

Decubituspreventie: better safe than sorry, of toch niet?

*Een kwalitatief onderzoek naar de factoren rondom
de onderbelichting van de preventieve focus op
decubitus bij de kwetsbare patiënt*

Esmee Glas

28-11-2017

Naam student: Esmee Glas
School: NHL Stenden Hogeschool
Opleiding: HBO-Verpleegkunde
Studentnummer: 358940
Account: glas1400@student.nhl.nl
Groepscode: VV4E
Titel onderwijseenheid: glas1400-15.S-rapportage onderzoek-1718-2-1
Afstudeerbegeleider: Mw. F. Dijkstra
Praktijkbegeleider: Mw. L. Witteveen
Eerste beoordelaar: Mw. N. Wilczak
Instelling: Antonius Ziekenhuis, Sneek
Kans: 1
Plaats: Sneek
Datum van inlevering: 28-11-2017
Aantal woorden: 10855

Voorwoord

In het kader van de afstudeerfase van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden is dit praktijkonderzoek uitgevoerd, in opdracht van het Antonius Ziekenhuis te Sneek. De uitvoering van het onderzoek vond plaats op de afdeling AB2 voor Interne geneeskunde, Gynaecologie, Chirurgie, Urologie en Maag-, darm en leverziekten. Gedurende het onderzoek is aan de hand van literatuur- en praktijkonderzoek onderzocht welke factoren ten grondslag liggen aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus. Vorig jaar is door een destijds vierdejaars HBO-Verpleegkunde student reeds een onderzoek op de betreffende afdeling uitgevoerd. Er is onderzocht in hoeverre de aanwezige anti-decubitusmaterialen van afdeling AB2 nog toereikend zijn om als preventieve maatregel bij decubitus in te zetten, vanwege de hoge decubitusincidentie op de afdeling. Het huidige kwalitatieve onderzoek is hieruit voortgekomen.

Met dit praktijkonderzoek wordt gehoopt en verwacht een betere preventieve focus op decubitus te creëren op afdeling AB2 van het Antonius Ziekenhuis in Sneek. Zonder de steun van een aantal personen was het niet gelukt dit product op deze manier vorm te geven. Daarom gaat allereerst dank uit naar de praktijkbegeleidster L. Witteveen voor de heldere en adequate communicatie, het tijdig beantwoorden van mijn vragen, het meedenken met mijn ideeën en het geven van gerichte feedback. Verder wordt de afstudeerbegeleidster F. Dijkstra bedankt voor de goede invulling van de werkcolleges, het geven van gerichte feedback en het nemen van tijd voor het beantwoorden van vragen. Zonder de medewerking van de negen geïnterviewde verpleegkundigen van afdeling AB2 had dit onderzoek geen resultaten gehad, dus ook aan hen wordt grote dank uitgesproken. Ten slotte is de steun en adviezen van de critical friends en mede-studenten als zeer nuttig ervaren. De positieve en opbouwende feedback hebben ervoor gezorgd dat dit product ingeleverd kan worden zoals van tevoren gehoopt werd.

Wirdum, 28 november 2017

Esmee Glas

Samenvatting

Inleiding en probleemstelling In zorginstellingen komen nog geregeld patiënten voor die doorligwonden, oftewel decubitus, ontwikkelen. Decubitus kan zich al binnen twee dagen ontwikkelen en de behandelkosten zijn erg hoog (Baumgarten et al., 2006; Bennett, Dealey, & Posnett, 2004). Indien echter vanaf het eerste moment accuraat en consequent preventieve maatregelen worden getroffen, kan decubitus voorkomen worden (WCS, 2013). Op afdeling AB2 voor MDL, Interne geneeskunde, Gynaecologie, Chirurgie en Urologie van het Antonius Ziekenhuis te Sneek is door de wondverpleegkundige een stijging geconstateerd in de incidentie van decubitus, ondanks het toepassen van anti-decubitusmaatregelen. Daarnaast kwam uit eerder onderzoek op deze afdeling naar voren dat sprake is van een curatieve in plaats van een preventieve focus op decubitus.

Doelstelling Aan het einde van dit praktijkonderzoek is in kaart gebracht welke factoren bij het verpleegkundig personeel van afdeling AB2 van het Antonius Ziekenhuis te Sneek ten grondslag liggen aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus bij de kwetsbare patiënt van 80 jaar en ouder.

Onderzoeksvraag Welke factoren liggen bij het verpleegkundig personeel van afdeling AB2 van het Antonius Ziekenhuis te Sneek ten grondslag aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus bij kwetsbare patiënten van 80 jaar en ouder?

Methode Een kwalitatief praktijkonderzoek is uitgevoerd. Voor de dataverzameling zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij negen verpleegkundigen die allen werkzaam zijn op afdeling AB2. De data-analyse vond plaats aan de hand van de acht stappen van Verhoeven (2011). Aan de hand van de volgende vijf thema's rondom decubituspreventie heeft data-analyse plaatsgevonden: 'zorgprofessional', 'patiënt', 'materiaal', 'communicatie' en 'organisatie'.

Resultaten De verpleegkundigen beschouwen hun kennis en motivatie wat betreft decubituspreventie als toereikend, maar dit geldt niet voor de risicosignalering. Ook worden de verpleegkundigen belemmerd door de conditie en de motivatie van de patiënt. Verder zijn de beschikbare anti-decubitusmaterialen bruikbaar, maar niet altijd beschikbaar en worden de protocollen omtrent decubitus niet tot nauwelijks geraadpleegd. De verpleegkundigen ervaren communicatie als een belangrijk onderdeel van decubituspreventie, maar de digitale communicatie in het rapportagesysteem wordt als ontoereikend ervaren. Ten slotte geven de verpleegkundigen aan dat de hoge werkdruk en te weinig scholing een nadelige invloed heeft op hun preventieve focus.

Discussie en conclusie De onderbelichting van de preventieve focus blijkt een gevolg te zijn van een ontoereikende implementatie op het gebied van de preventieve toepassing van de risicosignalering, de protocollen en het digitaal rapportagesysteem.

Aanbevelingen Een klinische les en bijscholing omtrent decubitus en het digitaal rapportagesysteem wordt aanbevolen om bij de verpleegkundigen bewustwording van preventief handelen te creëren. Dit kan gerealiseerd worden door een werkgroep 'decubitus' te introduceren op de afdeling. Ten slotte luidt het advies een folder omtrent decubitus te ontwikkelen voor de patiënten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inleiding.....	6
1. Theoretisch kader	9
1.1 Inleiding literatuuronderzoek.....	9
1.2 Definiëring van kernbegrippen.....	10
1.3 Resultaten literatuuronderzoek	10
1.3.1 De meest voorkomende belemmeringen bij decubituspreventie	11
1.3.2 Focus zorgverlening van curatief naar preventief.....	12
1.4 Conclusie literatuuronderzoek	14
1.5 Implicaties van literatuuronderzoek voor uitvoering praktijkonderzoek	14
2. Onderzoeksmethode	15
2.1 Vorm van onderzoek	15
2.2 Onderzoekspopulatie	15
2.3 Dataverzamelingsprocedure	15
2.4 Dataverzamelingstechniek	16
2.4.1 Het meetinstrument.....	16
2.4.2 Betrouwbaarheid meetinstrument	16
2.4.3 Validiteit meetinstrument	17
2.5 Analyse	17
2.6 Kwaliteitseisen praktijkonderzoek	17
2.6.1 Authenticity	17
2.6.2 Trustworthiness.....	18
2.6.3 Objectiviteit	18
2.6.4 Bruikbaarheid	18
3. Resultaten.....	19
3.1 Onderzoekspopulatie en gegevensverzameling.....	19
3.2 Inleiding resultaten.....	19
3.3.1 Thema 1: Zorgprofessional.....	19
3.3.2 Thema 2: Patiënt	21
3.3.3 Thema 3: Materiaal	22
3.3.4 Thema 4: Communicatie	23
3.3.5 Thema 5: Organisatie	24

4. Discussie en conclusie	26
4.1 Discussie	26
4.1.1 Inhoudelijke discussie.....	26
4.1.2 Kritische reflectie inhoud en methodologie onderzoek.....	28
4.1.3 Kritische reflectie eigen handelen.....	28
4.2 Conclusie	28
4.2.1 Conclusie praktijkonderzoek	28
4.2.2 Betekenis conclusie voor de praktijk.....	29
5. Aanbevelingen.....	30
5.1 Aanbevelingen voor de praktijk	30
5.1.1 Aanbeveling 1: Klinische les decubitus (etiologie, preventie en protocol)	30
5.1.2 Aanbeveling 2: Bijscholing digitaal rapportagesysteem.....	30
5.1.3 Aanbeveling 3: Folder decubitus(preventie) voor patiënten	30
5.1.4 Aanbeveling 4: Introduceren werkgroep 'Decubituspreventie'	31
5.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	31
5.2.1 Aanbeveling 1: Vervolgonderzoek werking Bradenschaal	31
Nawoord.....	33
Referenties	34

Bijlagen

Inleiding

Situatieanalyse

In zorginstellingen komen nog geregeld patiënten voor die doorligwonden hebben of krijgen. In jargon staan doorligwonden beter bekend als decubitus. Decubitus kent vier gradaties en ontstaat dikwijls wanneer sprake is van ontoereikende bloedsdoorstroming in de kleinste aderen van het lichaam, ook wel ‘microcirculatie’ genoemd (WCS, 2013). Dit ontstaat meestal ten gevolge van druk, verweking of schuifkracht op zwakke plekken van de huid (Decubitus Nederland, 2014). Decubitus is een serieus medisch probleem. Zo heeft onderzoek aangetoond dat decubitus zich al binnen twee dagen kan ontwikkelen (Baumgarten et al., 2006), vooral bij patiënten boven de 80 jaar. Deze patiëntenpopulatie wordt dan ook gezien als de grootste risicogroep voor decubitus (Skogestad et al., 2017). Bovendien zijn de kosten om decubitus te behandelen enorm hoog. Jaarlijks is hiervoor rond de 2,5 miljard euro nodig, vanwege langere ziekenhuisopnames en de extra inzet van verpleegkundigen (Bennett, Dealey, & Posnett, 2004).

Toch kan decubitus voorkomen worden door de microcirculatie te onderhouden of te bevorderen. Volgens de richtlijnen ‘decubituspreventie’ van het Kenniscentrum Wondzorg (WCS, 2013) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN, 2011) (Bijlage A) kan dit bereikt worden door direct bij opname van de patiënt accuraat en consequent preventieve maatregelen te treffen (WCS, 2013). Voorbeelden van dergelijke preventieve maatregelen zijn consequente mobilisatie van de patiënt, het behouden van een goede voedingstoestand en het preventief inzetten van anti-decubitusmaterialen. Dit levert zowel gezondheidsbelang voor patiënten als een grote kostenbesparing voor de zorg op (Reddy, Gill, & Rochon, 2006).

Ook het Antonius Ziekenhuis te Sneek zet zich in voor een betere preventie van decubitus. Op alle afdelingen worden anti-decubitusmaterialen ingezet om decubitus zoveel mogelijk te beperken. Dit geldt ook voor afdeling AB2 voor Maag/Darm/Lever, Interne geneeskunde, Gynaecologie, Chirurgie en Urologie. Deze afdeling maakt nu een zevental jaren gebruik van anti-decubitusmaterialen. Toch constateerde de wondconsulente in 2016 vaker dan voorheen een beginnende vorm van decubitus bij de patiënten op deze afdeling, ondanks de aanwezige protocollen en anti-decubitusmaterialen (Dijkstra, 2017).

Om de oorzaak van deze toenemende incidentie van decubitus te achterhalen, is van februari tot juni 2017 een kwantitatief dossieronderzoek uitgevoerd op afdeling AB2 om te achterhalen of de beschikbare anti-decubitusmaterialen nog toereikend waren om als preventief instrument voor decubitus in te zetten. De inzet van deze materialen bleek echter onvolledig en inconsistent (Dijkstra, 2017). Bovendien kwam naar voren dat de preventieve focus op decubitus op afdeling AB2 ondergeschikt is aan de curatieve focus. Zo werden anti-decubitusmaterialen pas ingezet op het moment dat er al beginnende decubitus zichtbaar was. Er wordt dus niet preventief, maar curatief gehandeld bij decubitus.

In dit vervolgonderzoek wordt aandacht besteed aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus op afdeling AB2 en welke factoren hieraan ten grondslag liggen. Daarbij wordt vooral gekeken naar de focus op decubituspreventie bij kwetsbare patiënten van 80 jaar en ouder. Deze patiëntenpopulatie komt het meest op de afdeling voor en heeft het grootste risico decubitus te

ontwikkelen (Skogestad et al., 2017). Voorafgaand aan het praktijkonderzoek wordt in de wetenschappelijke literatuur onderzocht welke factoren reeds bekend zijn omtrent ontoereikende decubituspreventie op een afdeling in een ziekenhuis. Daarnaast wordt geprobeerd te achterhalen wat noodzakelijk is om de curatieve focus van de zorgverlening op decubitus te veranderen in een preventieve focus.

Verpleegkundige relevantie

Decubitus is niet alleen een grote kostenpost, het kan een ziekenhuisopname van een patiënt ook gecompliceerder maken (Reddy et al., 2006). Daarom is het belangrijk dat de ontwikkeling van decubitus zoveel mogelijk tot volledig wordt beperkt. Dat is alleen mogelijk als de preventieve inzet van anti-decubitusmaatregelen consequent en accuraat is. Indien dit niet het geval is, dienen deze problemen in kaart te worden gebracht, om vervolgens actie te kunnen ondernemen. In de nabije toekomst (2020), zodra het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundige wordt geïmplementeerd, verschuift de focus in de zorg van curatief naar preventief. Een van de zeven beroepsrollen die de verpleegkundige moet vervullen, zoals beschreven in Canadian Medical Education Directives for Specialists, afgekort CanMEDs (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2017), is de rol van de gezondheidsbevorderaar. De verpleegkundige dient kennis te hebben van preventie, dus ook op het gebied van decubitus, en moet in staat zijn gezondheidsvoorlichtingen aan collega's en patiënten te geven om complicaties zoals decubitus te voorkomen. Zo wordt tegemoet gekomen aan de veranderende gezondheidszorg van de 21^{ste} eeuw (Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde, 2015).

Naast preventief handelen is het ook de taak van een verpleegkundige iedere patiënt de zorg te geven die hij verlangt. In de CanMEDs wordt dit beschreven als de rol van zorgverlener. Als blijkt dat anti-decubitusmaatregelen niet preventief en/of adequaat worden toegepast, terwijl de patiënt dit wel verlangt, wordt deze rol niet of niet voldoende vervuld. Als dit probleem door dit onderzoek in kaart kan worden gebracht en er oplossingen voor worden gevonden, kan het verplegend personeel mogelijk effectiever en optimaler omgaan met decubituspreventie.

Probleemstelling

Uit eerder onderzoek en uit observaties van de wondverpleegkundige is gebleken dat op afdeling AB2 van het Antonius Ziekenhuis te Sneek sprake is van een hogere incidentie van decubitus dan wenselijk, ondanks de inzet van anti-decubitusmaterialen.

Doelstelling

Aan het einde van dit praktijkonderzoek is in kaart gebracht welke factoren bij het verpleegkundig personeel van afdeling AB2 van het Antonius Ziekenhuis te Sneek ten grondslag liggen aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus bij de kwetsbare patiënt van 80 jaar en ouder.

Hoofdvraag

Welke factoren liggen bij het verpleegkundig personeel van afdeling AB2 van het Antonius Ziekenhuis te Sneek ten grondslag aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus bij kwetsbare patiënten van 80 jaar en ouder?

Leeswijzer

In de inleiding is het onderzoek gepresenteerd, met daarbij de bekendmaking van het probleem, het doel, de gestelde vraag en de relevantie van het onderzoek. Na de inleiding is hoofdstuk 1 het theoretisch kader beschreven. Aan de hand van de conclusies uit het literatuuronderzoek wordt een basis voor het praktijkonderzoek gelegd. In het tweede hoofdstuk staat de onderzoeksmethode beschreven, waarin het onderzoeksdesign, het meetinstrument, de methode van data-analyse en de kwaliteitscriteria van het onderzoek naar voren komen. Hoofdstuk 3 omvat de analyse van de resultaten, afkomstig van het praktijkonderzoek. In het vierde hoofdstuk vindt de inhoudelijke en methodologische discussie van zowel het praktijk- als het literatuuronderzoek plaats en is de conclusie van de onderzoeksvraag geformuleerd. Ten slotte staan in hoofdstuk 5 de aanbevelingen voor de praktijk en voor eventueel vervolgonderzoek. Na de kern van de rapportage treft u het nawoord, de referenties en de bijlagen.

1. Theoretisch kader

1.1 Inleiding literatuuronderzoek

Om in de literatuur gericht te kunnen zoeken naar artikelen omtrent mogelijke factoren van ontoereikende decubituspreventie in ziekenhuizen, zijn twee literatuurdeelvragen opgesteld:

1. Wat zijn de meest voorkomende knelpunten bij de preventie van decubitus?
2. Welke suggesties worden gedaan om de focus van de zorgverlening wat betreft decubituspreventie te verschuiven van curatief naar preventief?

Om de gestelde literatuurvragen omtrent zo concreet mogelijk te beantwoorden, is gebruik gemaakt van het BIG6™-model (Eisenberg & Berkowitz, 1992). Dit procesmodel maakt het mogelijk een informatief probleem op te lossen aan de hand van zes stappen. In diverse erkende databases en zoekmachines als Pubmed, Science Direct en Google Scholar is gezocht naar relevante informatie uit wetenschappelijke artikelen. Daarnaast is gebruik gemaakt van de richtlijnen omtrent decubitus van zowel het WCS als de V&VN. Bij het verkrijgen van informatie is de nadruk gelegd op de preventie van decubitus en de factoren die deze preventie kunnen belemmeren. De wetenschappelijke artikelen zijn verkregen aan de hand van zowel primaire zoekacties met concrete zoektermen als secundaire zoekacties aan de hand van de sneeuwbalmethode en verwante artikelen. Toegepaste zoektermen zijn onder meer 'pressure ulcers OR sores' gecombineerd met 'prevention OR preventing', 'guidelines', 'problems', 'barriers' en 'prevalence' (Bijlage B). Er is geavanceerd gezocht door de zoektermen aan te vullen met Booleaanse operatoren (AND/OR/NOT), de toevoeging [Tiab] en het toepassen van MeSH-terms. Dit leidde tot relevantere zoekresultaten.

Bij het zoeken naar artikelen is rekening gehouden met inclusie- en exclusiecriteria. Een artikel werd geïncludeerd als deze van wetenschappelijk niveau was, niet gebaseerd was op de meningen van professionals, als hoofdonderwerp 'decubituspreventie' had en het onderzoek was uitgevoerd in een klinische setting. Als bleek dat het artikel voldeed aan deze inclusiecriteria, werd nog gekeken naar de relevantie en een tweetal exclusiecriteria. Het artikel werd geëxcludeerd als deze ouder was dan vijftien jaar of niet in full-tekst beschikbaar was. Op basis van de zoekstrategie, de inclusie- en exclusiecriteria en de relevantie zijn uiteindelijk zeventwintig wetenschappelijke artikelen geïncludeerd.

Na een uitgebreide analyse bleken niet alle geselecteerde artikelen relevant voor het literatuuronderzoek. Uiteindelijk zijn op basis van relevantie en toepasbaarheid twintig artikelen geïncludeerd, waarvan negentien Engelstalig en één Nederlandstalig. Deze artikelen zijn verwerkt in een evidentietabel (Bijlage C). Hoewel twaalf van de artikelen tot het zesde niveau van bewijs behoren, met niveau zeven als laagste niveau van bewijs (Figuur 1), zijn deze artikelen wel het meest relevant voor het huidige onderzoek. Van de overige artikelen is één artikel van het eerste niveau van bewijs, vier van het derde niveau, twee van het vierde niveau en één van het vijfde niveau.

Level I: Evidence from a systematic review of all relevant randomized controlled trials (RCT's), or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCT's

Level II: Evidence obtained from at least one well-designed Randomized Controlled Trial (RCT)

Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization, quasi-experimental

Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies

Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies

Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study

Level VII: Evidence from the opinion of authorities and/or reports of expert committees

Figuur 1 Levels of Evidence. Overgenomen uit Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins. Geraadpleegd op 11 september 2017, van <http://researchguides.ebling.library.wisc.edu/c.php?g=293229&p=1953406>

1.2 Definiëring van kernbegrippen

Om de belangrijkste begrippen uit literatuur- en praktijkvragen te verhelderen en af te bakenen, zijn deze gedefinieerd. De belangrijkste begrippen uit de literatuur- en praktijkvragen zijn hieronder gedefinieerd.

Curatieve focus op zorg “Zorg gericht op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke aandoeningen.” (Zorgbelang Noord-Holland, z.j.)

Decubitus “Een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht.” (Decubitus Nederland, 2014).

Factoren “Element dat of omstandigheid die bepalend is.” (Kernerman Nederlands Leerderswoordenboek, 2014)

- *Factor*: In dit onderzoek wordt een element of omstandigheid bedoeld die bepalend is voor de ondergeschiktheid van de preventieve focus op decubitus ten opzichte van de curatieve focus.

Kwetsbare patiënten “Kwetsbare patiënten zijn vaker oud (>80 jaar), hebben meer dan één (chronische) aandoening (multi-morbiditeit), meer lichamelijke beperkingen en een slechtere gepercipieerde (waargenomen) gezondheid.” (VMS, 2009).

Onderbelichting “Het onvoldoende aandacht geven aan een bepaald onderwerp.” (Van Dale, 2017)

- In dit onderzoek wordt bedoeld dat de verpleegkundigen onvoldoende aandacht schenken aan het preventief handelen bij decubitus. In plaats daarvan wordt curatief gehandeld: anti-decubitusmaatregelen worden pas getroffen op het moment dat zich reeds decubitus heeft gemanifesteerd.

Preventie in de zorg “Ervoor zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Er zijn grofweg vier indelingen van preventie in gebruik, namelijk naar: (1) doelgroep, (2) fase van de ziekte, (3) type maatregel en (4) methode van uitvoering.” (RIVM, 2015)

1.3 Resultaten literatuuronderzoek

Alvorens de resultaten van het literatuuronderzoek beschreven kunnen worden, moet meer duidelijkheid over decubitus verkregen worden. De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en het National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) hebben in een samenvatting van hun internationale richtlijn omtrent decubituspreventie een duidelijke omschrijving gegeven van de verschillende categorieën van decubitus (EPUAP-NPUAP, 2009).

Categorie I: niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid

Er is sprake van niet-wegdrukbaar roodheid op intacte huid. De roodheid manifesteert zich ter hoogte van een botuitsteeksel en kan pijnlijk, stijf of warmer zijn in vergelijking met omliggende huid. Bij mensen met een donker getinte huid is het moeilijker te observeren of er sprake van een niet-wegdrukbaar roodheid op de huid. Desondanks kunnen deze mensen wel tot de risicogroep behoren.

Categorie II: verlies van een deel van de huidlaag of blaas

Er is een oppervlakkige wond zichtbaar als gevolg van een gedeeltelijk verlies van de epidermis en een laag van de dermis. De wond is rozerood van kleur, bevat geen wondbeslag en/of hematoom.

Categorie III: verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)

De volledige epidermis en dermis zijn verdwenen. Afhankelijk van de plaats van de doorligwond is het mogelijk dat subcutaan vet zichtbaar is, met of zonder wondbeslag. Deze categorie van decubitus kan echter ook oppervlakkig zijn, bijvoorbeeld op de enkel. Botten en pezen zullen niet zichtbaar of direct voelbaar zijn. Als er sprake is van een korst, mag deze niet verwijderd worden.

Categorie IV: verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar)

Bij de meest erge vorm van decubitus is er sprake van verlies van een volledige weefsellaag. Daarbij liggen bot, pezen en/of spieren bloot. De diepte van de wond varieert per huidgebied en er is meestal sprake van tunnelvorming. Wondbeslag en een necrotische korst kunnen aanwezig zijn.

1.3.1 De meest voorkomende belemmeringen bij decubituspreventie

Alvorens bij een patiënt gestart wordt met decubituspreventie, moet volgens psycholoog Dr. Ruud Halfens achterhaald worden of de patiënt een verhoogd risico heeft op decubitus (in Vermeer, 2012, p. 22). Halfens geeft aan dat de inschatting van dit risico het best gemaakt kan worden aan de hand van een risicoscorelijst. In een richtlijn omtrent risicosignalering en decubituspreventie worden vier risicoscorelijsten uitgelicht: de Bradenschaal (Bijlage D), de Cubbin & Jackson schaal, de Nortonschaal en de Waterlowschaal (Qaseem, Mir, Starkey, & Denberg, 2015).

