

PATIËNTTEVREDENHEID BIJ COMPLEXE WONDZORG

Inleverdatum	1 juni 2017
Opdrachtgever:	Verpleegkundige topzorg, Jintiene Zeilstra en Kathy van Hasselt
Naam studenten:	Kimberly Oseana 326553 Henrieke Zijlstra 349525
Onderwijsonderdeel:	U3
Semester:	2
Jaar:	2017
Docent:	Mw. H. Kamphuis
Osiriscode:	HVDB16AFOU3

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag "Patiënttevredenheid bij complexe wondzorg". Het verslag is voor een onderzoek die wordt uitgevoerd door twee studenten van de HBO Verpleegkunde van de Hanzehogeschool in Groningen. De opdrachtgevers zijn Jintiene Zeilstra en Kathy van Hasselt van Verpleegkundige Topzorg Noord-Nederland. Vanuit het Universitaire Medisch Centrum Groningen hebben zij een project opgezet om kwaliteit van zorg te verbeteren en innoveren. Wij wensen u succes in het beoordelen van het onderzoeksverslag.

Henriëke Zijlstra en Kimberly Oseana

Samenvatting

Aanleiding Om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden wordt er gekeken naar een andere manier om de zorg in te delen. Het project Verpleegkundige topzorg die vanaf 1 juli 2016 is begonnen, probeert een bijdrage hieraan te leveren door verpleegkundig specialisten in te zetten in de zorg bij patiënten thuis. Door versplintering van de thuiszorgmarkt is er vaak gebrek aan kennis of expertise met betrekking tot wondzorg. Verpleegkundige topzorg richt zich op patiënten met complexe wondzorg. Zij hebben een regiefunctie in de behandeling waardoor effectiviteit, doelmatigheid, efficiëntie en duurzaamheid bereikt moet worden. Dit onderzoek richt zich op de patiënttevredenheid van het project.

Theoretisch kader Sinds 1 januari 2016 is het CQI-index niet langer verplicht gesteld door de overheid. Hierdoor zijn zorgorganisaties vrijgesteld om de CQI-vragenlijsten te gebruiken. Ze blijven wel verplicht om jaarlijks de cliëntervaringen te meten op een kwalitatieve of kwantitatieve wijze. Cliëntervaringen zijn belangrijk voor het meten van kwaliteit van zorg en dienstverlening. Verpleegkundige topzorg maakt gebruik van het "Waarmee kan ik u van dienst zijn?" meetinstrument van het programma waardigheid en trots (W&T) van de VWS.

Doelstelling Het doel van dit onderzoek is het meten van cliënttevredenheid over het project van Verpleegkundige topzorg.

Vraagstelling De vraagstelling luidt als volgt: "Hoe tevreden zijn de 50 patiënten over de wondzorg die zij hebben ontvangen van het samenwerkingsverband tussen de 7 thuiszorgorganisaties en de verpleegkundig specialist (VS) van verpleegkundige topzorg?"

Dataverzamelingsmethode Het is een kwantitatief onderzoek, one-shot case study omdat er één meting wordt verricht. Er is niet eerder in dit project een cliënttevredenheid gemeten, hierdoor is er geen vergelijkingsbasis uit eerder onderzoek. Daarom is het onderzoek pre-experimenteel, prospectief. De populatie bestaat uit patiënten met complexe wonden die worden behandeld vanuit het samenwerkingsverband tussen de verpleegkundige topzorg en de 7 thuiszorginstellingen.

Resultaten Het meetinstrument die gebruikt is voor dit onderzoek heeft een Cronbach's alpha van ($\alpha=0.756$), hiermee is de interne consistentie acceptabel. De response is laag met 11 patiënten van de 36. De gemiddelde leeftijd is 73 jaar. De verpleegkundige topzorg scoort gemiddeld een 7,7 met een mediaan van 8,0 op patiënttevredenheid.

Conclusie Het project heeft een hoge patiënttevredenheid van een gemiddelde van 7,7. Maar gezien de kleine steekproef is dit niet generaliseerbaar naar de hele populatie.

Aanbevelingen Patiënten gaven een hoge beoordeling (8,4) aan de aanbeveling van verpleegkundige topzorg. Patiënten missen de continuïteit van de verpleegkundig specialist en in sommige gevallen het nakomen van afspraken. Dit zijn de belangrijkste verbeteringen van het project. Onze aanbeveling als onderzoeker is om het onderzoek te herhalen met een grotere steekproef. Wanneer het project een langere duur heeft en een grotere patiëntengroep zou het onderzoek herhaalt kunnen worden. Het zou interessant kunnen zijn om een vergelijkingsonderzoek te doen bij patiënten die geen zorg krijgen van verpleegkundige topzorg. Om een significant verschil aan te tonen tussen de eventuele verbetering van zorg met een verpleegkundig specialist.

Samenvatting Het project is nog te klein om een gedegen meting te verrichten met een patiënttevredenheidsonderzoek. Bij een grote steekproef zullen de resultaten betrouwbaarder zijn en de generaliseerbaarheid vergroten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: Vraagstelling en doelstelling	7
1.1 Vraagstelling	7
1.2 Doelstelling	7
1.3 Definieren van begrippen	7
Hoofdstuk 2: Methode van onderzoek	9
2.1 Onderzoeksdesign	9
2.2 Populatie en steekproef	9
2.3 Dataverzameling	10
2.4 Validiteit	11
2.5 Betrouwbaarheid	11
2.6 Ethische aspecten	11
2.7 Data-analyse	12
Hoofdstuk 3. Resultaten van onderzoek	14
3.1 Respons van de steekproef	14
3.2 Resultaten van enquête	15
3.2 Discussie	17
3.3 Conclusie	18
Literatuurlijst	20
Bijlagen	21
Bijlage 1: WKIUVDZ Meetinstrument	21
Bijlage 2: Informatiebrief Verpleegkundige Topzorg	22
Bijlage 3: Protocol Enquête	23
Bijlage 4: Medisch Ethische Toetsingscommissie	25
Bijlage 5: Planning	26
Bijlage 6: Antiplagiat verklaring	27

Inleiding

Door een groeiende, veranderende zorgvraag en de toenemende tekorten aan personeel door vergrijzing is er een uitdaging om de eerste lijn zorg duurzaam en betaalbaar te houden (Weijers, van der Burgt, & Laurant, 2013). Uit een artikel wordt de implementatie van verpleegkundig specialisten en physician assistant aangedragen om een rol te vervullen in de groeiende en veranderende zorgvraag in de primaire zorgverlening (Karen Donelan, 2013). De Verpleegkundige topzorg heeft het initiatief genomen om tegemoet te komen aan de veranderende zorgvraag. Verpleegkundige topzorg Noord-Nederland is een project in samenwerking met acht thuiszorgorganisaties, twee zorgverzekeraars en het Universitair Medisch Centrum Groningen. Verpleegkundige topzorg wil de kwaliteit, doelmatigheid, efficiëntie en duurzaamheid van de verpleegkundige zorgverlening in de totale zorgketen verbeteren en bewaken (Zeilstra, 2016) (Zeilstra & van Hasselt, 2016). Hiervoor begint de Verpleegkundige Topzorg met een pilot dat gericht is op patiënten met complexe wonden. In het rapport van Capgemini en cijfers van het Zorginstituut Nederland wordt geschat dat het aantal patiënten dat extramuraal voor een complexe wond wordt behandeld, 2,1% van de Nederlandse bevolking is. Voor de provincie Groningen zou dit neerkomen op 12.180 patiënten (Zorgautoriteit, 2017). Er vindt een verschuiving plaats van zorg vanuit het ziekenhuis of wondzorgcentrum naar de mensen thuis. Hierdoor kunnen de ziekenhuisopnames verminderd worden en de opname duur verkort (Zeilstra, 2016).

In de praktijk gaat het als volgt: Een Verpleegkundig specialist (VS) bezoekt samen met een (wijk)verpleegkundige een patiënt. Daarna stellen ze een behandelplan op. De (wijk)verpleegkundige voert vervolgens de wondzorg uit. De verpleegkundig specialist houdt contact met de verpleegkundige. Hij of zij gaat mee naar de patiënt of geeft advies op afstand nadat er wondfoto's zijn opgestuurd (Redactie, 2017). De verpleegkundig specialist houdt de regie over de patiënt, de wond, de behandeling en het effect van de behandeling. De verpleegkundig specialist legt zich toe op het innoveren en verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënten. Dit doet zij door onder andere de samenwerking tussen de medici en verpleegkundigen te versterken, de organisatie van de zorg te verbeteren en ondersteunen en door de ondersteuning te versterken van de (wijk)verpleegkundigen die patiënten en familieleden begeleiden (Zeilstra, 2016). Deze innovatie is nieuw, hierdoor wordt onderzocht of het inderdaad voldoet aan de doelen die gesteld zijn aan het begin van het project. De opdrachtgevers doen onderzoek naar doelen als efficiëntie, kostenbesparing, effectiviteit en duurzaamheid. Dit onderzoek gaat in op patiënttevredenheid van het project.

