nemen we het interview dus ook op. '

R: 'Ja hoor geen probleem.'

I1: 'Worden voor de rest anoniem verwerkt dus'

R: 'Helemaal goed.'

I1: 'daar heb je verder geen last van.'

R: 'Mooi'

I1: 'okee'

I2: 'Nou we willen je eigenlijk even interviewen want we hebben hier enquetes afgenomen op de hele afdeling. En dit is eigenlijk meer een verdieping daarvan. '

R: 'ja'.

I2: 'Dus dat we echt persoonlijke redenen en dergelijke uh over het gebruik van het wondprotocol uh inzichtelijk maken'

R: 'ja'.

I2: 'Daar hebben we een vragenlijst voor opgesteld en die vragen willen we je eigenlijk vragen nu. '

I1: 'Ben je bekend met het wondprotocol?'

R: 'Dat ben ik zeker'

Gebruik wondprotocol

I1: 'ja....'

R: 'Ja, Ja Ik denk een van de weinige moet ik zeggen, denk ik'.

I1: 'Oké....'

I2: 'En waarom denk je dat? '

R: 'Nou ja dat hoor je steeds vaker en uuh. Ik moet nu zeggen de uh... want ik had hem op uh uh.. hoe heet dat uh Norma ook een keer geprobeerd maar daarzo pakte die hem helemaal niet. Dat verbaasde me. Want we hebben toevallig van het weekend had ik het met een collega over van goh ik zeg ja ik heb het wondprotocol uh postoperatieve wondinfectie dat soort dingen heb ik in gang gezet.

Oh oh hoe uh zit dat dan? Dus vandaar dat ik zo iets heb van uh volgens mij ben ik een van de weinigen die uh daar wel van afwijkt zeg maar.'

Gebruik wondprotocol door collega's

I2: 'Ja, oke.... Wat is het programma wat je net noemde?'

R: 'Dat is de uh... patiënten dossier uh... zeg maar uh... ja'

I2: 'ok, juist.... en wanneer maak je gebruik van het wondprotocol. '

R: 'uh... Nouja... Eigenlijk als je al vermoed dat er een uh.. althans een uh.. als er een postoperatieve wondinfectie, dat komt het meeste voor bij ons. Euhm.. Heel af en toe nog wel een keer een decubitus wond dat soort dingen dan gebruik ik 't altijd wel.'

Gebruik wondprotocol

Ik heb ook een tijd mee gelopen met Wim Jansen de wondverpleegkundige en daar hebben we ook een zakkaartje meegekregen dus dat ja.. Kun je ook als verlenging daarvan gebruiken. Ja, ja.'

Gebruik boekje > afgeleid van protocol

I1: 'Oké..'

I2: 'Oké en uhm... door mee te lopen met de wondverpleegkundige heb je daar, zie je daar de voordelen van of..'

R: 'zeker, zeker.'

I2: 'Heb je daar veel van..'

R: 'Want je gaat toch anders, of anders. Uhm. Uhm. Kijk iedere wond ook al is het dezelfde wondinfectie, iedere wond is anders zeg maar. Dus uh, je leert zeg maar veel dieper op een wond in te kijken van he wat ik heb ik nou eigenlijk echt nodig. Hoe zien de wondranden er uit. Op school leer je wel een beetje de basis maar ja zoals wim jansen of een andere wondverpleegkundige die kunnen je toch net wat meer uh..uh.. der over vertellen enuh. Zo'n zakkaartje uh.. dat brengt je natuurlijk ook alweer een stap verder. Maarja, dan moet je het alsnog wel gebruiken.'

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

I: 'Ja...'

R: 'Dat ist hem vaak denk ik.'

I1: 'Ja, okee en waarom gebruik jij het wondprotocol wel?'

R: 'Ja ik vind het ja, een protocol daar moet je je aan houden. En uh.. uh..het is ook een beetje een verlengstuk van je eigen kennis zegmaar. Soms wordt een protocol ineens verandert omdat er uh.. nieuwe innovaties zijn en ja als je iedere keer zo iets hebt van ooh dat was altijd al zo, dus dan kan het nu ook wel ja dan heeft het alsnog geen nut zeg maar. Dus ja ik vind dat echt wel belangrijk dat dat soort dingen er zijn en dat je dat ook wel gebruikt. Althans daar gebruik van maakt. Ja, ja.'

Verlening van kennis, gebruiken protocol

I2: 'Oke..... – stilte – Uhm... wat zijn voor jou redenen om van het protocol af te wijken?'

R: 'Uhm.... Stilte – wat zijn de redenen, als ja als de arts het natuurlijk voorschrijft dat je dat er iets anders moet gebeuren dan het protocol schrijft.'

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

Of mijn kennis moet dusdanig zijn dat ik zo iets heb van ik kan beter dat doen dan dat wat het wond uh uh uhm, uhm, protocol zegt. Maar ja ik moet zeggen, ik ben bijna klaar met mijn opleiding dus zover rijkt mijn kennis nog niet, dus ja dan zou ik ook niet snel van een wondprotocol afwijken. Zeg maar. Nee dan moet ik echt wel 100% zeker moeten weten, niet 99,9% maar echt 100% zeker weten van nou dat is echt wel beter is dan wat er nu beschreven staat.'

Afwijken van protocol

I2: 'En als bijvoorbeeld een arts een ander wondbehandeling voorschrijft dan wat jij denkt dat goed is, zou je dan ook met de arts uh... overleggen? '

R: 'Zeker, ik heb best wel, ben best wel iemand die best wel z'n bekkie klaar heeft. Uhm.... maar ik ben wel iemand dat als ik zo iets heb van ik weet het 99,9% zeker dan hou ik eerst mijn mond dicht, ga ik het eerst uitzoeken, als ik het echt 100% zeker weet dat het geen wat ik in mijn hoofd heb veel beter is dan zou ik dat toch ook echt wel bespreekbaar maken met de arts. En ook vragen natuurlijk naar zijn mening, waarom hij/zij denkt waarom dat dan beter is. Zeker.'

Relatie arts verpleegkundige

- Stilte -

I2: 'Uhm... En als je afwijkt van het wondprotocol weet je dan wat de gevolgen zijn voor zo'n afwijking?

R: 'Uhm... Dan moet je jezelf af gaan vragen of het protocol wel up to date is, vind ik.

Verpleegkundige verantwoordelijkheid

Natuurlijk als je een behandeling in zet die anders is dan het eigen protocol, moet je ook de consequenties aanvaarden stel dat het wel misgaat. He, want je bent toch bezig met uh.. mensen en niet met uh.. bakstenen die je weer opnieuw kan maken. Uhm... Ja weet je, je kunt er altijd op gepakt worden als er iets fout gaat.

Gebruik wondprotocol

Kijk als het goed gaat, ja oké, 9 van de 10 keer gaat het goed kun je dan zeggen. Maar je zal net die 10^e keer zijn, en dan ga je gewoon echt mega de fout in en ja dan, de rest ken je natuurlijk ook wel aan consequenties. Ja.. Ja..

Verpleegkundige verantwoordelijkheid

I2: 'ja, ja, oke..'

I1: 'En wat zijn voor jou uhm.. factoren die positief zijn voor het volgen van het protocol. Laat maar zeggen dus uhm.. wat maakt nou dat jij het belangrijk vind om een protocol te volgen, wat is daar uhm.. een beïnvloedende factor voor?

- stilte-

R: 'Uhhhhmmm.....

I1: 'Snap je de vraag of...?

R: 'ja ja.. Het is meer uhm.. Kijk het is ondanks da het, hè je hebt bepaalde protocollen of producten die je kunt gebruiken bij een rode wond.. Nah iedere rode wond is anders dan een andere wond. Alleen de basis van een rode wond blijft overal het zelfde. Uhm... ja hoe moet ik dat nou zeggen. Van uhm.... Vind ik lastig om uh. Als je... Een rode wond is altijd zeg maar wel de basis zeg maar. Daarom heb je ook een protocol wat ook wel de basis al is. Kijk wordt het complexer dan vind ik al dat het buiten jou eigen uh.uh..

Betere wondbehandeling

kennis of verpleegkundig straatje om gaat en dan moet je echt iemand hebben die expert is, bijvoorbeeld de wondverpleegkundige of de arts assistent, of de chirurg die mee moet kijken. Uhm.

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

Kijk tot aan het protocol kun je altijd wel gaan zeg maar. Dat kun je zelf in gang zetten en dat kun je al zelf gaan doen. Ga je daar buiten dan ja.. Dan ja.. Doe dat of in overleg. Ja.. ik. Ik vind het wel belangrijk dat je binnen die kaders wel blijft werken en niet denkt van ooh.. ik probeer het wel een keer en we zien het wel. Ja dat. Ja, het is gewoon echt een basis die ik zo belangrijk vind. Weet je, je krijgt een bepaalde kennis mee vanuit school. Maar je hebt ook echt een praktijkkennis wat soms 180

graden uh.. kan draaien uh.. zeg maar. Dus ja, protocol. Als je dat aanhoudt kun je eigenlijk niks fout doen. Zeg maar.

Protocol is de basis, om aan te houden

I1: 'en wat je dus ook eerder zei van als je het dan anders doet dan moet je die 100% zeker weten en dan moet je dus niet.....

R: 'Ja dan moet je het echt 100% zeker weten. Ja. Ja. Ja. Ja

Afwijken van protocol

I1: 'oké. '

I2: 'overleg je daarbij ook nog wel eens met je collega's? '

R: 'zeker, zeker, heel vaak, althans, uhm... soms heb ik nog wel eens wonden, dat ik denk van joh ik twijfel een beetje of het nou echt een infectie is.. kijk ff mee. Of wat zou jij doen. Ik denk hieraan, denk jij daar ook aan? Weet je, ja. Weet je een overleg moment is zo gedaan. Kijk als je iets moet herstellen, daar doe je dan weer langer over natuurlijk.

Communicatie rondom wondzorg

I2: 'ja.'

R: 'ja..'

I1: 'En wat maakt nou, want je zei aan het begin van het gesprek al van dat jij eigenlijk een van de weinigen bent die het protocol volgt. Wat maakt nou dat jij dat wel, uh.. wat is voor jou daar de invloed van dat jij het wel wil blijven volgen, terwijl mensen om jou heen dat volgens jou zeggen dan niet doen?

R: 'ik denk dat uh.. vooral de laatste tijd te maken heeft met alles wat digitaal wordt. Uh.. de verpleegkundigen die hier werken zijn toch al wat meer, of ouder, maar uh.. in ieder geval, rotten in het vak, die wat langer mee lopen. En die beginnen net pas met de computer te werken sinds 2/3 jaar. En ik denk dat daar best wel een groot punt zit. Uh.. Ze willen best wel met de computer werken, alleen de jeugd van tegenwoordig dat is allemaal appjes en dingentjes, weet je. Dus ik denk dat daar gewoon het grote verschil in zit. Ik kan heel makkelijk een protocol opzoeken of ik kan heel makkelijk beginnen uh.. om een orale antistolling op te starten en ja voor een ouder iemand die nooit eigenlijk met computers werkt of met een android telefoon, of dat soort dingen, dan loop je eigenlijk al vast. Dus ik denk dat daarin denk ik wel een puntje zit wat bij de al wat oudere generatie zeg maar uh... wel een heikel punt blijft.

I2: 'En uhm.... Heb je ook het idee dat uh... tijd of werkdruk ook invloed heeft op het gebruik van het wondprotocol?

R: 'hmm... Ja. Aan de ene kant denk ik wel. Aan de andere kant niet. Uhm.. kijk op zich de afdeling waar ik nu zit de buik/oncologie is natuurlijk een behoorlijk high care afdeling. Uh.. met behoorlijk, vaak behoorlijke zorgzwaarte, en uh.. kijk dan moet je je computer op starten, dan moet je ZIP opstarten, dan ga je weer naar Qportaal, dan moet je ah, weet je. Of je zoekt het op via uh.. het NORMA zelf uh.. uh.. de hele elektronisch patiënten dossier, maar dan werkt die link weer niet en oh, weet je wel, zo. Aan de ene kant heb ik zoiets van, het is heel makkelijk om eigenlijk op te zoeken als je het maar weet. En aan de andere kant denk ik van ja, het is wel weer en computer op starten en dit opstarten en dat opstarten. Dus... Daarom heb ik zoiets van: ja en nee.

Tijd tekort

I2: 'Ja, oké... '

I1: 'Hoe ben jij op de hoogte gekomen van het, dat er een wondprotocol is en ook met het werken van het wondprotocol?

R: 'Uhm... Het is ooit benoemt in een vergadering. We hebben standaard, zeg maar, iedere week een HighHigh noemen ze dat dan, dat is zeg maar het laatste up dates op de afdeling worden dan doorgesproken, daar heeft het wel eens in gestaan. Nou ja ik heb toen mee gelopen met Wim Jansen,

dus nou die had het toen ook al over, goh we gaan ook met post operatieve wond infecties, gaan we mee aan de gang, hou het in de gaten. Dus ja, in principe wordt je wel voldoende, vind ik, op de hoogte gehouden. Ja... Ja..

Implementatie protocol

I1: 'En je bent er zelf natuurlijk ook actief mee bezig om dat je dus ook wil streven naar 100% zekerheid, waardoor je dus ook bezig bent met evidence-based practice aan het werk zijn.'

R: 'Zeker, zeker... Ja, ja, moet toch altijd proberen om uh.. de patiënt zo snel mogelijk weer te kunnen genezen enuh.. enuhh.. ja. Weer met een goed hart uh... weer naar huis toe te kunnen laten gaan.'

I2: 'En heb je ook het idee dat het protocol helemaal evidence based is?'