De Bradenschaal heeft van alle risicoscorelijsten de hoogste validiteit en betrouwbaarheid. Vandaar dat deze in de Nederlandse ziekenhuizen voornamelijk wordt toegepast (WCS, z.j.). Dit geldt ook voor het Antonius Ziekenhuis in Sneek. Bij de Bradenschaal wordt een patiënt gescoord op zes onderdelen: waarneming van pijn en ongemak, vochtigheid van de huid, mate van activiteit, mate van mobiliteit, voedingstoestand en schuifkracht. Hierbij wordt gekeken naar de mate van aanwezigheid. De minimaal te behalen score is zes, de maximale score drieëntwintig. Daarbij geldt: hoe lager de score, hoe hoger het risico. Bij een score van 20 of lager valt de patiënt binnen de risicogroep (Qaseem et al., 2015).

Risicofactoren voor decubitus zijn onder andere het hebben van een hoge leeftijd (80 jaar en ouder), een Afrikaanse of Spaanse etniciteit, een laag lichaamsgewicht, weinig vetweefsel, fysieke en mentale beperkingen, een matige voedingstoestand en co-morbiditeit (Qaseem et al., 2015; Skogestad et al., 2017). In de richtlijn omtrent decubituspreventie van zowel de V&VN (2011) als het WCS (2013) staat beschreven dat het de taak van de verpleegkundige is om deze risicofactoren te signaleren, mocht uit de anamnese en de risicoscore naar voren komt dat de patiënt een verhoogd risico heeft op decubitus. Vervolgens dient zij hier actie op te ondernemen door preventief anti-

decubitusmaatregelen te treffen. Als deze preventieve maatregelen zijn getroffen, dient de huid van de patiënt geregeld gecontroleerd te worden op rode plekken. Bij beginnende decubitus moeten verdere maatregelen zoals wisselgigging getroffen worden (V&VN, 2011; WCS, 2013). Deze observaties dienen gedaan te worden door de verpleegkundige, die dus een essentiële rol speelt bij de preventie van decubitus (Aydin & Karadag, 2010; Gunningberg, Brudin, & Idvall, 2010; Källman & Suserud, 2009; Samuriwo, 2010; Sving, Gunningberg, Högman, & Mamhidir, 2010).

Volgens Halfens (in Vermeer, 2012, p. 22) kan een verpleegkundige bij de risicosignalering van decubitus niet volstaan met de uitslag van de risicoscorelijst. Zij zal tevens haar algemene kennis, klinische blik en ervaring omtrent decubitus moeten toepassen. Die kennis en inzicht blijken echter verre van toereikend. Zo zijn verpleegkundigen vaak niet in staat de eerste fase van decubitus te herkennen en hier actie op te ondernemen, en schatten zij de risicofactoren van decubitus niet voldoende in (Altun & Zenzirci, 2011; Aydin & Karadag, 2010; Beeckman, Defloor, Schoonhoven, & Vanderwee, 2011; Gallant, Morin, St-Germain, & Dallaire, 2010; Gunningberg et al., 2015; Miyazaki, Caliri, & Santos, 2010; Moore & Price, 2004; Strand & Lindgren, 2010).

In diverse onderzoeken blijkt dat verpleegkundigen van mening zijn dat hun decubitus gerelateerde kennis het startpunt is van goede decubituspreventie. Toch blijkt er een discrepantie te zijn tussen de kennis hebben en deze toepassen (Figuur 2). De verpleegkundigen denken te weten op welke manier zij preventief moeten handelen bij een patiënt met een verhoogd risico op decubitus, maar in de praktijk wordt deze kennis niet tot nauwelijks toegepast (Gallant et al., 2010; Gunningberg et al., 2010; Gunningberg et al., 2015; Moore & Price, 2004; Samuriwo, 2010).

Table 4 Nurses' knowledge and preventive interventions in relation to Braden's factors

Risk factors	% Knowledge	% Preventive interventions
Initial evaluation	97	24
Braden scale score	86	3
Moisture	89	6
Activity/mobility	95	19
Nutrition	99	50
Friction/shear	67	15
Therapeutic surface	84	57

Figuur 2 Kennis en inzet interventies in relatie tot risicofactoren Bradenschaal. Overgenomen uit *Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: A correlational study examining nurses' knowledge and best practice* (p. 186) door Gallant, Morin, St-Germain, & Dallaire (2010) *International journal of nursing practice*, 16 (2).

Wanneer in onderzoeken aan verpleegkundigen gevraagd wordt welke belemmeringen zij ervaren bij decubituspreventie, wordt gebrek aan algemene kennis omtrent de preventie van decubitus niet als eerste genoemd. Verpleegkundigen wijten de onderbelichting van hun preventieve focus voornamelijk aan de hoge werkdruk, het gebrek aan een seniorverpleegkundige, de ontoereikende vitaliteit van de patiënt en het feit dat decubituspreventie een minder hoge prioriteit heeft dan andere verpleegkundige taken (Beeckman et al., 2011; Gunningberg et al., 2015; Källman & Suserud, 2009; Miyazaki et al., 2010; Moore & Price, 2004; Padula et al., 2015; Samuriwo, 2010; Strand & Lindgren, 2010; Sving et al., 2010). Andere aangegeven factoren zijn onder meer het gebrek aan interesse of motivatie in decubituspreventie, onvoldoende personeel, niet toepassen van protocollen dan wel richtlijnen, ontoereikende organisatie van preventie, en het niet begrijpen of inzien van de oorzaak van decubitus (Bijlage E).

1.3.2 Focus zorgverlening van curatief naar preventief

In het onderzoek van Gunningberg et al. (2015) komt naar voren dat accurate kennis omtrent decubituspreventie essentieel is bij de verschuiving van een curatieve naar een preventieve focus op

decubitus. Uit datzelfde onderzoek blijkt dat verpleegkundigen die langer dan vijf jaar in het vak zitten op bepaalde gebieden van decubituspreventie, zoals voeding gerelateerde maatregelen en decubitusetiologie, minder kennis hebben dan studentverpleegkundigen. Hierbij dient echter wel een onderscheid gemaakt te worden tussen theoretische en ervaringsgerichte kennis. Studentverpleegkundigen en pas afgestudeerde verpleegkundigen handelen minder uit ervaring en meer op basis van de actuele theoretische kennis die zij voorafgaand aan hun stage op school hebben opgedaan. Ervaren verpleegkundigen passen bij de zorgverlening vanzelfsprekend hun theoretische kennis toe, maar zij handelen ook veelal uit ervaring. Moore en Price (2004) stellen dat ervaren verpleegkundigen vaak routinematig handelen als gevolg van een angst voor verandering. Deze angst heeft niet zozeer te maken met een gebrek aan motivatie, maar met het gebrek aan kennis om de verandering te ondersteunen. Alvorens een verandering doorgevoerd kan worden, zal eerst de kennis adequaat genoeg moeten zijn.

Het gebrek aan deze adequate kennis rondom decubitus blijkt een groot knelpunt te zijn bij decubituspreventie. In diverse landen, waaronder Nederland, België en Zweden, is onderzoek gedaan naar de verstrekking van informatie omtrent decubituspreventie tijdens de opleiding tot verpleegkundige. Deze onderzoeken tonen aan dat decubitus wel wordt behandeld, maar dat de focus te weinig ligt op de kennis rondom de preventie, controle en behandeling (Altun & Zenzirci, 2010; Beeckman et al., 2011; Gunningberg et al., 2010, 2015; Miyazaki et al., 2010; Pancorbo-Hidalgo, García-Fernández, López-Medina, & López-Ortega, 2007; V&VN, 2011). Vanuit de onderzoeken wordt daarom aanbevolen om de algemene kennis rondom decubituspreventie, -controle en -behandeling in de opleiding Verpleegkunde te implementeren. Zo worden de beginnend verpleegkundigen zich vanaf het eerste moment bewust van het belang van een preventieve focus op decubitus. De ervaren verpleegkundigen zullen hun algemene theoretische kennis en preventieve focus rondom decubitus moeten actualiseren en blijven ontwikkelen, bijvoorbeeld door deelname aan bijscholingscursussen omtrent decubituspreventie (Aydin & Karadag, 2010; Gallant et al., 2010; Gunningberg et al., 2015; Soban, Hempel, Munjas, Miles, & Rubenstein, 2011).

In Duitsland is de prevalentie van decubitus lager dan in Nederland (Lahmann, Halfens, & Dassen, 2005). Daar wordt namelijk nog gewerkt met een hoofdzuster die de leiding heeft over de andere verpleegkundigen door hen aan te sturen en te controleren op de naleving van gemaakte afspraken, onder andere op het gebied van decubituspreventie (Halfens, in Vermeer, 2012, p. 21). Verpleegkundigen in andere landen geven aan behoefte hebben aan een seniorverpleegkundige die gespecialiseerd is in het aansturen van een team en die het overzicht bewaart op de afdeling op het gebied van de preventie van diverse ziektebeelden. Zo concluderen Gunningberg et al. (2010, 2015) en Padula et al. (2015) dat seniorverpleegkundigen de kerntaken van patiëntenzorg moeten benadrukken bij het verplegend personeel. Hierbij is terugkoppeling van de verpleegkundigen over de uitgevoerde taken van belang. Desondanks komt in het onderzoek van Soban et al. (2011) naar voren dat de verpleegkundigen deze terugkoppeling niet goed uitvoeren, met name op het gebied van de overdracht van en de rapportage over de uitgevoerde handeling naar collega's en andere disciplines.

Naast de beschikking over accurate kennis rondom decubituspreventie, de aanwezigheid van een seniorverpleegkundige en goede terugkoppeling, resulteert volgens De Laat et al. (2007) een goede implementatie van een protocol omtrent decubituspreventie ook in een absolute daling van de

incidentie van decubitus. Verpleegkundigen blijken zich te weinig bewust te zijn van de essentiële informatie in het protocol. Bovendien is er te weinig controle op het adequaat toepassen van de maatregelen die in het protocol beschreven staan (De Laat et al., 2007). De seniorverpleegkundige is geschikt voor het uitvoeren van deze controle en voor het invoeren van een goede implementatie van het protocol. Aan de hand van bijvoorbeeld bijscholingscursussen kan een 'evidence based' werkklimaat worden gerealiseerd (Gunningberg et al., 2010; Halfens, in Vermeer, 2012).

1.4 Conclusie literatuuronderzoek

Op basis van de uitkomsten van diverse onderzoeken is gebleken dat het gebrek aan algemene kennis omtrent decubitus en decubituspreventie de belangrijkste factor is voor de onderbelichting van een preventieve focus op decubitus. Andere factoren die naar voren zijn gekomen, hebben te maken met een gebrek aan interesse en motivatie, problemen omtrent materiaal, personeel en patiënt, en organisatorische belemmeringen zoals een hoge werkdruk. Om de curatieve focus op decubitus te verschuiven naar een meer preventieve focus, is door onderzoekers een aantal aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen hebben met name betrekking op het organiseren van bijscholingscursussen omtrent decubituspreventie, het beter implementeren van 'evidence based' werken aan de hand van protocollen en het (her)introduceren van een seniorverpleegkundige met een leidinggevende functie.

1.5 Implicaties van literatuuronderzoek voor uitvoering praktijkonderzoek

Uit de literatuur zijn factoren genoemd die ten grondslag liggen aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus (Bijlage E). Verpleegkundigen ervaren met name op het gebied van kennis en educatie, motivatie en interesse, materiaal, personeel en patiënt, en ten slotte de organisatie belemmeringen bij de totstandkoming van goede decubituspreventie. Deze categorieën zijn in het interview voor het praktijkonderzoek verwerkt in de vorm van hoofdt topics. Om specifieker in te kunnen gaan op de diverse factoren van ontoereikende decubituspreventie, zijn tevens bij iedere hoofdt topic verscheidene subtopics opgesteld, waaronder de rapportage, het verantwoordelijkheidsgevoel, het gebruik van protocollen en de inzetbaarheid van anti-decubitusmaterialen. Daarnaast zijn in de literatuur aanbevelingen gedaan om de kennis en houding omtrent decubituspreventie te verbeteren bij verpleegkundigen. Deze aanbevelingen zijn vergeleken met de behoeften van het personeel van afdeling AB2.

2. Onderzoeksmethode

2.1 Vorm van onderzoek

Dit onderzoek is van explorerende kwalitatieve aard en heeft een open onderzoeksvraag. Een kwalitatief onderzoek heeft onder andere als doel onderzoeksproblemen dan wel gebeurtenissen in bepaalde situaties te beschrijven en te interpreteren (Reulink & Lindeman, 2005). Bovendien stellen Reulink en Lindeman (2005) dat in kwalitatief onderzoek de beschrijving en interpretatie van problemen in de onderzoekssituatie vooropstaan. De interpretatie van de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus van de verpleegkundigen wordt geanalyseerd aan de hand van meningen en situaties. Hier sluit een kwalitatieve vorm van onderzoek op aan. Om de interpretatie goed in kaart te brengen, zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Hierin zijn vier hoofdt topics verwerkt met ieder een beginvraag en diverse subtopics. Aan de hand van de vastgestelde onderwerpen is in ieder interview hetzelfde besproken, maar de verpleegkundige had wel de mogelijkheid haar eigen mening uit te leggen en situaties aan te halen.

2.2 Onderzoekspopulatie

De totale onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestond uit alle vijfendertig verpleegkundigen en verzorgenden van afdeling AB2. In overleg met de opdrachtgever is hieruit een steekproef genomen van negen verpleegkundigen. Aan de hand van het dienstrooster zijn de verpleegkundigen willekeurig geselecteerd op basis van de aanwezigheid op de dagen dat de interviews werden afgenomen (Bijlage F, Tabel 8). Om een uitgebreide data-analyse uit te voeren en zoveel mogelijk meningen en inzichten naar voren te laten komen, is een grote steekproef genomen, ondanks dat het aantal respondenten in een kwalitatief onderzoek niets zegt over de betrouwbaarheid ervan (Van Zwieten & Willems, 2004). Voor de steekproef is als inclusiecriteria gesteld dat de deelnemende verpleegkundigen een in-service opleiding tot verpleegkundige (niveau 4) dan wel een reguliere opleiding tot verpleegkundige (niveau 4 of 5) hadden afgerond. De verpleegkundige werd geëxcludeerd als zij reeds bij het onderzoek betrokken was.

2.3 Dataverzamelingsprocedure

Om de verpleegkundigen op de afdeling te informeren over hun bijdrage aan het onderzoek, is een e-mail gestuurd naar het unithoofd van afdeling AB2 (Bijlage F). Zij heeft de e-mail doorgestuurd naar het verpleegkundig personeel. Daarnaast is het unithoofd gevraagd of in de maandelijkse nieuwsbrief van de afdeling een aankondiging van het onderzoek geplaatst kon worden. Op de maandag, woensdag en vrijdag van week 43 zijn per dag drie interviews afgenomen (Bijlage G). Ieder interview duurde maximaal 40 minuten, inclusief de introductie en afsluiting. Het interview werd na afname direct uitgeschreven, waardoor uiteindelijk in een week alle interviews afgenomen en getranscribeerd zijn.

Bij een semigestructureerd interview wordt gewerkt aan de hand van hoofdt topics en subtopics (Baarda, Van der Hulst, & De Goede, 2011, p. 31). Uit het literatuuronderzoek zijn dertien factoren naar voren gekomen welke van invloed kunnen zijn op een niet toereikende preventieve houding omtrent decubitus. Deze factoren zijn voor het interview verdeeld in vier hoofdt topics. Aan deze hoofdt topics zijn subtopics gekoppeld, die betrekking hadden op de factoren uit de literatuur. De subtopics maakten mogelijk dat uit de literatuur afkomstige factoren specifiek aan bod kwamen in het interview.

De subtopics zijn geoperationaliseerd en gedefinieerd aan de hand van indicatoren (Bijlage H). Deze indicatoren zijn niet teruggevraagd in het interview, maar dienden als hulpmiddel tijdens de data-analyse. Door tijdens de data-analyse van de getranscribeerde interviews te letten op de indicatoren, werd een beter beeld van de belemmeringen en behoeften van de verpleegkundigen gevormd.

Om tegemoet te komen aan de privacy van de verpleegkundige, zijn de data anoniem verwerkt. De verpleegkundigen hadden, samen met de onderzoeker en opdrachtgever, toegang tot de data en kregen de mogelijkheid commentaar te leveren op de interviewtranscripties. Tijdens het interview is niet gevraagd naar persoonlijke gegevens en indien bepaalde uitspraken uit het interview werden uitgelicht in de beschrijving van de resultaten, is hier geen naam bij vermeld. Het interview is voor adequate dataverwerking opgenomen. Hiervoor is de verpleegkundigen gevraagd een formulier voor informed consent te tekenen (Bijlage I). De audio-opnamen zijn na de analyse van de data verwijderd.

2.4 Dataverzamelingstechniek

2.4.1 Het meetinstrument

Het meetinstrument is opgebouwd aan de hand van de structuur van Reulink en Lindeman (2005) voor een semigestructureerd interview (Bijlage J). Voorafgaand aan het interview vond een voorstelronde van de onderzoeker, die tevens de rol van interviewer vervulde, plaats. Vervolgens kreeg de geïnterviewde een korte introductie op het interview, werd het formulier voor informed consent ondertekend en werden de afspraken voor de member check gemaakt.

De kern van het interview omvatte vier onderdelen. Ieder onderdeel had betrekking op een van de vier hoofdtopics, te noemen 'kennis en educatie', 'motivatie en interesse', 'materiaal, personeel en patiënt' en 'organisatie'. Iedere hoofdtopic werd afzonderlijk geïntroduceerd en daarna werd een beginvraag gesteld welke gerelateerd was aan de betreffende topic. Deze open beginvraag gaf verpleegkundige de kans haar mening en inzichten te delen. Aan de hand van de subtopics kon doorgevraagd worden op het antwoord van de verpleegkundige. Daarnaast waren er aanvullende vragen opgesteld voor de verduidelijking van het gegeven antwoord. In ieder interview werden dezelfde subtopics aangehaald. Zodra alle hoofdtopics waren behandeld, werd het interview afgesloten met twee open vragen. Deze vragen stelden de verpleegkundige in staat nog andere factoren omtrent de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus aan te dragen, mochten deze gedurende het interview nog niet behandeld zijn.

Ten slotte kreeg de verpleegkundige de kans om overige vragen te stellen en werd zij op de hoogte gebracht van het vervolg van het onderzoek en het belang van de member check. Daarnaast werd medegedeeld dat een presentatie over de onderzoeksresultaten en de conclusie gehouden zal worden.

2.4.2 Betrouwbaarheid meetinstrument

Een kwalitatief meetinstrument is betrouwbaar als deze vrij is van toevallige fouten (Cox, De Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012, p. 113; Van Zwieten & Willems, 2005, p. 39). Om de toevallige fouten in de opzet van het interview zoveel mogelijk te beperken, is allereerst een interviewschema opgesteld. Aan de hand van dit schema is het mogelijk het interview op dezelfde manier, maar op een andere tijd en plaats uit te voeren. Hoewel het een semigestructureerd interview betreft, zijn alle hoofd- en

subtopics uitgeschreven. De factoren die in de literatuur naar voren zijn gekomen, vormden de basis voor deze subtopics. Ten slotte werd de betrouwbaarheid verhoogd door de interviews op te nemen en een membercheck hierop uit te voeren (Baarda et al., 2011).

2.4.3 Validiteit meetinstrument

Voor de waarborging van de geldigheid dient de verzamelde data een juiste afspiegeling van de werkelijkheid te vormen (Baarda et al., 2011). Aan de hand van hoofd- en subtopics werden alle onderdelen die tijdens het interview aan bod moesten komen, behandeld. De visie en inzichten van de verpleegkundigen die tijdens het interview naar voren kwamen, zijn gebaseerd op de gebeurtenissen die op de afdeling hebben plaatsgevonden. Verder boden de verschillende subtopics handvaten om concreet door te vragen. De hoofdt topics en subtopics zijn aan de hand van een peer-review gecontroleerd door critical friends en de opdrachtgever.

2.5 Analyse

De data-analyse is een cyclisch proces: bij de verwerking van de data vindt continu een nieuwe analyse plaats (De Jong, Vanderbroele, Glorieux, De Maesschalck, & Visser, 2008). Om structuur aan te brengen bij de data-analyse, werd deze uitgevoerd aan de hand van de acht stappen van Verhoeven (2011). Allereerst werden de spraakopnames van de interviews getranscribeerd in Microsoft Word. Om de leesbaarheid van de transcripten te bevorderen, is gekozen voor integrale transcriptie (Baarda et al., 2011). Tijdens het transcriberen werd de tekst in relevante fragmenten verdeeld, waarna de uitspraken in de fragmenten gekoppeld werden aan labels. Dit zogenoemde coderen is gedaan aan de hand van het codeerprogramma *Kwalitan* (www.kwalitan.nl). Met dit programma konden bepaalde labels (codes) aan tekstelementen worden gekoppeld, om deze daarna in overkoepelende categorieën onder te verdelen (Peters, 2014).

De codering van de transcripten bestond uit drie fasen (Verhoeven, 2011). De eerste fase omvatte het open coderen. Hierbij werden de transcripties aandachtig doorgenomen en geïnterpreteerd, waarbij de interpretatie werd verwoord aan de hand van een code. Bij de tweede fase, het axiaal coderen, werden alle reeds gevormde codes, vergeleken en samengevoegd tot een overkoepelende code. De gebruikte coderingen sloegen terug op de hoofd- en subtopics van het interview. De laatste fase omvatte de selectieve codering, oftewel de vorming van een overkoepelend thema om de analyse van de verzamelde data mogelijk te maken. Ondersteund door overzichtstabellen en citaten werden de overkoepelende codes geanalyseerd en werden onderlinge theorieën en relaties tussen de data gevormd. Aan de hand van deze data-analyse konden ten slotte de discussie, de conclusie van de onderzoeksvraag en de aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd worden.

2.6 Kwaliteitseisen praktijkonderzoek

Bij de kwaliteitseisen van een onderzoek wordt normaliter gesproken over 'validiteit' en 'betrouwbaarheid'. Bij kwalitatief onderzoek spreekt men echter over 'authenticity' en 'trustworthiness' (Van Zwieten & Willems, 2005).

2.6.1 Authenticity

Authenticity zegt iets over de deugdelijke opzet van een onderzoek die vrij is van systematische fouten (Cox et al., 2012; Van Zwieten & Willems, 2005). De geldigheid van dit onderzoek werd gewaarborgd door in de literatuur te onderzoeken wat de meest voorkomende factoren zijn van onderbelichting van decubituspreventie en deze factoren vervolgens bij de interviews naar voren te

laten komen. Door de onderwerpen te operationaliseren, ieder onderwerp terug te vragen en het interview volledig op te nemen en te transcriberen, werd selectiviteit voorkomen. Bovendien vond member checking plaats: de verpleegkundige heeft het transcript van het interview toegestuurd gekregen, zodat het gecontroleerd en becommentarieerd kon worden.

2.6.2 Trustworthiness

Indien het onderzoek deugdelijk is uitgevoerd en vrij is van toevallige fouten, wordt van goede trustworthiness gesproken (Van Zwieten & Willems, 2004). Trustworthiness wordt aan de hand van vier aandachtsgebieden beschreven (Cox et al., 2012): credibility, transferability, dependability en confirmability.

Het eerste aandachtsgebied is de *credibility*, oftewel de geloofwaardigheid van een onderzoek. Voor goede credibility vond member checking en continue data-analyse plaats. Hierbij werden nieuw gevonden inzichten vergeleken met eerdere resultaten. Sociaalwenselijke antwoorden van de verpleegkundigen kunnen een nadelige invloed hebben gehad op de credibility. Dit is beperkt door te benadrukken dat de interviews anoniem verwerkt werden.

Verder zijn de *transferability* en de *dependability* van een onderzoek belangrijke kwaliteitseisen. Dit houdt respectievelijk de mate waarin de onderzoeksresultaten overdraagbaar zijn naar andere settings (verplaatsbaarheid) en de consistentie van de gegevens (plausibiliteit) in. Deze zijn gewaarborgd door de context van het onderzoek gedetailleerd te beschrijven, een grotere groep participanten te interviewen en de interviews op te nemen en te transcriberen. Hiervoor werd een gevalideerd stappenplan gebruikt (Verhoeven, 2011). Bovendien werden member checking en peer-reviews toegepast. De laatste kwaliteitseis voor goed kwalitatief onderzoek is de *confirmability*, oftewel de verifieerbaarheid van het onderzoek. Daarbij is het belangrijk dat de resultaten gebaseerd zijn op de uitspraken van de participanten. Aan de hand van peer-reviews en member checking is inzicht gegeven in het onderzoeksproces en de wijze van de analyse en verwerking van de data.

2.6.3 Objectiviteit

Bij een kwalitatief onderzoek draait om de objectiviteit van de onderzoeker en om het niet vertekenen van het object van de studie (Maso & Smaling, in Van Zwieten & Willems, 2005). Tijdens het interview heeft de onderzoeker zich objectief opgesteld, waardoor de verpleegkundige de kans kreeg haar verhaal te doen en niet werd beïnvloed door eventuele meningen van de onderzoeker. Verder was de onderzoeker niet bekend op de afdeling en bij de verpleegkundigen. Zo is het onderzoek niet beïnvloed door vooroordelen en ervaringen van de onderzoeker. Aan de hand van de literatuur is een duidelijk interviewschema opgesteld, waarmee getracht werd daadwerkelijk het object van de studie te onderzoeken en deze niet te laten vertekenen.