Theoretisch kader. Verandering van het zorgstelsel

Jaarlijks lijden naar schatting 500.000 patiënten aan wonden in Nederland. De verwachting is dat deze aantallen zullen toenemen vanwege de vergrijzing. Complexe wonden hebben een grote impact op kwaliteit van leven. Patiënten zijn beperkt in hun functioneren en mobiliteit, ervaren pijn en hebben verhoogde kans op infecties, waardoor ziekenhuis opnames onvermijdelijk zijn. De kosten van patiënten van wondzorg zijn hoog, door een langdurig proces en behandeling en het inzetten van verscheidene zorgprofessionals. Een complexe wond wordt gedefinieerd als een wond dat een verstoord genezingsproces heeft. Een verwachting bij een normale wondgenezing is dat de wond binnen 2-4 weken gesloten is. Door onderliggend lijden aan een chronische ziekte kan het genezingsproces verstoord worden. De innovaties zijn gericht op preventie, leefstijl en specialistische zorg en kennis. Het doel is een snellere wondgenezing en kostenbesparing (Nza, 2014).

De Nederlandse overheid heeft de afgelopen jaren veel veranderingen doorgevoerd binnen de gezondheidszorg om zo het Nederlandse zorgstelsel om te vormen van aanbod gestuurd tot een vraag gestuurd zorgstelsel. De overheid houdt toezicht op de prestaties van het gezondheidszorgsysteem en blijft verantwoordelijk voor de toegankelijkheid tot kwalitatief goede zorg en voor de betaalbaarheid. Dit alles moet resulteren in meer concurrentie en

marktwerking, en uiteindelijk een vermindering van kosten en een hogere efficiëntie en klantgerichtheid binnen de gezondheidszorg (Delnoij & Hendriks, 2008).

Door de verschuivingen van zorg is het goed om de kwaliteit voor ogen te houden. Kwaliteit uit het perspectief van de patiënt of zorgconsument. De CQ- index is de Nederlandse standaard voor het meten van klantervaringen in de zorg (Delnoij & Hendriks, 2008). Om de kwaliteit van zorg transparant te houden is het belangrijk deze te meten. Een onderdeel hiervan is de patiënttevredenheid. De patiënttevredenheid speelt een belangrijke rol in de gezondheidszorg. Dit kan een bijdrage leveren aan de continue ontwikkeling van kwaliteit (Jennings, Clifford, Fox, & O'Connell, 2015).

De definitie patiënttevredenheid wordt niet eenduidig omschreven in de literatuur.

Patiënttevredenheid is een samenspel tussen verwachtingen, prestatie van de dienstverlening en tevredenheid. Het drukt de waardering van de patiënt uit in een verwachting en de bevestiging van de verwachting (Leys, 2010). In Nederland is de CQ- index een bekend meetinstrument voor zorgaanbieders. CQI staat voor Customer Quality Index. Deze index is een meetmethode voor het meten van klantervaringen, die gebaseerd zijn op CAPHS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and System), en de Quote- methodiek (Quality Of care Through the patient's Eyes). Beide methodieken zijn wetenschappelijk gefundeerd en meten beide ervaringen van consumenten van zorg. Elke CQ-index meting wordt ontwikkeld en geanalyseerd volgens een strikt protocol. Dit protocol is vastgelegd in het Handboek CQI Ontwikkeling: Richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI-meetinstrument. Bij de validatie van de vragenlijst voor gebruik als meetinstrument wordt gekeken of de vragen goed worden gebruikt door de respondenten. Daarbij wordt gecontroleerd of vragen niet te vaak onbeantwoord blijven en of alle antwoordcategorieën gebruikt worden. De validatie van het discriminerend vermogen houdt in dat getoetst wordt of de antwoorden voldoende onderscheid weergeven tussen de onderzochte organisaties (Miletus, sd).

Vanaf 1 januari 2016 heeft de Actiz, BTN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) besloten om niet langer de CQI-vragenlijst verplicht te stellen. Zorgorganisaties mogen andere meetinstrumenten gebruiken voor het meten van cliëntervaringen, hierdoor vervalt de verplichting voor de CQI-vragenlijst. Zorgorganisaties blijven wel verantwoordelijk om de ervaringen van hun cliënten transparant te maken. Cliëntervaringen geven belangrijke informatie aan de organisaties om de kwaliteit van zorg en dienstverlening te kunnen verbeteren. (Actiz, 2015) In het kwaliteitskader staat het volgende beschreven:

Cliëntervaringen worden minimaal 1 maal per jaar verzameld middels een erkend (kwantitatief dan wel kwalitatief) instrument. Het instrument meet de subjectief ervaren bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Het staat de zorgorganisatie vrij om continu ervaringen van cliënten te meten. Het instrument is naar keuze van de zorgorganisatie. Voor het vaststellen van erkende instrumenten ligt er in het jaar 2017 een ontwikkelopgave voor de sector, waarna indicatoren opgenomen kunnen worden op de Transparantiekalender voor aanlevering over verslagjaar 2018 (Nederland, 2017). Cliëntervaringen zijn ervaringen van de cliënt gericht op een doelgroep (huisartsen) of organisaties (verpleeghuizen). Cliënttevredenheid is de tevredenheid van de cliënt over een aspect van ontvangen zorg. Het is een belangrijke prestatie voor het meten van kwaliteit van zorg (Seghieri, Sandoval, Brown, & Nuti, 2008).

Verpleegkundige Topzorg maakt gebruik van het meetinstrument WKIUVDZ van het initiatief Waardigheid en Trots (W&T) van Interzorg. Het is een voorstel aan de Volksgezondheid, welzijn en sport (VWS). Om kwaliteit van zorg te meten worden verscheidene onderwerpen in relatie met complexe wondzorg onderzocht. Naast dat het effect op de wonden te zien is, is het ook van belang de tevredenheid van de patiënten te meten. Deze tevredenheidsmeting wordt verricht met het WKIUVDZ-meetinstrument. Dit meetinstrument is voortgekomen uit de visie en missie van de organisatie Interzorg. De visie en missie zijn vertaald naar vier basisvragen; 1. Waarmee kan ik u van dienst zijn? 2. Heb ik gedaan wat ik u hebt beloofd? 3. Heeft het geleid tot het wederzijds ervaren en verwacht effect? 4. Wat kunnen we hiervan leren en hoe kunnen we het beter doen? Interzorg hanteert dit

meetinstrument. Dit meetinstrument is gebaseerd op “Waarmee kan ik u van dienst zijn?” (WKIUVDZ) initiatief in het programma Waardigheid en Trots (W&T) en behoort daarmee tot de best practices van Nederland (Interzorg, 2016).

Beroepsprofiel van de verpleegkundige:

Het beroepsprofiel verpleegkundige 2020 beschrijft dat de verpleegkundige in staat moet zijn om haar werk systematisch te monitoren, meten en screenen, met oog op kwaliteitsverbetering. De verpleegkundige werkt evidence based waar mogelijk is en volgt kritisch haar werk. De verpleegkundige monitort de resultaten, zowel op individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin zij werkt. Naast het monitoren is het belangrijk om de tevredenheid en ervaringen van de cliënt te meten. De uitkomsten van de meting kan zij gebruiken om o.a. de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar ook om de zorg aan te laten sluiten op de behoeften van de cliënt. De verpleegkundige heeft daarom elementaire kennis in methoden van onderzoek nodig, daarnaast participeert zij in (praktijk) onderzoek en past kennis van de EBP-principes toe in de uitoefening van haar beroep. Zij werkt steeds aan de ontwikkeling van haar deskundigheid en is transparant over haar persoonlijke en professionele ontwikkeling. Dit doet zij door een reflectieve houding te hebben. Dat wil zeggen dat de verpleegkundige haar keuzes die ze maakt en de beslissingen die zij neemt zorgvuldig overdenkt op inhoud, proces en moraal/ethiek. (van Merwijk, Schuurmans, Lambregts, Grotendorst, & Projectgroep V&V 2020, 2012).

Hoofdstuk 1: Vraagstelling en doelstelling

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de aanleiding naar de vraagstelling en doelstelling van het onderzoek. Tot slot worden de begrippen geoperationaliseerd.