R: 'Das een goeie vraag... uhm... Laat ik het zo zeggen aan de ene kant, tis heel slecht, maar je gaat er wel vanuit. Uhm... ik moet zeggen ik heb niet zelf nagekeken of uhm... het ook echt zo is. Dat moet ik wel heel eerlijk zeggen. Ja..

Evidence based werken

I2: 'oké.. uhm... hoe is volgens jou de communicatie uh.. rond het volgen van het wondprotocol? Gewoon binnen het team.'

I1: 'of algemeen wondzorg, want als het protocol niet ter sprake komt maar je bent wel bezig met wonden natuurlijk.'

R: 'uhm... Op zich vind ik dat wel redelijk. Ik moet zeggen, nouja dat heb ik op een andere afdeling dan een keer een avond gehad over wondzorg. Uhm... ik denk dat dat ook wel leuke optie is om dat hier een keer door een wondverpleegkundige of dergelijke uh.. te laten doen. Ik denk dat daar de kennis wel ff weer wat meer uh... af en toe sijpelt dat wel wat weg uh.. met de kleine dingentjes. Maar uh.. Ja zwarte wonden komen eigenlijk niet zo veel voor. Maar als je zwarte wonden hebt weer 1 keer in de 3,4,5,6 maanden, dan is het wel weer dat ik ff moet nadenken van ohja, hoe zat dat ook alweer. Uh.. dus in dat opzicht zou ik zelf ook wel kunnen aanrekenen dat ik af en toe weer een keer de boeken in moet van hé hè hoe zat het ook alweer. In plaats van alleen als het voor komt.'

I1: 'Maar en, en echt gericht op de communicatie, dus als je met overdrachten en met communiceren met uh.. wat er wel of wat er niet moet gebeuren voor een wond. Als je echt op dat gebied kijkt van hoe het daar, op wat voor een manier wordt daar mee omgegaan?'

R: 'Op zich uh.. verbeterd het wel. We hebben uh.. tegenwoordig heb je het wondblad zeg maar in het elektronisch patiëntendossier. Kijk je gaat ook minder overdragen, tenzij het echt bijzonderheden zijn, anders ben je het gewoon vergeten op te schrijven, heb ik zoiets.. Uhm.. dan ga je weer praten over de generatie kloof van de ene die vind het makkelijk en de ander denkt van oooh.. dat tabblad weer en dat tabblad. Kijk als je alles gewoon netjes opschrijft op het wondtabblad dan kun je eigenlijk niet iets vergeten, zeg maar. Het staat er zo duidelijk in, je hoeft alleen maar dubbel te klikken als je bepaalde, teksten staan eigenlijk al uh.. voorgeschreven, zeg maar. Uhm.. ja ik denk dat dat bijna bij wijze van niet beter kan. Ja dan moet je weer mondeling gaan overdragen, maar dan ben je weer uh... een uur bezig uh... om iedere patiënt uh.. een uur de wonden over te dragen. Dat werkt ook niet denk ik.'

I2: 'En is dat dan de taak van de verpleegkundige om dat uh.. in dat blad te schrijven?'

R: 'Ja, ja..'

I2: 'oké..'

I1: 'Dus daarin geef je ook aan dat het echt wel verschilt met persoon hoe die zelf al omgaat met het protocol of met de wondzorg algemeen, of met het elektronisch dossier.'

R: 'Digitale wereld... zeker, ja dat heeft er echt wel mee te maken.'

I1: 'Uhm.. laatste dan denk ik he...'

I2: 'Ja, wat kan er volgens jou beter met de wondzorg zou je dat kort kunnen vertellen..?'

R: 'uhm... Dat het digitaal ook werkt. Dus als je in NORMA zit, dan heb je tegenwoordig uh.. het wondprotocol, dan kun je op start drukken alle twee de links werken niet. Dus... dat is wel heel erg jammer. Uhm. Uhm. Uhm.. Op zich Qportaal vind ik wel goed werken. Ja, dan zit je weer met de

oudere generatie, hè dat je.... Wat kan beter.... Uhm.. Ik denk gewoon nog is een keer de basis. Gewoon nog is terug naar de basis, om de basis weer is omhoog te krikken. Kijk ik kom net van school af, dus je hebt alles nog vers in je geheugen, maar er zijn ook mensen die al 20-25 jaar in het vak zitten die misschien ooit nog een keer halve wege een keer een scholing hebben gehad. Dat zou misschien kunnen. Uhm.. Ja en verder het wondblad vind ik wel behoorlijk overzichtelijk, alleen ik vind hem als je een rapportage schrijft, want je schrijft ook een rapportage in het wondblad, vind ik behoorlijk smal. Je moet echt klikken wil je het hele stuk kunnen lezen. Dus ik denk dat ook misschien groter of....

I1: 'Zodat het duidelijker en overzichtelijker wordt..'

R: 'Ja, ik denk dat voornamelijk de punten zijn...'

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

I1: 'Nou waar ik dan ook wel benieuwd naar ben, jij bent leerling hier in het ziekenhuis, dus je bent ook op andere afdelingen geweest. Zie jij een verschil in hoe er omgegaan wordt met het wondprotocol en de wondzorg.'

R: 'Ja, dat merk ik echt wel. Als je de chirurgische afdelingen ziet die zijn veel meer bezig met wonden, wondzorg, wonden en dat soort dingen natuurlijk dan interne. Al hoewel je bijvoorbeeld op ouderen geneeskunde behoorlijk veel te maken hebt met dreigende decubitus vergevorderd stadium van decubitus, uhm.. wordt dan minder aandacht aan besteed dan echt op de chirurgische afdelingen. Je hebt toch altijd de chirurgische wonden en anderen wonden die daarbij komen kijken natuurlijk. Diabetisch wonden... Daar merk je echt wel een groot verschil in.'

Gebruik wondprotocol door collega's

I1: 'Maar dan ook in het gebruik van het protocol?'

R: 'hm.... Het zou minder snel gebruikt worden, hetzelfde met het wondblad, ik heb het gevoel dat het minder snel gebruikt wordt dan dat het op de chirurgische afdelingen is.'

Gebruik wondprotocol

I2: 'en qua kennis van verpleegkundigen? Verschilt dat?'

R: 'hm... ja ik denk dat dat wel weer het zelfde is. Chirurgische afdelingen heb je iedere dag te maken met wonden. Interne eigenlijk niet, alhoewel je zoals ik al had gezegd met decubitus wonden natuurlijk te maken hebt. Dat zijn wonden die altijd wel tussen aanhalingstekens blijven. Het zou niet mogen, maar ik denk dat de kennis wel sneller wegzakt op interne afdelingen dan op chirurgische afdelingen. Dat denk ik wel, zou ik denk ik zelf ook hebben hoor.'

I1: 'Ja. Maar wat je zelf ook al aangeeft van, hier komen zwarte wonden niet zo heel vaak voor dat ebt bij jou ook sneller weg, omdat je er minder mee te maken hebt. Zo werkt dat natuurlijk ook voor een andere afdeling die ook weer niet te maken heeft met echte chirurgische wonden.'

R: 'Ja, ja.'

Gebruik wondprotocol door collega's

I1: 'En dan uh.. ben je ook bekend met het begrip verpleegkundig eigenaarschap?'

R: 'Nee, nee. '

I1: 'Geen idee wat het inhoud?'

R: 'Geen idee, nee..'

I1: 'Nouja, ik kan wel even een beetje uitleggen wat het inhoud. Het heeft vooral te maken met uhm.. dat je dus eigenaar bent van het protocol. Dat je weet wat er in het protocol staat. Dat je weet hoe je het moet gebruiken, waarvoor het belangrijk is. Dat je als verpleegkundige. Dat je eigenlijk... dat dat je taak is als verpleegkundige om te weten waar je mee bezig bent en dat ook te kunnen achterhalen laat maar zeggen. Dus dat je eigenaar wordt van het protocol. Dus, omdat je daar mee moet werken, moet je ook weten wat er mee gebeuren moet. Als ik dat dan zo uitgelegd heb, hoe is dat voor jou met verpleegkundig eigenaarschap, hoe werkt dat voor jou?'

R: 'op zich kan ik protocollen best wel snel in mijn hoofd hebben. Uh.. ook weten wat er in staat. Maar net als je straks al benoemde van goh weet je ook of het evidence-based is. Uh.. kijk je gaat er eigenlijk van uit dat als een protocol in het ziekenhuis komt dat het ook onderzocht is of het evidence based is. Maar ja, of dat dan ook echt zo is. Dat kun je natuurlijk altijd jezelf afvragen en ook uitzoeken natuurlijk. Maar ja je bent nog druk met andere dingen. En je gaat dan niet snel zelf ook doen, moet ik zeggen.'

Evidence based werken

I1: 'oké, Verder op de afdeling, iedereen is natuurlijk bezig met wondzorg en iedereen denkt van zichzelf dat ze op de goede manier is met die wondzorg. Zie je ook daarin een stukje eigenaarschap terug, op wat voor een manier ze dat baseren dat ze uhm.. bezig zijn met de uitvoering van zorg?

R: 'Vaak merk je toch dat als je vooral met de dagdienst, latedienst en nachtdienst wordt natuurlijk lastig, maar op de dagdienst merk je vaak uhm.. dat ze bevestiging zoeken, of bij een collega, of echt bij een wondverpleegkundige, van oh laat ik toch voor de zekerheid toch kijken of het echt wel goed is wat ik nu aan het doen ben. Hè en of ik het wel goed begrepen heb wat er dan in het protocol staat. Uhm.. dus ik denk dat ik daarin wel soms ook de bevestiging krijg van collega's dat ze er wel mee bezig zijn, met protocollen enzo, ja... ja..

Gebruik wondprotocol door collega's

I1: 'Zou het ook uhm. voor jou belangrijk zijn om bij, er komt binnenkort een nieuwe implementering want het protocol is verouderd en daar zijn ze mee bezig volgens Wim Jansen, daar hebben we een gesprek mee gehad. Uhm.. om.. op wat voor een manier is het dan belangrijk om ook weer daarbij het protocol te bij te betrekken, als er een nieuwe implementering komt van een protocol. Hoe moet dat dan vorm worden gegeven op een afdeling?

R: 'Ik zou bijvoorbeeld op een afdelingsvergadering een kleine scholing geven. Meer van joh, luister dit is verouderd want... dit was vroeger evidence-based, en we hebben toch bewezen dat dat anders is. Zoiets... of een VAR lunch. Of... noem maar iets op.

I1: 'Op zo'n manier dat veel verpleegkundigen van de afdeling benaderd worden en benadrukt worden.

R: 'of een e-learning. Dat wordt dan weer lastig, want dan ga je meer de kennis uh.. Maar ja, zoiets.. dat begint ook steeds meer te komen.'

I1: 'Dus echt wel duidelijk wat je zegt, uiteindelijk benaderukken van de belangrijkheid en de veranderingen die daarbij zijn gevonden, zodat dat goed naar voren komt.'

R: 'Ja..'

Implementatie protocol

I2: 'Oké. '

I1: 'Ja, nou dat was eigenlijk alle vragen die we wilden weten wel. Dus ontzettend bedankt voor je tijd.

R: 'Graag gedaan, en jullie succes!'

I2: 'Dat komt goed. '

I1: 'Dat komt goed, en werkse zo dadelijk!

9.10.7 Interview 3 gecodeerd

Afwijken van protocol

- Respondent wijkt af wanneer hij 100% zeker weet dat wat hij denkt beter is dan wat er in het protocol beschreven staat.

Behandeling op basis van eigen kennis en ervaring

- op school leer je de basis, maar het is ook belangrijk om ervaring op te doen om betere wondzorg te kunnen bieden.

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

- Respondent wijkt van protocol af wanneer arts iets anders voorschrijft dan wat in het protocol staat
- Wanneer wondzorg buiten eigen verantwoordelijkheid en kennis om gaat moet je een expert zoals wondverpleegkundige, arts assistent of chirurg mee laten kijken.

Communicatie rondom wondzorg

- Het wondblad geeft al opties aan die je alleen dubbel moet aan te klikken. Het werkt makkelijk.
- Rapportage gedeelte in het wondblad is erg klein, dat is niet handig.

Digitalisering

- Oudere generatie vind lastiger om te werken met alles digitaal, daardoor is het voor hun ook moeilijker om een protocol op te zoeken.
- Door digitalisering kost het ook meer tijd om met protocol te werken voor sommigen
- In NORMA kan lukt het niet om makkelijk door te klikken. Jammer dat dat het niet doet.

Evidence based werken

- Respondent heeft geen idee of het protocol evidence based is, gaat daar wel vanuit.
- Respondent gaat niet snel uitzoeken of werkelijk evidence based is, druk genoeg met andere dingen.
- Protocol is er om gebruikt te worden, het is een verlening van je eigen kennis en er staan de nieuwe ontwikkelingen voor wondzorg in.

Gebruik wondprotocol

- Respondent is bekend met het wondprotocol.
- Respondent gebruikt het wondprotocol wanneer er een postoperatieve wondinfectie is of bij decubitus wonden.
- Respondent heeft meegelopen met wondverpleegkundige Wim Jansen. Dit heeft een positief effect gehad op het gebruik van het wondprotocol.
- Protocol is de basis voor wondbehandeling.

Gebruik wondprotocol door collega's

- Respondent denkt een van de weinigen te zijn die bekend is met het protocol.
- Collega wist niet hoe het zat met het wondprotocol. Daarom denk respondent dat collega's het protocol niet kennen/gebruiken.
- Verschil met andere afdelingen is groot, met name omdat ze daar veel minder wonden hebben.
- Wel bezig met wondzorg en protocollen, omdat er regelmatig bevestiging of controle wordt gevraagd bij collega's of wondverpleegkundigen.