2.6.4 Bruikbaarheid

Bij dit onderzoek is op kwalitatieve wijze het probleem rondom de ontoereikende decubituspreventie in kaart gebracht. De verpleegkundigen hebben inzicht verkregen in het bestaande probleem rondom de onderbelichting van een preventieve focus op decubitus. Met de aangedragen aanbevelingen kon de afdeling deze preventieve focus verbeteren. Om een verandering plaats te laten vinden, is bewustwording een essentieel element (Moore & Price, 2004). Dit onderzoek heeft bijgedragen aan deze bewustwording.

3. Resultaten

3.1 Onderzoekspopulatie en gegevensverzameling

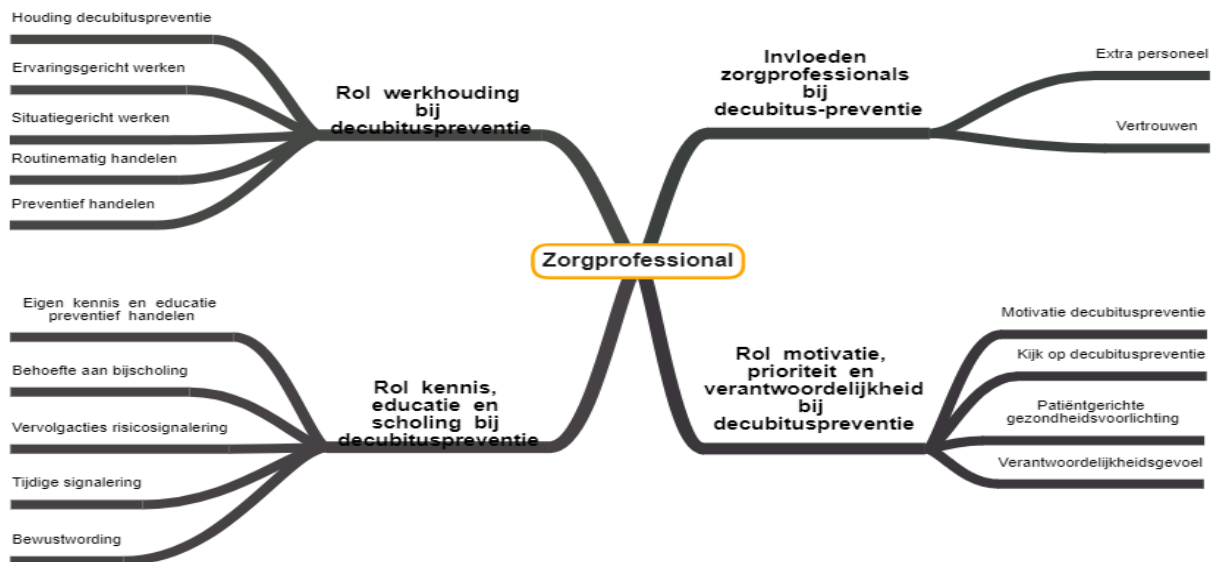
In de week van 23 tot en met 27 oktober 2017 heeft de dataverzameling plaatsgevonden. Uiteindelijk hebben negen verpleegkundigen deelgenomen aan de interviews. Iedere verpleegkundige is werkzaam op afdeling AB2 en heeft een HBO-V, MBO-V of MBO In-service opleiding afgerond. De semigestructureerde interviews waren gericht op de meningen en ervaringen van de verpleegkundigen met betrekking tot toereikende decubituspreventie.

3.2 Inleiding resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het praktijkonderzoek uitgewerkt, waarbij gebruik gemaakt is van de interviewtranscripten (Bijlage K). Alle transcripten zijn bij de onderzoeker op te vragen. Dit geldt tevens voor de interviewopnames, de member checks en de ondertekende toestemmingsverklaringen. Aan de hand van open en axiale codering (Bijlage L) zijn de tekstfragmenten uit de interviews ingedeeld in vijf thema's: 'zorgprofessional', 'patiënt', 'materiaal', 'communicatie' en 'organisatie' (Bijlage M). Bij ieder thema is eerst een mindmap weergegeven met daarin de bijbehorende codes. Vervolgens zijn de resultaten uit de interviews samenvattend en ondersteund door citaten beschreven. Een aantal citaten is afgesloten met een 'V', gevolgd door cijfer 1 tot en met 9, waarbij de 'V' staat voor 'verpleegkundige' en 1 tot en met 9 voor het nummer van de participerende verpleegkundige.

3.3 Resultaten

3.3.1 Thema 1: Zorgprofessional



Figuur 3: Van thema 'Zorgprofessional' naar verwante codes

Werkhouding

De verpleegkundigen van afdeling AB2 waren allen tevreden over hun eigen preventieve werkhouding. *"Als ik als verpleegkundige goed alert ben op decubitus, dan kan het ook blijven bij preventie en dan hoeft het niet behandeld te worden."* (V4). Toch waren er twijfels over de preventieve werkhouding van collega's. Zo werd aangegeven dat de collega's die minder vaak werken, soms makkelijker zijn in hun preventief handelen. Daarnaast is de ene collega meer gefocust

op decubituspreventie dan de ander: *“Dat ik er wel iets mee doe, maar dat ik het gevoel heb dat het niet wordt overgenomen.”* (V4). Toch deelden vier verpleegkundigen deze mening niet. *“Ik heb niet het idee dat collega’s er laks mee omgaan.”* (V2).

Ervarings- en situatiegericht werken speelt op de afdeling een grote rol. Zo vertelde verpleegkundige 6 dat sommige verpleegkundigen minder gefocust zijn op het voorkomen van decubitus door een gebrek aan ervaring, omdat ze het misschien nog niet veel gezien of meegemaakt hebben. De verpleegkundigen houden bij decubituspreventie ook rekening met de situatie van de patiënt. *“Niet iedereen wordt standaard op de afdeling vanaf 75 jaar op zo’n matrasje gelegd. Als het gezien de toestand van de patiënt niet nodig is, hoeft het wat mij betreft ook niet.”* (V2). Twee verpleegkundigen zetten liever geen reposematras in als de patiënt goed mobiel is en weinig in bed hoeft te liggen. *“Soms vind ik het meer mobiliseren van de patiënt belangrijker dan het inzetten van een reposematras.”* (V5). De situatie van de patiënt kan natuurlijk veranderen gedurende de opname. Indien nodig wordt door de verpleegkundigen alsnog een reposematras op het bed gelegd en/of wordt de patiënt gestimuleerd meer te mobiliseren.

Kennis, educatie en scholing

De verpleegkundigen beschouwden allemaal hun theoretische kennis op het gebied van decubitus als voldoende. Zij gaven echter aan een gebrek te ervaren aan goede toepassing van hun kennis in de praktijk. *“Ik denk dan toch wel de kennis van preventief handelen, dat dat er misschien te weinig is.”* (V2). Daarnaast wordt tijdens de opleiding en bij bijscholingen nauwelijks aandacht besteed aan decubituspreventie. De verpleegkundigen hebben behoefte aan een betere implementatie van hun praktische kennis, met name op het gebied van vervolgacties van de risicosignalering. *“Bijvoorbeeld wat we moeten doen als we vijf punten scoren, wat voor handeling moeten we dan verrichten. En wat is het gevolg ervan en moet je die lijst dan over een week nog een keer invullen ofzo?”* (V9). Bewustwording van preventief handelen werd gezien als een positieve bijkomstigheid van deze praktische kennis: *“Dat sommigen wel meer de ogen open doen en er dan wel meer tijd voor maken om het te doen.”* (V3).

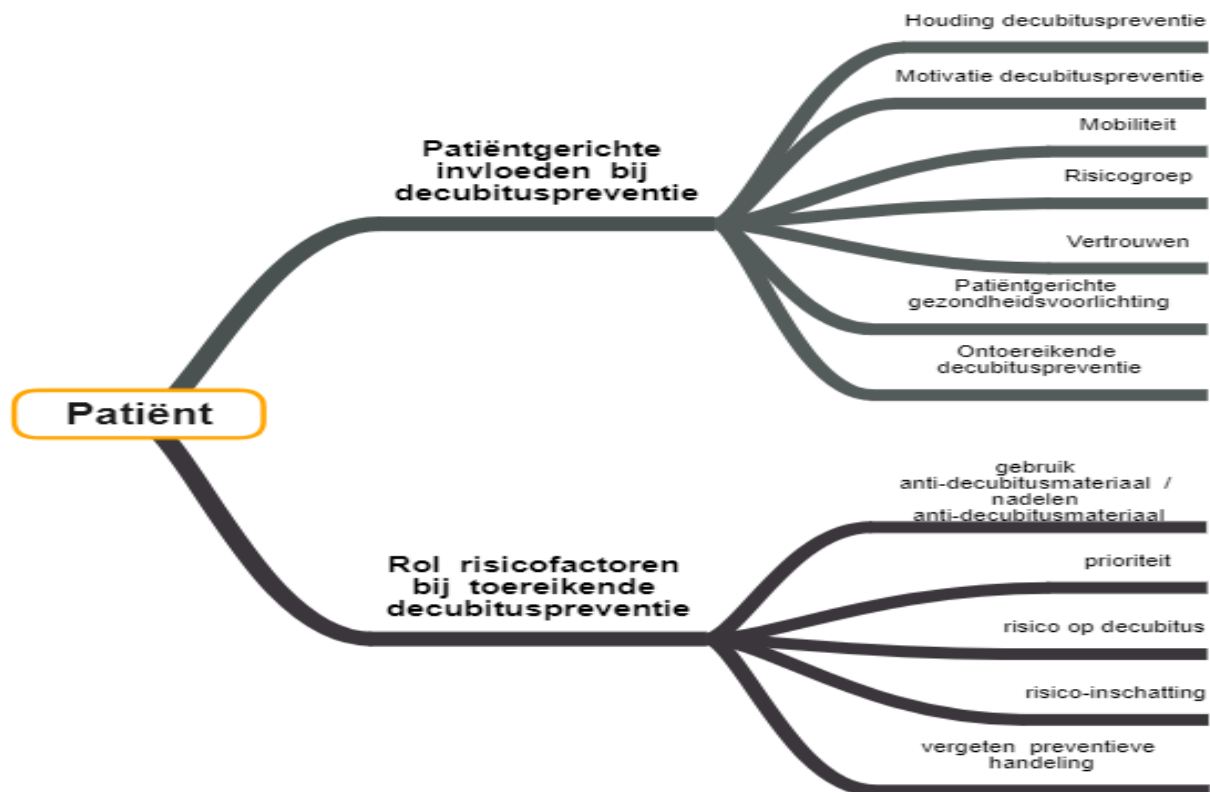
Motivatie en verantwoordelijkheid

De motivatie en de verantwoordelijkheid voor decubituspreventie is bij alle verpleegkundigen groot. *“Dat is een onderdeel van je verpleegkundig handelen.”* (V7). Het gecompliceerde herstelproces en de kwelling voor de patiënt liggen hieraan ten grondslag: *Het is pijnlijk, dus wat je al kunt voorkomen, dat doe je het liefst natuurlijk.* (V8). Daarnaast zijn de verpleegkundigen van mening dat zij een van de eersten zijn die decubitus kunnen ontdekken en daarmee een grote rol te spelen bij de preventie van decubitus. Zo passen de verpleegkundigen hun motivatie toe om de patiënt op een positieve manier te stimuleren. *“Dan hoop je dat bij die patiënt natuurlijk ook de motivatie komt om te mobiliseren.”* (V9). Toch worden ook grenzen gesteld: *“Als een patiënt er zelf weinig voor doet, dan heb ik op een gegeven moment wel zoiets van ‘Dan bekijk je het ook maar’. Het houdt een keer op.”* (V6).

Overige invloeden van zorgprofessionals

Een gebrek aan personeel werd door zeven verpleegkundigen ervaren als een belemmering bij decubituspreventie. Daarnaast is vertrouwen in elkaar belangrijk: *“Je moet wel vertrouwen hebben in de motivatie van je collega’s.”* (V2).

3.3.2 Thema 2: Patiënt



Figuur 4: Van thema 'Patiënt' naar verwante codes

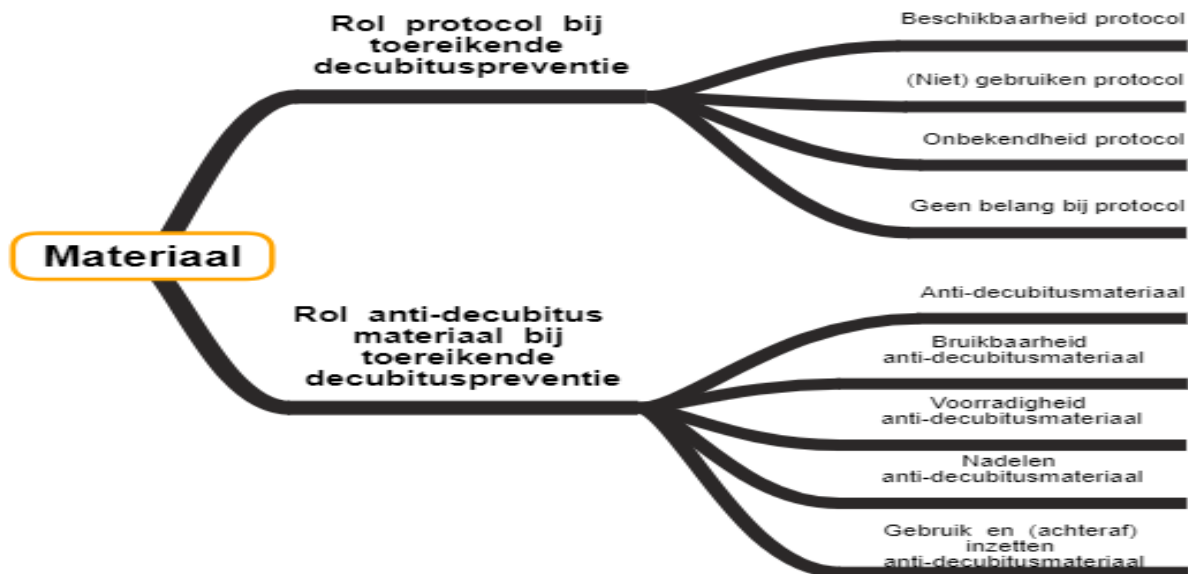
Patiëntgerichte invloeden

Ook de patiënt draagt volgens de verpleegkundigen bij aan toereikende decubituspreventie. De motivatie van de patiënt is echter soms beperkt: *"Als iemand het ábsoluut niet wil, dan is het wel moeilijk."* (V8). Als blijkt dat een preventieve handeling niet is uitgevoerd vanwege gebrek aan motivatie bij de patiënt, gaat de verpleegkundige met de patiënt in gesprek. Indien de patiënt niet bereid is om mee te werken, wordt dit genoteerd in de rapportage. Tevens gaven alle verpleegkundigen aan geregeld een passieve houding van patiënten te ervaren. Het is de taak van de verpleegkundige om de patiënt te stimuleren, maar dit is moeilijk als de patiënt pertinent weigert. *"Je kunt iemand niet dwingen om te mobiliseren."* (V1).

Risicofactoren

Op de afdeling is men op de hoogte van de patiëntencategorie met een hoger risico op decubitus: *"Natuurlijk de wat oudere patiënten vaak, met bijvoorbeeld een mindere voedingstoestand. Of patiënten met vaatproblematiek of diabetes. Of patiënten die veel in bed liggen en zelf moeilijk uit bed kunnen komen of zich moeilijk kunnen bewegen in bed."* (V9). Alle verpleegkundigen gaven aan direct preventieve maatregelen in te zetten als een kwetsbare patiënt wordt opgenomen. Dit geldt ook voor patiënten die in een slechte mentale conditie verkeren. *"Als iemand psychische problemen heeft of het niet snapt, dan pas ik gewoon de maatregelen toe. Ik heb liever dat iemand geen decubitus ontwikkelt."* (V9). Toch is de prioriteit om preventief te handelen bij een kwetsbare patiënt hoger dan bij een niet-risicovolle patiënt.

3.3.3 Thema 3: Materiaal



Figuur 5: Van thema 'Materiaal' naar verwante codes

Protocol

Ondanks de goede bruikbaarheid en beschikbaarheid, worden de protocollen niet tot nauwelijks geraadpleegd. Men heeft er geen behoefte aan. *"Op dit moment vind ik niet dat ik eerst het protocol hoeft te lezen om de patiënt goed preventief te kunnen verzorgen."* (V3). Zes verpleegkundigen waren zich bewust dat zij mogelijk belangrijke informatie missen om goed preventief te handelen. Daarnaast gaven zij aan dat weinig bekend is over een goede preventieve toepassing van het protocol, met als reden: *"De implementatie is waarschijnlijk niet voldoende geweest."* (V9).

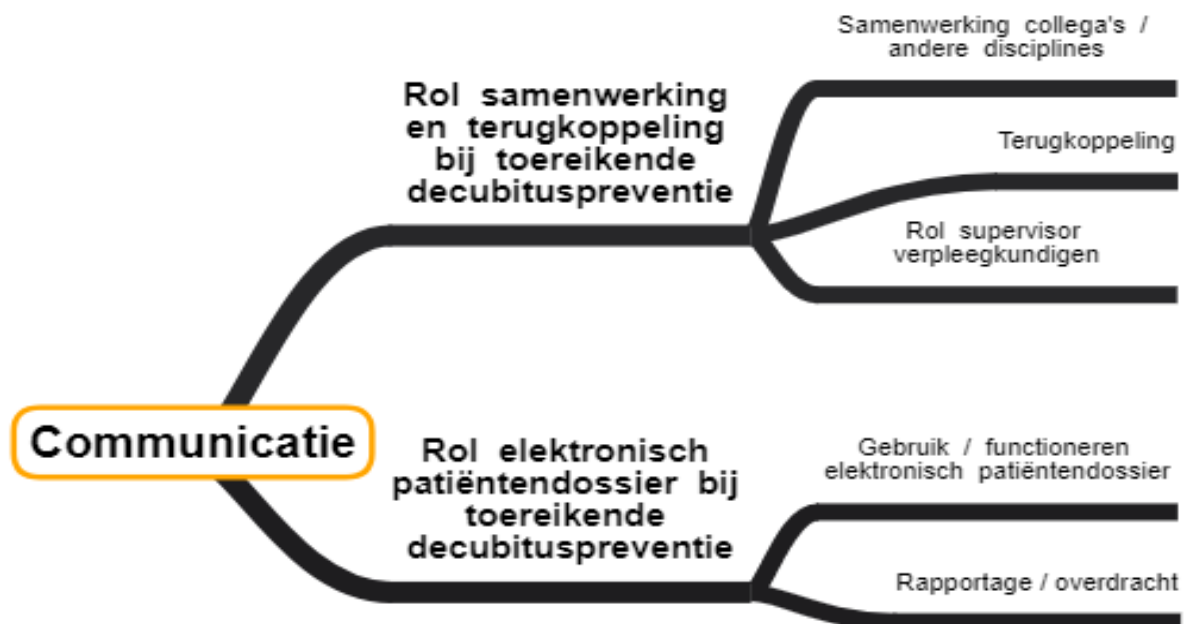
Anti-decubitusmateriaal

De bruikbaarheid van de aanwezige anti-decubitusmaterialen zoals de reposematrassen en hielwiggen, werd door de verpleegkundigen als zeer goed ervaren. *"Ze zijn makkelijk in gebruik, makkelijk om schoon te maken, makkelijk op te blazen, makkelijk leeg te laten lopen."* (V1). Toch bleken de beschikbaarheid en de toestand van de anti-decubitusmaterialen belemmerende factoren. *"Misschien moet er toch een grotere voorraad komen. En zorg dan ook dat het spul niet kapot is."* (V4). De matrassen worden namelijk in het hele ziekenhuis in grote getalen gebruikt. Indien de materialen niet voorradig zijn op de afdeling, moeten ze van een andere afdeling of uit het magazijn gehaald worden. *"Als dat teveel werk oplevert, schuif ik het door naar de volgende dag."* (V7).

Naast goede eigenschappen zitten er ook nadelen verbonden aan de anti-decubitusmaterialen. Zo merken de verpleegkundigen incidenteel dat collega's denken voldoende preventief te hebben gehandeld door een reposematras in te zetten. Vervolgens schenken zij minder aandacht aan het toepassen van andere anti-decubitusmaatregelen. Daarnaast kan een reposematras de mobiliteit van de patiënt belemmeren: *"Door een reposematras kunnen patiënten zich bijvoorbeeld minder goed verplaatsen in bed, dus dat komt het veranderen van een houding dan niet ten goede."* (V5). Bovendien zijn de meeste anti-decubitusmaterialen op de afdeling van plastic. *"Mensen zweten er wat meer op wat ze soms vervelend vinden. Het kan soms 's nachts tijdens het draaien of het verliggen wat herrie maken, waar sommige mensen soms over klagen dat ze daar wakker van worden."* (V1).

Hoewel alle verpleegkundigen tevreden waren over de bruikbaarheid van de anti-decubitusmaterialen, wordt de (tijdige) preventieve inzet niet consequent gedaan. *“Het wordt denk ik toch vergeten dat we die dingen ook preventief in kunnen zetten.”* (V9). Hiervoor werden verschillende redenen gegeven. Zo wordt in sommige gevallen pas een reposematras ingezet als daar aanleiding voor is: *“zodra er iets wordt geconstateerd of ik neem een anamnese af en daaruit blijkt dat het zou moeten.”* (V8). Daarnaast wordt een matras soms niet ingezet om de mobiliteit van de patiënt te bevorderen. *“Dan ligt de focus volledig op de mobilisatie. En mocht dat dan niet lukken, dan kan er alsnog een reposematras ingezet worden.”* Toch gaven zes verpleegkundigen aan uit voorzorg direct een reposematras in te zetten. *“Liever wel een reposematras en dat het uiteindelijk niet nodig was, dan dat je het niet inzet en het uiteindelijk wel nodig bleek.”* (V1).

3.3.4 Thema 4: Communicatie



Figuur 6: Van thema 'Communicatie' naar verwante codes

Samenwerking en terugkoppeling

De verpleegkundigen ervaren allen dat de samenwerking met collega's en andere betrokken disciplines een belangrijk onderdeel is van toereikende decubituspreventie. *“Je kunt dingen vergeten door drukte, maar je helpt elkaar er wel aan herinneren.”* (V7). De verpleegkundigen gaven aan sámen verantwoordelijk te zijn voor de patiënt. Daarnaast kwam naar voren dat bij de verpleegkundigen bewustwording van preventief handelen ontstaat wanneer meer over decubituspreventie gesproken wordt. *“Ik denk dat ik nu wel eens met een collega het erover zal hebben hoe zij nou de risicoscorelijsten invult in het dossier en wat ze met de uitslag doet.”* (V9).

Het hangt van de verpleegkundige af in hoeverre een vergeten preventieve handeling of rapportage wordt teruggekoppeld aan de betreffende collega. *“De ene keer ben ik alert erop en ga ik er wel achteraan, en de andere keer ben ik wat lakser, vooral als het heel druk is.”* (V6). Of de tijd wordt aan de patiënt besteedt: *“Ik ben niet degene die hier iedereen op de vingers gaat tikken. Dat vind ik verloren energie die ik liever in de patiënt steek.”* (V3).

De verpleegkundigen van de afdeling werken nauw samen met andere disciplines die betrokken zijn bij decubituspreventie, zoals de diëtist en de wondverpleegkundige. De wondverpleegkundige wordt

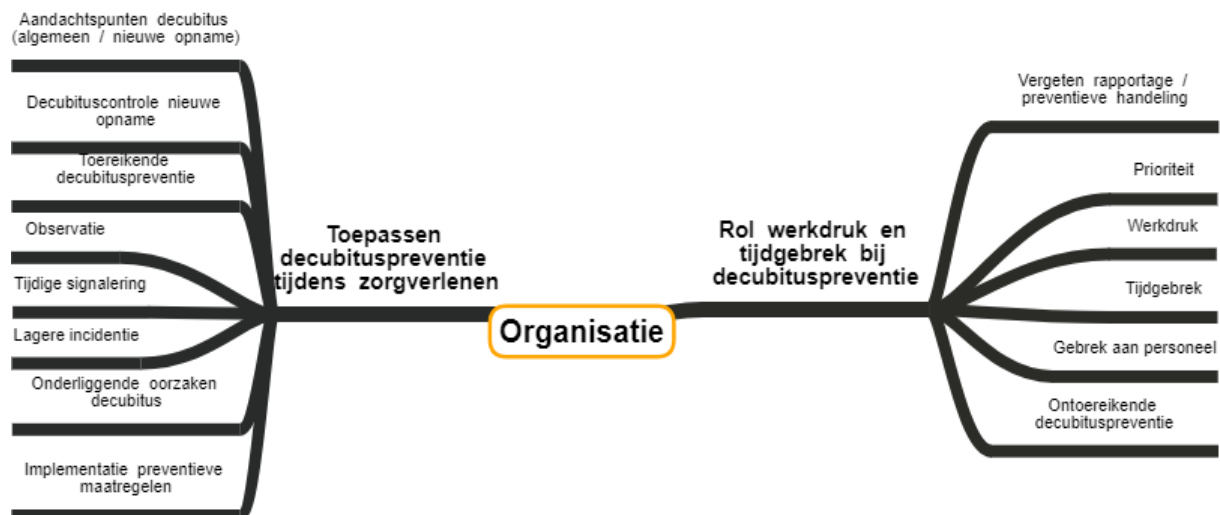
gezien als de supervisorverpleegkundige als het gaat om de controle op decubituspreventie. Toch merkt een verpleegkundige dat de verantwoordelijkheden van de andere disciplines invloed uitoefenen op decubituspreventie: *“Als er bijvoorbeeld een bepaalde zelf voorgeschreven moet worden en de arts heeft geen tijd, dan denk ik wel: ‘shit, dat kost weer een dag.’”* (V6).