Door gebrek van continuïteit en regie, marktwerking in de zorg en versplintering van thuiszorg gaat dit ten koste van kwaliteit van zorg. Kleine organisaties hebben vaak niet de financiële middelen of expertise in huis voor specialistische zorg, zoals wondzorg. Dit onderzoek is gericht op patiënten met complexe wondzorg, die onder behandeling zijn van Verpleegkundige Topzorg. Patiënten met open wonden hebben pijn, zijn minder mobiel en kunnen in een sociaal isolement terechtkomen. Daarnaast zijn de kosten van wondzorg hoog: door onjuist gebruik en te weinig afstemming vergt de wondzorg het nodige wondmateriaal en inzet van zorgverleners. Verpleegkundige topzorg wil dit verbeteren aan de hand van hun project. Om het project vanuit het perspectief van de patiënt te meten is er een patiënttevredenheidsonderzoek gedaan aan de hand van de WKIUVDZ-meetinstrument (Bijlage 1). Het project van Verpleegkundige Topzorg is sinds 1 juli 2016 van start en om te onderzoeken of deze structuur efficiënt en duurzaam is moeten er resultaten verzameld worden. Een van deze resultaten is het patiënttevredenheidsonderzoek.

1.1 Vraagstelling

De vraagstelling luidt als volgt: "Hoe tevreden zijn de 50 patiënten over de wondzorg van het samenwerkingsverband tussen de acht thuiszorgorganisaties en de verpleegkundig specialist (VS) van verpleegkundige topzorg?"

Deelvragen:

1. In hoeverre zijn de patiënten tevreden over de samenwerking tussen de verpleegkundig specialist en de (wijk)verpleegkundige?
2. In hoeverre ervaren de patiënten de behandeling als zinvol?
3. In hoeverre zijn de patiënten op de hoogte van het verschil tussen de verpleegkundige topzorg en de thuiszorgorganisatie?
4. In hoeverre vinden de patiënten dat zij voldoende informatie ontvangen van de verpleegkundig topzorg?
5. Wat is de verdeling van patiënten tussen de thuiszorgorganisaties?
6. Hoe tevreden zijn de patiënten aan de hand van het meetinstrument WKIUVDZ?

1.2 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is het meten van patiënttevredenheid over het project van verpleegkundige topzorg.

Verpleegkundige topzorg wil een schakel zijn tussen het ziekenhuis en thuis, waardoor patiënten de wondzorg thuis kunnen ontvangen. Door het inzetten van de verpleegkundig wondspecialist draagt dit bij aan de kennis van de (wijk)verpleegkundige. Het einddoel van het project is om effectief, doelmatig en duurzaam wondzorg te verlenen. Wat resulteert in een snellere wondgenezing, hoge patiënttevredenheid en kostenbesparing. Door het meten van de patiënttevredenheid wil verpleegkundig topzorg kwaliteit van zorg en dienstverlening verbeteren. Als het project aantoont dat het de voorgenomen doelen heeft bereikt kan dit een innovatie zijn die landelijk kan worden toegepast.

1.3 Definiëren van begrippen

Complexe wondzorg:

Een wond met een verstoorde genezingstendens ten gevolge van pathofysiologische factoren. De wond duurt langer dan een periode van twee tot vier weken

om te genezen (Visser, et al., 2013). Dit jaar wordt de duur verkort naar drie weken.

Patiënten:

Mensen die een zorgovereenkomst hebben bij de TSN, ICARE, MEANDER, Thuiszorg Dichtbij, Wijkzorg Comfort, Buurtzorg, Wijkzorg InterzorgNN, Allertzorg in samenwerking met Verpleegkundige Topzorg.

Verpleegkundig specialist (VS):

Hbo-opgeleide en BIG-geregistreerde (Artikel 14 wet BIG) verpleegkundigen die een tweejarige en/of driejarige NVAO-geaccrediteerde masterstudie (Master Advanced Nursing Practice (MANP)) hebben voltooid. Daarnaast is de VS geregistreerd in het Register Specialismen Verpleegkundigen en het BIG-register, op grond van het specialisme waarin de opleiding is voltooid (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialist, 2015). Binnen verpleegkundige topzorg zijn 3 verpleegkundigen met de Master Nurse Practitioner en 2 hbo-verpleegkundigen met een post-hbo-studie wondspecialisatie. Een verpleegkundig specialist heeft een zelfstandige bevoegdheid op haar specialisme.

Hoofdstuk 2: Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek beschreven. Deze bestaat uit de onderzoeksdesign, de populatie, de dataverzameling, de validiteit, de betrouwbaarheid, de ethische aspecten en de data-analyse.

2.1 Onderzoeksdesign

Onderzoek bestaat uit twee hoofdgroepen; kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Dit onderzoek is een kwantitatief onderzoek, omdat het hier gaat om cijfermatige data verzameling. Namelijk een cijfer koppelen aan de mate van tevredenheid. De vragen worden beantwoord aan de hand van een 0 t/m 10 waardering. Dit onderzoek is een ééngroeps-achterafmeting (one-shot case study) omdat het er sprake is van één meting: Nadat de VS de regiefunctie heeft op de complexe wondzorg, wordt er aan de patiënten gevraagd wat hun mening over de VS is. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen niet vergeleken worden met eerdere resultaten van dit project. Omdat er geen vergelijkbasis ter beschikking is. Dit is een zogeheten pre-experiment (Scheepers & Tobi, 2016).

Daarnaast is dit onderzoek prospectief doordat de metingen nog verricht moeten worden (Scheepers & Tobi, 2016) (Verhoeven, 2007).

2.2 Populatie en steekproef

Verpleegkundige Topzorg zit gevestigd in Groningen. Patiënten wonen in drie provincies verdeeld over Groningen, Friesland en Drenthe. De populatie van dit onderzoek zijn patiënten met complexe wonden. De steekproef zijn de circa 50 patiënten met complexe wonden. Deze patiënten zijn onder behandeling in een samenwerkingsverband van een van de acht thuiszorgorganisaties en verpleegkundige topzorg. Vanwege de beperkte steekproef zijn alle aangesloten patiënten geselecteerd voor het patiënttevredenheidsonderzoek. De selectie van de deelnemende patiënten is een proces buiten dit onderzoek. Verpleegkundige topzorg benadert de patiënten wanneer een (wijk)verpleegkundige de patiënt aanmeldt voor specialistische wondbehandeling. Aan de hand van een casus die de (wijk)verpleegkundige aangeeft, beoordeelt verpleegkundige topzorg of de patiënt in aanmerking komt om deel te nemen aan het project. De inclusiecriteria is dat het specifiek om een complexe wond moet gaan waarbij de wondbehandeling stagneert en langer duurt dan vier weken. Na anamnese wordt er een informatiebrief verzonden met hierin informatie over het onderzoek (bijlage 2). Als de patiënt ervoor kiest om niet deel te nemen aan het onderzoek, kan deze dit laten weten aan de (wijk)verpleegkundige van hun thuiszorgorganisatie. Bij geen reactie van de patiënt wordt deze automatisch deelnemend aan het onderzoek.

Dit is een doelgerichte populatie omdat de patiënten niet a-select zijn gekozen, maar op basis van kenmerken die nodig waren voor dit onderzoek (Verhoeven, 2007).

Voor dit onderzoek zijn de inclusiecriteria patiënten die zorg ontvangen van verpleegkundige topzorg met complexe wonden en patiënten die niet aangegeven dat zij niet willen deelnemen aan het onderzoek. De exclusiecriteria die bij dit onderzoek van toepassing zijn, is dat de patiënten in staat moeten zijn om antwoord te kunnen geven op de vragen, de patiënten moeten telefonisch bereikbaar zijn. Het is mogelijk dat een deelnemende patiënt is overleden vóór het dataverzamelingsmoment. De verdeling van de deelnemers over de thuiszorgorganisaties wordt meegenomen in de resultaten.

Bij een aantal patiënten is het niet mogelijk om gegevens te verzamelen ten gevolge van dementie of andere psychische aandoeningen. De opdrachtgever heeft aangegeven in deze gevallen de enquête te laten beantwoorden door de mantelzorger. Door de gegevens second hand te verzamelen kan dit een bias geven in de data-analyse. Als dit het geval is wordt dit beschreven in de resultaten.