Implementatie protocol

- Voldoende op de hoogte gehouden, in de HighHigh, via vergaderingen.
- Op de afdelingsvergadering een kleine vergadering houden, of een VAR lunch, of een e-learning, zodat benadrukt wordt het wondprotocol gebruiken belangrijk is.
- Zakboekje als verlening van het protocol.

Relatie arts - verpleegkundige

- Respondent wil zeker weten (100%) dat wat hij denkt beter is dan wat de arts zegt. Maar gaat dan wel tegen arts in en wil dan ook weten wat de redenen van de arts zijn voor zijn manier.

Verpleegkundige verantwoordelijkheid

- Wanneer er aan het protocol gehouden wordt kan er eigenlijk niks fout gaan.
- Consequenties aanvaarden wanneer je afwijkt van een protocol.

9.10.8 Interview 4

Datum: 28-4-2014

Tijd: 16:00

Interviewers (I) : Lysanne Wien (I1), Lonneke van Dijk (I2)

Respondent (R) Verpleegkundige afdeling Chirurgie Buikoncologie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede

Verpleegkundige komt binnen, gaat zitten...

I1: 'Vind je het goed als we het opnemen, dat is voor ons namelijk voor het verwerken belangrijk...

R: 'Ja, dan moet ik duidelijk spreken....'

I1: 'Als dat kan.....'

R: 'Haha, ja hoor'..

I1: 'Eh... Ja, wij zijn hier voor een interview, want we zijn bezig met een onderzoek rondom wondzorg hier op de afdeling, naar het wondprotocol. Nou hebben we even een vragenlijst met vragen die we je willen stellen'.

R: 'Ja, prima!...'

I1: 'Eh nou, ben je bekend met het wondprotocol?'

R: 'Ehm... eh ja en nee, eh... beperkt zou ik willen zeggen, eh.... het is even de vraag wat je precies onder het wondprotocol verstaat?'

Niet kennen protocol

I1: 'Ja, eh hier het protocol, eh.... het algemene wondprotocol..'

R: 'Eh.. ja in het algemeen ben ik daarvan wel op de hoogte... Ehm... maar als het... als je vraagt weet je altijd wat in alle gevallen.. wat je met de wond moet doen.. dan niet denk ik...'

Gebruik wondprotocol

I1: 'Oké... En wanneer maak je dan gebruik van het wondprotocol?'

R: 'Ehm.... Nou als ik echt niet weet wat ik met een wond aanmoet, stel dat ik niet duidelijk heb wat er voor materiaal op moet dan eh... ehmmm... pak ik of een handkaartje, dat zou je ook als een protocol kunnen zien hè, van wat voor soort wond is het en wat past dan het beste erbij,

Betere wondbehandeling

of ik overleg met de wondverpleegkundige'.

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

I1: 'Oké, ehm... dus in die situatie maak je dus gebruik van het wond..protocol..'

R: 'Ja, dat is wel.. dat... als je dat ziet als het wondprotocol, dat is een kaartje wat we ooit hebben gehad en wat wel handig is en wat ik ook wel is doe is even overleggen met collega's, joh zo'n soort wond... ik denk erover dat erop te doen, wat zou jij doen.. Als iemand dan zoiets heeft van.. dat zou ik ook doen dan zit het wel goed.

Communicatie rondom wondzorg > tussen collega's

En met de visite eh... bespreek ik het ook nog wel.. Eh...de arts assistenten willen ook vaak de wond nog zien dus dan zeg ik nou ik heb dat en dat erop gedaan op die en die reden en dan zeggen zij ook nog wel is vanne.. eh.. nou zou dit wat zijn of zou dat wat zijn maar....'

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

I1: 'Stellen zij vaak het wondplan op, het behandelplan?'

R: 'Nee... Eh... wel qua wondspoelen.. of er wel of niet gespoeld moet worden maar niet zozeer... en er wordt wel is gezegd van je kunt er alinaat indoen.. maar.. niet heel erg...Ze hebben wat dat betreft wel vertrouwen in ons denk ik.. eh.. Als wij zeggen... eh... we hebben dat erin gedaan om die en die reden dan wordt dat wel geaccepteerd....'

Relatie arts verpleegkundige

I2: 'Maar wat ik dan hoor is dat het wel uit... ehm... ervaring komt zegmaar van jezelf en dat je het ook met collega's samen of door middel van de wondverpleegkundige eh.... de wondzorg doet..?'

R: 'Uhu, en minder vanuit de protocollen...'

Gebruik wondprotocol

I2: 'Ja...'

R: 'Klopt...'

I2: 'En... je zegt je weet wel dat de protocollen er zijn...'

R: 'Ja...'

I2: 'Maar ondertussen is het zo dat het meer z'n beloop heeft en dat je het met je collega's ehm...'

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

en met je eigen ervaring doet....'

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

R: 'Ja... Ik zeg niet dat dat goed is maar de praktijk is dat dat wel zo is...'

I2: 'Ja, zo werkt het voor jou het beste?'

R: 'Eh.... Nou het is misschien ook wel soms eh.... even het makkelijkst. Weetje dat dat even snel... ik denk van dit.. wat denk jij... ja oké... Want als je een protocol moet opzoeken dan moet je het toch weer induiken en eh... oja hoe zoek ik dat ook al weer en waar ligt het... het is iets omslachtiger... '

Tijd tekort

I1: 'Ja..'

R: 'En het zit dan... ook niet goed genoeg in mijn hoofd... zeg maar.. of dat het heel zichtbaar ergens hangt... dan moet je er iets meer moeite voor doen...'

Implementatie protocol

I2: 'Ja..'

R: 'Ik denk dat dat meespeelt.. En dan in het drukst van de dag.. speelt dat wel mee denk ik...'

Tijd tekort

I1: 'Ja.... En wat zijn voor jou verdere redenen om van het protocol af te wijken.. Of van eh.. hoe je denkt dat een wond behandeld moet worden...'

R: 'Dus om het anders te doen dan het protocol zegt...?'

I1: 'Ja...ja..'

R: 'Nou.. dat zou zijn een opdracht.. een duidelijke opdracht van of een arts of een eh.... een wondverpleegkundige...'

Afwijken van protocol

Ik zou zelf als ik het protocol opgezocht heb zou ik niet zelf zomaar ervan afwijken... Ehm.... Nee.... Ik kan niks bedenken... zo een reden bedenken om.. waarom ik daar van af zou wijken dan.. Denken jullie aan iets.. eh.. speciaals...?’

I1: *‘Ja eh... het is gewoon meer een open vraag eh..’*

I2: *‘Ja.. Nou ja er wordt bijvoorbeeld wel gezegd van dat als je ehm.. zelf denkt.. of het idee hebt dat de wond.. eh.. iets anders nodig heeft dan dat er in het protocol staat of ehm... dat je het ehm.. in overleg met anderen doet inderdaad of dat eh... het protocol past niet goed in de situatie... er zijn wel verschillende redenen waarvoor er van afgeweken zou kunnen worden... van het protocol..’*

R: *‘Eh.. ja.. Maar dat zou ik dan niet doen zegmaar... eh als ik weet van het protocol wat erin staat.. zou ik niet ehm... afwijken omdat ik dat zelf denk of mijn collega.. dan moet er echt een duidelijke opdracht zijn van de arts of de wondverpleegkundige..’*

Afwijken van protocol

I2: *‘Ja..’*

R: *‘En anders zou ik niet daar zo van afwijken.. nee dan zou ik het in ieder geval willen bespreken met iemand van... ik wil ervan afwijken om een bepaalde reden... eh.. is dat goed zegmaar... Ik bedoel het protocol is er natuurlijk niet voor niks..’*

Afwijken van protocol

I2: *‘Nee inderdaad..’*

R: *‘En dat wil niet zeggen dat ik er.. dat ik het dus altijd goed doe... omdat ik niet altijd het protocol erbij gebruik zegmaar....’*

Gebruik wondprotocol

maar ik zou er niet bewust van afwijken’.

Afwijken van protocol

I2: *‘En ehm.. wat zou nou echt de factoren voor jou... want je hebt al een paar keer genoemd dat je het protocol gewoon niet gebruikt in de dagelijkse praktijk.. wat speelt daarin mee?’*

R: *‘Ehm.... omdat het te lastig is om het op te zoeken denk ik... je.. ik heb het niet in mijn hoofd en ik weet niet zo.. zo dan waar ik het zou moeten vinden... dan is het toch de weg van de minste weerstand.. om.. door.. op basis van tijdsdruk... Ja.. dat vooral denk ik toch... Plus dat het.. eh.. niet heel snel heel makkelijk duidelijk is van waar vind ik wat zegmaar..’*

Wondprotocol lastig te vinden

I1: *‘Ja..’*

I2: *‘Nee... En dan is je eigen expertise ehm.. door middel van overleg... ehm.. is dan makkelijker dan dat je tijd moet besteden aan het opzoeken van het wondprotocol...’*

R: *‘Ja en je kennis en ervaring ook wel hè.. Omdat je al heel lang met wonden werkt heb je natuurlijk eh.. intussen ook wel zoveel... eh ervaring opgebouwd.. dat je wel weet nou op zo’n wond moet je dat en dat doen...’*

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

I2: *‘Ja’...*

I1: *‘Ja’...*

R: *‘En misschien dat je daarom ook niet... dat je het soms ook niet.. dat ik het soms niet nodig vind om het protocol te pakken omdat ik denk van nou dat weet ik wel..’*

Behandeling wond op basis eigen kennis en ervaring

I1: 'Ja'..

I2: 'Ja'...

I1: 'En hoe zie je dat bij je collega's?.....In de wondzorg, met het gebruik van het protocol...?'

R: 'Eh..... er wordt heel vaak doorgegaan op wat er ehm... ooit ingezet is... en.. en.. ik weet niet of er altijd heel bewust nagedacht wordt elke dienst van hee.. hoe gaan we het.. zitten we op de goede weg? Wel als een wond heel vies is of heel veel draagt of wat dan ook.. dan denken mensen van oe... ik denk dat het ook.. soms ook wel vaak van uitgegaan wordt zo is het ingezet en zo gaan we door..'

I1: 'En bedoel je dan echt... ehm.. zorg die gewoon echt vanaf het begin.. waarmee is begonnen?'

R: 'Ja.. als op een gegeven moment bijvoorbeeld iemand een postoperatieve wondinfectie heeft en er is een plan ingezet en dat staat er op het wondblad helemaal... dat misschien ook wel gedacht wordt eh... en ik kan niet voor anderen spreken.. .. maar er wordt misschien wel gedacht.. nou we gaan zo door want zo gaat het.. en eigenlijk zou je je elke dienst moeten afvragen van..... is dit nog het goede..'

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

I1: 'Ja..'

R: 'Als het een wat complexere wond is dan.. is in principe de arts.. eh...dan wil 'ie het elke dag wel zien... of om de dag.. zegmaar.. en die zou dan ook wel moeten aangeven van jongens wat doen jullie erin en zitten we op de goede weg...'

I1: 'En wordt het verband er dan ook weer helemaal afgehaald? Als de arts het wil zien?'

R: 'Ja..ja...'

I1: 'Oké...'

R: 'Das niet altijd fijn...'

I1: 'Nee...'

R: 'Dus meestal wacht je even tot na de visite met de wond als dat kan....want je weet al dat het wel open gaat vaak...'

I1: 'Dus daar hou je dan wel rekening mee dan..'

R: 'Ja dat probeer ik wel te doen ja... Alles wat complexer is... en soms zeggen ze ook vanne...ik wil morgen de wond zien.. en dan... soms spreek je af om te bellen op het moment dat je de wond gaat doen..en soms denk je ik wacht even tot na de visite.. dus daar maak je wel afspraken over..'

I1: 'En past dat dan wel... past dat dan wel in het plan, zo van.. sommige verbanden moeten er meerdere dagen opzitten, wordt daar dan wel rekening mee gehouden?'

R: 'Ehm.....Nou weetje, als er bijvoorbeeld een alginaat.. als ik weet dat dat gewoon niet verzadigd is nog... dan is de wond dus niet zo onrustig.. dan kan ik wel zeggen van joh, de wond is op het moment vrij rustig, ik ben dan... dat gebeurd ook wel is dat ik de wond beschrijf, dat ik zeg zo en zo ziet het eruit.. ehm.. en zeker als je al eerder hebt gewerkt.. het is beter dan eerder of het is vergelijkbaar...van.. ik weet niet of je het echt nu wil zien want dan moet ik het extra verzorgen.. en dan doe ik er nog wel is afspraken over maken.. en als ze het dan wel willen zien gaat het eruit en doe je hm opnieuw'.

Relatie arts verpleegkundige

I1: 'Ja...'

I2: 'Oké.... Hoe is volgens jou de communicatie rondom de wondzorg? Dus als het gaat over overdracht en over collega's en ehm.. communicatie tussen artsen en verpleegkundigen..'

R: 'Ja.. Ja.. waar ik nu aan moet denken is het wondblad..wat ik... dat hebben jullie vast ook eh... daar heb je je vast ook in verdiept.. het wondblad in het systeem.. ik vind het een heel vervelend wondblad..en met mij heel veel collega's volgens mij.... Ik kan niet voor anderen spreken maar ik vind het niet overzichtelijk... ik vind het geen fijne methode.. en dat is ook een beetje nadelig denk ik.. voorre.. voor goede wondzorg en de continuïteit daarin...'

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

I2: 'Want dat zou eigenlijk een middel moeten zijn die daar helpend bij is.'

R: 'Ja.. En op papier zegmaar.. in de papieren dossiers hadden we veel overzichtelijker bladen.'

I2: 'Oké..'

R: 'Dus als jullie daar wat aan zouden gaan doen... zou dat heel mooi zijn, haha..'