Gebruik digitaal rapportagesysteem

De verpleegkundigen gaven allemaal aan dat het digitaal rapportagesysteem niet op de juiste wijze wordt gebruikt bij decubituspreventie. Vooral bij het invullen van risicoscorelijst van decubitus en bij het preventief bijhouden van het activiteitenplan ervaren de verpleegkundigen een gebrek aan praktische kennis. *“Ik denk dat we toen we het computersysteem kregen dat de risicoscorelijst helemaal niet is uitgelegd geloof ik. Het moet juist misschien beter geïmplementeerd worden, zodat we het gáán gebruiken.”* (V9). Wel waren de verpleegkundigen van mening dat het probleem bij hen ligt en niet bij het systeem. *“Het systeem biedt het wel aan, het zit er allemaal in.”* (V4).

Ook goede rapportage van de getroffen preventieve handelingen is van groot belang. *“Zo zorg je dat iedereen die na jou komt ook op de hoogte is van jouw handelen.”* (V4). Een getroffen handeling moet te allen tijde in het systeem terug te vinden zijn. Daarom is het vermelden van een getroffen handeling tijdens de overdracht alleen niet voldoende. Toch wordt deze rapportage vaak vergeten. Dit kan liggen aan de werkdruk, maar ook aan routinematig handelen: *“Soms is de handeling zo standaard dat je het gewoon maar doet zonder dat je het inderdaad opschrijft.”* (V1). Of het wordt als vanzelfsprekend bevonden dat een handeling wordt uitgevoerd: *“Het wordt soms wel vanzelfsprekend genomen dat iemand wisselgigging krijgt en wanneer. Dus het wordt niet altijd in het systeem gezet.”* (V7). Ten slotte helpen tijdens de ADL zorgassistenten mee. De verpleegkundigen zijn in dat geval afhankelijk van hun observaties en rapportages, en deze worden wel eens vergeten.

3.3.5 Thema 5: Organisatie



Figuur 7: Van thema 'Organisatie' naar verwante coderingen

Toepassing decubituspreventie

De verpleegkundigen waren allemaal van mening dat decubituspreventie begint met een goede observatie van de patiënt bij opname. Bij de observatie letten de verpleegkundigen op de vitaliteit van de patiënt, op de toestand van de huid op zwakke plekken, bijvoorbeeld bij de stuit en de hielen,

en op de aanwezigheid van katheters en zuurstofslangen. *“Je moet goed rapporteren wat je ziet, zodat je collega’s de volgende dag weet dat er iets speelt en dat er wat aan de hand was.”* (V9).

Op basis van de observaties worden overige preventieve maatregelen getroffen, zoals het toepassen van wisselligging en een goede voedingstoestand bewerkstelligen. Vijf verpleegkundigen geven aan te streven het preventief handelen in hun schema in te passen, ook bij drukte. *“Als je niet aan mobiliseren toekomt, kun je de patiënt wel in bed van houding laten wisselen, al is het alleen maar van rug naar de zij draaien.”* (V8). Volgens zes verpleegkundigen is de preventie van decubitus toereikend en werpen de maatregelen hun vruchten af: *“Het werkt schijnbaar goed, want we hebben gewoon minder decubitus.”* (V6). Roodheid van de huid komt nog wel voor, maar volgens de verpleegkundigen valt dat nog niet onder de noemer ‘decubitus’.

Werkdruk en tijdgebrek

De verpleegkundigen gaven allemaal aan werkdruk en tijdgebrek als belemmering voor toereikende decubituspreventie te ervaren. De verpleegkundige wordt door werkdruk en alle verantwoordelijkheden genoodzaakt keuzes te maken en prioriteiten te stellen. Dit heeft tot gevolg dat patiënten in bed blijven liggen, terwijl ze gemobiliseerd moeten worden, of de wisselligging niet op tijd wordt toegepast. Daarnaast heeft werkdruk invloed op de rapportage van de preventieve handelingen. Zo worden de activiteitenbladen met verpleegproblemen niet consequent ingevuld. *“Dat bepaalde collega’s niet weten hoe ze in de rapportage verpleegproblemen aan moeten maken. Dan kan ik me voorstellen dat ze dat dan ook niet uit gaan zoeken als ze het druk hebben.”* (V9). Bovendien maakt de werkdruk het voor de verpleegkundigen lastig een vergeten rapportage of preventieve handeling terug te koppelen aan hun collega. *“Ik kan wel zeggen tegen mijn collega dat ze het in had moeten vullen, dan krijg ik als antwoord dat het druk was.”* (V3).

De verpleegkundigen denken dat met meer personeel de werkdruk lager wordt en beter preventief gehandeld kan worden. *“Dat zal ervoor zorgen dat meer mensen gemobiliseerd worden.”* (V5). Desondanks zijn de verpleegkundigen van mening dat de werkdruk niet bepalend mag zijn voor de preventie van decubitus. *“Ook al is het druk, het moet gewoon wel gebeuren. Je kunt niet alles op werkdruk schuiven.”* (V3).

4. Discussie en conclusie

4.1 Discussie

4.1.1 Inhoudelijke discussie

De bevindingen van het onderzoek zijn uitgewerkt aan de hand van de vijf thema's die uit de data-analyse naar voren zijn gekomen.

Zorgprofessional

In de praktijk beschouwen de verpleegkundigen hun eigen preventieve werkhouding bij decubitus als voldoende, maar wordt de preventieve werkhouding van collega's niet altijd als toereikend ervaren. Toch voelt iedere verpleegkundige zich gemotiveerd en verantwoordelijk om decubitus te voorkomen. Pancorbo-Hidalgo et al. (2007) en Beeckman et al. (2011) ondervonden echter het tegenovergestelde. Om bij iedere verpleegkundige bewustwording en motivatie te creëren bevelen zij aan in hun onderzoek om al tijdens de opleiding meer aandacht te besteden aan decubitus en decubituspreventie. Deze aanbeveling sluit aan bij de behoefte aan meer bijscholing rondom decubitus vanuit de praktijk.

De verpleegkundigen ervaren door hun werkervaring geen gebreken in hun theoretische kennis, maar wel in hun praktische kennis rondom decubituspreventie. Daar wordt tijdens de studie en bijscholing te weinig aandacht aan besteed, terwijl hier wel behoefte aan is. Zoals Gunningberg et al. (2015) en Beeckman et al. (2011) in hun onderzoek stellen, speelt bijscholing een belangrijke rol bij de verbetering van deze kennis. Om die reden wordt praktische bijscholing aanbevolen aan de praktijk. Overigens geven de verpleegkundige aan hun kennis wel daadwerkelijk toe te passen bij preventief handelen. Dit staat in contrast met de resultaten van Gallant et al. (2010) waarin naar voren komt dat verpleegkundigen hun kennis en motivatie als goed beschouwen, maar dit vervolgens niet voldoende implementeren.

Patiënt

De verpleegkundigen uit de praktijk ervaren een belemmering in hun preventief handelen wanneer de patiënt niet wil of kan participeren bij goede decubituspreventie. Källman & Suserud (2009) geven in hun onderzoek overeenstemmend aan dat zowel de fysieke als mentale conditie van de patiënt een nadelige invloed heeft op toereikende decubituspreventie. In hetzelfde onderzoek komt naar voren dat het verstrekken van informatie aan de patiënt bijdraagt aan betere patiëntenparticipatie. De verpleegkundigen in de praktijk passen reeds gezondheidsvoorlichting toe, maar de informatievoorziening dient uitgebreid te worden. Tevens blijken verpleegkundigen op papier te weinig kennis te hebben over de categorie van risicovolle patiënten (Moore & Price, 2004). In de praktijk geven de verpleegkundigen aan goed op de hoogte te zijn van de risicofactoren van kwetsbare patiënten. Dit zijn echter bevindingen op basis van een kennisinschatting van de verpleegkundigen zelf. Daarom wordt aangeraden tijdens een bijscholing ook aandacht te besteden aan de risicofactoren van decubitus.

Materiaal

In de praktijk ervaren de verpleegkundigen geen behoefte om de protocollen omtrent decubituspreventie te raadplegen. Desondanks beseffen de verpleegkundigen dat zij hierdoor

mogelijk nieuwe inzichten missen. De belangrijkste reden van de lage behoefte aan het protocolgebruik is volgens de verpleegkundigen de ontoereikende implementatie door de hoge werkdruk. Dit komt terug in de bevindingen van Beeckman et al. (2011), die stelt dat een ontoereikende implementatie meestal wordt veroorzaakt door gebrek aan faciliteiten en tijd. Voor de praktijk kan een herimplementatie van het protocol bijdragen aan betere decubituspreventie.

In tegenstelling tot de protocollen, maken de verpleegkundigen wel op grote schaal gebruik van de beschikbare anti-decubitusmaterialen, met name de reposematrassen en de hielwiggen. Toch vallen de beschikbaarheid op de afdeling en de toestand van de materialen soms tegen. Källman en Suserud (2009) bevestigen in hun onderzoek dat een gebrek aan anti-decubitusmaterialen een belangrijke factor van ontoereikende decubituspreventie is. Voor de praktijk geldt dat de voorraad matrassen niet vergroot hoeft te worden, er zijn namelijk voldoende matrassen aanwezig bij de wondverpleegkundige. Dit is alleen niet voldoende bekend bij de verpleegkundigen.

Communicatie

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat de verpleegkundigen bij decubituspreventie veel waarde hechten aan de samenwerking met collega's en andere disciplines. Samuriwo (2010) stelt dat een pro-actieve houding tegenover decubituspreventie overgedragen kan worden aan collega's, waardoor weer bewustwording van preventief handelen gecreëerd wordt. Door goed te communiceren en samen te werken, ondersteunen de verpleegkundigen elkaar. Dit maakt hen bewust van hun kwaliteiten en gebreken. Daarnaast biedt het de kans krachten te bundelen en daarmee betere decubituspreventie mogelijk te maken.

Ondanks dat alle verpleegkundigen digitale communicatie minstens zo belangrijk vinden als face-to-face communicatie, worden tekortkomingen ervaren bij het invullen van activiteitenbladen en rapportages. De verpleegkundigen noemen ontoereikende implementatie, tijdgebrek en andere prioriteiten als voornaamste redenen. Moore en Price (2004) deden in hun onderzoek een soortgelijke ontdekking en gaven aan dat de rol van educatie niet onderschat mag worden bij deze tekortkomingen. Een bijscholing in het gebruik van het rapportagesysteem zal dan ook een aanbeveling zijn voor de praktijk.

Organisatie

In de praktijk blijken de verpleegkundigen, ondanks hun kennis van de risicofactoren, niet voldoende op de hoogte te zijn van de eerste symptomen van decubitus. Volgens Gunningberg et al. (2015) moet tijdens de opleiding tot verpleegkundige veel meer aandacht aan decubitus besteed. Zo krijgen de studenten meer theoretische kennis en worden ze zich bewust van het belang van preventief handelen. Voor de verpleegkundigen van de afdeling wordt daarom een bijscholing aangeraden om ook de theoretische kennis van decubitus te verbeteren.

De werkdruk wordt door alle verpleegkundigen ervaren als de grootste belemmering van goede decubituspreventie. Door de werkdruk dienen prioriteiten gesteld te worden. De zorg voor de patiënt komt op de eerste plaats, maar de verpleegkundigen dienen de risicosignaleringen, activiteitenbladen en rapportages ook zo efficiënt mogelijk in te vullen. Daar is door de werkdruk geen tijd voor. Dit wordt bevestigd in de onderzoeken van Strand en Lindgren (2010) en Moore en

Price (2004), waarin naar voren komt dat een bijscholing omtrent de administratieve taken van de verpleegkundige bij kan dragen aan efficiënte digitale communicatie. Tijdens de bijscholing in de praktijk dient hier aandacht aan besteed te worden.

4.1.2 Kritische reflectie inhoud en methodologie onderzoek

Een kwalitatief praktijkonderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews bleek een goede manier om antwoord te geven op de gestelde onderzoeksvraag. De meningen en ervaringen van de verpleegkundigen omtrent decubituspreventie zijn duidelijk naar voren gekomen, waardoor inzicht is verkregen in de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus. De hoofd- en subtopics sloten goed aan bij de gestelde onderzoeksvraag. Uit de resultaten kwamen daarnaast duidelijke factoren naar voren die door de verpleegkundigen ervaren worden als belemmering bij toereikende decubituspreventie, die overeenkomen met de literatuur. Dit had een positieve invloed op de *credibility* en *authenticity* van het onderzoek.

De participantenwerving ging voorspoedig. Omdat niet iedere verpleegkundige op de hoogte was van de dataverzamelmomenten en er wijzigingen waren geweest in het rooster, is iets afgeweken van het van tevoren opgestelde participantenschema. Dit heeft uiteindelijk geen invloed gehad op de verzamelde data, aangezien alle participanten voldeden aan de inclusiecriteria. Daarnaast bleek het begintijdstip dat van tevoren was aangekondigd, te vroeg in de ochtend te zijn. De verpleegkundigen waren nog niet klaar met hun eigen werkzaamheden. Daarom is de tweede en derde interviewdag een halfuur later gestart. De verpleegkundigen waren grotendeels In-service/MBO-V opgeleid. Dit kan invloed hebben op de *transferability*, omdat in wetenschappelijke onderzoeken vooral HBO-verpleegkundigen zijn onderzocht. De grootte van de onderzoekspopulatie bleek een goede manier om de *transferability* te verhogen. Ten slotte kwam iedere verpleegkundige met nieuwe informatie, wat de *dependability* ten goede kwam. Tijdens de dataverzameling is namelijk geen gebruik gemaakt van een logboek, omdat dit niet bijdroeg aan betere data-analyse.

4.1.3 Kritische reflectie eigen handelen

De proefinterviews hebben een goede uitwerking gehad op de procedure van dataverzameling. Zo kon geoefend worden met het stellen van vragen en met het aanhouden van een objectieve houding, om de *confirmability* tegemoet te komen. Aan de hand van de feedback van de proefparticipanten werd inzicht verkregen in de valkuilen van het semigestructureerde interview. Zo bleken, in tegenstelling tot de participanten van de proefinterviews, sommige verpleegkundigen van de afdeling veel toelichting nodig te hebben bij de gestelde vragen. In die gevallen voelde de onderzoeker zich genoodzaakt gedetailleerder door te vragen om toch een antwoord van de verpleegkundige te krijgen. Daarnaast werden stiltes ontweken en kwam de vervolgvraag van de onderzoeker mogelijk te snel, waardoor de verpleegkundige niet de kans kreeg langer na te denken over de beginvraag. Ten slotte zijn de interviews niet letterlijk getranscribeerd om de leesbaarheid van het transcript ten goede te komen. Hierdoor komen eventuele stiltes en twijfels niet naar voren, maar zijn de resultaten van de interviews beter inzichtelijk.

4.2 Conclusie

4.2.1 Conclusie praktijkonderzoek

Op basis van het praktijkonderzoek is inzicht verkregen in de factoren die ten grondslag liggen aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus op afdeling AB2 van het Antonius Ziekenhuis

in Sneek. Deze onderbelichting blijkt vooral een gevolg te zijn van een ontoereikende implementatie met betrekking tot de preventieve toepassing van de risicosignalering, de protocollen en het digitaal rapportagesysteem. Tevens geldt voor de risicosignalering dat de verpleegkundigen onvoldoende kennis hebben van de preventieve vervolgacties die ondernomen moeten worden. De hoge werkdruk wordt gezien als de belangrijkste reden voor de ontoereikende implementatie. Ondanks de motivatie van de verpleegkundigen om preventief te handelen, is namelijk sprake van tijdgebrek en te weinig prioriteit om in de eigen diensttijd wegwijs te worden met mogelijkheden van het digitaal rapportagesysteem en de vervolgacties op de risicosignalering.

4.2.2 Betekenis conclusie voor de praktijk

Dit praktijkonderzoek toont aan dat een goede implementatie van preventieve maatregelen de basis vormt van goede decubituspreventie. De werkdruk blijkt een grote invloed uit te oefenen op deze implementatie. Voor de verpleegkundigen op de afdeling geldt dat zij zich bewust moeten worden van hun preventief handelen bij decubitus en deze bewustheid blijven vasthouden. Dit kan worden gerealiseerd door bijscholing te organiseren. Door de bewustwording maken de verpleegkundigen goede decubituspreventie mogelijk. Dit is relevant voor de patiënt, de afdeling en het ziekenhuis, op kwalitatief en financieel gebied. Voorkomen is beter dan genezen, dat geldt ook zeker voor decubitus.

5. Aanbevelingen

5.1 Aanbevelingen voor de praktijk

5.1.1 Aanbeveling 1: Klinische les decubitus (etiologie, preventie en protocol)

De verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan een betere implementatie van het anti-decubitusprotocol en een bijscholing over de etiologie en de preventie van decubitus. Aanbevolen wordt om zo snel mogelijk een klinische les te organiseren voor het personeel van afdeling AB2, dus ook zorg- en voedingsassistenten. Tijdens deze les wordt ingegaan op het ontstaan, de symptomen en de preventie van decubitus, en hoe het anti-decubitusprotocol daarbij gebruikt kan worden. Zo wordt gehoopt meer kennis en bewustwording omtrent decubituspreventie te realiseren bij het personeel. Idealiter wordt de klinische les gegeven door de wondverpleegkundige, die op de hoogte wordt gesteld van dit voorstel en samen met het unithoofd van afdeling AB2 een geschikt moment voor de les inplant.

Oordeel praktijk: Dit is een relevante en haalbare aanbeveling voor de afdeling. Het is goed uiteengezet en het is duidelijk hoe de aanbeveling in de praktijk vorm moet krijgen. De kennis omtrent decubitus dient voor meer bewustwording beter te worden en daar draagt deze aanbeveling aan bij.

5.1.2 Aanbeveling 2: Bijscholing digitaal rapportagesysteem

Uit het onderzoek komt naar voren dat de verpleegkundigen ook belemmeringen ervaren bij het gebruik van het digitaal rapportagesysteem. Vandaar dat aanbevolen wordt hierover zo snel mogelijk een bijscholing te geven aan de verpleegkundigen. In de bijscholing wordt stilgestaan bij het invullen van de activiteitenbladen, de vervolgacties op de risicosignalering en het aanmaken van verpleegproblemen. Wanneer een verpleegprobleem is aangemaakt, worden direct relevante interventies opgenomen in het rapportagesysteem. Samen met de bewustwording van preventief handelen, een goede risicosignalering en consequente rapportage draagt dit bij aan een betere continuïteit en de kwaliteit van zorg op het gebied van decubituspreventie. Bovendien wordt voorkomen dat ontoereikende of juist overbodige preventieve decubitusmaatregelen getroffen worden. Samen met het unithoofd van de afdeling roostert de key-user van het digitaal rapportagesysteem een geschikt moment in om de bijscholing te geven. Eventueel kan de reeds op de afdeling aanwezige gebruikershandleiding van het systeem opnieuw geïntroduceerd worden. Dit komt de haalbaarheid ten goede.

Oordeel praktijk: Ook deze aanbeveling is haalbaar en zeer relevant. Vooral omdat uit het onderzoek naar voren komt dat de onderbelichting van de preventieve focus vooral het gevolg is van ontoereikend gebruik van het rapportagesysteem. Als we dat op de afdeling beter kunnen implementeren, worden de verpleegkundigen zich veel bewuster van alle mogelijkheden die het systeem biedt.

5.1.3 Aanbeveling 3: Folder decubitus(preventie) voor patiënten

De ontoereikende decubituspreventie wordt door de verpleegkundigen mede veroorzaakt door patiënten die niet op de hoogte zijn van de etiologie van decubitus en de preventie ervan. Hierdoor wordt een gebrek aan motivatie bij de patiënt ervaren. Aanbevolen wordt op korte termijn een folder te maken waarin alle aspecten rondom decubitus naar voren komen, en wordt ingegaan op de

participerende rol van de patiënt. De folder wordt overhandigd zodra de patiënt wordt opgenomen op de afdeling. Indien sprake is van een geplande opname, kan de folder reeds bij het postoperatief spreekuur aan de patiënt gegeven worden, om al voorafgaand aan de opname bij de patiënt bewustwording en motivatie rondom decubitus en decubituspreventie te creëren. Vanaf februari 2018 kan een derdejaars HBO-V stagiaire deze opdracht op zich nemen, bijvoorbeeld ter invulling van de module 'Preventie en voorlichting'. Hiervoor mogen de gegevens uit dit onderzoek geraadpleegd worden.

Oordeel praktijk: Deze aanbeveling volgt niet rechtstreeks uit de conclusie, maar heeft waarschijnlijk wel veel impact op de decubituspreventie. Patiëntenparticipatie dient gestimuleerd te worden en daar kan een folder aan bijdragen. Daarom is dit een relevante aanbeveling. Daarnaast is de aanbeveling haalbaar, aangezien op de afdeling altijd stagiaires zijn die een kwaliteitsopdracht moeten uitvoeren. Daar is deze aanbeveling erg geschikt voor.

5.1.4 Aanbeveling 4: Introduceren werkgroep 'Decubituspreventie'

Uit de resultaten van dit onderzoek en de eerder genoemde aanbevelingen komt naar voren dat decubituspreventie op afdeling AB2 niet de aandacht krijgt die het verdient. Daarnaast dienen de aanbevelingen uitgevoerd te worden door verschillende disciplines, waarvoor onderlinge overeenstemming nodig is. Ten slotte is het voor toereikende decubituspreventie belangrijk dat het resultaat van de klinische les, de bijscholing en de folder tussentijds gecontroleerd worden. Daarom wordt aanbevolen na de presentatie van dit onderzoek een werkgroep omtrent 'Decubituspreventie' op de afdeling te introduceren.

Vanuit de werkgroep worden de klinische lessen en bijscholingen omtrent decubituspreventie georganiseerd. In deze werkgroep worden verschillende disciplines die betrokken zijn bij decubituspreventie vertegenwoordigd, waaronder de wondverpleegkundige, de diëtiste, de dermatoloog en een aantal verpleegkundigen van de afdeling. Deze verpleegkundigen, HBO-opgeleid of met een specialisatie, nemen de rol van kwaliteitsbevorderaar op zich door op de afdeling te controleren of de preventieve decubitusmaatregelen goed en consequent worden uitgevoerd. Hierin wordt al onderscheid gemaakt tussen de MBO-opgeleide en HBO-opgeleide verpleegkundige, wat nauw aansluit op het nieuwe verpleegkundige beroepsprofiel van Nursing 2020.

Oordeel praktijk: Door deze aanbeveling wordt de haalbaarheid van de eerder genoemde aanbevelingen bevorderd. In de werkgroep kan overlegd worden hoe de bijscholingen vormkrijgen en wat er behandeld moet worden. Verder is nagedacht over de vervolgacties en het onderhoud van de kennis van de verpleegkundigen en krijgt de HBO-verpleegkundige een duidelijke rol. Aangezien iedere discipline graag overeenstemming wil over de preventie van decubitus, is de aanbeveling zeer relevant.

5.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

5.2.1 Aanbeveling 1: Vervolgonderzoek werking Bradenschaal

Op basis van de observaties van de wondverpleegkundige wordt getwijfeld aan de preventieve uitwerking van de Bradenschaal om het risico op decubitus te scoren. Mogelijk heeft niet zozeer de onderbelichting van de preventieve focus, maar de ontoereikende werking van de Bradenschaal invloed op de hoge decubitusincidentie. Om dit uit te sluiten wordt aanbevolen vanaf september

2018 vervolgonderzoek te doen naar de preventieve werking van de Bradenschaal, om te achterhalen of de scorelijst daadwerkelijk nog toereikend kan worden ingezet bij decubituspreventie. Daarbij dient allereerst tijdens het opnamegesprek en gedurende de opname één keer per dag de Bradenschaal volledig en consequent ingevuld te worden. Deze taak dient wederom uitgevoerd en onderling gecontroleerd te worden door de HBO-verpleegkundigen, vanuit hun beroepsrol en kwalificatie als coördinator, organisator en kwaliteitsbevorderaar.

Oordeel praktijk: Deze aanbeveling is goed uiteengezet en met een goede opzet ook haalbaar, maar de relevantie ervan wordt in twijfel getrokken. Waarschijnlijk wordt, als het rapportagesysteem beter wordt geïmplementeerd, ook direct beter een risicosignalering afgenomen. Dus mogelijk is vervolgonderzoek naar de werkzaamheid van de Bradenschaal dan niet meer nodig.