2.3 Dataverzameling

Voor dit onderzoek is er vooraf een literatuuronderzoek gedaan. Er is gezocht naar vergelijkbare onderzoeken over patiënttevredenheid bij zorgverlening van de verpleegkundig specialist. Daarnaast is gezocht naar richtlijnen en vragenlijsten gericht op patiënttevredenheid. De uitkomsten worden in het hoofdstuk resultaten weergegeven. Voor het onderzoek zelf wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst. Deze is de WKIUVDZ-meetinstrument. De voorkeur voor het gebruik van dit instrument komt vanuit de opdrachtgever. De opdrachtgever heeft aangegeven dat het gebruik hiervan op aanraden van Interzorg is geweest. Zij maken al enige tijd gebruik van dit instrument. Het WKIUVDZ-meetinstrument is leidend voor dit onderzoek. Het meetinstrument bestaat uit zes vragen waarvan de respondenten kunnen antwoorden op een schaal van 0 tot 10. Daarnaast zijn er vier vragen toegevoegd naast de WKIUVDZ-meetinstrument. Deze zijn de deelvragen 1 tot en met 4. Deze vragen zijn om verdieping te geven aan de vragen van de WKIUVDZ-meetinstrument. De voorkeur van de opdrachtgever lag bij een telefonische afname van de enquête. De reden hiervan zijn kostenbesparing, tijdsbesparing en een verwachting van hoge respons (Verhoeven, 2007) (Baarda, Kalmijn, & de Goede, Basisboek Enquêteren, 2015).

Voorafgaand aan het afnemen van de enquêtes worden er gegevens verzameld vanuit de patiëntendossiers. Deze gegevens zijn:

- Telefoonnummer
Deze is nodig om de patiënten te bereiken voor afname van de enquêtes.
- Geslacht
Dit gegeven is nodig om aan te tonen hoe de doelgroep is opgedeeld in geslacht.
- Leeftijd
Dit gegeven is nodig voor de generaliseerbaarheid van de resultaten en het specificeren van de doelgroep.
- Duur in zorg
Dit gegeven is van belang om mogelijke bias aan te tonen.
- Welke thuiszorgorganisatie zij in zorg zijn
Dit gegeven is om de verdeling aan te kunnen tonen van patiënten onder de thuiszorgorganisaties.
- Verpleegkundig specialist van verpleegkundige topzorg
Dit gegeven is van belang zodat er een relatie kan worden aangetoond tussen verpleegkundig specialist, patiënt en tevredenheid.

De maximale aantallen van pogingen tot het bereiken van de respondenten is drie pogingen onder voorbehoud van verschillen in dagen en tijden. In overleg met de opdrachtgever is er afgesproken dat drie pogingen voldoende is om de patiënt als non-response te beschouwen. Er is een protocol (Bijlage 3) gemaakt voor het afnemen van de enquête. Deze bestaat uit een inleiding, waarin duidelijk een onderscheid wordt gemaakt tussen de zorgverlening van de thuiszorg en verpleegkundige topzorg. Deze wordt ondersteund door een gerichte vraag in de vragenlijst. Vervolgens komen de zes vragen van het meetinstrument WKIUVDZ. Hierna nog drie, door de onderzoekers, toegevoegde vragen. Tot slot een dankwoord voor het deelnemen aan het onderzoek (Baarda, Kalmijn, & de Goede, Basisboek Enquêteren, 2015). De enquêtes worden telefonisch afgenomen, tijdens de telefonische enquête worden deze schriftelijk genoteerd. Vervolgens wordt dit verwerkt in een databestand van SPSS.

2.4 Validiteit

Het meetinstrument WKIUVDZ wordt goedgekeurd door het medisch ethische Toetsingscommissie(METc) van het UMCG (Bijlage 4). Maar dit betekent niet dat het meetinstrument valide is. Dit wordt meegenomen in het hoofdstuk discussie.

Gezien de reikwijdte van het onderzoek wordt het meetinstrument geaccepteerd omdat het niet binnen de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt. Het meetinstrument is kwantitatief van aard. De vragen zijn gespecificeerd op de organisatie verpleegkundige topzorg, zodat duidelijk wordt dat de metingen gericht op verpleegkundige topzorg. Door de toevoeging van vier vragen draagt dit niet bij aan de betrouwbaarheid en validiteit van de meting. Het aanpassen van de vragen van het WKIUVDZ-meetinstrument en de toegevoegde vragen zijn besproken met de opdrachtgevers en goedgekeurd over de gewenste verdieping en specificering. Zij vonden het niet nodig om de vragen te laten goedkeuren door het METc.

2.5 Betrouwbaarheid

Het contact met de opdrachtgevers is met continu met dezelfde contactpersonen van Verpleegkundige topzorg, dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van de resultaten (Verhoeven, 2007).

Door het gebruiken van een protocol voor het afnemen van de enquête draagt dit bij aan de consistentie van resultaten van onderzoek (Baarda, Kalmijn, & de Goede, Basisboek Enquêteren, 2015). Het meetinstrument WKIUVDZ wordt door meerdere instellingen gebruikt en is afgeleid van de CQI-index (Interzorg, 2016). Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van het meetinstrument. De 50 respondenten die deelnemen aan het onderzoek is een te klein aantal om de uitkomst te generaliseren.

Door het ontbreken van een controlegroep en/of een voormeting kunnen op basis van deze resultaten geen oorzaak-gevolgrelaties worden aangetoond.

De patiënt krijgt verschillende zorgverleners over de vloer. Dit kan een vertekening geven in ons onderzoek vanwege dat de patiënt geen onderscheid maakt tussen de zorg van de thuiszorgorganisatie en zorg van verpleegkundige topzorg. In de enquête is hier een verdiepende vraag aan gesteld, om duidelijk het verschil te maken tussen thuiszorg en zorg van de verpleegkundig specialist.

2.6 Ethische aspecten

Een ethisch aspect is een kans dat gegevens van patiënten te herleiden zijn. Dit kan ten koste gaan van de anonimiteit van de patiënt. In het onderzoek wordt hier uiterst voorzichtig mee om gegaan. Door de respondenten te coderen. Aan het begin van de enquête wordt de patiënt ingelicht over de anonimiteit van deelnemen aan het onderzoek. De anonimiteit geldt ook voor de thuiszorgorganisatie, zodat dit geen effect kan hebben op de zorgverlening.

2.7 Data-analyse

De steekproef van dit onderzoek bedraagt 50 patiënten. Zesendertig patiënten voldoen aan de inclusiecriteria. Van deze patiënten nam 31,4% (N=11) deel aan het onderzoek. De data zijn telefonisch afgenomen en schriftelijk verzameld. Vervolgens zijn de data door twee onderzoekers verwerkt in SPSS. Er is voor dit manier gekozen omdat beide onderzoekers voor het eerst met het programma werken.

Alle vragen worden in het programma SPSS uitgedrukt in een onafhankelijke variabele en gecodeerd met een label om onderscheidt te kunnen maken tijdens de analyse. De labels houden steekwoorden van de vragen in. De codering luidt als volgt:

Onafhankelijke variabele 1: Verschil tussen VT¹ en TZ²

Onafhankelijke variabele 2: Cijfer mate van dienst

Onafhankelijke variabele 3: Cijfer afspraken nagekomen

Onafhankelijke variabele 4: Cijfer resultaten behaald

Onafhankelijke variabele 5: Cijfer opmerkingen op prijs gesteld

Onafhankelijke variabele 6: Cijfer mogelijkheid tot verbetering

Onafhankelijke variabele 7: Cijfer VT aanbevelen

Onafhankelijke variabele 8: Cijfer behandeling zinvol

Onafhankelijke variabele 9: Cijfer Ontvangen informatie

Onafhankelijke variabele 10: Cijfer samenwerking VT en TZ

De eerste vraag van de enquête (Bijlage 3) is een nominale vraag, waarbij de modus wordt geanalyseerd om aan te tonen welk antwoord het meest voorkomt. (ja=1/nee=2) Deze zal worden uitgedrukt in percentages. De data van de resterende vragen wordt afgenomen op een liniaal van 0 t/m 10 score. De data zal geanalyseerd worden op ordinaal meetniveau. Per vraag zal het gemiddelde en de mediaan berekend worden, zodat de Verpleegkundig Topzorg kunnen weten hoe de aspecten zijn beoordeeld. Het gemiddelde geeft de waardering als groep weer. Het gemiddelde wordt uitgerekend door de totale beoordelingen te delen door het aantal deelnemende patiënten. De mediaan is de middelste waarde in een orde van waarden van laag naar hoog. Hiervoor is gekozen omdat er extreme scores waren verzameld in het dataverzamelingsmoment.

De onderdelen zijn in een reeks even belangrijk hierdoor wordt de enkelvoudige gemiddelde berekend. Hiervan kan er een cijfermatige waardering worden getrokken uit de tien vragen, die gezamenlijk het gemiddelde zullen zijn van de waardering van de zorgverlening van Verpleegkundige Topzorg. Er is bewust gekozen om de data van eventuele mantelzorgers (second hand) niet mee te nemen in de analyse. Dit werd gekozen doordat de steekproef heel klein was. De onderzoekers wilden de resultaten waarheidsgetrouw houden. Deze worden aangeduid als missing system.