I2: 'Ja....'

R: 'Maarre.. verder de communicatie.. ja de artsen gaan toch af op wat wij zeggen... en en.. als een wond verder rustig is dan hoeven ze het ook niet te zien... aan de andere kant willen ze regelmatig ook zelf de wond zien.. en als we er niet zo goed uitkomen met elkaar.. dan vraag ik de wondverpleegkundige.. eh.. erbij.. en dat.. dat zijn wel.. eh.. daar kun je goed afspraken mee maken over de wondverzorging als die soms heel complex is.. of bijvoorbeeld met een vac die dan heel complex is.. en dan zeggen ze ook van.. dat doen wij.. of daar komen wij bij helpen.. of we doen het de eerste keer samen.. dus dat gaat opzich goed.. denk ik..

Relatie arts verpleegkundige

vooral dat in het systeem, dat vind ik eigenlijk.. het meest nadelige zegmaar.. in de overdracht'.

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

I2: 'En het systeem, dat is ook echt bedoeld voor de communicatie onderling voor collega's? Want als het over een arts en een wondverpleegkundige gaat, dan gaat dat via de telefoon? Of dat wordt mondeling afgesproken?'

R: 'Ja, dat is tussen collega's..'

I2: 'Ja.. het wondblad is echt voor de collega's onderling....'

R: 'Ja..'

I2: '..en dat zorg dus eigenlijk voor onduidelijkheid...'

R: 'Ja.. dat vind ik wel een beetje.. Je zet in de actieplanning dan eh.. bijvoorbeeld eh.. dat proberen we beknopt te houden.. als ik bijvoorbeeld zie wond 2 keer daags, en dan weet je o er is dus een wond waar 2 keer daags wat mee moet, en dan ga je dus naar het wondblad...als het goed is is dat ingevuld.. en dan kun je daar weer zien wat er op moet en hoe vaak en of je moet spoelen en wat voor materiaal erin en erop moet enzovoort.. en dan kun je eigenlijk ook weten hoe het de afgelopen keren is gegaan met wondspoelen in de rapportage.. maar dat wordt ook nog wel is vergeten.. ook nog wel is door mijzelf.. want je moet weer een ander blad.. daar moet je wat over de wond zetten.. en de volgende dag krijg je wel de vraag van de arts van.. 'hoe was de wond gisteravond met spoelen?' en dat is wel is vervelend.. dan denk je van oei.. dat weet ik niet precies.. het is ook niet overzichtelijk dat rapportagestukje dat is heel smal.. dus je moet echt helemaal scrollen per 2 regels... nee ik vind het geen fijn.. ik vind het geen fijn blad.. en dat is wel jammer..'

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

I1: 'Dus het programma werkt gewoon niet efficiënt.. het is niet overzichtelijk'

R: 'Ik vind het niet overzichtelijk... nee...'

I1: 'Nee.. en daardoor wordt het dus eigenlijk.. door jou en door meerdere collega's niet goed gebruikt..'

R: 'Eh... Klopt.. En vooral als het een niet al te uitgebreide wond is.. dan denk ik nog wel is van.. nou laat dat wondblad maar zitten.. Ik doe het wel in de gewone rapportage... en dat is eigenlijk jammer..'

Communicatie rondom wondzorg/wondblad

I1: 'En heb je het idee dat collega's dat ook op die manier doen?'

R: 'Ik denk het wel... denk het wel..ja..'

I1: 'Ja.. Ehm.. En wat kan over het algemeen rondom wondzorg beter?'

R: 'Ehm... Nou dat is wel.. Ik denk dat de borging beter moet.. dat is ook echt zo'n term.. maar we hebben van de.. ik weet niet of je je daar ook mee bezig gehouden hebt, me de postoperatieve wondinfecties, het POWI protocol... Dat is eh.. een jaar of anderhalf terug opgesteld.. er waren heel

vrij veel postoperatieve wondinfecties en dan was het idee waar komt dat door en wat kunnen we daar mee.. toen is er eigenlijk een werkgroepje van verpleegkundigen geweest en ook artsen denk ik.. en toen is er een protocol opgezet van wat er moet gebeuren bij bepaalde wonden.. dus als je een wond moet spoelen dat je dan met schort en met aparte verbandzakjes werkt en die moeten gelijk afgevoerd.. heel mooi protocol.. dat is toen ingevoerd.. hebben we dan op de mail gekregen en dat heeft even hier gehangen toen het is ingevoerd.. en ook bijvoorbeeld toen.. datte.. er stond ook in dat wonden eh.. verbonden blijven zolang mensen zijn opgenomen, wonden met agraves.. dat was eerst ook niet.. toen was het gewoon als een wond droog is mag het verband eraf.. en nu.. dat is al langer geleden.. en nou heb ik zelf nog wel is dat ik denk hoe was dat dan, was dat alleen bij agraves.. of ook bij hechtingen.. en wanneer moest je nou wel een schort.. en wanneer niet.. en wanneer moest je nu wel dit.. en dan vraag je dat aan collega's: 'ja dat weet ik eigenlijk ook niet meer precies'.. dus het is niet geborgd.. en dat is ooit.. het is vast wel ergens te vinden.. maar je hebt niet zo vaak van wat zal ik nu is gaan doen, ik ga nu dat is opzoeken..dus eigenlijk is het niet goed genoeg erdoor.. het is hartstikke goed, daar zijn we allemaal van overtuigd als ik ook namens de anderen spreek, maar het is een beetje weggezakt van hoe was het ook alweer, en dan denk de 1 van het was geloof ik zo en de ander dus wat anders, dus dat is het jammere.. En ik weet het, en dan denk ik o ja dat moet ik weer eens opzoeken, maar als je dan zo'n dag hebt zoals nu, dan denk je van.. ja laat maar.. of je vergeet het gewoon.. dus dat.. dan denk ik gewoon als je iets nieuw invoert.. dan is het zo belangrijk om het goed te borgen.. dat het weer terugkomt.. en nog een keer terugkomt.. en nog is een keer in een vergadering even aan de orde komt.. van jongens denken jullie er nog even aan dat dit en dat.. of nog even op de mail of hang het nog even op.. dat iedereen weer denkt van .. oja.. dat was ook zo.'

I1: 'Want heb je het idee dat dit ook verkeerd is gegaan bij de invoering van het wondprotocol zelf, waar wij nu dit onderzoek over doen? Heb je toen wat van die implementatie gehoord in die tijd? '

R: 'Nee.. want ik weet eigenlijk helemaal niet zo heel goed wat het is.. nee..'

I1: 'Oké..'

R: 'Want ik denk dan aan dat kaartje... maar dat is het niet volgens mij.. dat kaartje waar wat verbandmaterialen opstaan.. misschien..'

I2: 'Ik heb in een ander interview horen zeggen dat dat kaartje wel inderdaad een soort verlengstuk is van het officiële wondprotocol en dat diegene dat ook van de wondverpleegkundige had meegekregen.. Dus ehm.. dat dat dan wel als een soort wondprotocol wordt eh.. dat je dat dan bij je hebt.. maar dat is niet het officiële eh.. wondprotocol..'

R: 'Nee... want ik heb dat kaartje.. dat heb ik ook in m'n tas.. en dat pak ik dan even op het moment dat ik het nodig heb.. maar iets heel uitgebreiders weet ik niet zo.. gebruik ik niet zo.. nee...'

I2: 'En dat.. dat over die postoperatieve wondinfecties.. is dat protocol ook lastiger te vinden?'

R: 'Nou.. dat zal best wel op Q-portaal staan denk ik.. Ja.. dat denk ik wel.. dus je kan best wel een keer als je tijd hebt in de nachtdienst ofzo denken.. oei hoe was het ook al weer.. maar dan.. dat moet ik dan dus bedenken en dat moeten dan al mijn 30 collega's ook bedenken.. Ik denk gewoon eigenlijk dat je ervoor moet zorgen dat het breder geborgd wordt.. dat je het dus bijvoorbeeld ophangt.. want als het afhangt van dat iedereen moet denken oja ik moet het nog is nazoeken.. dan is het dus minder effectief.. '

I2: 'Dan is het dus niet echt blijven hangen...'

R: 'Ja, dat denk ik niet.. Ik kan niet voor andere spreken maar als ik het zo links en rechts is vraag dan heb ik het idee dat het meer gebeurd.. En wel de grote lijnen van aparte afvalzakjes en schorten bij spoelen, dat wel.. maar was het nou bij zulke wonden wel, zulke niet...'

I1: 'Ja.. echt de details die zakken dus weg..'

R: 'Ja..'

Implementatie protocol

I2: 'Oké... dan nog 1 vraag, in ieder geval, eh even kijken, dat je.. voor jou.. zou je graag willen dat het wondprotocol meer gebruikt wordt? Als je kijkt naar hoe je het nu doet? Of vind je het prima zoals het nu is?'

R: 'Ehm... Nou weetje een protocol is natuurlijk niet voor niets opgesteld.. dat is natuurlijk om de kwaliteit te verbeteren.. dus ik.. ik denk dat het goed is om te gebruiken en dan kan ik wel denken ik doe het.. ik doe het goed zo, maar als er nieuwe inzichten zijn dan is het altijd goed om je daaraan te houden..'

Evidence based werken

dus het zou goed zijn om het meer te gebruiken.. maar nu hebben we het over wonden er er zijn natuurlijk zoveel wonden met zooveel protocollen.. en en.. dat is.. dat lukt niet om dat uit jezelf allemaal op te zoeken en te onderhouden en te.. dus in die zin denk ik ja het is goed om het te gebruiken, zeker, maar ik.. ik zie niet direct in hoe ik dat nu.. hoe ik dat nu zou gaan doen zegmaar.. kijk ik kan dat kaartje erbij pakken wat ik nu al af en toe doe.. en ik denk nu van als ik binnenkort een keer nachtdienst heb en ik heb tijd dan ga ik eens een keertje dat protocol nakijken, maar dat is natuurlijk niet echt een borgen, want dan kijk ik het even na, als ik het al doe, en dan denk ik van oja..'

I2: 'Dus voor jou, als ik het zo hoor, dan zit het echt in, dat moet gewoon geborgd worden op de afdeling om het ook echt.. echt actief te blijven houden..'

R: 'Ja.. als zou het maar een keer in de... we hebben elke week een HAIHAL een.. een mail zegmaar van het unithoofd met allerlei informatie.. al zou het daar maar een keer instaan van jongens, weten jullie dat er een wondprotocol is.. daar en daar is ie te vinden, zoek daar en daar op.. Want dat Q-portaal vind ik best wel waardeloos, die zoektermen en dan als je net iets verkeerd doet dan krijg je niks.. dan vind ik ook een heel vervelend systeem.. maar als je ehm.. als je dan al heel makkelijk of een linkje hebt ofzo.. ja.. dan is het toch laagdrempeliger om het even weer op te zoeken.. dat willen we best doen.. het is geen onwil, maar het komt er vaak gewoon niet van..'

I1: 'Nee.. dus dat is echt vanuit de organisatie wat ze anders zouden kunnen doen om het te borgen dan..'

R: 'Ja, zeker..'

I1: 'En zijn er dan vanuit de organisatie nog andere dingen waar je nu zo aan zou denken?'

R: 'Nou hè, als je bijvoorbeeld kijkt naar de flebitis score, dat is iets nieuws dat wij moeten doen, en dat wordt dus elke keer.. 3 keer per dag bordmoment.. en elke keer: jongens, denken jullie aan die scores? Aan de niet pluis, en aan de flebitis en oooo....maar intussen denk ik er.. intussen is het wel een automatisme geworden.. terwijl het nog helemaal niet zo lang is.. Terwijl als iemand.. als het ooit was ingevoerd van: jongens, dit is de flebitis score, even uitleg en het staat een keer in de HAIHAL en... dan was ik het allang weer kwijt.. Maar omdat er nu steeds over gezeurd wordt.. je vindt het ook echt gezeur.. maar het werkt wel.. want het is wel een automatisme geworden..'

I2: 'Ja, het is wel veel meer borgen dan dat het genoemd wordt en dat het 1 keer...'

R: 'Klopt, en het is echt wel een vervelend soms.. maar het werkt wel...'

Implementatie protocol

I2: 'Oké..'

I1: 'Nou duidelijk, dat was het dan..'

I2: 'Nou, duidelijk ja..'

R: 'Ik hoop dat jullie er wat mee kunnen..'

I1: 'Ja zeker, dankjewel!'

9.10.9 Interview 4 gecodeerd

Afwijken van een protocol

- Respondent wijkt af van het protocol wanneer arts of wondverpleegkundige hier opdracht voor geeft.
- Respondent wijkt niet bewust af van het protocol. Maar volgt het protocol ook niet altijd.

Behandeling op basis van eigen kennis en ervaring

- Respondent doet wondbehandeling met name in samenwerking met collega's en op eigen ervaring.
- Respondent werkt al lang met wonden en weet daarom nu ook wel zoveel dat ze weet wat er op een wond moet en wat er mee moet gebeuren.
- Respondent vindt het soms niet nodig om protocol er bij te pakken, omdat respondent het zelf wel weet.
- Vaak wordt de ingezette behandeling voortgezet zonder er over na te denken.

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

- Wanneer respondent niet weet wat er met de wond moet gebeuren, wordt de wondverpleegkundige gevraagd.
- Respondent overlegt tijdens de artsensite over de wondzorg.
- Wondverpleegkundigen komen helpen wanneer een verpleegkundige en arts er niet uitkomen. Ook ondersteunt de wondverpleegkundige bij wondbehandelingen die moeilijker zijn, zoals bij VAC therapie.