Nawoord

Van september tot en met november 2017 is aan dit onderzoek gewerkt. Het schrijven en uitvoeren werd als erg leerzaam ervaren. Door dit onderzoek is de student bekend geraakt met het doen en schrijven van een kwalitatief onderzoek en is van mening dat dit zeker bijdraagt aan een betere verpleegkundige beroepsuitoefening. Tijdens het onderzoeksproces zijn geen obstakels tegengekomen, alles ging zoals de student van tevoren had gehoopt. Dat heeft mogelijk te maken met de goede planning en het tijdig uitvoeren van de onderdelen van het onderzoek. Daarbij is geen tijdnood ervaren en is het onderzoek ruimschoots op tijd afgerond. De student heeft de steun van de opdrachtgever, de afstudeerbegeleider en de critical friends als zeer nuttig ervaren.

De student hoopt dat dit onderzoek bijdraagt aan een betere decubituspreventie op afdeling AB2 en kijkt met een glimlach terug op zowel het onderzoeksproces als het eindresultaat. Uiteindelijk is het doel van de student cum laude af te studeren aan de HBO-V en hopelijk draagt het resultaat van het onderzoek hieraan bij.

Wirdum, 28 november 2017

Esmee Glas

Referenties

- Altun, I., & Zencirci, A. D. (2011). Knowledge and management of pressure ulcers: impact of lecture-based interactive workshops on training of nurses. *Advances in skin & wound care*, 24(6), 262-266. DOI: 10.1097/01.ASW.0000398664.74153.ce
- Aydin, A. K., & Karadag, A. (2010). Assessment of nurses' knowledge and practice in prevention and management of deep tissue injury and stage I pressure ulcer. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(5), 487-494. DOI: 10.1097/WON.0b013e3181edec0b
- Baarda, B., Van der Hulst, M., & De Goede, M. (2011). *Basisboek Interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Baumgarten, M., Margolis, D. J., Localio, A. R., Kagan, S. H., Lowe, R. A., Kinoshian, B., ... & Ruffin, A. (2006). Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(7), 749-754. Geraadpleegd op 8 september 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16870639>
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L., & Vanderwee, K. (2011). Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: A cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), 166-176. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x
- Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and ageing*, 33(3), 230-235. DOI: 10.1093/ageing/afh086
- Blackboard Support Centre (2016, 1 april). *How to understand SafeAssign's Originality Reports*. Geraadpleegd op 28 november 2017, van <https://support.campus.fsu.edu/kb/article/120-how-to-understand-safeassigns-originality-reports>
- Cox, K., Louw, de, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- Curatieve zorg (z.d.). In 'Zorgbelang Noord-Holland'. Geraadpleegd op 12 september 2017, van <http://www.zorgbelang-noordholland.nl/woordenlijst/#wdlp>
- Decubitus Nederland (2014). *Decubitus info*. Geraadpleegd op 7 september 2017, van <https://www.decubitus-nederland.nl/main/nl/page/decubitus-info>
- Decubitus Nederland (2014). *Decubitus classificatie*. Geraadpleegd op 7 september 2017, van <https://www.decubitus-nederland.nl/main/nl/page/decubitus-classificatie>
- De Friesland Zorgverzekeraar (z.j.). *Preventie voorop! De visie op preventie*. Geraadpleegd op 12 september 2017, van <https://www.defriesland.nl/Images/preventie-28862.pdf>
- Dijkstra, R.M. (2017, 24 mei). *Decubitus preventie bij de ouder wordende patiënt - rapportage onderzoek* (Afstudeeropdracht). Verpleegkunde, NHL Hogeschool, Leeuwarden.

Eisenberg, & Berkowitz (1992). BIG6 methode. In *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*, N. Verhoeven (pp. 67-69). Boom Lemma.

EPUAP-NPUAP (2009). *Internationale Richtlijn Decubituspreventie: Samenvatting*. Geraadpleegd op 16 september 2017, van http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_belgian.pdf

Factor (2014). In *'Kernerman Nederlands Leerderswoordenboek'*. Geraadpleegd op 22 september 2017, van <http://www.woorden.org/woord/factor>

Gallant, C., Morin, D., St-Germain, D., Dallaire, D. (2010). Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: a correlational study examining nurses' knowledge and best practice. *International journal of nursing practice*, 16(2), 183-187. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01828.x

Gunningberg, L., Brudin, L., & Idvall, E. (2010). Nurse Managers' prerequisite for nursing development: a survey on pressure ulcers and contextual factors in hospital organizations. *Journal of nursing management*, 18(6), 757-766. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01149.x

Gunningberg, L., Mårtensson, G., Mamhidir, A. G., Florin, J., Muntlin Athlin, Å., & Bååth, C. (2015). Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. *International wound journal*, 12(4), 462-468. DOI: 10.1111/iwj.12138

Jong de, A., Vanderbroele, H., Glorieux, M., de Maesschalck, L., & Visser, M. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor gezondheidsonderwijs*. Meerssen: Elsevier.

Källman, U., & Suserud, B. O. (2009). Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment—a survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 334-341. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00627.x

Knelpunt (2017). In *'Van Dale'*. Geraadpleegd op 8 september 2017, van <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=knelpunt&lang=nn>

Laat de, E. H., Pickkers, P., Schoonhoven, L., Verbeek, A. L., Feuth, T., & van Achterberg, T. (2007). Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients. *Critical care medicine*, 35(3), 815-820. DOI: 10.1097/01.CCM.0000257072.10313.56

Lahmann, N. A., Halfens, R. J., & Dassen, T. (2005). Prevalence of pressure ulcers in Germany. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 165-172. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01037.x

Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (2015). *Bachelor Nursing 2020*. Geraadpleegd op 12 september 2017, van <http://www.verpleegkunde.net/assets/bachelor-nursing-2020-4.0.pdf>

- Legerstee, R (2015). *Pressure Relief*. Geraadpleegd op 7 september 2017, van <http://decocare.nl/onewebmedia/DecoCareReposeInfo%202017.pdf>
- Lyder, C. H., Grady, J., Mathur, D., Petrillo, M. K., & Meehan, T. P. (2004). Preventing pressure ulcers in Connecticut hospitals by using the plan-do-study-act model of quality improvement. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(4), 205-214. Geraadpleegd op 8 september 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085786>
- Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins. Geraadpleegd op 11 september 2017, van <http://researchguides.ebling.library.wisc.edu/c.php?g=293229&p=1953406>
- Miyazaki, M. Y., Caliri, M. H. L., & Santos, C. B. D. (2010). Knowledge on pressure ulcer prevention among nursing professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(6), 1203-1211. Geraadpleegd op 8 september 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21340287>
- Moore, Z., & Price, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of clinical nursing*, 13(8), 942-951. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00972.x
- Nursing (2017). *Wat is evidence-based practice?*. Geraadpleegd op 27 september 2017, van <https://www.nursing.nl/thema/ebp/#read-more>
- Onderzoekspopulatie (2017, 14 april). In 'Ensie'. Geraadpleegd op 24 september 2017, van <https://www.ensie.nl/basisboek-methoden-en-technieken/onderzoekspopulatie>
- Onderbelichting (2017). In 'Van Dale'. Geraadpleegd op 8 september 2017, van <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=onderbelichte&lang=nn>
- Padula, W. V., Makic, M. B. F., Mishra, M. K., Campbell, J. D., Nair, K. V., Wald, H. L., & Valuck, R. J. (2015). Comparative effectiveness of quality improvement interventions for pressure ulcer prevention in academic medical centers in the United States. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41(6), 246-AP5. Geraadpleegd op 8 september 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25990890>
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., López-Medina, I. M., & López-Ortega, J. (2007). Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 327-338. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04236.x
- Peters, V. (2014). *Wat is Kwalitan – Algemene beschrijving*. Geraadpleegd op 19 oktober 2017, van <http://www.kwalitan.nl/index.php#a>
- Preventieve zorg (z.d.). In 'Zorgbelang Noord-Holland'. Geraadpleegd op 12 september 2017 via <http://www.zorgbelang-noordholland.nl/woordenlijst/#wdlp>

- Qaseem, A., Mir, T. P., Starkey, M., & Denberg, T. D. (2015). Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. *Annals of internal medicine*, 162(5), 359-369. DOI: 10.7326/M14-1567
- Reddy, M., Gill, S. S., & Rochon, P. A. (2006). Preventing pressure ulcers: a systematic review. *Jama*, 296(8), 974-984. DOI: 10.1001/jama.296.8.974
- Reulink, N. & Lindeman, L. (2005). *Kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 24 september 2017, van [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)
- RIVM (2015). *Wat is preventie?*. Geraadpleegd op 8 september 2017, van http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit_van_preventie/Over_kosteneffectiviteit_en_preventie/Opbouw_interventies_literatuurdatabse/Wat_is_preventie
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2017). *CanMEDS: Better standards, better physicians, better care*. Geraadpleegd op 22 september 2017, van <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- Samuriwo, R. (2010). The impact of nurses' values on the prevention of pressure ulcers. *British Journal of Nursing*, 19(15). DOI: 10.12968/bjon.2010.19.Sup5.77702
- Skogestad, I. J., Martinsen, L., Børsting, T. E., Granheim, T. I., Ludvigsen, E. S., Gay, C. L., & Lerdal, A. (2017). Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests. *Journal of clinical nursing*, 26(1-2), 202-214. DOI: 10.1111/jocn.13438
- Soban, L. M., Hempel, S., Munjas, B. A., Miles, J., & Rubenstein, L. V. (2011). Preventing pressure ulcers in hospitals: a systematic review of nurse-focused quality improvement interventions. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(6), 245-AP16. Geraadpleegd op 9 september 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21706984>
- Strand, T., & Lindgren, M. (2010). Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study. *Intensive and critical care nursing*, 26(6), 335-342. DOI: 10.1016/j.iccn.2010.08.006
- Stichting Arbo Flexbranche (z.j.). *Wat is werkdruk en wat is werkstress?*. Geraadpleegd op 27 september 2017, van <https://www.arboflexbranche.nl/nl/arbocatalogus/wat-werkdruk-en-wat-werkstress>
- Sving, E., Gunningberg, L., Högman, M., & Mamhidir, A. G. (2012). Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings. *Journal of clinical nursing*, 21(9-10), 1293-1303. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x

- Van Dijk, V (2017). *Verantwoordelijkheidsgevoel*. Geraadpleegd op 27 september 2017, van <http://www.carrieretijger.nl/functioneren/professionele-eigenschappen/verantwoordelijk>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Vermeer, K. (2012). Vroege signalering van decubitus vraagt tijd en alertheid. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 10(3), 20-22. DOI: 10.1007/s12468-012-0027-2
- VMS (2009). *Kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 8 september 2017, van <https://www.lumc.nl/sub/9085/att/1403040348455623.pdf>
- V&VN (2011). *Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling*. Geraadpleegd op 10 november 2017, van http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/decubitus_landelijke_multidisciplinaire_richtlijn_copy1.pdf
- V&VN (2011) . *Praktijkaart Preventie Decubitus*. Geraadpleegd op 16 september 2017, van <https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/19/Praktijkaart%20preventie%20decubitus.pdf>
- WCS (2013). *Regionale Richtlijn Decubitus*. Geraadpleegd op 9 november 2017, van file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/Brochure_Richtlijn_Decubitus_1.pdf
- WCS (z.j.). *Scorelijsten voor decubitus: hun validiteit en betrouwbaarheid én hun gebruik*. Geraadpleegd op 5 oktober 2017, van [file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/415_wcs-nb-jg11-nr2-1995-pag-25-28%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/415_wcs-nb-jg11-nr2-1995-pag-25-28%20(1).pdf)
- Zwieten, van, M., Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 47(13), p. 38-43. DOI: 10.1007/BF03083653

Bijlagen

Bijlage A: Praktijkaart preventie decubitus

Naast een multidisciplinaire richtlijn heeft de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) tevens een compacte praktijkkaart ontwikkeld met daarin aanbevelingen om de preventie van decubitus te optimaliseren. Deze praktijkkaart is een samenvatting van de maatregelen die uitgevoerd moeten worden om decubituspreventie mogelijk te maken.

PRAKTIJKKAART PREVENTIE DECUBITUS Aanbevelingen

- blad 1 van 2-



DECUBITUS = Een lokale schade van de huid en/of onderliggend weefsel ten gevolge van druk of druk in samenhang met schuifkrachten. Decubitus bevindt zich meestal ter hoogte van een botuitssteeksel.

Algemeen

Preventie van decubitus is het voorkomen van schade aan de huid en onderliggend weefsel door het beperken van druk- en schuifkrachten.

Pas preventie toe bij alle zorgvragers met een verhoogd risico op decubitus.

- Zorg voor een multidisciplinaire aanpak bij de preventie van decubitus. Stel een gezamenlijk preventief beleid vast en voor elke zorgvrager een individueel preventieplan.
- Leg afspraken, observaties en bevindingen altijd vast in het dossier.
- Raadpleeg bij onvoldoende kennis en ervaring of bij twijfel altijd een deskundige.

Risico-inschatting

1. Neem een risicoscore af. Bij opname en bij elke verandering in de toestand van de zorgvrager.

Gebruik een standaard, en steeds hetzelfde, risicoscore-instrument.

2. Observeer en beoordeel de huid.

Risicoplaatsen: stuit, zitbeenderen, hielen, ellebogen, schouders, achterhoofd, oren, heupen, knieën, enkels, wervelkolom; alle plaatsen waar druk is.

3. Bepaal op basis van verzamelde informatie + klinische expertise het risico op decubitus.

Voorlichting

1. Geef de zorgvrager en/of mantelzorg voorlichting (mondeling én m.b.v. informatiefolder)

Geef voorlichting over:

- de verschijnselen van decubitus
- de risicofactoren
- mogelijke/ benodigde preventieve maatregelen

2. Motiveer de zorgvrager en/of mantelzorger, indien mogelijk, in het zelfstandig uitvoeren van preventieve maatregelen.

Beoordeling van de huid

1. Inspecteer de huid op risicoplaatsen regelmatig

Let op niet-wegdrukbaar roodheid, lokale warmte, verharding of oedeem, inwerking van vocht. Bescherm de huid tegen inwerking van vocht, indien nodig, met een barrièremiddel.

2. Controleer de huid op ontstaan decubitus door druk-, of schuifkrachten en/of medische hulpmiddelen en/of andere voorwerpen en/of kreukels in bed of kleding.

3. Vraag elk ongemak of pijn te melden en beoordeel of de oorzaak decubitus is.

Voeding en vocht

1. Screen de voedingstoestand met een screeningsinstrument en bepaal de frequentie van screening.

2. Verwijs bij risico op decubitus en/of (dreigende) ondervoeding naar een diëtist
Voor een voedingsadvies en vroege beoordeling en behandeling van voedingsproblemen.

3. Optimaliseer de voedings- en vochttoestand van de zorgvrager.

Houding en Houdingsverandering

In bed

1. Pas indien mogelijk altijd wisselhouding toe. (ook bij een drukreducerend matras/bed)
2. Voorkom schuifkrachten bij verplaatsen in bed, gebruik z.n. transferhulpmiddelen.
3. Draai tenminste om de 4 uur, maar niet vaker dan 1x per 3 uur. Bepaal de frequentie aan de hand van:
 - gevoeligheid en conditie van huid op risicoplaatsen
 - activiteit en mobiliteit zorgvrager
 - behandeldoelen
 - eigenschappen matras
4. Leg de zorgvrager afwisselend in 30 graden zijligging of platliggende positie (rechterzij, rug/buik, linkerzij, rug/buik).
5. Zorg in rugligging dat de hielen vrij liggen van het matras: kussen onder het onderbeen, het onderbeen volledig ondersteund, knie licht gebogen, óók op drukreducerend matras.
6. Controleer na elke houdingsverandering op (nieuwe) decubitus en bepaal z.n. de frequentie en methode opnieuw.
 - Vermijd zijligging in 90 graden of een onderuitgezakte halfzittende houding (gebruik knieknik).
 - Draai een persoon, indien mogelijk, niet op een lichaamsdeel met niet-wegdrukbaar roodheid of al bestaande decubitus.
 - Gebruik de semi-fowlerhouding als zitten noodzakelijk is (hoofdsteen 30 graden + knieknik)
 - Laat niet langer dan noodzakelijk op een harde ondergrond zitten/liggen (po, douchestoel, röntgentafel).

In de (rol) stoel

1. Beperk, bij personen die niet rolstoelgebonden zijn, de tijd die men zonder drukvermindering in de stoel zit.
2. Ondersteun de voeten door deze op de vloer, voetenbankje of voetsbeen te plaatsen.
3. Laat de zorgvrager, indien mogelijk, minimaal elk uur naar voren en/of opzij buigen in de (rol)stoel. Ter ontlasting van de stuit van druk. Kantel z.n. de rolstoel.

Inzet AD-matrassen, kussens, bedden

Matrassen/bedden

1. Kies voor een hoogwaardig drukreducerend matras en wanneer wisselligging niet mogelijk is een alternerend matras of oplegmatras.
2. Beperk de hoeveelheid beddengoed en onderleggers.
3. Controleer bij elk contact geschiktheid en werkzaamheid van AD matras/bed/kussens (doorzakken, stroomuitval, drukverdelingsstand).

Baseer de keuze voor het type drukreducerend matras/kussen/bed a.d.h.v.:

- | | |
|--|---|
| - risico op decubitus/emst aanwezige decubitus | - lokatie decubitus |
| - mate van mobiliteit | - comfort van de zorgvrager |
| - setting | - benodigde extra eigenschappen (beheersing vocht, temperatuur, wrijven/schuiven) |
| - functiebeperkingen | - klinische blik |
| - ervaren pijn | |

Zitkussens

1. Gebruik een drukreducerend zitkussen passend bij de stoel en de gewenste activiteiten.

Evaluatie

Evalueer de preventieve maatregelen regelmatig (minimaal 1x per twee weken) en bij elke verandering van de toestand van de zorgvrager.

Bijlage B: Zoekstrategie

In deze bijlage worden de tabellen omtrent zoektermen, inclusiecriteria, exclusiecriteria en zoekstrategie besproken. Deze elementen zijn nodig om de literatuurvraag te kunnen beantwoorden. Bij het definiëren van de kernbegrippen is gebruik gemaakt van de zoekmachine Google, voor de wetenschappelijke artikelen zijn online databases zoals PubMed en Science Direct geraadpleegd. Booleaanse operatoren hebben het mogelijk gemaakt de zoektermen te combineren en het aantal zoekresultaten te verminderen dan wel te vermeerderen.

Zoektermen

In onderstaande tabel staan alle zoektermen genoteerd die gebruikt zijn om definities voor kernbegrippen en wetenschappelijke onderzoeksartikelen te vinden. Er is gebruik gemaakt van diverse databases, zoekmachines, Booleaans operatoren en synoniemen (MeSh terms).

Tabel 1: zoektermen

Databases	Zoektermen	Taal
Google	Definitie decubitus	Nederlands
	Repose materiaal protocol	
	Definitie knelpunt	
	Definitie preventie in de zorg	
	Definitie kwetsbare patiënt	
Google Scholar	Guidelines prevention pressure ulcers	Engels / Nederlands
	Richtlijn decubituspreventie	
	Preventing pressure ulcers	
	Preventing pressure sores	
	Preventie decubitus knelpunten	
PubMed	Pressure ulcers	Engels
	Pressure sores	
	Preventing pressure ulcers	
	Preventing pressure sores	
	Knowledge preventing pressure ulcers	
	Problems preventing pressure ulcers	
	Problems prevention pressure ulcers	
	Barriers preventing pressure ulcers	
	Barriers prevention pressure ulcers	
	Prevalence pressure ulcers Germany	

Inclusie- en exclusiecriteria onderzoeksartikelen

Tabel 2: inclusie- en exclusiecriteria onderzoeksartikelen

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De artikelen zijn van wetenschappelijk niveau en zijn niet gebaseerd op de meningen van professionals.	Het artikel is meer dan vijftien jaar oud en dus gepubliceerd voor het jaar 2002.
Decubituspreventie is het hoofdonderwerp van het onderzoek.	Het artikel is niet in volledige tekst (full-text) beschikbaar.
Het onderzoek is afgenomen in een klinische setting (ziekenhuizen of revalidatiecentra).	

Zoekstrategie

Tabel 3: zoekstrategie

<i>Database</i>	<i>Zoektermen</i>	<i>Aantal hits (totaal)</i>	<i>Hits na toepassen inclusiecriteria</i>	<i>Soort artikel</i>	<i>Auteur(s)</i>	<i>Titel</i>	<i>Jaar van publicatie</i>
Google	Repose materiaal protocol	7230	1	Guideline	Legerstee, R.	DecoCare Decubituspreventie & comfortabel liggen en zitten – Pressure relief	2015
Secundaire bronnen verkregen uit richtlijn van Legerstee, R. (2015)		40	2 (1 geselecteerd)	Guideline	Qaseem, A., Mir, T. P., Starkey, M., Denberg, T. D	Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers.	2015
PubMed	Preventing [Title/Abstract] AND pressure ulcers [Title/Abstract]) AND hospitals[Title/Abstract]	24	6 (4 geselecteerd)	Single descriptive study	Aydin, A. K., & Karadag, A.	Assessment of nurses' knowledge and practice in prevention and management of deep tissue injury and stage I pressure ulcer.	2010
				Multihospital retrospective cohort study	Lyder, C. H., Grady, J., Mathur, D., Petrillo, M. K., Meehan, T. P.	Preventing pressure ulcers in Connecticut hospitals by using the plan-do-study-act model of quality improvement.	2004
				Observational cohort	Padula, W. V., Makic, M. B. F., Mishra, M. K., Campbell, J. D., Nair, K. V., Wald, H. L., Valuck, R. J.	Comparative effectiveness of quality improvement interventions for pressure ulcer prevention in academic medical centers in the United States.	2015
				Systematic review	Soban, L. M., Hempel, S., Munjas, B. A., Miles, J., Rubenstein, L. V.	Preventing pressure ulcers in hospitals: a systematic review of nurse-focused quality improvement interventions.	2011

Secundaire bronnen verkregen uit artikel van Soban et al. (2011) (sneeuwbalmethode)		57	10 (3 geselecteerd)	Prospective cohort study	de Laat, E. H., Pickkers, P., Schoonhoven, L., Verbeek, A. L., Feuth, T., van Achterberg, T.	Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients.	2007
				Systematic review	Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., Oxman, A. D.	Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback.	2006
				Contemplation of literature	Walshe, K.	Understanding what works—and why—in quality improvement: the need for theory-driven evaluation.	2007
PubMed	Problems [Title/Abstract]) AND preventing [Title/Abstract]) AND pressure ulcers [Title/Abstract]	10	5 (1 geselecteerd)	Prospective, cross-sectional survey	Skogestad, I. J., Martinsen, L., Børsting, T. E., Granheim, T. I., Ludvigsen, E. S., Gay, C. L., Lerdal, A	Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests	2017
PubMed	Knowledge [Title/Abstract] AND Preventing [Title/Abstract]) AND Pressure ulcers [Title/Abstract]	21	7 (3 geselecteerd)	Descriptive cross-sectional study	¹ Enein, E., Abou, N. Y., Zaghloul, A. A.	Nurses' knowledge of prevention and management of pressure ulcer at a Health Insurance Hospital in Alexandria.	2011
				Descriptive, comparative multicentre study	Gunningberg, L., Mårtensson, G., Mamhidir, A. G., Florin, J.,	Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden.	2015

¹ Dit artikel is niet als primaire bron gebruikt. Daarentegen is deze bron gebruikt om overeenkomstige artikelen te vinden.