Om man en vrouw in dit onderzoek te onderscheiden, wordt de man met een waarde 1 gecodeerd en de vrouw met een waarde 2. Er is een aparte variabele voor de verdeling van de patiënten onder de thuiszorgorganisatie. Elke thuiszorg is gecodeerd met een waarde. De volgorde van thuiszorgorganisaties is onwillekeurig.

1= Icare

2= Buurtzorg

3= Comfort

4= TSN Thuiszorg

5= UMCG Thuis

6= Oosterlengte

7= Interzorg wijkzorg

8= Zorggroep Meander

9= Geen thuiszorg

¹ Verpleegkundig Topzorg

² Thuiszorg

De vragen worden drie keer geanalyseerd. Eerst worden de vragen van de WKIUVDZ-meetinstrument (vragen 2 tot en met 7) geanalyseerd, daarna worden de toegevoegde vragen (vraag 8 tot en met 10) geanalyseerd en als laatste worden de vragen in zijn geheel geanalyseerd. Vraag 6 is een vraag die omgekeerd wordt beantwoord. De vraag luidt: Ziet U mogelijkheden voor verbetering?



Als de respondent helemaal geen mogelijkheid ziet tot verbetering zou dit met een nul (0) worden beoordeeld en als de respondent wel mogelijkheid tot verbetering ziet zou dit met een tien (10) worden beoordeeld. Dit zou tijdens de statistische berekening invloed hebben op de gemiddelde, modus en mediaan. Het zal de waarde bijvoorbeeld hoger of lager maken terwijl dit niet de intentie was. In SPSS werden dus de waarden van vraag 6 omgedraaid, door de waarde nul (0) een tien (10) te maken en de waarde tien (10) een nul (0) te maken. Alle cijfers worden omgedraaid (1=9, 2=8, 3=7, 4=6, 5=5, 6=4, 7=3, 8=2 en 9=1). Bij het invoeren van de waardes van de enquête is gekozen om de waarde nul (0) met een 0,1 in te voeren in SPSS. Dit zodat SPSS de waarde niet als missing system beoordeelt.

Om de homogeniteit van het meetinstrument te bepalen wordt ook de Cronbach alpha (α) geanalyseerd. De Cronbach's alpha berekent de betrouwbaarheid van het meetinstrument (Baarda, van Dijkum, & de Goede, Basisboek Statistiek met SPSS, 2014). Een score van $\alpha=0,7$ of hoger geeft een acceptabel meetinstrument aan (SPSS Handboek, 2017). Het databestand is gecontroleerd door een student van pedagogische wetenschappen. Deze vond geen onregelmatigheden.

Hoofdstuk 3. Resultaten van onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten getoond. De sterke en zwakke zaken worden in de discussie besproken en aansluitend wordt er een interpretatie gegeven aan de resultaten in de vorm van een conclusie van het onderzoek.

3.1 Respons van de steekproef

In deze paragraaf wordt de response, leeftijd, geslacht en verdeling van de thuiszorgorganisatie weer gegeven.

Aan het begin van het onderzoek waren er 50 patiënten in zorg bij de Verpleegkundig Topzorg. Door exclusiecriteria en het ontbreken van dossiers waren er uiteindelijk 36 patiënten over. Deze patiënten werden opgesplitst tussen de twee onderzoekers die de telefonische vragenlijst uitvoerden. Van deze groep waren 36,1% mannen en 63,9% vrouwen. De minimale leeftijd is 29 en de maximale leeftijd van 93 jaar (tabel 1), met een gemiddelde van 73 jaar. In tabel 2 staat een overzicht over de verdelingen van patiënten tussen de thuiszorgorganisaties. Uiteindelijk waren er 11 respondenten die deelnamen aan het onderzoek (tabel 3). De 24 non-respondenten die worden aangeduid als missing system is het gevolg van bezit van verkeerde telefoonnummers en niet bereidwilligheid tot deelname aan de vragenlijst. Dit geeft al aan dat dit onderzoek niet is te generaliseren. In de resultaten zal de term “missing system” vaak voorkomen, omdat het om de non-respons gaat. Bij sommige respondenten waren sommige vragen ook niet beantwoord doordat het niet van toepassing was of dat de respondenten helemaal geen antwoord wisten te geven. Deze wordt ook aangegeven als missing system.

Leeftijd					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Leeftijd in jaren	34	29	93	72,97	17,358
Valid N (listwise)	34				

Tabel 1: leeftijd in jaren

Verdeling in thuiszorg					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Icare	4	11,1	12,5	12,5
	Buurtzorg	13	36,1	40,6	53,1
	Comfort	4	11,1	12,5	65,6
	TSN Thuiszorg	6	16,7	18,8	84,4
	UMCG Thuis	1	2,8	3,1	87,5
	Thuiszorg Oosterlengte	1	2,8	3,1	90,6
	Interzorg Wijkzorg	1	2,8	3,1	93,8
	Zorg groep Meander	1	2,8	3,1	96,9
	geen thuiszorg	1	2,8	3,1	100,0
	Total	32	88,9	100,0	
Missing	System	4	11,1		
Total		36	100,0		

tabel 2: verdeling patiënten in thuiszorg.

respons en non-respons					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	respons	11	30,6	31,4	31,4
	non-respons	24	66,7	68,6	100,0
	Total	35	97,2	100,0	
Missing	System	1	2,8		
Total		36	100,0		

Tabel 3: Respons en non-respons

3.2 Resultaten van enquête

In de volgende paragraaf wordt in gegaan op de resultaten van de enquête. Eerst wordt de homogeniteit weergegeven van de twee gedeelten apart en volledig. Aansluitend de eerste vraag van de enquête met betrekking tot de kennis van het verschil tussen verpleegkundige topzorg en de thuiszorgorganisatie.

De vragenlijst bestaat uit twee gedeelten. De homogeniteit van de vragenlijst wordt berekend met Cronbach's alpha. De mate van homogeniteit wordt uitgedrukt in Cronbach alpha (α), die kan variëren van 0 (helemaal niet) tot 1.0 (perfect homogeen). WKIUVDZ-meetinstrument heeft een Cronbach's alpha van ($\alpha=0,292$). De vier toegevoegde vragen hebben een waarde van ($\alpha=0,771$). De WKIUVDZ en aanvullende vragen resulteren in een waarde van ($\alpha=0,756$). De homogeniteit van de enquête is acceptabel, hierdoor is de interne consistentie sterk (Baarda, van Dijkum, & de Goede, Basisboek Statistiek met SPSS, 2014).

Van de 11 respondenten wist 61,5 % het verschil tussen verpleegkundige topzorg en de thuiszorg. Vervolgens zijn de vijf vragen (vraag 2 t/m 7) van het WKIUVDZ-meetinstrument apart geanalyseerd. De Verpleegkundig topzorg scoort een gemiddelde van 7,47 en een mediaan van 8,00. De toegevoegde vragen gemiddelde van 8,2 en een mediaan van 9,0. De totale enquête (tabel 4) heeft een gemiddelde score van 7,7 en een mediaan van 8,0. In tabel 5 is een overzicht van de gemiddelde beoordeling per vraag. Dit kan de Verpleegkundig topzorg gebruiken als verbeterpunten. Hier is ook te zien dat de minimale behaalde score een 0,1 was en de maximale een 10.

Score totale enquête		
N	Valid	11
	Missing	25
Median		8,00
Mean		7,73

Tabel 4: Score totale enquête

Vraag 6, "Welke mogelijkheid tot verbetering heeft u", wordt naast de waardering ook gezien als een open vraag. Tijdens de telefonische afnames werd hier aantekening van gemaakt. Patiënten gaven aan dat zij de continuïteit misten van de verpleegkundig specialist. Een aantal patiënten gaven aan dat er nog winst valt te behalen in het nakomen van afspraken. Bij sommige verpleegkundig specialisten misten de patiënten het gevoel van ervaring met wondzorg. Maar zoals het gemiddelde aangeeft is de algemene tevredenheid boven gemiddeld.

Op verzoek van de opdrachtgever is de diagnose van het soort wond meegenomen in het onderzoek. De opdrachtgever wilde dit meenemen in de dataverzameling. De meest voorkomende wond is de ulcus cruris 45,5%, vervolgd door decubitus 24,2% en traumatische wonden 12,1%.