Betere wondbehandeling

- Wanneer respondent niet weet wat met de wond aan moet dan handkaartje er bij pakken. Om te zien wat voor soort wond het is en wat er dan het beste bij past.
- Protocol is er niet voor niets.

Communicatie rondom wondzorg

- Overleggen met collega's over de wondzorg.
- Respondent vindt het protocol opzoeken omslachtiger en vindt het makkelijker om even snel een collega te vragen.

Communicatie wondzorg/wondblad

- De respondent vindt het wondblad onoverzichtelijk, niet fijn om mee te werken, geen fijne methode. En vindt dit nadelig voor goede wondzorg en de continuïteit daarvan.
- Klein stuk om rapportage te schrijven.
- Niet iedereen vult het wondblad, en de rapportage daarbij goed in wat vervelend is, vooral wanneer er vragen zijn over de wondzorg.
- Op verschillende plekken staat wat beschreven over de wondzorg.
- De respondent heeft het idee dat vooral bij kleine wonden het alleen maar in de rapportage wordt beschreven en niet in het wondblad.

Evidence based werken

- Protocol is niet voor niets opgesteld. Ook goed om je aan de nieuwe inzichten te houden die in een protocol staan.

Gebruik wondprotocol

- Respondent is beperkt bekend met het wondprotocol
- Respondent is over het algemeen wel op de hoogte, maar weet niet in alle gevallen wat met de wond moet gebeuren volgens protocol.
- We willen het wel, het is geen onwil, maar het komt er vaak gewoon niet van.
- Respondent heeft het protocol niet in het hoofd zitten.

Implementatie protocol

- Respondent vindt dat het protocol niet goed in haar hoofd zit en dat het niet zichtbaar ergens hangt.

- De borging van het protocol moet beter, zodat het ook blijft hangen. Toen dat met de felbitis score werd gedaan werd elke keer opnieuw genoemd dat we er aan moesten denken. Zelfs dat het irritant werd, maar het werkte wel. Op die manier vergat je het niet.
- In de HighHigh neer zetten, een link met directe toegang tot protocol om het laagdrempelig te maken.

Relatie arts verpleegkundige

- Artsen beslissen voornamelijk over het wel of niet spoelen.
- Artsen hebben vertrouwen in verpleegkundigen wanneer we zeggen wat we in de wond hebben gedaan en waarom.
- De respondent zegt tegen de arts hoe de wond er uit ziet en geeft daarbij aan wat ze er zelf van vind.
- De respondent houdt rekening met de patiënt, door op een rustig moment met de arts af te spreken om de wond te bekijken.
- De respondent geeft aan dat de artsen af gaan op wat de verpleegkundigen zeggen.

Tijdtekort

- Drukte op een dag.

Wondprotocol lastig te vinden

- Het protocol is niet heel snel en makkelijk te vinden.
- Q-portaal werkt niet fijn

9.10.10 Interview 5

Datum: 29-04-2014

Tijd: 14.30

Interviewers (I): Lysanne Wien (I1), Lonneke van Dijk (I2)

Respondent (R): Verpleegkundige afdeling Chirurgie Buikoncologie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede

Uitgewerkt interview 5

Datum: 29-04-2014

Tijd: 14.30

Interviewers (I): Lysanne Wien (I1), Lonneke van Dijk (I2)

Respondent (R): Verpleegkundige afdeling Chirurgie Buikoncologie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede

I1: 'Vind je het goed als we dit gesprek opnemen?'

R: 'Ja, best.'

I1: 'Dat is voor het verwerken..'

R: 'Ja, das wel handig.'

I1: 'We willen je graag interviewen, over het wondprotocol hier op de afdeling en over het gebruik door verpleegkundigen van het wondprotocol. We willen je daar een aantal vragen over stellen.'

R: 'Dat is goed.'

I1: 'Ben je bekend met het wondprotocol?'

R: 'Uhhh.. Ik weet waar ik het kan vinden. Ik weet ongeveer wat erin staat, maar niet geheel gedetailleerd. Ik.. Voordat ik met een wond begin kijk ik er ook niet op ofzo.'

I1: 'Oké..'

I1: 'Dus je gebruikt 'm eigenlijk niet?'

L2: 'Nee.'

Gebruik wondprotocol

R: 'Nee.. Uhm.. Ik link mn ervaring uhm.. wel aan wat er in het wondprotocol staat, maar ja wondzorg dat verandert zo snel, dr zijn weer zoveel nieuwe producten, dus ik ben denk ik niet up to date, nee.'

I1: 'Houdt je je wel daarmee bezig, dan met...?'

R: 'Jaa.. Uh in Nursing bijvoorbeeld, literatuur. Uhm.. ja houd ik wel bij wat.. ontwikkelingen zijn, maar ik ga, ja dr zijn ook genoeg congressen enzo daarover, daar ga ik niet heen, maar nee..'

I1: 'Oké.'

R: 'Dus ik denk dat ik er wel meer uit zou kunnen halen dan dat ik doe.. Ja..'

Evidence based werken

I2: 'Want wat is voor jou de reden dat je het wondprotocol niet ehh gebruikt?'

R: 'Uhm.. Ja dr is een uhm.. een bepaald behandeling ingezet dan door een arts uhm.. Ja soms vind ik het wel eigenwijs van mezelf als ik dan al meteen dat zou gaan veranderen, zegmaar, als dat net één dag ofzo is ingezet, terwijl als ik echt denk dat het anders zou moeten zou ik dat wel ter discussie stellen. Uhm.. maar ik denk ook niet dat artsen dr specifiek naar het wondprotocol kijken als ze ehh.. wondbehandeling afspreken. Dus.. uhm.. ja deels is het dat ik niet eigenwijs wil zijn zegmaar om uhm.. ja.. me met het behandelplan te bemoeien en deels is het ook ja..

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

gewoon geen tijd voor némen, denk ik, als ik 's avonds ja ooh die wond moet ik nog gespoeld worden, prima huphup, dan ga ik niet eerst het protocol drbij pakken en bedenken van hé ehh.. is dit wel de goeie manier.. enne hoe zou ik het eventueel anders doen, dat doe ik dan niet. Dat is dan tijdgebrek, maarja misschien geef ik dat wel te weinig prioriteit.'

Tijd tekort

I2: 'Oké.'

R: 'Ja.'

I2: 'Ja.. En wat vind je drvan datte de artsen ehh ehmm.. volgens jou dan ook niet het ehh.. protocol gebruiken bij de behandeling?'

R: 'Ja, dat is ja dat is denk wel heel erg zonde. Maarja dat is wel makkelijk bij de arts gelegd, maar dat is bij ons denk ik ook.

Gebruik wondprotocol

Ik denk dat dr wel meer adequate wondverzorging kan worden toegepast. En dan heb je wel een wondverpleegkundige, die ziet natuurlijk lang niet alle wonden, dus eigenlijk vind ik dat je als verpleegkundige wel wat meer kennis moet hebben dan dat we nu hebben. Dat denk ik, dat is denk ik wel goed.'

Evidence based werken

I2: 'Oké.'

R: 'Ja.'

I1: 'En heb je dat idee ook bij je collega's?'

R: 'Uhm..'

I1: 'In het gehele team?'

R: 'Stilte..

Ja ik denk, ja we hebben nooit echt veel discussie over van hé wat vind jij van dit deze wondbehandeling enneh.. is dat wel goed of moet het anders ofzo.. Ja ik denk als je er wel meer in verdiept kan je dr ook wel wat betere mening over hebben zegmaar. Offeh.. Ja al die.. Kijk we

gebruiken Aquacell, we gebruiken Kaltostat, maarja verder niet zo heel veel boeiends. Ja Mepilex Border gebruik je nog wel is, maar.. ja dat kan wel beter denk ik. Ja.'

Communicatie rondom wondzorg > tussen collega's

I1: 'Ja, oké.'

I1: En zijn er dan nog meer factoren die dat beïnvloeden? Want je noemde net tijd, werkdruk, artsen schrijven wat anders voor.. Zijn er nog andere factoren die daarop invloed hebben?

R: 'Uhhh.. Nou ik vind het wondprotocol ook niet makkelijk te vinden. Ik heb het een keer opgezocht, nou dan moet je, ik moest het volgens mij intypen voordat ik er kwam en dan kan je nog kiezen uit heel veel verschillende, wondprotocol en wondbehandeling enneh.. wat je allemaal hebt. Dus dat maakt het ook niet makkelijker om ehh.. te vinden. Uhhh.. Ná de kennis, denk ik ook, ja kennis door verpleegkundigen uhhh.. maakt ook wel dat er denk adequatere wondzorg wordt gegeven. Stilte.. Ja, meer kennis, uhhh.. Stilte.. Ja verder zou ik zo ff niet weten denk ik.'

Wondprotocol lastig te vinden

I1: 'Oké.'

I1: 'Uhhh.. Heb je het idee dat je collega's het protocol wel gebruiken?'

R: 'Nou dat weet ik echt niet, weet ik niet. Ik hoor dr nooit iemand over in ieder geval.'

I1: 'Nee, oké.'

R: 'Nee.'

Gebruik wondprotocol door collega's

Blaadje wordt omgeslagen.

I1: 'Uhhh.. Wat zou voor jou het belang zijn van het gebruiken van het protocol?'

R: 'Uhhh.. Nouja optimale wondverzorging, dat vind, ja voor de patiënt vind ik het gewoon het belangrijkste dat iedereen het de, naja dat het goeie materiaal gebruikt wordt en

Betere wondbehandeling

dat iedereen ook eenduidig werkt, dat vind ik ook eigenlijk wel, en dat geeft voor patiënten wel heel veel onrust als de één het op die manier doet en de ander op een andere manier. Dat hoor ik wel heel vaak terug van patiënten.

Eenduidig werken

Uhhh.. Nouja dr staat ook wel in natuurlijk hoe je hoe je werkt enzo en dat is natuurlijk ook wel heel belangrijk voor nouja ehh.. infectie, om infecties tegen te gaan, wat echt een item is op de afdeling. Ja, dus de daarom vind ik het ook wel heel erg belangrijk om wel goed te werken enzo.. Ja, dr staat ook in loop niet weg uhhh.. als je met wondverzorging bezig bent. Ik denk, nou lalala.'

Betere wondbehandeling

I2: 'Kom maar een keer op de afdeling, of..'

R: 'Ehh?'

I2: 'Kom dan maar een keer kijken op de afdeling hoe het gaat.'

R: 'Ja, ja, ja.. Maarja als je dat weet, kijk als je je dat protocol goed aanleert, dan is dat echt wel beter. Maar ik merk het ook, ik denk ooh.. weer wat vergeten.. Nou ligt die wond open, dr liggen allemaal spullen enzo bij, ja dat schiet dan natuurlijk eigenlijk niet op.'

I2: 'Nee.'

R: 'T is voor de patiënt is dat wel echt veel beter.. Ja.. Ja en voor het eenduidig werken, voor optimale behandeling, uhhh..

Betere wondbehandeling

Nou ja ik vind ook wel gewoon goed dat je evidence based bezig bent. Als je uhm.. weet wat je doet en waarom je het doet en hoe dat in de literatuur allemaal staat, kijk er allemaal genoeg informatie over..

Evidence based werken

Ja, dus ja dat vind ik wel belangrijk dat je de goede dingen doet, zegmaar. En dat verwacht ik ook wel dat het protocol dan up to date wordt gehouden, zodat je ook goed werkt daarmee.'

Betere wondbehandeling

I2: 'Ja.'

R: 'Ja, dat vind ik denk ik de belangrijkste dingen.'

I2: 'Wat zou voor jou kunnen helpen om uhm.. het werken met het protocol makkelijker te maken?'

R: 'Nouja dit is ook al wel een hele goeie bewustwording om zo even zo'n enquête, nouja zo'n interviewtje dan.. Dat is wel echt goed om weer even te denken ooh ja.. waar ben je mee bezig en hoe doe je het eigenlijk en hoe zou het beter anders kunnen. Dus bewustwording is al de helft denk ik.'

I2: 'Ja.'

R: 'Ik weet niet of jullie dit ook nog in het team ofzo ehh.. moeten presenteren offehh..

I2: 'Ja.'

R: 'Nouja ja dat is al echt een goeie opstart denk ik, voor iedereen om wel even bewust te zijn van hoe we werken. Enne.. Ja misschien moet dat gewoon ook wel door iemand uhm.. steeds weer herhaald worden. Ja, ik denk dat dat wel de kracht van de herhaling ook wel heel belangrijk is eigenlijk. Dat iemand een aandachtsgebied heeft zegmaar binnen de afdeling die dat wel telkens uhm.. weer even oppakt. En het hangt natuurlijk samen met handhygiëne, kijk je hebt heel veel raakvlakken, infectiepreventie, dus er zijn genoeg mogelijkheden om dat dan weer ehh.. aan bod te laten komen zegmaar.'

Bewustwording

I2: 'Ja.'

R: 'Dusseh.. Ja, dat is.. En elkaar erop aanspreken, ja dat doen, ja dat doen we eigenlijk. Je kijkt ook nooit mee met iemand die een wond spoelt bij zijn eigen patiënt. Dus je weet ook niet zo goed hoe anderen werken en hoe anderen vinden dat jij werkt zegmaar. Dus je hebt weinig feedback op elkaar over hoe er gewerkt wordt, terwijl dat er ook wel heel goed is denk ik ommeh elkaar feedback te geven op hoe we werken. Daar wordt je wel kritischer van naar je eigen handelen denk ik.'

I2: 'Ja.'

I2: 'Zou je dat dus wel willen?'

R: 'Ja, dat zou ik wel echt goed vinden. Ja, ja en het is wel spannend, ik bedoel ja iemand kijkt wel mee hoe jij dingen doet, maar t je wordt er zelf ook wel ehh.. bij stilgezet van oh ja hoe doe ik het eigenlijk. Dus dat, ja dat vind ik wel echt belangrijk hoor.'