Secundaire bronnen op basis van overeenkomende artikelen met het artikel van El Enein et al. (2011)	138	45 (8 geselecteerd)	Comparative study	Muntlin Athlin, Å., Bååth, C Wilborn, D., Halfens, R. J., Dassen, T.	Evidence-Based Education and Nursing Pressure Ulcer Prevention Textbooks: Does It Match?	2009
			Pre-post test, quasi- experimental descriptive study	Altun, I., & Zencirci, A. D.	Knowledge and management of pressure ulcers: impact of lecture- based interactive workshops on training of nurses.	2011
			Cross-sectional randomized multicenter study	Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L., Vanderwee, K.	Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: A cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals.	2011
			Descriptive correlational study	Gallant, C., Morin, D., St- Germain, D., Dallaire, D.	Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: a correlational study examining nurses' knowledge and best practice.	2010
			Cross-sectional survey	Källman, U., & Suserud, B. O.	Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment—a survey in a Swedish healthcare setting.	2009
			Quantitative research with a descriptive-exploratory design	Miyazaki, M. Y., Caliri, M. H. L., Santos, C. B. D	Knowledge on pressure ulcer prevention among nursing professionals.	2010
			Cross-sectional survey	Moore, Z., & Price, P.	Nurses' attitudes, behaviors and perceived barriers towards pressure ulcer prevention.	2004
			Questionnaire survey	Pancorbo- Hidalgo, P. L., García- Fernández, F.	Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice	2007

					P., López-Medina, I. M., López-Ortega, J.		
				Descriptive design with a multi-methods approach.	Sving, E., Gunningberg, L., Högman, M., Mamhidir, A. G.	Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings.	2012
	<i>Secundaire bronnen verkregen uit het artikel van Gunningberg et al. (2015) (sneeuwbalmethode)</i>	41	3 (1 geselecteerd)	Descriptive cross-sectional study	Strand, T. & Lindgren, M.	Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units.	2010
	<i>Secundaire bronnen verkregen uit het artikel van Sving et al. (2012) (sneeuwbalmethode)</i>	8	2	Survey (semi-structured) research	R. Samuriwo	The impact of nurses' values on the prevention of pressure ulcers.	2010
				Descriptive and comparative design	Gunningberg, L., Brudin, L., & Idvall, E.	Nurse Managers' prerequisite for nursing development: a survey on pressure ulcers and contextual factors in hospital organizations.	2010
Pubmed	Barriers [Title/Abstract] AND Preventing [Title/Abstract] AND Pressure ulcers [Title/Abstract]	3	1	Experimental study of a Nurse-Initiated, Evidence-Based Program	Beinlich, N., & Meehan, A.	Resource Nurse Program: A Nurse-Initiated, Evidence-Based Program to Eliminate Hospital-Acquired Pressure Ulcers.	2014
Google Scholar / Springerlink	Preventie decubitus knelpunten	136	1	Tijdschriftartikel	Vermeer, K.	Vroege signalering van decubitus vraagt tijd en alertheid	2012
Pubmed	Prevalence [Title/Abstract] AND pressure ulcers [Title/Abstract] AND Germany [Title/Abstract] (ter onderbouwing Vermeer, 2012)	32	4 (1 geselecteerd)	Descriptive study with surveys	Lahmann, N. A., Halfens, R. J., & Dassen, T.	Prevalence of pressure ulcers in Germany.	2005

Bijlage C: Tabel van evidentie

Tabel 4: Tabel van evidentie

Auteurs (publicatie -jaar)	Titel	Design	Onderzoeks- populatie	Discussie/conclusie	Relevantie	Reikwijdte	Niveau van evidentie²
Altun & Zencirci (2011)	Knowledge and management of pressure ulcers: impact of lecture-based interactive workshops on training of nurses.	Quasi-experimental descriptive study (with pre-post test)	28 verpleegkundigen werkend op verschillende afdelingen in een Turks ziekenhuis, die deelnemen aan een workshop rondom decubitus van een in-service training programma.	De kennis van verpleegkundigen omtrent het ziektebeeld decubitus en hoe ermee om te gaan, is niet toereikend, hoewel dit wel van hen verwacht wordt. Interactieve sessies met colleges en meerkeuzevragen verbeteren de kennis van verpleegkundigen op dit gebied. Aanbevolen wordt dat er in de opleiding van verpleegkundigen meer aandacht moet worden besteed aan de preventie, controle en behandeling van decubitus.	Probleem bij preventie van decubitus: te weinig basiskennis op het gebied van decubituspreventie. Dit artikel geeft aan dat een workshop waarbij nadruk wordt gelegd op informatieve colleges en toetsing aan de hand meerkeuzevragen bijdraagt aan een betere kennis omtrent decubitus.	Ten behoeve van de evaluatie van effectiviteit van interactieve trainingen voor verpleegkundigen op het gebied van decubituspreventie en de invloed daarvan op verpleegkundigen.	III Quasi-experimental study <i>Wound Care Journal</i>
Aydin & Karadag (2010)	Assessment of nurses' knowledge and practice in prevention and management of deep tissue injury and stage I pressure ulcer.	Single descriptive study	237 verpleegkundigen werkend op verschillende afdelingen in drie ziekenhuizen in Ankara, die een vragenlijst omtrent kennis van decubitus(preventie) hebben ingevuld.	Uit dit onderzoek blijkt dat er bij verpleegkundigen een tekort is aan adequate kennis om de best mogelijke preventieve zorg te leveren aan patiënten die risico lopen decubitus te ontwikkelen. Een verpleegkundige moet zich op theoretisch gebied blijven ontwikkelen, maar uit dit onderzoek blijkt dat slechts de helft van de respondenten zo nu en dan deelnam aan trainingen. Aanbevolen wordt om trainingen op het gebied van decubituspreventie te ontwikkelen en deze in te zetten op verschillende afdelingen waar zich vaak decubitus voordoet.	Uit het onderzoek komt naar voren dat het essentieel is dat verpleegkundigen die werkzaam zijn op afdelingen waar veel patiënten behorende tot de risicogroep van decubitus voorkomen, in staat zijn accuraat de eerste fase van decubitus te herkennen en goede preventieve zorg te verstrekken.	Ten behoeve van de bijdraging aan het begrijpen van de kennis van verpleegkundigen op het gebied van de identificatie van de eerste fase van decubitus. Zo kunnen adequate protocollen voor decubituspreventie opgesteld worden	VI Descriptive study <i>Wound, Ostomy and Continence Nurses Society</i>

² Bron: Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
Geraadpleegd op 11 september 2017, van <http://researchguides.ebling.library.wisc.edu/c.php?g=293229&p=1953406>

Beeckman et al. (2011)	Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: A cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals.	Cross-sectional randomized multicenter study	553 verpleegkundigen werkend op diverse afdelingen (94 in totaal) van verschillende Belgische ziekenhuizen, die deelnamen aan een assessment over hun kennis en houding tegenover preventie van decubitus.	De kennis van verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen omtrent decubituspreventie is niet toereikend (matig). Daarnaast is er sprake van een ontoereikende houding op het gebied van decubituspreventie (gebrek aan competentie om decubitus te voorkomen, verantwoordelijkheidsgevoel in preventief handelen, etc). Aanbevolen wordt bij opleiding van de verpleegkundige meer de focus te leggen op meer kennis en een betere houding op het gebied van decubituspreventie.	Er wordt veel gezegd over mogelijke andere barrières dan alleen gebrek aan kennis: gebrek aan interesse, preventie in verpleegkunde heeft lage prioriteit, gebrek aan individuele motivatie, gebrek aan tijd (voor preventie en lezen richtlijnen), gebrek aan verplegend personeel (voor preventie en lezen richtlijnen) en ontoereikend materiaal. Daarnaast wordt er niet alleen naar kennis maar ook naar de houding tegenover preventie gekeken.	Ten behoeve van verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen om goede decubituspreventie mogelijk te maken.	III Quasi-experimental study (quantitative) <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>
Gallant et al. (2010)	Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: a correlational study examining nurses' knowledge and best practice.	Descriptive correlational study	256 verpleegkundigen, werkend op afdelingen in universitaire ziekenhuizen in Canada waar patiënten risico lopen om decubitus te krijgen	De kennis van verpleegkundigen op het gebied van de preventieve en behandeling van decubitus is absoluut niet toereikend (getest aan de hand van een vragenlijst, antwoordmogelijkheden 'ja', 'nee', 'geen idee'). Daarnaast is sprake van een discrepantie (afwijking) tussen wat verpleegkundigen weten en daadwerkelijk toepassen in de praktijk. De kennis van verpleegkundigen is het startpunt van de kwaliteit van verpleegkundig handelen. Het is van belang dat er energie wordt gestopt in betere trainingen op dit gebied. Aanbevolen wordt om een programma op te stellen waarbij verpleegkundig handelen op het gebied van decubitus wordt getraind.	Er worden meerdere duidelijke problemen omtrent de preventie van decubitus aangegeven (wat gebaseerd is op uitkomsten van meerdere wetenschappelijke onderzoeken), bijvoorbeeld het feit dat aanwezige protocollen niet worden toegepast hoewel dit wel gesuggereerd wordt. De conclusie is concreet.	Ten behoeve van het inzicht in het probleem rondom decubitus in Canada en de USA. De vraag 'Waarom is de prevalentie van decubitus zo hoog, ondanks goede training en de beschikbare informatie?' wordt behandeld.	VI Descriptive study <i>International Journal of Nursing Practice</i>

Gunning-berg et al. (2010)	Nurse Managers' prerequisite for nursing development: a survey on pressure ulcers and contextual factors in hospital organizations.	Descriptive and comparative study	1198 patiënten uit twee Zweedse gemeenten: 443 patiënten uit gemeente A en 755 patiënten uit gemeente B. 27 senior-verpleegkundigen uit A en 45 uit B.	Hoewel er gesuggereerd werd dat kwaliteit in zorg verlenen van essentieel belang is op een afdeling, werd er niks georganiseerd door de seniorverpleegkundigen om deze kwaliteit te meten/te evalueren. Het toepassen van EBP moet meer geïmplementeerd worden.	In dit artikel wordt heel duidelijk de rol en het nut van de seniorverpleegkundige aan het licht gebracht. Aan het verpleegkundig personeel zouden vragen zoals in Tabel 5 gevraagd kunnen worden om te scoren wat zij van de rol van een senior vinden.	Door de prevalentie van decubitus in twee verschillende landen te vergelijken en te beschrijven, wordt getracht contextuele factoren te onderscheiden.	VI Descriptive and comparative design <i>Journal of Nursing Management</i>
Gunning-berg et al. (2015)	Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden	Descriptive, comparative multicentre study	415 verpleegkundigen en studentverpleegkundigen (laatste jaars) werkend op diverse afdelingen van drie verschillende Zweedse ziekenhuizen.	Aan de hand van een vragenlijst (PUKAT) werd de kennis omtrent decubitus en decubituspreventie getest. De kennis bleek onacceptabel of net op het randje. Daarnaast kwam naar voren dat de verpleegkundigen de oorzaak van het ontstaan van decubitus (zuurstoftekort in weefsel) niet begrijpen. Verpleegkundigen zijn zich niet bewust van de noodzaak om druk te verlagen op risicovolle plekken. Aanbevolen wordt een onderwijsgerichte campagne te starten in ziekenhuizen en studies Verpleegkunde met de focus op etiologie en preventie van decubitus.	In de discussie worden naast gebrek aan kennis ook nog andere belangrijke barrières omtrent decubituspreventie besproken. Zo wordt er naast tijdgebrek ook stilgestaan bij het feit dat de cultuur op de afdeling en daarbij het leiderschap van de verpleegkundige steun moet geven en bij moet dragen aan beter gebruik van kennis. Leiderschap in de verpleegkunde heeft een belangrijke rol in het bijdragen aan de benadrukking van kernelementen in de verpleging.	Ten behoeve van het inzicht in de kennis omtrent decubitus bij Zweedse (en daarmee dus wellicht ook andere West-Europese) verpleegkundigen en hoe hiernaar gehandeld wordt.	VI Descriptive study <i>International Wound Journal</i>
Källman & Suserud (2009)	Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer	Descriptive cross-sectional study	154 verpleegkundigen en assistent verpleegkundigen werkend in ofwel een van de zes	De meest aangegeven mogelijkheden omtrent decubituspreventie: toegang tot drukregulerende faciliteiten, kennis, preventieve routine en goed teamwork. Barrières waren voornamelijk te weinig tijd, conditie van de patiënt, tekort aan bronnen,	In Tabel 2 wordt de houding van de verpleegkundigen met betrekking tot decubituspreventie duidelijk weergegeven. Dit zou in het huidige onderzoek op	Ten behoeve van het inzicht in de houding, de kennis en het uitvoeren van de risicoanalyse van	VI Descriptive study <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>

	prevention and treatment - a survey in a Swedish healthcare setting.		deelnemende ziekenhuis ofwel een van de zes deelnemende verpleeghuis in Zweden.	tekort aan goede materialen en tekort aan personeel. De algemene kennis omtrent decubituspreventie was goed. In de praktijk kwam echter naar voren dat er een inadequate structuur is in de preventie en documentatie van decubitus en dat de risicosignalering niet juist werd uitgevoerd. Goede kennis omtrent decubitus, tekort aan kennis over het organisatorische gedeelte van decubituspreventie.	dezelfde manier weergegeven kunnen worden. Daarnaast wordt er een volledige paragraaf gewijd aan de mogelijkheden en barrières bij de preventie van decubitus.	decubitus van verpleegkundigen in Zweden (en andere West-Europese landen). Verder worden knelpunten en behoeften in kaart gebracht.	
Laat, de et al. (2007)	Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients.	Prospective cohort study	399 patiënten op de Intensive Care van het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen.	Een ziekenhuisbrede implementatie van richtlijnen omtrent decubituszorg resulteert in een absolute daling van incidentie van decubitus bij patiënten in kritieke toestand, met name op langere termijn. Het aantal preventieve patiënttransfers van normaal matras naar een specifiek decubitusmatras op de IC was de sterkste significante indicator van een vermindering in ontstaan van decubitus.	In dit onderzoek is gekeken naar het nut van de implementatie van een richtlijn omtrent decubituspreventie. Dit zou een mogelijke oplossing kunnen zijn voor problemen omtrent decubituspreventie: richtlijnen zijn wel beschikbaar, maar niet goed geïmplementeerd.	Ten behoeve van het inzicht in de effecten van de introductie van een ziekenhuisbrede implementatie van een richtlijn omtrent decubituspreventie.	IV Cohort study <i>Critical Care Medicine</i>
Lyder et al. (2004)	Preventing pressure ulcers in Connecticut hospitals by using the plan-do-study-act model of quality improvement.	Multihospital retrospective cohort study	1,955 (baseline) en 891 (follow-up) patiënten van 65 jaar en ouder, opgenomen na behandeling voor longontsteking, cerebrovasculaire problematiek of hartfalen, met een opnameduur van langer dan vijf dagen in een ziekenhuis in Connecticut.	De grootste barrière bij decubituspreventie bleek het feit dat preventie van decubitus wordt gezien als iets waar alleen verpleegkundigen zich mee bezig moeten houden, waarschijnlijk omdat deze strategieën in het gezichtsveld van de verpleegkundigen liggen. De meest duurzame interventies bleken die te zijn die al in het ziekenhuis gebruikt worden en geïnstitutionaliseerd zijn. De waarde van het starten van een anti-decubitusprocedure in een vroeg stadium van een ziekenhuisopname is significant aangetoond.	In dit onderzoek wordt een alternatieve methode, de plan-doe-studie-handel methode, onderzocht om te kijken of dat effectief is bij de preventie van decubitus. Het nut van deze methode zit hem in het multidisciplinaire karakter: de preventie van decubitus moet niet alleen liggen bij het verpleegkundig personeel, maar ook bij andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg rondom de kwetsbare patiënt.	Ten behoeve van verbetering van kwaliteit van zorg bij kwetsbare patiënten om de identificatie van deze patiënten ten goede te komen. Daarnaast wordt het gebruik van preventieve metingen gepromoot.	IV Cohort study <i>Joint Commission on Quality and Safety</i>

Miyazaki et al. (2010)	Knowledge on pressure ulcer prevention among nursing professionals.	Quantitative research with a descriptive-exploratory design.	386 verpleegkundig professionals werkend in de directe omgeving van oudere patiënten in een ziekenhuis in Brazilië.	Aan de hand van een test over decubitus om de kennis van de deelnemers te onderzoeken, kwam naar voren dat er een gebrek is aan kennis rondom decubituspreventie. Aanbevolen wordt dat onderwijsprogramma's niet alleen moeten focussen op de preventieve en behandelings-interventies en kenmerken van decubitus, maar ook op de legale implicaties, het op een juiste manier documenteren in het patiëntendossier en kennis over scorelijsten zoals de Bradenschaal en het gebruik ervan.	Dit onderzoek toont aan dat er sprake is van een afnemende theoretische kennis naarmate verpleegkundigen langer in het vak zitten (en de tijd tussen de professionele opleiding en het werken in het ziekenhuis langer werd).	Ten behoeve van het inzicht in de kennis van verpleegkundigen in Latijns-Amerika op het gebied van decubitus-preventie, -classificatie en management.	VI Descriptive study (quantitative) <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>
Moore & Price (2004)	Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention.	Qualitative study with cross-sectional surveys	300 willekeurig geselecteerde verpleegkundigen, werkend in een acute zorgsetting (ziekenhuis) in steden in Ierland.	'De patiënt' was de meest geciteerde barrière om goede preventieve decubituszorg te leveren: patiënt is te ziek om medewerking te leveren, wat controle moeilijk maakt. Verder gebrek aan tijd en gebrek aan personeel werden ook vaak aangegeven. Echter, gebrek aan training, bronnen en richtlijnen met de risicoscorelijsten worden weinig aangegeven als belangrijk bij preventie van decubitus. Slechts 4 respondenten gaven aan dat gebrek aan educatie een probleem was, hoewel wel naar voren kwam dat er een gebrek aan kennis was omtrent decubituspreventie.	In de inleiding wordt er gesproken over de Stages of Change van Prochaska & Diclemente. Hier zou gebruik van kunnen worden gemaakt bij de aanbeveling. Verder wordt een overzicht gegeven van barrières die zich voordoen bij verpleegkundigen bij decubituspreventie en wordt er een soort 'opzet' gegeven van een mogelijke vragenlijst die in het huidige onderzoek gebruikt zou kunnen worden als voorbeeld. Zo kwam naar voren dat verpleegkundigen decubituspreventie soms als minder belangrijk zien dan andere taken. Er werden wel preventieplannen gemaakt, maar hier werd niet naar gehandeld.	Ten behoeve van de promotie van een positieve houding tegenover de preventie en management van decubitus.	VI Qualitative study <i>Journal of Clinical Nursing</i>

Padula et al. (2015)	Comparative effectiveness of quality improvement interventions for pressure ulcer prevention in academic medical centers in the United States.	Quasi-experimental study (with observational cohort)	In 53 ziekenhuizen in de USA zijn enquêtes omtrent kwaliteitsverbeterende interventies afgenomen en 5208 decubituswonden zijn geanalyseerd.	Bruikbare kwaliteitsverbeterende interventies zijn gerelateerd aan betere preventie van decubitus in academische ziekenhuizen. Leiderschap initiatieven, checklists/posters, HAPU staging (zie artikel voor uitleg), nieuwe huidbehandelingsmaterialen en verbeterde voedingsregime (zoals betere eiwitinname). Dit geldt voor decubitus graad 3 en 4. Om decubitus te voorkomen, is verbeterde educatie aanbevolen.	In dit onderzoek komt de vergelijkende effectiviteit van kwaliteit verbeterende interventies bij vermindering decubitus. Deze informatie zou in de enquêtes gebruikt kunnen worden om te scoren of er al sprake is van deze interventies op de afdeling. Met name goed leiderschap komt naar voren als nuttige interventie.	Ten behoeve van het inzicht in de effectiviteit van kwaliteitsverbeterende interventies om prevalentie van decubitus te verlagen.	III Quasi-experimental study <i>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i>
Pancorbo-Hidalgo et al. (2007)	Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice.	Questionnaire survey design	740 verpleegkundigen en verzorgenden werkend in ziekenhuizen, eerstelijns zorgcentra en verpleeghuizen in Andalucië, Spanje.	De minst bekende interventies worden ook vaak het minst gebruikt in klinische praktijk (educerende programma's en dieetcoaching) Daarnaast werd aangetoond dat een aantal interventies zoals het gebruik van reposematerialen bij risicopatiënten en het gebruik van gevalideerde risicoscoretests bekend zijn bij een hoger percentage verpleegkundigen dan dat deze interventies ook daadwerkelijk toepast in de praktijk. Het niveau van implementatie van richtlijnen was lager dan het niveau van kennis over decubitus(preventie). Er moet een verbetering komen van de motivatie van de verpleegkundigen om dit probleem aan te pakken.	Dit artikel focust zich op de kennis van verpleegkundigen omtrent de bestaande richtlijnen rondom decubituspreventie, de frequentie van de implementatie van deze kennis in de praktijk en de professionele en educationele factoren die kennis en praktijk beïnvloeden. Verder is de opbouw van de vragenlijst eventueel nuttig om te gebruiken als voorbeeld voor de vragenlijst in het huidige onderzoek (zo wordt zowel kennis als toepassing van kennis getoetst) (Tabel 3).	Ten behoeve van het inzicht in het niveau van kennis van verpleegkundigen op het gebied van bestaande richtlijnen voor decubituspreventie, in hoeverre deze kennis wordt toegepast en welke factoren deze kennis beïnvloeden.	VI Qualitative study <i>Journal of Advanced Nursing</i>

Qaseem et al. (2015)	Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers	Guideline	Patiënten met risico op decubitus.	Aanbeveling 1: verpleegkundigen zouden een risico signalering moeten doen om patiënten te identificeren die risico lopen om decubitus te ontwikkelen. Aanbeveling 2: verpleegkundigen zouden preventief 'advanced static matrassen' moeten kiezen in plaats van 'advanced static bovenmatrassen' bij patiënten die verhoogd risico op decubitus. Aanbeveling 3: luchtwisselmatras in plaats van luchtwissel bovenmatras bij patiënten met hoog decubitusrisico.	Deze richtlijn kan eventueel van belang zijn als er gevraagd moet worden naar verschillende anti-decubitusmaterialen die op de afdeling worden ingezet, en er een vergelijking gemaakt moet worden in het nut van een bepaald soort AD-matras.	Ten behoeve van betere risicosignalering en preventie van decubitus.	I Guideline <i>American College of Physicians</i>
Samuriwo (2010)	The impact of nurses' values on the prevention of pressure ulcers.	Qualitative study (survey research)	16 verpleegkundigen werkzaam op niet-acute afdelingen van 14 ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk.	Verpleegkundigen die veel waarde hechten aan de preventie van decubitus blijken meer pro-actief te zijn en blijken de juiste zorg te geven die de huid van de patiënten beschermt. Decubituspreventie wordt door verpleegkundigen wel als belangrijk beschouwd, maar minder belangrijk/urgent dan andere aspecten van de verpleegkundige taken en daarmee is het makkelijker om aan iemand anders over te laten.	In dit onderzoek komt naar voren welke waarde verpleegkundigen hechten aan decubituspreventie en hoe hiernaar gehandeld wordt. Daarnaast is onderscheid gemaakt in 'gewone' en 'senior' verpleegkundigen.	Ten behoeve van het inzicht in de waarde die verpleegkundigen hechten aan decubituspreventie en hoe belangrijk deze waarde is.	VI Qualitative study <i>British Journal of Nursing</i>
Skogestad et al. (2017)	Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests.	Prospective, cross-sectional survey.	328 patiënten op verschillende afdelingen van een ziekenhuis in Oslo, Noorwegen.	Het risico op decubitus wordt geassocieerd met patiënten-rapportages omtrent braken, dyspnoe, pijn op de borst, plasproblemen en lage labwaarden van albumine. Het werd niet geassocieerd met zelf opgemerkte nervositeit. Het vroegtijdig en aandachtig toetsen en waarnemen van patiëntsymptomen is de meest waardevolle taak van de verpleegkundige, en de relatie tussen het risico op decubitus en de symptomen is relevant in klinische context.	In dit artikel komt duidelijk naar voren welke patiëntencategorie op een afdeling de meeste kans loopt om decubitus te ontwikkelen (welke patiënten kwetsbaar zijn en de meeste risico lopen om decubitus op te lopen). Bruikbaar om patiëntencategorie in onderzoek te onderbouwen.	Ten behoeve van het inzicht in de prevalentie van decubitus en het risico erop bij kwetsbare patiënten.	VI Qualitative study <i>Journal of Clinical Nursing</i>

Soban et al. (2011)	Preventing pressure ulcers in hospitals: a systematic review of nurse-focused quality improvement interventions.	Systematic review	39 onderzoeks-artikelen gepubliceerd in het Engels na 1990.	Het nut van controle en feedback om gedrag te veranderen is empirisch gedocumenteerd. Daarnaast is een frequente disbalans aangetoond tussen het noteren van het bewaken van prestaties en het verstrekken van feedback hierover aan de senior verpleegkundige. Kwaliteit verbeterende interventies m.b.t. preventie van decubitus kan de overall incidentie van ziekenhuis-gerelateerde decubitus reduceren.	Deze systematic review richt zich op verschillende reeds gepubliceerde artikelen over diverse interventies (extra scholing, implementatie van richtlijnen, etc.) omtrent de kwaliteitsverbetering van decubituspreventie. Daarnaast zijn hiaten geconstateerd die problemen op gebied van implementatie veroorzaken: 1. De behoefte aan een beter begrip van de mechanismen waarmee betere resultaten worden bereikt. 2. De rol van lokale omstandigheden (context) in het succes of het falen van specifieke interventie-strategieën.	Ten behoeve van het inzicht in diverse interventies en uitkomstmaten omtrent decubituspreventie, met daarbij een toetsing van de effecten van deze interventies op de uitkomstmaten.	V Systematic review <i>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i>
Strand & Lindgren (2010)	Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study.	Descriptive cross-sectional study	139 HBO-verpleegkundigen en 176 MBO-verpleegkundigen, werkend op een van de vier betrokken ICU's in een Zweeds ziekenhuis. Uiteindelijk 146 ingevulde vragenlijsten.	Op het gebied van kennis omtrent decubitus is er significant verschil te zien in de kennis van HBO- en MBO-verpleegkundigen. De meest aangegeven knelpunten omtrent preventie van decubitus waren te weinig tijd (om preventie toe te passen, richtlijnen te lezen, etc.), andere prioriteiten en te ernstig zieke patiënten. De meest aangegeven preventieve maatregelen zijn het hebben van kennis en de beschikking over drukverlagend materiaal. 75% van de respondenten antwoordde 'nee' op de vraag of er routines waren voor risicosignalering van decubitus. Soms is sprake van paradoxale antwoorden.	Introductie: veel secundaire bronnen genoemd. Focus op achterhalen van houding, kennis en ervaren knelpunten/mogelijkheden decubituspreventie. Tabel 5 geeft duidelijk overzicht van aangegeven knelpunten en verbeter-mogelijkheden van decubituspreventie.	Ten behoeve van het inzicht in de houding, kennis en knelpunten van West-Europese verpleegkundigen op het gebied van decubituspreventie.	VI Descriptive study <i>Elsevier</i>