Overzicht per vraag

	N	Minimum	Maximum	Mean
Cijfer mate van dienst geweest	11	7.0	10.0	8.318
Cijfer afspraken nagekomen	11	5.0	10.0	8.364
Cijfer beoogde resultaten behaald	11	1.0	10.0	7.182
Cijfer opmerkingen op prijs gesteld	11	2.0	10.0	7.909
Cijfer verbetering omgekeerd	11	.1	10.0	5.009
Cijfer VT aanbevelen	10	6.5	10.0	8.450
Cijfer behandeling zinvol	11	5.0	10.0	8.273
Cijfer ontvangen van informative	10	4.0	10.0	8.200
Cijfer samenwerking VT en TZ	10	3.0	10.0	7.850
Valid N (listwise)	8			

Tabel 5: Gemiddelde, minimum en maximum per vraag.

3.2 Discussie

De visie van de onderzoekers op het project is dat het project verpleegkundige topzorg in de basis een goed project is. Door de brede kennis van een verpleegkundige gaat specifieke kennis verloren over bijvoorbeeld wondzorg. Hierdoor kan dit samenwerkingsverband tussen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een positieve invloed hebben op kwaliteit van zorg. Het project is nog te klein qua patiënten om een gedegen onderzoek te verrichten naar patiënttevredenheid gezien de respons van dit onderzoek. Om betrouwbaar een uitspraak over het project te kunnen doen zou de cliënt aantallen minimaal 100 cliënten moeten zijn.

Het onderzoek heeft geen vergelijkingsbasis om de resultaten te vergelijken met eerder verkregen resultaten van patiënttevredenheid. De steekproef is te klein om het te generaliseren naar de populatie. Er kunnen geen uitspraken gedaan worden naar alle patiënten van verpleegkundige topzorg. De data verzameling was afhankelijk van de verzameling van gegevens en de bereidwilligheid van patiënten tot deelname van het onderzoek. Van de 36 geïnccludeerde patiënten is 31,4% bereidwillig om deel te nemen aan het onderzoek. Dit maakt dat de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid minimaal is in dit onderzoek. De homogeniteit van de gehanteerde vragenlijst ($\alpha=0,756$) is betrouwbaar. De Cronbach's alpha van de zes vragen van het WKIUVDZ-meetinstrument is echter heel laag, ($\alpha=0,292$). Bij het omkeren van vraag 6 zoals beschreven in paragraaf 2.7 Data-analyse wijzigt de Cronbach's alpha, het resultaat was ($\alpha=0,774$). Door het omkeren van de vraag is de betrouwbaarheid van het WKIUVDZ-meetinstrument acceptabel. De Cronbach's alpha van de totale enquête stijgt hiermee naar een waarde van ($\alpha=0,888$). Hieruit wordt geconcludeerd dat vraag 6 anders geformuleerd zou moeten worden.

De gemiddelde beoordeling van tevredenheid is 7,7. Waarvan een minimumscore van 0,1 en een maximumscore van 10,0. Daarnaast is de validiteit van het meetinstrument minimaal. Het meetinstrument is afgeleid uit de visie en missie van de zorgorganisatie Interzorg. Validiteit is meten wat je meten wilt. Het WKIUVDZ-meetinstrument gaat over het meten van de dienstverlening. Op verzoek van de opdrachtgever hebben we het woord dienstverlening vervangen door het woord verpleegkundige topzorg. In welke mate is verpleegkundige topzorg u van dienst geweest? Maar hierbij zijn de ervaringen van de cliënt minimaal meegenomen.

Uit een onderzoek is door middel van een algoritme, dat gebruikt werd in een ander onderzoek, berekend wel aspecten belangrijk zijn voor het meten van tevredenheid. Vanuit dit onderzoek hebben ze geconstateerd dat het algoritme juist is. De resultaten van dit onderzoek was dat patiënten het belangrijk vinden dat de samenwerking tussen de arts en verpleegkundige goed is, ze vinden het belangrijk dat er aandacht is voor informatievoorziening en professionele bejegening door artsen en verpleegkundigen (Seghieri, Sandoval, Brown, & Nuti, 2008). De toegevoegde vragen uit ons onderzoek komen overeen met de resultaten van belangrijke aspecten in dit artikel.

Uit een onderzoek uit 2016 wordt bevestigd dat patiënten ontevredenheid te herleiden is aan gebrek van informatievoorziening en gebrek aan communicatie tussen de zorgverleners en patiënt (Subramanian, Ramasamy, Hoong, Chinna, & Rosli, 2016). In dit onderzoek wordt dit bevestigd door resultaten van vraag 6. Ziet u mogelijkheden voor verbetering? De patiënten gaven een gemis in continuïteit en het nakomen van afspraken.

De doelstelling van verpleegkundige topzorg is duurzaamheid, effectiviteit en doelmatigheid in de eerstelijnszorg. Dit willen zij bereiken door verpleegkundige specialisten in te zetten als regie verpleegkundigen ter ondersteuning van de (wijk)verpleegkundige. In een vergelijkbaar onderzoek over patiënttevredenheid bij het inzetten van verpleegkundig specialisten in de primaire zorg (Gagan & Maybee, 2011) worden een vergelijkbaar meetinstrument ingezet voor het meten van patiënttevredenheid. Deze studie bevestigd de doelstelling van verpleegkundige topzorg. Verpleegkundig specialisten in de primaire zorg draagt bij aan de effectiviteit, efficiëntie, kostenbesparing en duurzaamheid.

Uit een vergelijkbaar RCT-onderzoek over verpleegkundige specialisten in de primaire zorg bij incontinentie (Albers-Heitner, et al., 2012) kwam naar voren dat de patiënttevredenheid gemiddeld na 3 maanden een 8,5 was. Hier zou 93% de interventie aanbevelen bij anderen. Na 12 maanden was de tevredenheid 8,3 en zou 86% de interventie aanbevelen. Een soort gelijk project is opgezet in Queensland die gericht is op wondzorg. Zij ondervonden dat preventiemaatregelen, evidence based practice, ondersteuning in de gezondheidsbeleving effectief was op de wonden. 90% van de ulcus cruris wonden genas in gemiddeld 24 weken. (Gibb, Finlayson, & Edwards, 2011). 45,5% van de patiënten in dit onderzoek lijden aan ulcus cruris.

Ondanks dat de eerste vraag onderscheidt maakt tussen verpleegkundige topzorg en de thuiszorgorganisatie kan er een bias optreden door error bij afname. Bij de resultaten wordt aangegeven dat 61,5%(N=8) aangeeft onderscheid te weten tussen de verpleegkundig specialist van verpleegkundige topzorg. Maar dit betekent dat 38,5% (N=5) geen onderscheid maakt tussen de verpleegkundig specialist en de (wijk)verpleegkundige. Doordat de enquête telefonisch is afgenomen draagt dit bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda, Kalmijn, & de Goede, Basisboek Enquêteren, 2015). De vragen konden toegelicht worden bij onduidelijkheid. Een aankondigingsbrief voor een patiënttevredenheid had mogelijk een effect gehad op de response. Er is gekozen om geen nieuwe aankondiging te sturen. De aankondigingsbrief voor informed consent werd als voldoende beschouwt door de opdrachtgevers. (Bijlage 2). De verwachting van ons als onderzoeker is dat de response hoger was geweest bij de aankondigingsbrief. De patiënten zouden herinnerd worden aan het onderzoek en een telefonische enquête verwachten (Baarda, Kalmijn, & de Goede, Basisboek Enquêteren, 2015).

3.3 Conclusie en aanbeveling

In deze paragraaf wordt een conclusie getrokken uit de resultaten van het onderzoek. Hiermee wordt de onderzoeksvraag en deelvragen voor zover dat mogelijk is beantwoord. Aansluitend worden aanbevelingen gepresenteerd.

De onderzoeksvraag luidt: "Hoe tevreden zijn de 50 patiënten over de wondzorg van het samenwerkingsverband tussen de 8 thuiszorgorganisaties en de verpleegkundig specialist (VS) van verpleegkundige topzorg?"

Het onderzoek is te klein om de conclusie te generaliseren naar de 50 patiënten. De conclusie zou een uitspraak kunnen doen over 5,5%(N=11) van de patiënten van verpleegkundige topzorg. De uitkomst van de enquête is het gemiddelde een 7,7. Waarbij het mediaan een 8,0 is. Dit geeft een hoge tevredenheid weer over de aspecten die gevraagd worden tijdens het afnemen van de telefonische enquête. Zoals de deelvraag of de patiënten de behandeling als zinvol ervaren. Dit wordt beantwoord met een gemiddelde score van 8,2. De patiënten scoren de samenwerking tussen de verpleegkundig specialist en (wijk)verpleegkundige met gemiddelde van 7,8. De vraag of patiënten vinden dat ze voldoende informatie hebben ontvangen scoort een 8,2. Hiermee scoren ze goed. De verdeling van patiënten tussen de thuiszorgorganisatie geeft weer dat de meeste patiënten van de steekproef in zorg zijn bij een buurtzorg organisatie. Maar om het verschil te zien tussen verpleegkundige topzorg en de (wijk)verpleegkundige is lastig. 61,5%(N=11) geeft aan dat zij het verschil weten tussen de thuiszorg verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. Hierdoor zou geconcludeerd kunnen worden dat de zichtbaarheid van verpleegkundige topzorg vergroot moet worden en er meer contact momenten moeten plaatsvinden om een duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillen van een verpleegkundige en verpleegkundig specialist.