I1: 'Ja, je gaat weer terug naar de basis dan.'

R: 'Ja, precies, ja.'

I1: 'En hoe verloopt nu de communicatie in het algemeen rondom wondzorg?'

R: 'Nouja, soms op het wondblad. En anders gewoon via het rapport. Als een wondblad wordt ingevuld.. of als er een wondverpleegkundige bij is meestal wel, maar ja anders gewoon in de rapportage. Dus dan moet je wel echt een beetje gaan zoeken hoe de wondbeh ohh ehh af actieplanning wordt ook nog wel op gezet hoe een wond wordt gespoeld.. Ja.. Dus wel onoverzichtelijk.'

I1: 'Oké.'

I2: Onoverzichtelijk ja..'

R: 'Ja..'

I2: 'De een doet het daar, de ander doet het weer daar..'

R: 'Ja..'

I2: 'En dr zijn niet echt duidelijke afspraken over bij jullie op de afdeling wie waar het nou echt de bedoeling is dat het geplaatst wordt.'

R: 'Ja, wel op het wondblad, dat weet iedereen denk ik opzich wel, maar soms denk je van jaa nouja dit kleine wondje dat snapt iedereen wel spoelen offeh.. ja dan wordt het hele wondblad niet ingevuld.'

Communicatie rondom wondzorg > tussen collega's

I2: 'Nee.'

R: 'Ja, of het ehh wordt niet aangepast als het wel zou moeten.. Ja, maarja dat is gewoon.. Dan heeft het denk ik te weinig prioriteit nog. Maarja dat vind ik altijd gewoon heel lastig.'

I2: 'Ja.'

Communicatie rondom wondzorg /wondblad

R: 'Ja, alles heeft prioriteit nodig, dus wanneer ehh.. je hebt gewoon geen tijd genoeg om alles te doen.'

Tijd tekort

I2: 'Ja.. Daar komt het eigenlijk gewoon op neer..'

R: 'Ja, maar dat is opzich makkelijk gezegd maar ja dat ervaar ik wel soms ja. Dat je in je hoofd gewoon zo druk bent met alles wat je bij alle patiënten moet doen, dat zo'n wondblad er nog wel bij in schiet.'

I2: 'Ja.'

I1: 'Ja.'

I2: 'Oké.'

I1: 'Dus zelf vul je 'm ook niet altijd even volledig in, het wondblad?'

R: 'Nee, ik denk het niet nee, ik heb gisteren nog een wond gespoeld en dat heb ik in het rapport gezet terwijl ik dat hoe dat ging.. en heb ik ook niet op het wondblad gezet.'

I1: 'Ja.. Dus dan uhhmm zou dat, het rapporteren van de wondzorg, zou beter kunnen?'

R: 'Ja, dat denk ik wel, zeker weten.'

Communicatie rondom wondzorg /wondblad

I1: 'Zijn er nog andere dingen die dan uhh beter zouden kunnen volgens jou? Om de wondzorg dus efficiënter te laten.'

R: 'Ja, precies.'

I1: 'Verlopen?'

R: 'Uhhmm.. Nouja uhhmm wat we al zeiden van nou kennis van het protocol, kennis van de producten, zulk soort dingen.. Uhhmm.. bewustwording bij alle collega's. Ja, en uhhmm.. betere rapportage. Ja, dat denk ik ook echt wel, ja.'

Bewustwording

I1: 'Ja.'

R: 'Ja, ja, ja, of toch kortere lijntjes met de wondverpleegkundige, maar ik heb wel het idee dat die altijd wel heel druk is al, dus soms denk je dan nou.. wat een arts zegt dat doen we gewoon.. Dusja.. dat is het denk wel zo'n beetje, ja.'

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

I1: 'Oké.. Uhhmm ehh heb je destijds, in 2008 is het protocol geïmplementeerd..'

R: 'Uhu.'

I1: 'Heb je daar toen wat van meegekregen van de implementatie?'

R: *'Uhhh.. Nou ik kan me het niet meer herinneren.. nee..'*

I1: *'Want voor de implementatie, ja dat is belangrijk dat dat goed verloopt..'*

R: *'Ja, zeker weten.'*

I1: *'Waar zouden ze wat dat betreft nog aandacht aan moeten besteden? Om ook dit protocol nog goed te laten implementeren op de afdeling?'*

R: *'Uhhh.. Nouja, wel onder de aandacht brengen en houden.. bij de verpleegkundigen denk ik. Ja, en ook uhhh.. ja dat is toch weer dat.. elkaar erop wijzen, ja dat is wel lastig, maarja daar zo hou je het wel uhhh.. dat het boeiend is voor iedereen zegmaar als je denk ohja uhhh.. die werkt zo die werkt zo en dat kan anders of ik kan het zelf juist anders doen, dan houdt je het wel levend, dus dat vind ik wel juist heel belangrijk.. ja.'*

I1: *'Dus echt onder de aandacht houden.'*

R: *'Ja, precies.'*

I1: *'Bij iedereen'*

R: *'Ja, ja.'*

I1: *'En elkaar drop wijzen.'*

R: *'Ja.. Maar wat jullie terug gehoord hebben.. Is er veel ehh kennen veel mensen het protocol?'*

I1: *'Ja, dat wisselt..'*

I2: *'Ja.'*

R: *'Aah, oké.'*

I1: *'Dat wisselt heel erg.'*

Implementatie protocol

I2: *'Of mensen kennen het protocol, en gebruiken het niet zo.. Want in principe zeg jij zelf ook van ik weet wel waar het staat en ik ken het wel maar ik gebruik het verder niet.'*

R: *'Nee.'*

I2: *'Nee, dus dat is ook wel ehh vaak zo van nou ja je doet het toch op je eigen manier wat we al terug horen'*

R: *'Ja ja.'*

I2: *'En sommige mensen die juist zo iets hebben van ja ik gebruik het wel want het is er ook voor bedoeld.'*

R: *'Ja, dat is wel goed.. Ja ja ja..'*

I2: *'En maar wat wat dus ook een beetje terug hoor uit je is dat je zegt uhhh.. dat dat je dat je elkaar ook bewust moet houden daarvan.'*

R: *'Ja, dat is ook echt zo.'*

I2: *'Maar dat is ook echt iets wat binnen een team helemaal moet veranderen, dat kan niet één persoon maar doen..'*

R: *'Er moet echt een cultuur zijn ja..'*

I2: *'Ja.'*

R: *'Van nou ik heb in Nursing dit en dit gelezen.. Wat vinden jullie daarvan.. Is het toepasbaar op de afdeling bijvoorbeeld.. Ja, da dat is denk ik wel heel goed. En dan gaat het over wondzorg, maar het gaat over veel meer dingen natuurlijk.'*

I2: *'Ja.'*

R: *'Ja.'*

I2: *'Dus dat je daar een actievere rol in gaat aannemen als verpleegkundige zelf..'*

R: *'Ja ja ja, dat is denk ik echt wel belangrijk hoor.. ja ja.'*

I2: *'Oké.. Uhhh.. Want uhh naja net ging het al over inderdaad over dat de implementatie dus hier weer op de afdeling en in het ziekenhuis gaat komen voor een nieuw wondprotocol, daar zijn ze ook bezig met andere manieren vinden.. Zou dat ook helpend zijn om de manier dat de cultuur ook kan veranderen op een afdeling niet de manier waarop zo'n implementatie gebeurt?'*

R: *'Uhhh.. Ja dat denk ik wel, maar ik ben nooit zo goed in het bedenken hoe je dat dan het beste kan doen ofzo zodat dat het beste blijft hangen bij al je collega's. Kijk je kan wel een e-learning*

bijvoorbeeld erover doen, dat is wel heel boeiend, van nou uhh uhh een casus en dan wat voor wondverbandmateriaal zou je gebruiken..'

I2: 'Ja.'

R: 'Ja, daar zou misschien wel discussie over kunnen ontstaan zegmaar..'

I2: 'Dat is meteen een goeie test voor de kennis wat de verpleegkundigen hebben..'

R: 'Ja, precies.'

I2: 'Over..'

R: 'Ja, ja..'

I2: 'De wondzorg van nu.'

R: 'Ja..'

I2: 'Ja.'

R: 'Dat je een stuk theorie drbij doet en dan ehh een soort toets ofzo weet ik het.'

I2: 'Ja.'

R: 'Uhhh.. Ja.'

I2: 'En zoals je al eerder in het gesprek zei dat dat er dus ook een werkgroep echt is die daar ook actief mee bezig gaat dus dat het daar mensen in zitten die..'

R: 'Ja, dat denk ik wel..'

I2: 'Dat ook het cultuurverband op de afdeling kunnen veranderen daarin..'

R: 'Ja, precies.'

I2: 'Oké.'

R: 'Ja, en dan daar.. dat iedereen eigenlijk .. z'n eigen aandachtsgebied ook wel uhh ja z'n manier vind om die cultuur te veranderen zegmaar..'

I2: 'Ja, oké.'

I1: 'Oké.'

R: 'Ja.'

I2: 'Goed.'

I1: 'Duidelijk.'

I2: 'Ja, duidelijk inderdaad.'

R: 'Oké, mooi.'

I2: 'Bedankt voor je tijd.'

Bewustwording

R: 'Geen probleem, prima.'

I2: 'En de resultaten die zul je dan nog wel horen.'

R: 'Ja, ooh dat is wel een klus he zo allemaal, al die uhh.. Ohh mensen..'

I1: 'Alles verwerken ja..'

R: 'Ja..'

I1: 'Nou, werkse he.'

R: 'Doei.'

9.10.11 Interview 5 gecodeerd

Behandeling wond in samenspraak met arts of wondverpleegkundige

- Arts stelt het wondbehandelingsplan op, deze is niet op basis van het wondprotocol. Wanneer de respondent van mening is dat de wondbehandeling anders moet, gaat zij hierover in discussie met de chirurg.
- Om de wondzorg efficiënter te laten verlopen, noemt de respondent de optie op het hebben van kortere lijntjes met de wondverpleegkundige.

Betere wondbehandeling

- Door gebruik van het wondprotocol wordt optimale wondzorg gewaarborgd.

- Door gebruik van het wondprotocol wordt duidelijk hoe je moet werken. Dit is belangrijk om bijvoorbeeld infecties tegen te gaan.
- Een wondprotocol is evidence based, waardoor er betere wondzorg kan worden geboden.

Bewustwording

- Het invullen van een enquête en het worden geïnterviewd is voor de respondent een goede bewustwording van haar manier van werken met betrekking tot wondzorg. Een presentatie van dit onderzoek zou verpleegkundigen bewust kunnen maken van de manier van werken op de afdeling. Daarnaast is herhaling van belang, het belang moet regelmatig onder de aandacht van verpleegkundigen worden gebracht.
- Het moet een cultuuromslag op de afdeling plaatsvinden om het wondprotocol goed te gaan gebruiken. Verpleegkundigen moeten hier een actieve rol in hebben.
- Het opzetten van een e-learning of werkgroep wordt als optie genoemd om de bewustwording bij verpleegkundigen te vergroten.

Communicatie rondom wondzorg

- Wondbehandeling wordt vaak op het wondblad beschreven, bijvoorbeeld wanneer de wondverpleegkundige in consult is gevraagd. Anders wordt de wondbehandeling in de rapportage beschreven.
- Het gebruik van het wondblad wordt overgeslagen of vergeten, omdat de respondent hier vaak geen tijd voor heeft.

Communicatie wondzorg - collega's

- Er wordt tussen verpleegkundigen niet veel gediscussieerd over de in te zetten wondbehandeling.
- Voor de respondent is niet duidelijk hoe collega's werken, waardoor er geen feedback op elkaars manier van werken kan worden gegeven.
- Verpleegkundigen plaatsen op verschillende plekken in het dossier van de patiënt, bijvoorbeeld het wondblad, rapportage of actieplanning, de wondzorg. Dit is erg onoverzichtelijk.

Eenduidig werken

- Patiënten geven aan dat minder onrust worden ervaren wanneer verpleegkundigen eenduidig werken.

Evidence based werken

- Respondent verdiept zich in relevante literatuur, zoals Nursing, om op te hoogte te blijven van ontwikkelingen.
- Wanneer verpleegkundigen meer kennis hebben over wondzorg, kan er meer adequate wondzorg worden toegepast.
- Het is belangrijk om evidence based te werken, omdat je zo weet waarom je het op die manier doet.

Gebruik wondprotocol

- Verantwoordelijkheid voor het gebruik van het wondprotocol ligt niet alleen bij de arts, maar voornamelijk bij de verpleegkundigen.

Gebruik wondprotocol door collega's

- Respondent heeft nog nooit een collega het wondprotocol zien gebruiken.

Implementatie protocol

- Respondent heeft niks meegekregen van de implementatie van het wondprotocol destijds.
- Goed om het wondprotocol onder de aandacht van verpleegkundigen te brengen en dit onder de aandacht houden.

Niet kennen protocol

- Respondent is bekend met het wondprotocol, maar is niet bekend met de specifieke inhoud hiervan.

Tijdtekort

- Het raadplegen van het wondprotocol voor het daadwerkelijk behandelen van de wond wordt door de respondent niet gedaan, omdat dit veel tijd kost.
- Het is belangrijk om voldoende de tijd te hebben om duidelijk de wondzorg te beschrijven.

Wondprotocol lastig te vinden

- Het wondprotocol is moeilijk te vinden. Wanneer het woord 'wondprotocol' wordt ingetypt, zijn er erg meer zoekresultaten.