Sving et al. (2012)	Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings.	Descriptive study with a multi-methods approach (partly qualitative, partly quantitative)	9 verpleegkundigen (HBO en MBO) van drie verschillende afdelingen in verschillende ziekenhuizen in Zweden werden geïnterviewd, bij 32 patiënten werd kwantitatieve geanalyseerd op decubitus.	Signaleringen van decubituspreventie, uitgevoerd door HBO-verpleegkundige, waren afhankelijk van de zorgcultuur op de afdeling en gerangschikt van geplande naar ongeplande decubituspreventie. Er werd niet afdoende aandacht besteed aan decubituspreventie en slechts een paar preventieve maatregelen werden getroffen. Paradox: preventie wel belangrijk vinden, niet ernaar handelen.	De focus lag op de manier waarop specifiek HBO-verpleegkundigen handelen, rapporteren en reflecteren op het gebied van decubituspreventie in een microsysteem/verpleegkundig e-patiënt relatie. Hoge werkdruk leidt tot lagere prioriteit van drukverlaging, drukverlaging is niet mogelijk als de patiënten niet meewerken en patiënten die konden vragen om drukverlaging droegen bij aan de drukverlaging die ze nodig hadden (tabel 6).	Ten behoeve van het inzicht in de manier waarop verpleegkundigen handelen, rapporteren en reflecteren op de preventie van decubitus in een specifieke verpleegkundige-patiënt relatie en in het algemeen op een ziekenhuis-afdeling.	VI Descriptive study <i>Journal of Clinical Nursing</i>
Vermeer, K. (2012)	Vroege signalering van decubitus vraagt tijd en alertheid.	Tijdschriftartikel	Niet van toepassing	De preventie in de praktijk moet beginnen met de risicosignalering aan de hand van een risicoscorelijst en het klinische oordeel van de verpleegkundige. Bij risico dan is het van belang om de risicofactoren te bepalen en daar actie op te ondernemen. Een antidecubitusmatras is zinvol als de patiënt weinig beweegt in bed. Vervolgens is inspectie van de huid belangrijk om te monitoren of er rode plekken ontstaan. Als dat zo is, zijn verdere maatregelen nodig, zoals wisselgigging. Verder komt naar voren dat een hoofdzuster de afdeling aan zou moeten sturen en kennis van zaken heeft.	Het nut van een seniorverpleegkundige (hoofdzuster) wordt benadrukt, met ook onderbouwing.	Ten behoeve van de promotie en de verbetering van de blijvende aandacht voor decubitus bij de kwetsbare patiënt. Daarbij ligt de focus met name op preventie.	III Tijdschriftartikel <i>Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice</i>

Bijlage D: De Bradenschaal

Onderstaande tabel geeft de Bradenschaal weer zoals deze in het Antonius Ziekenhuis te Sneek wordt toegepast in de praktijk. (© Antonius Ziekenhuis Sneek)

Tabel 5: De Bradenschaal

<i>Risicofactor</i>	<i>Score</i>
Zintuigelijke waarneming <i>Vermogen om adequaat te reageren op ongemak dat door druk wordt veroorzaakt.</i> 1: Totaal verstoord 2: Zeer verstoord 3: Licht verstoord 4: Geen stoornis	
Vochtigheid van de huid <i>Mate waarin de huid aan vocht wordt blootgesteld.</i> 1: Altijd vochtig 2: Meestal vochtig 3: Soms vochtig 4: Zelden vochtig	
Activiteit <i>Mate van fysieke activiteit.</i> 1: Bedgebonden 2: Stoelgebonden 3: Loopt af en toe 4: Loopt vaak rond	
Mobiliteit <i>Vermogen om de lichaamshouding te veranderen en beheersen.</i> 1: Volledig immobiel 2: Zeer beperkt mobiel 3: Licht beperkt mobiel 4: Geen beperkingen	
Voedingstoestand 1: Zeer ontoereikend → SNAQ ≥ 3 2: Waarschijnlijk ontoereikend → SNAQ <2 3: Toereikend → SNAQ 1 4: Uitstekend → SNAQ 0	
Schuifkracht 1: Actueel probleem 2: Mogelijk probleem 3: Geen zichtbaar probleem	

De scores kunnen variëren tussen de 6 en 23. Hoe lager de score, hoe groter het risico op decubitus.

Voordat een reposematras wordt ingezet, moet naar de scores gekeken worden:

- Bij een score van 18 of hoger: normaal bedmatras.
- Bij een score van 17 of lager: preventief reposematras
- Bij een score van 11 of lager: altijd een reposematras
- Bij een score van 6: primo wisseldruk systeem of een duo bij een zware patiënt.

Bijlage E: Overzicht factoren onderbelichting preventieve focus decubitus literatuur

Tabel 6: overzicht knelpunten decubituspreventie literatuur

	<i>Gebrek aan specifieke kennis m.b.t. decubitus</i>	<i>Gebrek aan specifieke (tussentijdse) decubitus scholing</i>	<i>Preventie heeft lage prioriteit</i>	<i>Gebrek aan tijd (hoge werkdruk)</i>	<i>Gebrek aan personeel</i>	<i>Gebrek aan richtlijnen/ AD-materiaal</i>	<i>Aanwezige protocollen niet toepassen</i>	<i>Discrepantie kennis en deze kennis toepassen</i>	<i>Gebrek aan interesse/ motivatie</i>	<i>Gebrek aan 'leider' (bv. senior)</i>	<i>Slechte conditie van patiënt</i>	<i>Inconsistente rapportage (organisatie)</i>	<i>Oorzaak ontstaan decubitus niet duidelijk</i>
Altun & Zenzirci (2011)	x	x											
Aydin & Karadag (2010)	x	x											
Beeckman et al. (2011)	x	x	x	x	x	x	x		x				
Gallant et al. (2010)	x	x					x	x					
Gunningberg et al. (2010)								x		x			
Gunningberg et al. (2015)	x	x	x	x				x		x			x
Källman & Suserud (2009)				x	x	x					x	x	
Lyder et al. (2004)										x			
Miyazaki et al. (2010)	x	x					x					x	
Moore & Price (2004)	x			x	x			x			x	x	
Padula et al. (2015)						x				x			

	<i>Gebrek aan specifieke kennis m.b.t. decubitus</i>	<i>Gebrek aan specifieke (tussentijdse decubitus scholing</i>	<i>Preventie heeft lage prioriteit</i>	<i>Gebrek aan tijd (hoge werkdruk)</i>	<i>Gebrek aan personeel</i>	<i>Gebrek aan richtlijnen/ AD-materiaal</i>	<i>Aanwezige protocollen niet toepassen</i>	<i>Discrepantie kennis en deze kennis toepassen</i>	<i>Gebrek aan interesse/ motivatie</i>	<i>Gebrek aan 'leider' (bv. senior)</i>	<i>Slechte conditie van patiënt</i>	<i>Inconsistente rapportage (organisatie)</i>	<i>Oorzaak ontstaan decubitus niet duidelijk</i>
Pancorbo-Hidalgo et al. (2007)	x	x					x		x				
Samuriwo (2010)			x					x					
Soban et al. (2011)		x								x	x	x	
Strand & Lindgren (2010)	x		x	x		x					x		
Sving et al. (2012)			x	x							x		
Vermeer, K. (2012)										x			
Artikelen totaal: 17 (van 20)	9	8	5	6	3	4	3	5	2	6	5	4	1

Bijlage F: Informatiebrief verpleegkundigen omtrent onderzoek en interviews

Beste verpleegkundige van afdeling AB2,

Mijn naam Esmee Glas, student HBO-Verpleegkunde aan NHL Stenden Hogeschool in Leeuwarden. In het kader van mijn afstudeerfase voer ik een praktijkonderzoek uit op de afdeling waar u werkzaam bent. Vorig schooljaar heeft Reinder Dijkstra zijn praktijkonderzoek omtrent de inzet van reposemateriaal ook op deze afdeling uitgevoerd. Uit zijn onderzoek kwam naar voren dat er sprake is van een curatieve in plaats van preventieve focus op decubitus. Naar aanleiding van deze conclusie, is het doel van dit vervolgonderzoek om te achterhalen welke factoren hieraan ten grondslag liggen.

Om deze factoren in kaart te brengen, kies ik ervoor bij negen verpleegkundigen interviews af te nemen. Met interviews heb ik de mogelijkheid om door te vragen en u wordt in de gelegenheid gebracht uw mening duidelijk te verwoorden. De interviews zullen opgenomen worden mits u hier toestemming voor geeft. Zo zullen de resultaten van onderzoek meer betrouwbaar zijn. De opnames zullen uitgeschreven en vervolgens gewist worden. Bovendien blijft u anoniem in het interview. De resultaten die ik uit de interviews haal, zullen alleen gebruikt worden voor dit onderzoek. Aan het einde van het onderzoek, zullen de resultaten en conclusie gepresenteerd worden op de afdeling. Op die manier kunnen er wellicht maatregelen getroffen worden om een betere preventie van decubitus te bewerkstelligen. Daar plukt zowel de patiënt als het verplegend personeel de vruchten van.

De interviews heb ik gepland in week 43, dat is de week van 23 t/m 27 oktober. Aan de hand van het dienstrooster heb ik een indeling gemaakt van verpleegkundigen die een dagdienst draaien op de dagen waarop ik op de afdeling zal zijn. Mocht uw voorkeur uitgaan naar een andere dag/tijd van deze week, dan is onderling ruilen natuurlijk altijd mogelijk. U kunt dit aan mij doorgeven via het volgende mailadres: glas1400@student.nhl.nl.

Tabel 7: overzicht te interviewen verpleegkundigen afdeling AB2

	Maandag 23-10	Woensdag 25-10	Vrijdag 27-10
10.00-10.40	Mw. Posthumus	Mw. Middendorp	Mw. Latupella
10.50-11.30	Mw. Tekstra	Dhr. Wijnia	Mw. Wouters
11.40-12.20	Mw. Rijpma	Mw. Ziel	Mw. Sinnema

Voor ieder interview worden 40 minuten uitgetrokken. Als blijkt dat een interview korter of langer duurt, dan kunnen de tijden hierop aangepast worden. Hierin zijn de voorbereidingstijd, de ondertekening van de toestemmingsverklaring en afsluiting meegenomen.

Ik ben erg benieuwd wat dit vervolgonderzoek mij, maar vooral u en de afdeling op gaat leveren. Alvast vriendelijk bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek en tot 23 oktober.

Met vriendelijke groet,

Esmee Glas

Bijlage G: Planning onderzoeksrapportage

Tabel 8: Planning onderzoeksrapportage

	Week 39	Week 40	Week 41	Week 42	Week 43	Week 44	Week 45	Week 46	Week 47	Week 48	Week 49	Week 2
Onderzoeksopzet inleveren bij praktijkbegeleider	01-10-2017											
Onderzoeksopzet aanpassen n.a.v. feedback praktijkbegeleider		04-10-2017										
Onderzoeksopzet inleveren bij afstudeerbegeleider												
Onderzoeksopzet aanpassen n.a.v. feedback afstudeerbegeleider												
Deadline opzet onderzoek			10-10-2017									
Proefinterviews afnemen												
Go/no-go				18-10-2017								
Interviews afnemen												
Data transcriberen, coderen en analyseren												
Beschrijven data												
Schrijven discussie, conclusie en aanbevelingen												
Uitloop / Feedbackweek												
Deadlines onderzoeksrapportage											06-12-2017	14-01-2018

Terugkomdag: 22 december 2017

Postermarkt: 19 januari 2018

Presenteren in Sneek: 22 januari 2018

Bijlage H: Operationaliseringstabel

Tabel 9: Operationalisering

Hoofdtopic 1: Kennis en educatie		
Subtopics	Indicatoren subtopics en definiëring	
<i>Decubituscontrole bij nieuwe opname</i>	Stadia	Vier gradaties: 1 tot en met 4, oplopend naar ernst. (Decubitus Nederland, 2014).
	Symptomen	Fase 1: niet-wegdrukbaar roodheid op de intacte huid. Fase 2: verlies van een deel van de huidlaag (wond is rozerood van kleur en bevat geen wondbeslag). Fase 3: verlies van een volledige huidlaag (mogelijk vet zichtbaar), pezen en spieren niet zichtbaar. Fase 4: : verlies van een volledige weefsellaag: pezen, spieren en botten zijn zichtbaar en tunnelvorming. (Decubitus Nederland, 2014)
	Methode decubituscontrole	Bradenschaal. Score op de zintuiglijke waarneming, de vochtigheid van de huid, de mate van mobiliteit, de mate van activiteit, de voedingstoestand en de aanwezigheid van schuif- en drukplekken. Hoe lager de score, hoe hoger het risico op decubitus. (Qaseem et al., 2015)
<i>Nieuwe manier van zorg verlenen</i>	Risicogroep	Oudere patiënten (>80 jaar) en/of patiënten met meer dan één (chronische) aandoening (multi-morbiditeit) en/of meer lichamelijke beperkingen en/of een slechtere gepercipieerde gezondheid. (VMS, 2009).
	Preventie	Er kunnen vier verschillende soorten preventie aangeduid worden: 1. Preventie naar doelgroep: bij decubitus moet sprake zijn van selectieve preventie, oftewel ervoor zorgen dat een bepaalde risicogroep aandoening niet krijgt. 2. Preventie naar fase van ziekte: bij decubitus moet sprake zijn van primaire preventie, oftewel ervoor zorgen dat patiënten ondanks hun risico's de aandoening niet krijgen (ook geen beginstadium) 3. Preventie naar type maatregel: bij decubitus moet sprake zijn van ziektepreventie, oftewel ervoor zorgen dat maatregelen getroffen worden die de aandoening voorkomen of eerste symptomen op tijd signaleren. 4. Preventie naar methode van uitvoering: inrichting van de omgeving, regelgeving en handhaving, voorlichting en educatie, signalering en individueel advies, en ondersteuning. (RIVM, 2015, 22 september)
	Curatie	Genezing/behandeling van de aandoening → als zich al symptomen van de aandoening hebben voorgedaan, waardoor de aandoening niet meer valt onder een preventief beleid. (V&VN, 2011)

<i>Eigen kennis en educatie rondom decubitus</i>	Evidence Based Practice (EBP)	Het werken aan de hand van bewijsmateriaal (evidence based practice, afgekort EBP) helpt een verpleegkundige wetenschappelijke en verantwoorde beslissingen te nemen. Werken aan de hand van EBP maakt het mogelijk om zorgvuldig en oordeelkundig gebruik te maken van het bewijsmateriaal (evidence) dat er op dat moment beschikbaar is. (Nursing, 2017)
	Preventieve maatregelen decubitus	De volgende maatregelen kunnen getroffen worden om decubitus bij risicovolle patiënten te voorkomen: ▪ Risico-inschatting (Bradenschaal) ▪ Beoordeling van de huid en subcutane weefsels' ▪ Verzorging kwetsbare huid ▪ Voedingsvoorschriften ▪ Houdingsveranderingen (bv. wisselgigging: attentie op frequentie, techniek, documentatie en juiste scholing) ▪ Druk reducerende onderlagen (matrassen, kussens, overleggers, etc.) (V&VN, 2011)
	Algemene kennis decubitus	De verpleegkundige: ▪ Weet wanneer een patiënt binnen de risicogroep valt. ▪ Weet aan de hand van welke methode en op welke manier zij een patiënt moet scoren op risico op decubitus. ▪ Weet welke plaatsen van het lichaam kwetsbaar zijn en waar vaak decubitus ontstaat. ▪ Weet welke materialen preventief ingezet moeten worden als er risico is op decubitus. ▪ Weet op welke manier zij het verloop van de decubituspreventie moet documenteren. ▪ Weet dat zij te allen tijde dat de patiënt op de afdeling ligt, in de gaten moet blijven houden of zich ondanks de preventieve maatregelen toch geen decubitus ontplooit. ▪ Weet op welke manier zij decubitus moet behandelen als zich toch een beginnende fase voordoet. (Vermeer, 2011)
	Kennisimplementatie in de praktijk Routinematig handelen	De mate van het toepassen van nieuw opgedane kennis in de praktijk en de introductie ervan aan andere verpleegkundigen. Verpleegkundigen die al langere tijd in het vak zitten, handelen soms uit ervaring. De zorg ontwikkelt zich, er worden nieuwe ontdekkingen gedaan en interventies worden aangepast. De zorg verschuift van curatief naar preventief. Verpleegkundigen die gewend zijn op een 'ouderwetse' manier te werken en deze manier 'routinematig' toepassen in hun werk, lopen de kans niet te voldoen aan deze veranderingen en ontwikkelingen in de zorg. (Moore & Price, 2004).

<i>Belemmeringen en behoeften</i>	Theoretische kennis	Kennis gebaseerd op informatie uit wetenschappelijke artikelen, richtlijnen, protocollen en boeken. (Beeckman et al., 2011).
	Bijscholing	Bijscholing in de zorg richt zich meestal op het opfrissen van de uitvoering van voorbehouden handelingen die al langere tijd niet uitgevoerd zijn door de verpleegkundige. Bijscholing houdt echter ook het bijwonen van aanvullende cursussen en workshops in, in dit geval op het gebied van decubituspreventie. (Gunningberg et al., 2010; Gunningberg et al., 2015)
	Belemmeringen kennis en educatie	Een obstakel dat last bezorgt op het gebied van kennis en educatie. Dit kan uiteenlopen van gebrek aan algemene kennis, gebrek aan tussentijdse scholing, maar ook het gebrek aan tijd om nieuwe kennis op te doen. (Beeckman et al., 2011).
	Behoeften kennis en educatie	De verpleegkundige heeft behoefte aan bijvoorbeeld hulpmiddelen. Dit kan te maken hebben met de belemmering die de persoon ervaart: er is behoefte aan een bepaalde maatregel om de belemmering niet of minder te ervaren. (Soban et al., 2011)

Hoofdtopic 2: Motivatie en interesse

Subtopics	Indicatoren subtopics en definiëring	
<i>Kijk op decubitus-preventie</i>	Nuttigheid	De vraag of decubituspreventie nuttig is. Een aantal argumenten waarom decubituspreventie nuttig is: - Als preventief gehandeld wordt, blijft leed voor de patiënt bespaard. Decubitus kan een opname in het ziekenhuis gecompliceerder maken voor de patiënt. - Als preventief gehandeld wordt, blijft extra werk voor de zorgverlener bespaard. Door decubitus te voorkomen, hoeft de verpleegkundige zich puur te focussen op screening van de huid, in plaats van een wondbehandelplan op te stellen en te volgen. (Reddy et al., 2006).
	Waarde	De waarde die gehecht wordt aan decubituspreventie: in hoeverre het belangrijk wordt gevonden dat preventieve maatregelen ingezet worden, dat er voldoende focus is op preventieve zorg en dat er in overleggen bij stilgestaan wordt maatregelen consequent toe te passen. (Gunningberg et al., 2010).
	Prioriteit	De prioriteit die gesteld wordt aan decubituspreventie boven de andere taken die een zorgverlener tijdens een dienst uit dient te voeren. Oftewel motivatie om preventief te handelen bij decubitus. (Sving et al., 2011).
<i>Verantwoordelijkheid</i>	Verantwoordelijkheidsgevoel	Bewustheid dat de taken of plichten op een bepaald gebied binnen een afdeling, een bedrijf of een organisatie naar behoren moeten worden uitgevoerd. (Van Dijk, 2017)
	Verantwoordelijkheidsgevoel preventief handelen in het algemeen	Bewustheid dat de taken en/of plichten om een ziekte of aandoening te voorkomen binnen een afdeling, bedrijf of organisatie naar behoren moeten worden uitgevoerd.
	Verantwoordelijkheidsgevoel decubituspreventie	Bewustheid dat de taken en/of plichten om decubitus te voorkomen op een afdeling naar behoren moeten worden uitgevoerd.
<i>Belemmeringen en behoeften</i>	Belemmeringen motivatie en interesse	Een obstakel dat last bezorgt op het gebied van motivatie en interesse. Dit kan onder andere te maken hebben met gebrek aan interesse in het onderwerp (door bijvoorbeeld te weinig achtergrondinformatie), het hebben van andere prioriteiten tijdens de zorgverlening en het ontbreken van een preventieve focus. (Beeckman et al., 2011).
	Behoeften motivatie en interesse	De verpleegkundige heeft behoefte aan bijvoorbeeld hulp van externen om haar belemmeringen omtrent motivatie en interesse in mindere mate te ervaren. (Soban et al., 2011).

Hoofdtopic 3: Materiaal, personeel en patiënt

Subtopics	Indicatoren subtopics en definiëring	
<i>Anti-decubitus-materiaal</i> <i>(hierna te noemen: AD-materiaal)</i>	Soorten materialen	Reposematerialen: oplegmatras, kussen, hielprotector. Luchtwisselmatrassen, antidecubitusmatrassen (speciaal ontwikkeld om druk te verdelen), zitkussens, hielwiggen. (Legerstee, 2015).
	Beschikbaarheid	De garantie op de aanwezigheid van de speciale anti-decubitusmaterialen op de afdeling. (Qaseem et al., 2015)
	Bruikbaarheid	De mate waarin de materialen ook daadwerkelijk bij patiënten gebruikt kunnen worden. Dat wil zeggen: het materiaal functioneert naar behoren, is makkelijk in gebruik en is comfortabel voor de patiënt. (Qaseem et al., 2015)
<i>Protocollen en richtlijnen decubitus-preventie</i>	Preventieve toepassing in de praktijk	De mate waarin de aanwezige materialen ook daadwerkelijk preventief worden toegepast bij patiënten die een hoog risico lopen op decubitus en de keuzes die gemaakt worden om een bepaald soort item in te zetten. (Legerstee, 2015).
	Hoofddoel	Het hoofddoel van het protocol of de richtlijn moet specifiek gericht zijn op decubitus, en het liefst op decubituspreventie. (Qaseem et al., 2015).
	Beschikbaarheid	De garantie op de aanwezigheid van actuele protocollen dan wel richtlijnen omtrent decubituspreventie. (Qaseem et al., 2015).
	Bruikbaarheid	De mate waarin het protocol/de richtlijn ook daadwerkelijk op de afdeling, bij deze patiëntencategorie, gebruikt kan worden. Dat wil zeggen: het protocol/de richtlijn richt zich op de patiëntengroep en de aandoening, er staat duidelijk in wat gedaan kan worden om decubitus te voorkomen en welke maatregelen hiervoor getroffen moeten worden. Bovendien wordt niet alleen aandacht besteed aan preventie maar ook aan curatie van decubitus, mocht de preventie niet toereikend genoeg zijn geweest. (Qaseem et al., 2015).
<i>Implementatie protocol/richtlijn decubituspreventie</i>	Toepassing in de praktijk	De mate waarin het protocol dat/de richtlijn die aanwezig is op de afdeling ook daadwerkelijk gebruikt wordt om preventief te kunnen handelen bij patiënten die een hoog risico lopen op decubitus. (Källman & Suserud, 2009).
	Implementatiemethode	De manier waarop het protocol dan wel richtlijn destijds geïntroduceerd en ingevoerd is op de afdeling. (Gallant et al., 2010)
	Toereikendheid van implementatie	De mate waarin de implementatie van het protocol dan wel de richtlijn zijn beoogde doel heeft bereikt. De verpleegkundigen zouden in staat moeten zijn te handelen naar de grote lijnen van het protocol/de richtlijn. (Gallant et al., 2010).