Patiënten gaven aan dat zij de continuïteit misten van de verpleegkundig specialist. Een aantal patiënten gaven aan dat er nog winst valt te behalen in het nakomen van afspraken.

Maar zoals het gemiddelde aangeeft is de algemene tevredenheid boven gemiddeld. De aanbeveling aan de opdrachtgevers vanuit de onderzoekers is om de patiënttevredenheid in een later stadium nogmaals te meten. Door een beperkt aantal patiënten en hierbij een kleine respons is de validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid minimaal. Bij een grotere steekproef en respons zal de data bijdragen aan de betrouwbaarheid van de resultaten van de patiënttevredenheid. Op dit moment zijn er acht thuiszorgorganisaties in samenwerking met Verpleegkundige topzorg. Zoals nu bekend komen op korte termijn vijf zorgorganisaties bij.

Literatuurlijst

- Actiz. (2015, 11 18). *Verplichting CQI-vragenlijst voor meten van cliëntervaringen in Wlz vervalt*. Opgehaald van Waardigheid en Trots: <https://www.waardigheidentrots.nl/actueel/verplichting-cqi-vragenlijst-voor-meten-van-clientervaringen-in-wlz-vervalt/>
- Albers-Heitner, P., Winkens, R., Berghmans, B., Joore, M., Nieman, F., Severens, J., & LagroJanssen, T. (2012). Consumer satisfaction among patients and their general. *Nordic College of Caring Science*, 253-259.
- Baarda, B., Kalmijn, M., & de Goede, M. (2015). *Basisboek Enquêteeren*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., van Dijkum, C., & de Goede, M. (2014). *Basisboek Statistiek met SPSS*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Delnoij, D., & Hendriks, M. (2008). De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. *TSG*, 440 - 446.
- Gagan, M., & Maybee, P. (2011). Patient satisfaction with Nurse Practitioner care in. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 12-19.
- Gibb, M., Finlayson, D., & Edwards, P. (2011). The benefits of a nurse practitioner wound outreach service. *Australian Nursing Journal*, 37.
- Haag, E. (2015). *Schrijven in stappen*. Amsterdam: Boomlemma.
- Interzorg. (2016). *Meetinstrument WKIUVDZ*. Noord Nederland: Interzorg.
- Karen Donelan, S. C. (2013). Perspectives of Physicians and Nurse Practitioners on Primary Care Practice. *The New England Journal of Medicine*, 1898-1906.
- Leys, A.-S. (2010). Meten van patiënttevredenheid op een dienst medische beeldvorming. *Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen*.
- Miletus, S. (sd). *Wat is de CQ-index?* Opgehaald van Patiëntervaringsmetingen: <https://www.patiëntervaringsmetingen.nl/wat-is-proms-cq-index/wat-is-de-cq-index/>
- Natasha Jennings, S. C. (2014). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency. *International Journal of Nursing Studies*, 421-435.
- Nederland, Z. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Nza. (2014). *Innovatie van complexe wondzorg*. Utrecht: Capmini Consulting.
- Redactie, S. (2017, 3 31). *Samenwerking voor verpleegkundige top-wondzorg in noorden*. Opgehaald van Skipr Actueel: <https://www.skipr.nl/actueel/id30018-samenwerking-voor-verpleegkundige-top-wondzorg-in-noorden.html>
- Scheepers, P., & Tobi, H. (2016). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.
- Seghieri, C., Sandoval, G., Brown, A., & Nuti, S. (2008). Where to focus efforts to improve overall ratings of care and willingness to return: The case of Tuscan Emergency Department. *Society for Academic Emergency Medicine*, 136-144.
- SPSS Handboek. (2017). *De Cronbach's Alpha, Hoe Het Werkt*. Opgeroepen op mei 28, 2017, van SPSS Handboek: https://spsshandboek.nl/cronbachs_alpha/
- Subramanian, P., Ramasamy, S., Hoong, K., Chinna, K., & Rosli, R. (2016). Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 232-238.
- van Merwijk, C., Schuurmans, M., Lambregts, J., Grotendorst, A., & Projectgroep V&V 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht: V&V 2020.
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom onderwijs.
- Weijers, N., van der Burgt, R., & Laurant, M. (2013). *Verpleegkundig specialist biedt kansen*. Eindhoven: IQ healthcare, UMC St Radboud; Stichting KOH. .
- Zeilstra, J., & van Hasselt, K. (2016). *Verpleegkundige Topzorg: dé formule voor betere en doelmatige zorg*. Noord Nederland.
- Zeilstra, J. (2016). *Verpleegkundige Topzorg en complexe wondzorg*. Nurse Academy, 2.
- Zorgautoriteit, N. (2017). *Beleidsregels - Regiefunctie complexe wondzorg*. NZa.

Bijlagen

Bijlage 1: WKIUVDZ Meetinstrument

DEZE VRAGENLIJST IS ONDERDEEL VAN DE INTERZORG 'WAARMEE KAN IK U VAN DIENST ZIJN' WERKWIJZE

WKIUVDZ VRAGENLIJST			
Naam cliënt : Datum afname :			
Naam afnemer :			
Code afname :			
Bijzonderheden :			
DVV VRAGEN			
	    		
In welke mate zijn wij u van dienst geweest ?			
Zijn wij onze afspraken nagekomen ?			
Zijn de beoogde resultaten behaald ?			
Heeft u het gevoel dat uw opmerkingen op prijs worden gesteld ?			
Welke mogelijkheden voor verbetering ziet u ? :			
OVERALL VRAAG			
	    		
Zou u ons bij anderen aanbevelen ?			
OPMERKINGEN : 			

VERSIE 1.0

2 NOVEMBER 2016

Bijlage 2: Informatiebrief Verpleegkundige Topzorg

Informatiebrief Patiënten Verpleegkundige Topzorg

Juni 2016



Geachte heer/mevrouw,

Sinds 1 juli zijn zeven grote thuiszorgorganisaties in de provincies Groningen en Drenthe het samenwerkingsverband 'Verpleegkundige Topzorg' gestart. Het doel van Verpleegkundige Topzorg is ervoor te zorgen dat alle patiënten met wonden optimale verzorging en begeleiding in de thuissituatie ontvangen en daar waar mogelijk deze te verbeteren. Uw eigen wijkverpleegkundige wordt daartoe ondersteund door verpleegkundig specialisten wondzorg van Verpleegkundige Topzorg.

De bedoeling is om door middel van onderzoek inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorgverlening en waar mogelijk deze te verbeteren. Daarom vindt registratie van een aantal gegevens plaats binnen Verpleegkundige Topzorg. Door middel van deze brief willen wij u hierover informeren en uw toestemming vragen voor deelname.

De zorg bij u thuis blijft uitgevoerd door uw eigen wijkverpleegkundige. Uw zorg verandert dus niet behalve dat deze mogelijk nog beter wordt en dat willen we juist graag onderzoeken. Mogelijk dat er éénmalig of, indien nodig vaker, een verpleegkundig specialist samen met uw eigen wijkverpleegkundige naar de wond kijkt en u een aantal vragen stelt zoals gegeven over uw lichamelijk conditie. Al deze gegevens worden anoniem genoteerd en zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Door deel te nemen aan dit onderzoek, draagt u bij aan het verbeteren van de wondzorg van de patiënten thuis in de regio Groningen/Drenthe.

Als u *niet* mee wilt doen aan het onderzoek, kunt u dit zonder opgaaf van reden aan uw wijkverpleegkundige doorgeven. Dit kan bij elke gelegenheid (zelfs op het moment dat de verpleegkundig specialist samen met uw wijkverpleegkundige voor onderzoek bij u langs komt). Als u geen medewerking verleent, heeft dan geen consequenties. Als u *wel* aan het onderzoek mee doet, hoeft u niets te doen.

Meer informatie over Verpleegkundige Topzorg vindt u op onze website:

www.verpleegkundigetopzorg.nl

Vragen kunt u altijd stellen aan uw wijkverpleegkundige of de verpleegkundig specialist.

Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met de projectleiders van

Verpleegkundige Topzorg.