9.11 Plan van aanpak

1 Inleiding

Iedere zorginstelling is wettelijk verplicht om verantwoorde zorg te leveren. Het beleid dat een instelling voert moet daarom gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van zorg (Inspectie voor Gezondheidszorg, 2010). Dit kan onder andere door het volgen van protocollen en richtlijnen. Lokale protocollen worden vaak afgeleid van landelijke richtlijnen (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2012). Het doel van een protocol is het ondersteunen van zorgverleners bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen (V&VN, 2012). Hierin wordt beschreven hoe een handeling moet worden uitgevoerd. Een protocol is bedoeld om een verpleegkundige op een vaststaande manier te laten handelen. De vrijheid van handelen is bij een protocol dus beperkt (V&VN, 2012). Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden meer in detail vastgelegd (Everdingen J. B., 2004). Een protocol is een middel om tot kwalitatief goede en verantwoorde zorg te komen (V&VN, 2012). Er zijn voor allerlei zorginhoudelijke handelingen protocollen opgesteld, waaronder voor het uitvoeren van wondzorg. Het wondprotocol geeft duidelijke voorschriften over de manier waarop wondzorg moet worden uitgevoerd (Franx, Eland, & Verburg, 2002).

In een kort interview met verpleegkundige en doctor in de sociale wetenschappen Dimitri Beeckman, stelt hij dat uit zijn promotieonderzoek bij decubitus is gebleken dat niet iedere verpleegkundige eenzelfde expertise heeft op het gebied van wondzorg (Jonkers, 2013).

1.1 Organisatie

Dit afstudeeronderzoek zal plaatsvinden in Ziekenhuis de Gelderse Vallei (hierna te noemen ZGV). De missie van het ZGV is het bieden van 'kwalitatief hoogwaardige medische zorg op een betrokken en patiëntgerichte wijze' (Ziekenhuis Gelderse Vallei, 2012). In de missie van het ZGV is te lezen dat geprobeerd wordt om medewerkers van het ZGV professioneel en goed op te leiden om vanuit betrokkenheid, professionaliteit en christelijke waarden de best mogelijke zorg te bieden (ZGV, 2012). In 2013 stond het ZGV op de 46^e plek in de ziekenhuis top 100 van het Algemeen Dagblad (hierna te noemen AD). Het AD-onderzoek baseert zich op bepaalde prestatie-indicatoren, zoals deze ook onder andere door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Zichtbare Zorg worden geregistreerd (Ziekenhuis Gelderse Vallei, 2013). De betrokken afdeling bij het onderzoek is de verpleegafdeling chirurgie buik/oncologie. Deze afdeling sluit in hun beleid aan op de missie van het ziekenhuis.

1.2 Achtergronden

Dit afstudeeronderzoek wordt vanuit het ZGV aangestuurd door T. Holwerda, verplegingswetenschapper. Op de afdeling is M. Snel, seniorverpleegkundige het aanspreekpunt. Het onderzoek wordt binnen het ziekenhuis uitgevoerd door vier studenten van de Christelijke Hogeschool in Ede. Deze studenten worden ondersteund bij dit onderzoek door begeleiding vanuit de Christelijk Hogeschool in Ede door Gerdine Schep en beoordeeld vanuit school door Marlies van Hell. In de hoofdstukken hierna zijn de aanleiding, probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek beschreven.

2 Aanleiding

Binnen het ZGV is in 2008 één ziekenhuisbreed wondprotocol opgesteld. Het wondprotocol is door middel van niet verplichte scholingen direct na opstelling op de verschillende afdelingen van het Ziekenhuis Gelderse Vallei geïmplementeerd (Jansen, 2014). Veel medewerkers zijn op deze manier op de hoogte gebracht van het protocol, zo ook de verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie (Jansen, 2014).

Vanuit het ZGV is de vraag gekomen hoe er wordt omgegaan met het wondprotocol op de afdeling chirurgie buik/oncologie. Om deze vraag te kunnen concretiseren heeft vooronderzoek plaats gevonden. Tijdens het vooronderzoek hebben interviews plaats gevonden met de algemeen wondverpleegkundige W. Jansen, seniorverpleegkundige M. Snel en een aantal verpleegkundigen van de afdeling chirurgie buik/oncologie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Enkele citaten uit de interviews: *“Ik heb het idee dat verpleegkundigen regelmatig afwijken van het wondprotocol. Het afwijken van een protocol kan onderdeel zijn van de professionele autonome beslissingsruimte van verpleegkundigen. Soms is er een ander beleid nodig dan wordt aangegeven in het protocol. Dit beleid moet dan wel op een beargumenteerde en gedocumenteerde wijze uitgevoerd worden”* (Jansen, 2014). *“Er is weinig continuïteit wat betreft de wondzorg. In de praktijk gebeurt het regelmatig dat de wondbehandeling binnen 48 uur drie keer wordt veranderd, de behandeling krijgt dan haast geen kans om zijn werk te doen”* (Snel, 2014).

De ervaring van de geïnterviewde personen is dat de verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie niet op de hoogte zijn van het wondprotocol en hier dus ook geen gebruik van maken bij het uitvoeren van de wondzorg. Ook is de ervaring van de geïnterviewde personen dat verpleegkundigen regelmatig niet-beargumenteerd afwijken. Op basis van de interviews is het aannemelijk dat verpleegkundigen het wondprotocol niet op de juiste wijze gebruiken bij het uitvoeren van de wondzorg. Dit onderzoek gaat uit van de aanname dat verpleegkundigen afwijken van het protocol. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek naar de vraag hoe er wordt omgegaan met het wondprotocol op de afdeling chirurgie buik/oncologie in Ziekenhuis Gelderse Vallei (hierna te noemen ZGV) te vergroten, wordt allereerst onderzocht of deze aanname juist is. Naar aanleiding van deze gegevens zal getracht worden de redenen te achterhalen waarom verpleegkundigen het wondprotocol mogelijk niet gebruiken of hiervan afwijken.

Met dit afstudeeronderzoek wordt beoogd aanbevelingen te doen om het werken volgens wondprotocol of het beredeneerd afwijken van het wondprotocol te bevorderen.

3 Projectopdracht

3.1 Probleemstelling

Het beleid wat betreft wondzorg is binnen het ziekenhuis vastgelegd in het ziekenhuis brede wondprotocol. Het doel van dit wondprotocol is om een eenduidige en duidelijke manier van werken te bewerkstelligen met betrekking tot de wondzorg. Uit inventariseerde interviews is gebleken dat verpleegkundigen afwijken van het wondprotocol. Welke redenen verpleegkundigen hebben om af te wijken van het wondprotocol is niet duidelijk. Ook is het niet duidelijk of verpleegkundigen bewust afwijken van het wondzorgprotocol en of ze weten wat het effect is van het afwijken van het wondprotocol.

Het is belangrijk dat er op de afdeling eenduidigheid komt over het gebruik van het wondprotocol. Eenduidigheid op de afdeling is belangrijk omdat dit één van de aspecten is die kwaliteit van zorg bewerkstelligd (Ehrenberg & Birgersson, Nursing documentation of leg ulcers: adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. , 2003) (Harrison, Lorimer, Friedberg, Pierscianowski, & Brandys, 2005). Dit leidt uiteindelijk tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Om dit te kunnen bereiken moet onderzocht worden hoe het wondprotocol nu gebruikt wordt en hoe deze beter gebruikt kan worden en wat de redenen zijn voor het afwijken van wondprotocol.

3.2 Vraagstelling

De vraagstelling die in dit onderzoek centraal staat, is als volgt:

‘Hoe wordt er gebruik gemaakt van het wondprotocol bij het uitvoeren van de wondzorg door verpleegkundigen op afdeling chirurgie buik/oncologie van Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede?’

Om de vraagstelling mogelijk te kunnen beantwoorden zijn onderstaande deelvragen geformuleerd:

Theorie

1. Wat wordt er in de literatuur beschreven over de verpleegkundige verantwoordelijkheid voor het gebruik van het wondprotocol?
2. Wat wordt er in de literatuur beschreven over redenen van het afwijken van het wondprotocol door verpleegkundigen?
3. Wat wordt er in de literatuur beschreven over gevolgen van het niet protocollair werken door verpleegkundigen op de verpleegafdeling bij de wondzorg in de post operatieve fase?

Praktijk

1. In hoeverre gebruiken verpleegkundigen in de praktijk het vastgelegde wondprotocol?
2. Wat zijn de beweegredenen van de verpleegkundigen om het wondprotocol wel of niet te gebruiken bij het uitvoeren van wondzorg?

3.3 Doelstelling

Door de hoofdvraag te beantwoorden, wordt een basis gelegd voor het bewerkstelligen van een eenduidig beleid wat betreft het volgen van het wondprotocol op afdeling chirurgie buik/oncologie in het ZGV. Inzicht in de manier waarop het wondprotocol gebruikt wordt op afdeling chirurgie buik/oncologie in het ZGV is nodig om beslissingen te kunnen maken over het toekomstige beleid.

De doelstelling die in dit onderzoek centraal staat, is als volgt:

Het inzichtelijk maken van het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie in Ziekenhuis Gelderse Vallei. De verwachting is dat dit onderzoek eind juni 2014 is afgerond. De opdrachtgever kan met de resultaten, conclusie en aanbevelingen, bewustwording bij de verpleegkundigen op de afdeling chirurgie buik/oncologie bevorderen met betrekking tot het werken met het wondprotocol.

4 Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de verantwoording van de onderzoeksmethodologie van het onderzoek beschreven. Daarnaast wordt beschreven hoe de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek zo hoog mogelijk wordt gemaakt. Op basis van de stappen die tijdens het onderzoek beschreven worden, wordt voor derden inzichtelijk hoe betrouwbaar de resultaten zijn (Boeije H. , 2009).

Om goed antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er gekozen voor een onderzoek welke deels kwantitatief en deels kwalitatief van aard is.

Het eerste deel van het onderzoek is kwantitatief van aard. Er worden cijfermatige gegevens verzameld over het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen (Verhoeven, 2011). Er is gekozen voor een surveyonderzoek. Een surveyonderzoek is een gestructureerde dataverzamelmethode en kan vorm gegeven worden in een enquête of vragenlijst (Verhoeven, 2011). De resultaten zullen de basis vormen voor het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Dit tweede deel van het onderzoek is kwalitatief van aard. Er wordt ingegaan op de achtergronden van de verzamelde numerieke gegevens uit het surveyonderzoek (Verhoeven, 2011). De beleving van de onderzochte staat hierbij centraal (Verhoeven, 2011). Hierdoor wordt mogelijk inzichtelijk wat de reden is dat verpleegkundigen de keuze maken om het wondprotocol wel of niet te volgen.

4.1 Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag zo goed en compleet mogelijk te beantwoorden, is op verschillende manieren informatie verzameld. Allereerst door middel van een literatuurstudie. Daarnaast door middel van enquêtes en interviews.

4.1.1 Literatuurstudie

Er is gebruik gemaakt van de literatuurstudie om informatie te verzamelen. Om literatuur te vinden die betrouwbaar en relevant is, en dus aansluit bij het onderzoek, is er op verschillende manieren naar literatuur gezocht. Hierbij wordt ingegaan op de verpleegkundige besluitvorming bij het gebruik van het wondprotocol. Ook wordt er bij de literatuurstudie aandacht besteed aan de vraag waarom er door verpleegkundigen wordt afgeweken van het wondprotocol en wat de gevolgen voor de patiënt zijn van deze afwijking. Voor de literatuurstudie wordt gebruik gemaakt van de volgende databanken en zoekmachines: Pubmed, Google Scholar, Google, Academic Search en HBO-Voorsprong. De gebruikte zoektermen worden in de bijlage bijgevoegd. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van boeken afkomstig van Google Books, de mediatheek van de Christelijke Hogeschool Ede of uit eigen bezit.

4.1.2 Kwantitatieve onderzoeksmethode

Er is informatie verzameld door middel van een surveyonderzoek, ook wel enquête genoemd. Het surveyonderzoek behoort tot het kwantitatieve deel van het onderzoek (Verhoeven, 2011).

Er is om verschillende redenen gekozen voor een surveyonderzoek. Allereerst kan door de uitkomsten worden aangetoond of verpleegkundigen het wondprotocol in de praktijk gebruiken. Dit is voor het onderzoek relevant, omdat het onderzoek is gebaseerd op meningen en ervaringen en niet op wetenschappelijk onderzoek. Door de enquêtes hier deels op te richten, wordt de aanleiding van het onderzoek onderbouwd.

Ten tweede is er voor een surveyonderzoek gekozen, omdat de vraagstelling van te voren vaststaat (Verhoeven, 2011). Er wordt maximaal een klein aantal antwoordmogelijkheden gegeven waaruit de ondervraagde kan kiezen (Verhoeven, 2011). Deze antwoordmogelijkheden worden opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek. De redenen voor verpleegkundigen om af te wijken van het wondprotocol en de gevolgen van deze afwijkingen, welke door middel van literatuurstudie in kaart zijn gebracht, zullen hierdoor worden getoetst aan de praktijk.

Ten derde kan door middel van een surveyonderzoek onder veel verpleegkundigen informatie worden verzameld (Verhoeven, 2011). Dit is voor het onderzoek van belang, omdat de betrouwbaarheid van het onderzoek hiermee wordt vergroot. De onderzoekspopulatie (4.4) zal een schriftelijke enquête aangereikt krijgen. De verzamelde gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

Het is belangrijk dat de enquêtevragen in de juiste volgorde worden gesteld. De volgorde van de vragen kan soms effect hebben op de beantwoording ervan, ook wel het volgorde-effect genoemd (Boeije H. , 2009). Van elke vraag in de enquête zal het doel worden omschreven. Daarnaast moet de routing in orde zijn. Vragen moeten elkaar op een logische manier opvolgen (Boeije H. , 2009). Het doel van de enquête is het onderbouwen van de aanleiding en het toetsen van literatuur in de praktijk.