Jintiene Zeilstra, 06 55 25 65 30

Katy van Hasselt, 06 55 25 61 71

Bijlage 3: Protocol Enquête

Goedemorgen/middag dhr/mvr

Mijn naam is Henrieke Zijlstra/Kimberly Oseana.
Ik bel namens de Verpleegkundige Topzorg van
het UMCG Groningen. Voor een
klanttevredenheidsonderzoek m.b.t. uw wondzorg. Verpleegkundige topzorg werkt samen
met uw thuiszorgorganisatie om u te behandelen voor uw wondzorg.



Uw mening is van belang. Mijn vraag aan u is om te beoordelen hoe tevreden u bent over de
verpleegkundige topzorg. Het gaat om een enquête van 10 vragen waar u alleen met ja of
nee of op een schaal van 0 tot 10 antwoord moet geven. U kunt gerust antwoord geven.
Alles wat u als antwoord geeft blijft anoniem en heeft helemaal geen invloed op uw zorg.

Heeft u alles begrepen?

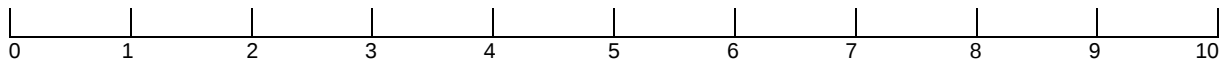
Bij de volgende vraag kunt u antwoorden met een ja of nee.

1. Weet u het verschil tussen de Verpleegkundige topzorg en de
thuiszorgverpleegkundige? JA/NEE

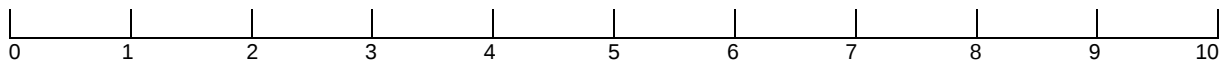
ALS NEE → De verpleegkundige topzorg.....

Bij de volgende vragen kunt u antwoord geven op een schaal van 0 tot 10. Een 0 betekent
dat u helemaal niet tevreden bent en een 10 betekent dat u helemaal tevreden bent.

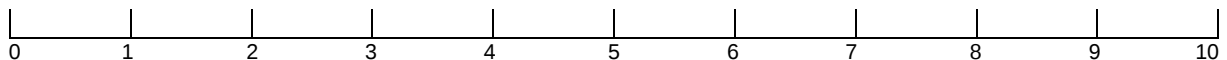
2. In welke mate is de verpleegkundige topzorg u van dienst geweest?



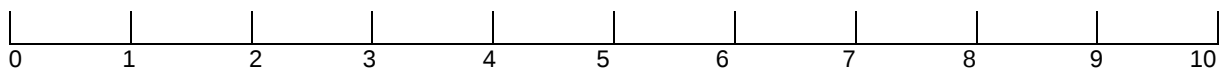
3. Is verpleegkundige topzorg hun afspraken nagekomen?



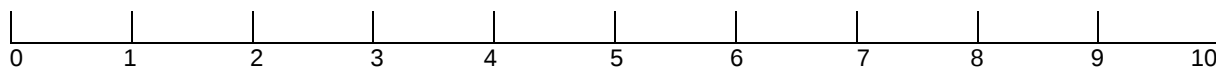
4. Zijn de beoogde resultaten behaald?



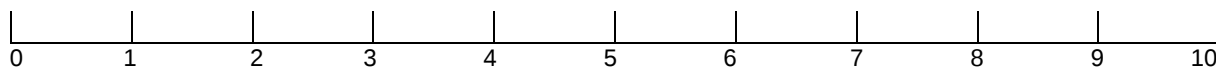
5. Heeft u het gevoel dat uw opmerkingen op prijs wordt gesteld?



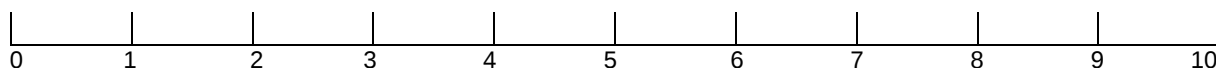
6. Ziet u mogelijkheden voor verbetering?



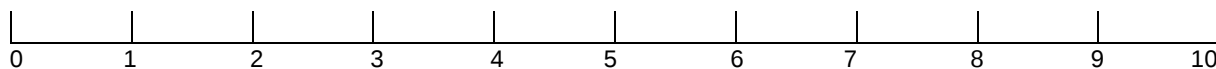
7. Zou u de verpleegkundige topzorg bij anderen aanbevelen?



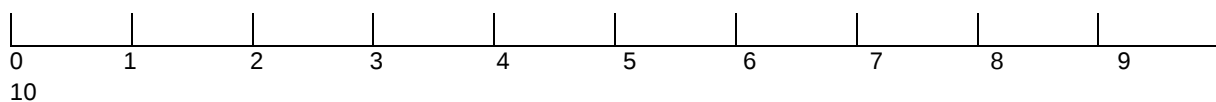
8. Ervaart u de behandeling van de verpleegkundige topzorg als zinvol?



9. Heeft u voldoende informatie ontvangen over uw behandeling van verpleegkundige topzorg?



10. Wat voor cijfer geeft u de samenwerking tussen verpleegkundige topzorg en thuiszorginstelling?



Wij willen u van harte bedanken voor deelname aan dit onderzoek. Resultaten van dit onderzoek ontvangt u via uw thuiszorgorganisatie. Uw gegevens blijven anoniem. Maar de resultaten zullen gepresenteerd worden aan belangstellenden.

Bijlage 4: Medisch Ethische Toetsingscommissie

Universitair Medisch Centrum Groningen

Hanzeplein 1 Postbus 30.001, 9700 RB Groningen

Medisch Ethische Toetsingscommissie

Aan
Mw. J.T. Zeilstra
UMC staf
LA10

Telefoon (050) 361 4204
Fax (050) 361 4351

Bijlage(n)
Kenmerk M16.204542

Datum 15 december 2016
Onderwerp METc 2016/496
Titel **Direction by Nurse Practitioner on chronic complex woundcare in home care.**

De Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (METc UMCG) heeft het bovengenoemde onderzoek besproken en gezien of het onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt.

Op grond van de ingediende documenten is geconcludeerd dat het onderzoek niet onder de reikwijdte van de WMO valt.

Dit betekent dat er voor de METc UMCG geen taak is weggelegd bij de beoordeling van het onderzoek en dat u geen oordeel nodig heeft van de METc UMCG, alvorens u met bovengenoemd onderzoek mag aanvangen.

Volledigheidshalve merken wij op dat het wetenschappelijk onderzoek mogelijk wel uitgevoerd dient te worden volgens de bepalingen van de overige wet- en regelgeving, waaronder onder andere de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) en de gedragscodes van de FEDERA.

Met vriendelijke groet,
namens de Medisch Ethische Toetsingscommissie,


prof. dr. W.A. Kamper
voorzitter


mw. P. Vos
ambtelijk secretaris



umcg

Bijlage 5: Planning

Onderzoekers:	Opdrachtegever(s):	Docentbegeleider:	2 ^{de} Beoordelaar:
K. Oseana, 326553	Jintiene Zeilstra	Helen Kamphuis	Carlien Dusseldorp
H. Zijlstra, 349525	Kathy van Hasselt		

Onderzoeksvraag																					
	Weken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Onderzoekstaken																					
Raamwerk																					
Onderzoeksvoorstel schrijven																					
Inleiding																					
Theoretische kader																					
Aanleiding																					
- Doelstelling - Vraagstelling																					
Definiering begrippen																					
Methode																					
- Onderzoeksdesign - Populatie - Dataverzameling - Etiek - Data-analyse																					
Onderzoek uitvoeren																					
Uitwerken informatie/ data-analyse																					
Resultaten																					
Conclusie																					
Duscussie																					
Eindversie																					
Presentatie																					
Individuele verdediging																					

	Onderzoeksvoorstel
	Onderzoeksverslag

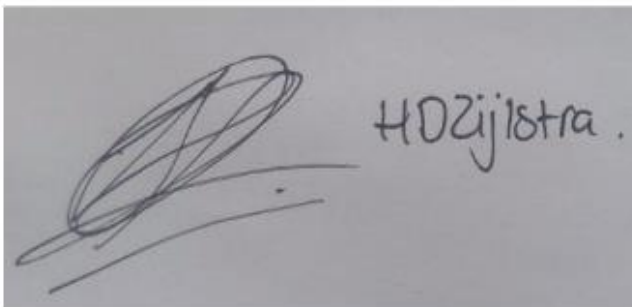
Bijlage 6: Antiplagiaat verklaring



Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Groningen
1 juni 2017

Henrieke Zijlstra, 349525



Kimberly Oseana, 326553