De resultaten van het surveyonderzoek vormen de basis voor de interviews.

4.1.3 Kwalitatieve onderzoeksmethode

Er is informatie verzameld door middel van interviews. Interviews behoren tot het kwalitatieve deel van het onderzoek. Het afnemen van interviews neemt veel tijd in beslag en is arbeidsintensief, maar er kan hierdoor veel informatie worden verzameld (Verhoeven, 2011). Er is gekozen voor een half gestructureerd interview (Verhoeven, 2011). Dit type interview bestaat uit een topiclijst, een

vragenlijst met onderwerpen (Verhoeven, 2011). Aan iedere verpleegkundige worden dezelfde vragen gesteld met als doel om op een eenduidige manier informatie te verzamelen. Daarnaast is er voor de verpleegkundigen de mogelijkheid om eigen inbreng te hebben.

De topiclijst is vooraf bepaald aan de hand van de uitkomsten van de literatuurstudie en enquête. Deze topiclijst vormt een leidraad tijdens de interviews. Wanneer de interviewers van mening zijn dat de geïnterviewde bruikbare informatie geeft, is er ruimte om van deze topiclijst af te wijken. Er is in de interviews dieper ingegaan op de resultaten uit de enquête.

4.2 Data-analyse

De data-analyse voor dit onderzoek bestaat uit een kwantitatieve en een kwalitatieve analyse, omdat er op verschillende manieren praktijkonderzoek wordt gedaan. De verwerking van deze gegevens wordt hieronder beschreven.

4.2.1 Kwantitatieve uitkomsten

De kwantitatieve uitkomsten van de enquête worden verwerkt in een kwantitatieve analyse. De gegevens daarvan worden ingevoerd in een gegevens bestand, om ze vervolgens met behulp van statistische technieken te analyseren (Verhoeven, 2011). Dit wordt gedaan door middel van een codeboek. Verhoeven (2011) beschrijft een codeboek als volgt: 'een lijst waarin je laat zien hoe de gemeten kenmerken omgezet worden naar variabelen die je bij je analyses gebruikt' (p 178). Variabelen zijn kenmerken of eigenschappen van de objecten, de respondenten. Er wordt dus beschreven hoe een kenmerk gemeten is en welke naam dit kenmerk voor de analyse krijgt. Dit codeboek is het uitgangspunt bij het invoeren van de kwantitatieve gegevens in een spreadsheet zoals Excel (Verhoeven, 2011).

Volgens Verhoeven (2011) hoort er in het codeboek te staan:

- Welke kenmerken bij alle vragen gemeten zijn (het label);
- Hoe deze genoemd worden (de variabele naam);
- Uit welke categorieën ze bestaan. Dat zijn alle mogelijke waarden die een variabele kan aannemen;
- Wat er wordt gedaan met de ontbrekende antwoorden.

Hierna worden deze categorieën getalsmatig verwerkt. Dit zal worden gedaan door elke categorie een nummer te geven, zodat de variabelen ook 'numeriek' worden en er in het Microsoft Office Excel mee gerekend kan worden (Verhoeven, 2011). Er zullen in de enquête ook enkele open vragen voorkomen. Deze vragen worden kwalitatief geanalyseerd (Verhoeven, 2011). In de volgende alinea (4.2.2) wordt hier verder op ingegaan. Bij het analyseren van de data wordt gebruik gemaakt van de software Microsoft Office Excel en Microsoft Office Word. Uiteindelijk geeft de analyse informatie over het gebruik van het wondprotocol door verpleegkundigen. Mede op basis daarvan worden de interviews opgesteld.

4.2.2 Kwalitatieve uitkomsten

De kwalitatieve uitkomsten van de interviews worden verwerkt door middel van het uiteenrafelen, coderen en structureren van de interviewtekst. De interviews zullen worden opgenomen, zodat deze op een zo grondig mogelijke manier kunnen worden verwerkt. De tekstfragmenten zullen worden voorzien van een label (opmerking) welke kenmerkend is voor het tekstfragment en relevant voor het beantwoorden van de vraagstelling. Door het open coderen van fragmenten uit de gegevens (tekst van het interviewverslag) kunnen de termen/codes worden gegroepeerd. Zo kunnen verbanden tussen codes gevonden worden en wordt er hiërarchie aangebracht tussen hoofd- en subgroepen. Hier zal een structuur in worden aangebracht waardoor de gegevens duidelijk in beeld worden gebracht door middel van een model of diagram (Verhoeven, 2011). Een model of diagram geeft inzicht in het gebruik van het wondprotocol en andere relevante informatie welke uit de

interviews naar voren zijn gekomen. Het zoeken naar patronen en thema's in de data staat centraal bij kwalitatief onderzoek en is niet zozeer gericht op het toetsen van hypothesen. De kwalitatieve onderzoeker laat zich niet aan banden leggen door bestaande theorieën maar moet zich juist openstellen voor nieuwe ideeën en nieuwe theorieën (Nieswiadomy, Maten - Speksnijder, & Lange, 2009).

4.3 Respons

De enquête is onder alle (30) verpleegkundigen werkzaam op de afdeling chirurgie buik /oncologie van het ZGV te Ede verspreid. Voor de enquête is een periode van vier weken gepland. Het streefpercentage van de respons op de enquête is 60%.

Gezien het tijdsbestek waarin de interviews worden afgenomen en verwerkt is gekozen voor het interviewen van zeven verpleegkundigen. Zeven verpleegkundigen betekent dat 20% van de verpleegkundigen zullen worden geïnterviewd.

4.4 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie kan omschreven worden als het domein waarbinnen het onderzoek zich afspeelt (Baarda D. , 2009). De enquête is verspreid onder gediplomeerde verpleegkundigen niveau 4 en 5 op de afdeling chirurgie buik/oncologie van het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede.

De beoogde populatie is groot. Om de populatie specifieker af te bakenen zijn er inclusiecriteria en exclusiecriteria opgesteld (Knuistingh Neven, 2003):

Inclusiecriteria enquête / interviews:

- Verpleegkundigen 4-5, werkzaam op de afdeling chirurgie buik /oncologie van het ZGV te Ede.
- Leerlingen en stagiaires.

Exclusiecriteria enquête / interviews:

- Verpleegkundigen 4-5, werkzaam via het flexbureau op de afdeling chirurgie buik /oncologie van het ZGV te Ede.

4.5 Kwaliteit van het onderzoek

De kwaliteit van een onderzoek wordt beoordeeld door de betrouwbaarheid en validiteit. Met deze begrippen wordt gekeken naar twee soorten fouten die in een onderzoek kunnen voorkomen (Boeije H. , 2009).

4.5.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid kan worden omschreven als het zo min mogelijk van toeval afhankelijk zijn van de onderzoeksresultaten (Baarda D. , 2009). De toevalligheden kunnen ontstaan zijn door de situatie, de onderzoeker, de vragenlijst of de onderzoekspopulatie (Baarda D. , 2009). De betrouwbaarheid van het vooronderzoek wordt vergroot door middel van interviews met personeelsleden van het ZGV met verschillende functies binnen de afdeling. Om de betrouwbaarheid van de literatuurstudie te vergroten is er gebruik gemaakt van wetenschappelijke bronnen. Er is een lijst bijgehouden met daarin de zoektermen en gebruikte literatuur. Ook is hierin beschreven wie deze literatuur wanneer heeft gevonden en hoe deze is verzameld. Dit is gedaan ter bevordering van de transparantie van het onderzoek. Het is hierdoor beter mogelijk om het onderzoek te herhalen (Verhoeven, 2011). Om de betrouwbaarheid van de enquête te vergroten zullen er geen persoonlijke vragen in de enquête worden opgenomen. Hierdoor is de kans kleiner dat een ingevulde enquête kan worden gerelateerd aan een verpleegkundige. Het risico op sociaal wenselijke antwoorden wordt kleiner bij anonimiteit van de respondent (Verhoeven, 2011).

Om de betrouwbaarheid van de gegevens analyse te vergroten zal inzichtelijk worden gemaakt hoe de data analyse heeft plaats gevonden betreffende kwantitatieve analyse en kwalitatieve analyse. Betrouwbaarheid is geen eigenschap van het instrument die, eenmaal vastgesteld, voor altijd blijft bestaan (Verhoeven, 2011). De betrouwbaarheid moet continu worden beoordeeld wanneer het instrument wordt gebruikt bij verschillende onderzoekdeelnemers en in verschillende omstandigheden. De betrouwbaarheid van het instrument moet altijd worden bepaald, of het nu gaat om een mechanisch apparaat, een schriftelijke vragenlijst of een menselijke observator (Nieswiadomy, Maten - Speksnijder, & Lange, 2009). Het controleren, toetsen en nagaan van de onderzoeksinstrumenten is een continu proces.

Eén van de onderzoekers is bekend op de afdeling. Dit kan invloed hebben op de openheid van de verpleegkundigen. Om er voor te zorgen dat dit geen invloed heeft op het onderzoek, zal de bovengenoemde onderzoeker niet aanwezig zijn bij het afnemen van de interviews. Om de betrouwbaarheid van de interviews te vergroten wordt er benoemd dat de gegevens uit de interviews anoniem worden verwerkt. Er wordt op die manier geprobeerd om het risico op sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen.

4.5.2 Validiteit

Validiteit kan worden omschreven als de geldigheid of zuiverheid van het onderzoek (Verhoeven, 2011). Hoe minder fouten, hoe meer de resultaten een afspiegeling van de werkelijkheid zijn (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethoden toegepast die al eerder zijn genoemd. Het onderzoeksveld is hierdoor breder en vanuit meerdere opzichten in kaart gebracht. Er zal in meerdere opzichten kennis moeten worden verkregen om deze te verkrijgen, analyseren en concluderen.

Onder interne validiteit wordt verstaan de mate waarin men erin slaagt om over oorzaken van verschijnselen goede conclusies te trekken (Swanborn, 2002). De fouten die hierbij kunnen worden gemaakt zijn op te delen in waarnemingsfouten en ontwerpfouten. De waarnemingsfouten beslaan grotendeels perceptie- en kijk fouten. De ontwerpfouten ontstaan als gevolg van een onjuiste, onvolledige of overvloedige vormgeving van het onderzoek (Verschuren, 2009).

Om de validiteit van de gegevens analyse te vergroten zal inzichtelijk worden gemaakt hoe en op welke manier de data is verzameld en er analyse heeft plaats gevonden betreffende kwantitatieve analyse en kwalitatieve analyse. Belangrijk is dat er wordt 'gemeten wat je wilt weten' (Verhoeven, 2011). Daarom zal voor het daadwerkelijk uitzetten van de enquête een proefenquête worden ingevuld door twee verpleegkundigen en de begeleider van het onderzoek. Hetzelfde zal worden gedaan met de vragen van het interview. De vragenlijst kan hierna worden aangepast.

De doelgroep van de enquête en interview is een heterogene groep verpleegkundigen. Er is gekozen voor verpleegkundigen binnen dezelfde groep en bevatten dezelfde essentiële kenmerken, maar zijn daarnaast verschillend. De resultaten zijn daardoor een representatieve en zo hoog mogelijke valide weergave van verpleegkundige besluitvorming bij het wel of niet volgen van het wondprotocol (Baarda D. , 2009).

4.6 Ethische overwegingen

De doelgroep van de enquête zal anoniem deelnemen aan het onderzoek. De enquête gaat in op de persoonlijke keuzes die in de beroepspraktijk gemaakt worden. Het risico van blaming van verpleegkundigen zou groter zijn geweest wanneer deze gegevens niet anoniem verwerkt zouden worden (Boeije H. , 2009). Onder blaming kan de aansprakelijkheid van het handelen van verpleegkundigen worden verstaan. Vooraf aan het interview zal om toestemming gevraagd worden aan de geïnterviewde om het gesprek op te nemen. Bij elke vorm van praktijkonderzoek zal er vooraf worden gemeld dat de gegevens anoniem worden verwerkt.

4.7 Kwaliteitswaarborging

De begeleider en opdrachtgever hebben de conceptversies van het plan van aanpak en het onderzoeksverslag van feedback voorzien.

5 Tijdsplanning

Week 6	Oriënteren op onderwerp (samen) Gesprekken voeren met begeleider en opdrachtgever.
Week 7	Schrijven van Plan van Aanpak Hoofdstuk 1 en 2.1: Maria Hoofdstuk 2.2 t/m 2.4 Lonneke Hoofdstuk 3 Lysanne Hoofdstuk 4 Doreth + onderling feedback geven.
Week 8	Nalezen PvA, feedback verwerken.
Week 9	Afronden Plan van Aanpak.
Week 10	Start literatuurstudie, bespreken.
Week 11	Literatuurstudie (ieder eigen deel) Onderling feedback geven, bespreken persoonlijke leerdoelen
Week 12	Afronden literatuuronderzoek Opstellen van enquête
Week 13	Verspreiden van enquête, zorgen voor deelname
Week 14	Verspreiden van enquête, zorgen voor deelname Onderling feedback geven, bespreken persoonlijke leerdoelen
Week 15	Afronden enquête en afnemen van interviews Analyseren van enquête en interview.
Week 16	Analyseren van enquête en interview + beschrijven resultaten.
Week 17	Afronden praktijkonderzoek Onderling feedback geven, bespreken persoonlijke leerdoelen
Week 18	Conclusie schrijven
Week 19	Conclusie en discussie schrijven
Week 20	Afronden onderzoek Onderling feedback geven, bespreken persoonlijke leerdoelen
Week 21	Aanbevelingen doen.
Week 22	Eind van de week inleveren van onderzoek