<i>Personeelsinvloeden</i>	Supervisor collega's	Verpleegkundigen met een coördinerende rol die het overzicht op de afdeling bewaren, ervoor zorgen dat een beleid strikt wordt nageleefd (in dit geval een preventief beleid), een team aansturen en het beleid controleren. (Vermeer, 2011)
	Houding tegenover decubitus	Houding kan ook omschreven worden als attitude. Dit heeft te maken met de manier waarop iemand over een bepaald onderwerp, in dit geval decubitus dan wel decubituspreventie, denkt en hiernaar handelt. Een negatieve houding met betrekking tot decubitus kan ervoor zorgen dat de verpleegkundige minder aandacht schenkt aan deze complicatie. Voor een positieve houding geldt het tegenovergestelde. Er kan ook sprake zijn van een afdelingsbrede houding tegenover decubitus. (Pancorbo-Hidalgo et al., 2007).
<i>Patiëntgerichte invloeden</i>	Fysieke conditie patiënt	De mate waarin de patiënt fysiek, oftewel lichamelijk, in staat is inspanningen te verdragen. Het draait dus om het uithoudingsvermogen van de patiënt. Vaak is het uithoudingsvermogen van een patiënt verzwakt of wordt deze verzwakt bij ziekenhuisopname. (Moore & Price, 2004).
	Mentale conditie patiënt	De mate waarin de patiënt mentaal, oftewel geestelijk, in staat is bij te dragen aan zijn herstel. Een patiënt kan weinig fysieke problemen hebben, maar op mentaal gebied problemen hebben die het voor hem moeilijk maken te kunnen voldoen aan de wensen van de artsen en het verplegend personeel. Voorbeeld: Als de patiënt geen ziekte-inzicht heeft en niet beseft dat hij bepaalde gedragingen moet naleven, kan dit het curatieve proces belemmeren. (Moore & Price, 2004).
	Co-morbiditeit	Patiënten die naast de reden van opname nog andere (ernstige) ziektebeelden hebben. Hier moet rekening mee gehouden worden bij de zorgverlening en risicosignalering. Patiënten met co-morbiditeit vallen binnen de risicogroep van decubitus. (Skogestad et al., 2017).
<i>Belemmeringen en behoeften</i>	Belemmeringen materiaal, personeel en patiënt	Een obstakel dat last bezorgt op het gebied van materiaal, personeel en patiënt. Dit kan onder andere te maken hebben met gebrek aan (geavanceerd) anti-decubitusmateriaal en/of de juiste protocollen, maar ook met een negatieve houding (van de verpleegkundige zelf, van haar collega's of van de hele afdeling) omtrent decubituspreventie of een verslechterde fysieke dan wel mentale conditie van de risicovolle patiënt. (Beeckman et al., 2011).
	Behoeften materiaal, personeel en patiënt	Hulp, materialen, richtlijnen, etc. die de verpleegkundige nodig heeft om de juiste preventieve zorg te leveren en de belemmeringen niet of in mindere mate te ervaren. (Soban et al., 2011)

Hoofdtopic 4: Organisatie

Subtopics	Indicatoren subtopics en definiëring	
<i>Rapportage</i>	Wijze van rapporteren	De manier waarop gedocumenteerd wordt op welke manier preventieve zorg rondom decubitus is geleverd, welke maatregelen getroffen zijn en waarop gelet moet worden om in de gaten te houden of zich toch geen decubitus manifesteert. Bovendien moet er net zo adequaat gerapporteerd worden wanneer zich toch decubitus voordoet: welk curatief plan is opgezet, welke curatieve maatregelen zijn getroffen en in welke mate de genezing wordt gecontroleerd.
	Plaats van rapporteren	Het patiëntendossier is de plaats waar de stand van zaken rondom de preventie van decubitus wordt genoteerd. Dit is een eenduidige afspraak. Mocht er sprake zijn van wisselgigging, dan wordt over het algemeen in zowel het patiëntendossier als op een schema op de kamer van de patiënt genoteerd dat de patiënt wisselgigging heeft gekregen. Hetzelfde geldt voor een opzitschema.
	Overdracht aan collega's	Aan de hand van de rapportage in het patiëntendossier (en eventueel het wisselgigging- dan wel opzitschema) vindt de overdracht plaats. Bovendien worden na iedere dienst de belangrijkste zaken van de dienst ook mondeling overgedragen.
<i>Terugkoppeling toepassen AD-materiaal</i>	Wijze van terugkoppelen	Terugkoppeling omtrent de inzet van preventieve maatregelen dient te gebeuren via de rapportage. Dit geldt voor terugkoppeling van eigen handelen. Mocht een verpleegkundige de indruk krijgen dat collega's niet handelen zoals verwacht wordt, kan er ook teruggekoppeld worden. Dit kan aan de hand van het geven van positieve en opbouwende feedback.
	Terugkoppeling aan collega's	Terugkoppeling gebeurt via het dossier van de patiënt, tijdens de mondeling overdracht en aan de hand van het geven van feedback.
	Terugkoppeling aan andere disciplines	Ook andere disciplines hebben inzicht in het dossier van de patiënt. Daarnaast kan tijdens een artsensite, familiegesprek of multidisciplinair overleg aan de andere disciplines teruggekoppeld worden over de ingezette preventieve maatregelen en zorg.
<i>Werkdruk</i>	Werkdruk algemeen	Als (een combinatie van) o.a. deze factoren voortdurend aanwezig is, is sprake van werkdruk: ▪ Onder hoge tijdsdruk werken; ▪ In een hoog tempo werken; ▪ Werk niet op tijd af krijgen; ▪ Niet de gewenste kwaliteit kunnen leveren.

		Er doet zich een disbalans voor tussen belasting (werkeisen) en belastbaarheid (wat men aankan). Oorzaken van werkdruk zijn bijvoorbeeld teveel werk moeten doen in te weinig tijd, onvoldoende vaardigheden en/of kennis, een slechte werksfeer en in de verpleegkunde vaak ook de grote behoefte aan zorg en aandacht van alle patiënten. (Stichting Arbo Flexbranche, z.j.)
	Invloed op preventie	Werkdruk kan er voor zorgen dat sommige taken van een verpleegkundige erbij inschieten. Er wordt te laat gedacht aan een preventieve risicosignalering bij risicovolle patiënten, er wordt geen tijd geschonken aan het preventief neerleggen van een anti-decubitusmatras (dit kost namelijk weer extra tijd), er is te weinig tijd om richtlijnen te lezen en na te volgen, te weinig tijd om kwetsbare plekken op de huid grondig te inspecteren en onvolledige rapportage in het dossier over ingezette maatregelen. (Gunningberg et al., 2015).
<i>Belemmeringen en behoeften</i>	Belemmeringen organisatie	Een obstakel dat last bezorgt op organisatorisch gebied. Dit kan onder andere te maken hebben met werkdruk, inadequate rapportage of inadequate terugkoppeling. (Beeckman et al., 2011).
	Behoeften organisatie	Wat de verpleegkundige nodig heeft op het gebied van organisatie om de juiste preventieve zorg te leveren en de belemmeringen niet of in mindere mate te ervaren. (Soban et al., 2011).

Bijlage I: Formulier voor informed consent

Verklaring van toestemming (informed consent)

Titel onderzoek: *De onderbelichting van de preventieve focus op decubitus.*

Verantwoordelijke onderzoeker: *Esmee Glas.*

In te vullen door de deelnemer

- Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en het doel van het onderzoek.
- Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.
- Dit interview wordt opgenomen aan de hand van een dictafoon. Ik begrijp dat de audio-opname of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.
- Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.
- Mijn vragen zijn naar behoren beantwoord.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Esmee Glas

Datum:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage J: Interviewschema

Wat is het doel van het praktijkonderzoek?

Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de factoren die bij het verpleegkundig personeel van afdeling AB2 in het Antonius Ziekenhuis te Sneek ten grondslag liggen aan de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus bij de kwetsbare patiënt van 80 jaar en ouder.

Wie worden er geïnterviewd?

De verpleegkundigen van afdeling AB2 van het Antonius Ziekenhuis in Sneek.

Hoeveel interviews worden er afgenomen?

Negen semigestructureerde interviews.

Opbouw van het interview inclusief voorbereiding

Aan de hand van de opbouw zoals Reulink & Lindeman (2005) deze toepassen bij kwalitatief onderzoek met interviews als dataverzamelmethode, wordt het interview voorbereid en uitgevoerd.

Vorbereiding in de weken voor het interview

Vorbereiding voor de verpleegkundigen

Aan de hand van een informatieve e-mail zijn de verpleegkundigen van afdeling AB2 op de hoogte gebracht van het doel en de dataverzamelmethode van het onderzoek. In de e-mail is tevens het schema bijgevoegd met daarin de verdeling welke verpleegkundige op welke dag en tijdstip geïnterviewd zal worden.

Vorbereiding voor de onderzoeker

Voorafgaand aan de interviewweek worden twee proefinterviews afgenomen om te oefenen met het afnemen van een interview en om eventuele fouten en onduidelijke elementen uit het interview aan te kunnen passen.

Voorafgaand aan het interview

Vorbereiding op het interview

De interviewer zal zich voorafgaand aan het onderzoek voorstellen en de behoeften voor het interview klaarleggen.

Introductie op het interview

In de introductie wordt het volgende besproken, toegelicht en uitgevoerd:

- De aanleiding en het doel van het onderzoek;
- De aanpak en de opbouw van het interview;
- De waarborging van de anonimiteit van de verpleegkundige;
- De ondertekening van het formulier voor informed consent;
- Het maken van afspraken voor member checking;
- De waardering van eerlijkheid en een duidelijke situatiebeschrijving.

Tijdens het interview

Algemene gegevens

Vanaf nu wordt het gesprek opgenomen. Het nummer van het interview, de datum en de tijd van afname worden genoemd.

Kerngedeelte van het interview

Het kerngedeelte van het interview is opgebouwd uit een viertal hoofdt topics. Iedere hoofdt topic wordt gevolgd door een vaste beginvraag. Na de beginvraag zijn subtopics opgesteld die aansluiten bij de hoofdt topic. Aan de hand van de subtopics kan doorgevraagd worden.

Tabel 10: Topiclijst

Hoofdt topic 1: Kennis en educatie	Hoofdt topic 2: Motivatie en interesse
<i>Beginvraag: Wat is uw mening over de rol die uw kennis en educatie omtrent decubitus heeft bij toereikende preventie van decubitus?</i>	<i>Beginvraag: Wat is uw mening over de rol die uw motivatie en interesse omtrent decubitus heeft bij toereikende preventie van decubitus?</i>
<i>Subtopics</i>	<i>Subtopics</i>
▪ Decubituscontrole bij nieuwe opname ▪ Nieuwe manier van zorg verlenen ▪ Eigen kennis en educatie rondom decubitus ▪ Belemmeringen kennis en educatie ▪ Behoeften kennis en educatie	▪ Kijk op decubituspreventie ▪ Verantwoordelijkheidsgevoel ▪ Belemmeringen motivatie en interesse ▪ Behoeften motivatie en interesse
Hoofdt topic 3: Materiaal, personeel en patiënt	Hoofdt topic 4: Organisatie
<i>Beginvraag: Wat is uw mening over de rol die materiaal, personeel en patiënt speelt bij toereikende preventie van decubitus?</i>	<i>Beginvraag: Wat is uw mening over de rol die organisatie op de afdeling omtrent decubitus heeft bij toereikende preventie van decubitus?</i>
<i>Subtopics</i>	<i>Subtopics</i>
▪ Gebruik anti-decubitusmateriaal ▪ Gebruik protocollen/richtlijnen ▪ Implementatie protocollen/richtlijnen ▪ Personeelsinvloeden ▪ Patiëntgerichte invloeden ▪ Belemmeringen materiaal/personeel/patiënt ▪ Behoeften materiaal/personeel/patiënt	▪ Rapportage ▪ Terugkoppeling ▪ Werkdruk ▪ Belemmeringen organisatie ▪ Behoeften organisatie

Overige vragen

1. *Kunt u nog andere door u ervaren belemmeringen/factoren/barrières noemen met betrekking tot de ontoereikende preventie van decubitus op deze afdeling?*
2. *Wat is volgens u de reden dat er sprake is van een curatieve focus in plaats van een preventieve focus op decubitus? U mag één concrete term of factor noemen.*

Aanvullende vragen voor verduidelijking van het gegeven antwoord

De volgende vragen kunnen gebruikt worden om door te vragen:

1. Kunt u hiervan een voorbeeld uit de praktijk geven?
2. Kunt u concreter uitleggen wat u hiermee bedoelt, bijvoorbeeld aan de hand van een situatieschets?
3. Op welke manier past u dit toe in uw dagelijks werk?
4. Wat bedoelt u precies?

Na het interview

Afronding

- Moment voor stellen van vragen.
- Mededelen dat er een presentatie van de resultaten en conclusie zal komen.
- Mededelen dat de verpleegkundige de transcriptie van het interview toegestuurd krijgt voor member checking.
- Gegevens uitwisselen voor de member check: verpleegkundige schrijft haar e-mailadres (werk of privé) zelf op en controleert deze goed. De transcriptie wordt opgestuurd naar dit mailadres, zodat de verpleegkundige deze kan controleren en eventueel bekritisieren. De verpleegkundige stuurt een akkoord en eventueel commentaar retour naar de onderzoeker.

Bijlage K: Voorbeeld transcriptie interview

1. Rol van kennis en educatie bij decubituspreventie

Interviewer (I): Dan ga ik nu naar de kern van het interview, dat bestaat uit vier hoofdonderwerpen. Ik begin met het hoofdonderwerp 'kennis en educatie'. Dan wil ik u eigenlijk vragen wat uw mening is over de rol die uw kennis en educatie speelt bij toereikende preventie van decubitus.

Verpleegkundige (V): Eh, ik denk dat ik dan al terecht kom bij de opname van de patiënt. Als de patiënt opgenomen wordt en je neemt de anamnese af, dan hebben we een aantal scores in de anamnese verwerkt waaruit je dus al bepaalde informatie kunt halen. Qua zelfredzaamheid van de patiënt, mogelijk bedlegerigheid of immobiliteit om bepaalde redenen. Dus uit de anamnese haal je voor jezelf al de informatie, wat je vervolgens zou kunnen of moeten doen op het gebied van preventie van decubitus.

2. Decubituscontrole bij nieuwe opname

I: Waar let u op bij een nieuwe opname op het gebied van decubituspreventie?

V: Nou, als je iemand opneemt, dan zit iemand nog in de kleren en kun je niks controleren. Sommige mensen geven het zelf aan. Soms krijg je het vanuit de overdracht van de thuiszorg bijvoorbeeld. En waar let ik op, ja, observatie van de patiënt. Of iemand nou heel dun of heel dik is, in beide gevallen kunnen ze natuurlijk decubitus krijgen, afhankelijk van de voedingstoestand die natuurlijk heel belangrijk is. En het mobiliseren van de patiënt: hoe mobiel is de patiënt en hoe ziet de dag van de patiënt eruit in de thuissituatie. Daaruit kun je dus al een beeld halen of er mogelijk wel decubitus kan zijn, of oorzaken die op de loer liggen.

I: Dus u handelt al wel vanaf het eerste moment preventief?

V: Ja, zeker weten.

3. Nieuwe manier van zorg verlenen

I: Want er komt een soort nieuwe manier van zorg verlenen. In de toekomst gaat de focus in de zorg echt op de preventie worden gericht. Hoe past u die nieuwe preventieve focus al toe in uw werk?

V: En dan gekeken naar de patiënt die ik op zo'n moment opneem?

I: Bijvoorbeeld ja.

V: Ik zat zelf een heleboel in op het gebied van decubitus. Nu hebben we sinds kort de afspraak dat alle patiënt boven de 80 een reposematras krijgen. Maar kijk, ook onder de 80 is er een grote groep patiënten die ook mogelijk decubitus kunnen ontwikkelen. Of mogelijk het al hebben. Dus dan ga ik preventief al een reposematras inzetten, ook al zijn ze nog geen 80 jaar. Bij de eerste de beste gelegenheid observeer ik de huid of er al eventueel een voorstadium van decubitus aanwezig is. Zo ja, dan ga ik daar dus al een plan op afstemmen. Mogelijk in een samenwerking met onze wondverpleegkundige, afhankelijk van hoe het eruit ziet. Ja, observeren, kijken, bijvoorbeeld als je vrouwen hebt met hele zware borsten, zitten er onder de borsten vaak al heel snel smetplekken. Dus ja, die observatie heb natuurlijk bij het eerste de beste zorgmoment. Dat heb je nog niet op een dagverblijf als je aan het opnemen bent. Dus als de patiënt dan niks aangeeft, ja, dan ga je bij het eerste zorgmoment observeren en daar je activiteiten op afstemmen.

4. Eigen kennis en educatie rondom decubitus

I: En als u uw mening moet geven over uw eigen kennis en educatie omtrent decubitus, hoe ziet u dat dan?

V: Ik denk dat ik daar voldoende kennis over heb en dat komt natuurlijk door voorlichtingen en scholingen die ik erover gehad heb.

I: Ja die heeft u wel gehad? Specifieke scholingen over decubitus?

V: Ja. Dat verzorgt Margriet, de wond- en stomaverpleegkundige, bij ons. Het is wel al een hele tijd geleden moet ik zeggen. En ja, in de loop van de tijd zijn er zoveel verschillende soorten materiaal ontwikkeld die je dus kunt gebruiken bij decubitus, he, afhankelijk van hoe het eruit ziet, welk materiaal moet erop. Dus daar hebben wij zeker scholing over gehad. Daar hebben we ook hele mooie waaiers van, maar ik weet zo gauw niet waar die gebleven zijn. Maar dan kon je kijken naar hoe het eruit ziet en welk verbandmateriaal je daarbij moet gebruiken. En als ik twijfel, dan is onze wond- en stomaverpleegkundige altijd in de buurt. Dan bel ik haar en vraag ik haar mee te kijken, en hoor ik aan wat haar advies is.

I: En hoe implementeert u dan uw algemene kennis in de praktijk op preventief gebied van decubitus?

V: Op preventief vlak.. Ehm, dus als het nog niet aanwezig is bedoel je? Wat ik daar dan mee doe?

I: Ja bijvoorbeeld.

V: Nou goed, als er bijvoorbeeld iemand met een hele slechte voedingstoestand wordt opgenomen, iemand die al heel erg is afgevallen. Ik noem maar eens een voorbeeld, iemand met een darmtumor wat nog maar kort bekend is, maar dat diegene de laatste maand heel erg is afgevallen, dan kun je daar gelijk al je plan op afstemmen. We wachten natuurlijk niet tot de decubitus er is, maar dan kun je dus van tevoren al zeggen dat je die patiënt sowieso een reposematras geeft. Vanuit de anamnese gaan bepaalde linken al door naar de specialismen die betrokken moeten worden en dan bedoel ik bijvoorbeeld ook de diëtiste. Want je krijgt een lage SNAQ-score en dat linkt door naar de diëtetiek. Dus dan gaat die al meekijken wat ingezet kan worden, zoals nutridrink en wat voor voeding ingezet kan worden om bij de patiënt zo snel mogelijk weer een goede voedingstoestand te bewerkstelligen.

5. Belemmeringen kennis en educatie

I: En ervaart u ook belemmeringen met betrekking tot specifiek uw kennis en educatie op het gebied van decubituspreventie?

V: Nou weet ik niet. De belemmering is in die zin wel dat, nu je het zo vraagt, ik wel denk dat die scholing lang geleden is. Dus als ik nu een patiënt zou treffen met een ingewikkelde decubituswond of wat ook maar dat ik wel heel snel denk van 'Oké, ik zou dat er zelf op doen, maar ik ga wel de wondverpleegkundige vragen.' Die drempel om te vragen is voor mij heel laag. Ik wil gewoon bevestiging voor wat ik denk te gaan doen. Dat de wondverpleegkundige daar ook achter staat.

6. Behoeften kennis en educatie

I: Dus eigenlijk zegt u dat de belemmering op dit moment is dat u eigenlijk te lang geleden een scholing heeft gehad, dus dat u eigenlijk niet weet of al inmiddels inzichten zijn?

V: Ja, dat bijvoorbeeld, maar ook bijvoorbeeld dat het soms moeilijk te beoordelen is welk wondbehandelingsmateriaal op de wond moet komen. Ik beoordeel de wond soms als drassig, en dan vindt Margriet juist dat er iets anders op de wond moet komen dan wat ik in de eerste instantie in gedachten had. Maar ja, weet je waar het door komt dat we minder scholingen hebben? We hebben niet zoveel decubitus meer. Als ik het vergelijk met het oude ziekenhuizen, waar we soms

stuitdecubitus hadden waar je vuist bijna in kon, dat zie je amper nog. Wij hier gelukkig niet. Dus daardoor, omdat je er minder mee te maken hebt, zakt die informatie ook wel eens wat weg. Dus tref je het dan wel een keer weer, dan vind ik het gewoon goed met iemand die daarvan volledig op de hoogte is.

7. Rol van motivatie en interesse bij decubituspreventie

I: Dan het tweede onderwerp, dat gaat over motivatie en interesse op het gebied van decubituspreventie. Dan is het eigenlijk weer dezelfde vraag: wat is uw mening over de rol die uw motivatie en interesse speelt bij decubituspreventie?

V: Nou, het heeft een positieve invloed. Als ik als verpleegkundige goed alert ben op decubitus, dan kan het ook blijven bij preventie en dan hoeft het niet behandeld te worden. Dan kan het voorkomen worden. Dus de taak van de verpleegkundige is daarin natuurlijk heel groot. Al vanaf het moment van opname.

8. Kijk op de decubituspreventie

I: En als u uw kijk op decubituspreventie moet omschrijven, wat is daar dan uw mening over?

V: Nou, ik vind het heel belangrijk, maar wat ik net ook al zei, is dat er de afgelopen jaren daar best veel aandacht naartoe is gegaan met waarschijnlijk hele positieve gevolgen. Omdat we nu gewoon nog maar heel weinig decubitus meer zien. Wat er ook mee te maken heeft, misschien vergeet ik dat, dat mensen veel sneller gemobiliseerd worden. Wij hebben natuurlijk een afdeling waar veel mensen geopereerd worden. Vroeger lagen patiënten na een darmoperatie een week in bed, maar tegenwoordig zitten ze 's avonds alweer te eten en als het een beetje kan, zitten ze zelfs alweer in de stoel bijvoorbeeld. Dus ja, doordat het beleid dus heel erg veranderd is, zie je ook weinig tot geen decubitus meer.

I: En verschilt uw motivatie ook bij de patiëntencategorie? Dus als u bijvoorbeeld een hele zwakke of juist een hele sterke patiënt behandelt, benadert u die dan op een andere manier met betrekking tot decubituspreventie?

V: Ik denk dat je bij iedere patiënt in het hoofd hebt dat het belangrijk is, om decubitus te voorkomen. Maar als ik een mevrouw van 50 opneem die fris en fruitig binnenkomt en een goede voedingstoestand heeft en zelfstandig is, niet bedlegerig, etc. Dan is de focus op decubitus natuurlijk veel minder groot dan wanneer iemand in een rolstoel binnenkomt enzovoort.

I: Maar bij iedere patiënt bent u er alert op?

V: Ja altijd. Maar dat brengt het systeem nu ook wel met zich mee, dat je dus in de anamnese al die dingen al tegenkomt. Dus als je op een gegeven moment een SNAQ score hebt van een aantal punten waaruit blijkt dat iemand de laatste tijd veel is afgevallen waarvoor ze opgenomen worden, dan ga je daar wel meer op letten. Zeker weten. En dan komt die diëtetiek al direct in beeld, dus dan heeft het wel direct de aandacht. Ik denk dat je ook juist door dit systeem gedwongen wordt ernaar te kijken.

9. Verantwoordelijkheidsgevoel

I: En hoe kunt u uw verantwoordelijkheidsgevoel op het gebied van decubituspreventie omschrijven?

V: Tja, als je een dagdienst draait, dan heb je zes patiënten onder je hoede en je voelt je verantwoordelijk voor alle zes. En je probeert de zorg bij iedereen zo goed mogelijk te laten verlopen met het oog op alles natuurlijk. Dus niet alleen decubituspreventie, maar meerdere dingen. Dus ik voel me volledig verantwoordelijk.

I: Maar als er bijvoorbeeld dingen tussenkomen, op welke manier lost u dat dan op? U voelt zich wel verantwoordelijk, maar ik kan me voorstellen dat decubituspreventie soms een beetje op een lager pitje komt. Op welke manier lost u dat dan op, als er andere dingen tussenkomen, om toch die preventie te waarborgen?

V: Als er bijvoorbeeld een arts komt ofzo?

I: Of een spoedopname bijvoorbeeld. Iets waardoor u geen tijd heeft om u te focussen op die preventie of even er vanaf wordt gehaald.

V: Kijk, vanuit de anamnese zou dat dus al terug moeten komen in het activiteitenblad van de patiënt. Dat kun je daarin kwijt. Verder zet ik het in de rapportage. Maar je moet wel zelf eerst een moment hebben gehad waarop je het hebt kunnen beoordelen en aan de hand daarvan zorg je dat het in de rapportage en het activiteitenplan terecht komt. Op die manier zorg je dat iedereen die na jou komt ook op de hoogte is van jouw handelen.

I: En ook als er dus gebrek aan tijd is, dan zorgt u er wel voor dat alles gerapporteerd wordt?

V: Ja tuurlijk. Ik heb altijd een briefje waar ik altijd heel veel opschrijf. Dus wat blijft liggen, daar kijk ik later naar. En dan kijk ik om half 4 of alles klaar is. Je neemt het gewoon mee of je werkt met iemand samen en dan kan je die dus observeren.

10. Belemmeringen motivatie en interesse

I: Ervaart u ook belemmeringen op het gebied van motivatie en interesse? Want uw motivatie en interesse in decubituspreventie kan natuurlijk heel goed zijn, maar er kan natuurlijk ook sprake zijn dat u het gevoel heeft niet goed preventief te kunnen handelen door bepaalde omstandigheden op het gebied van motivatie.

V: Ik zou het niet weten.

I: De belemmering kan ook ergens anders vandaan komen. Het hoeft niet zozeer bij u te liggen.

V: Ja, of dat ik er wel iets mee doe, maar dat ik het gevoel heb dat het niet wordt overgenomen. Maar dat is wat ik net zei: je zorgt wel dat iets op de goede plek terecht komt, daar waar het moet staan. Zo kan de volgende er ook naar kijken. Maar echt belemmeringen, nee. Nou ja, stel dat je 's middags iemand opneemt en je hebt heel veel andere drukte tussendoor, maar je vindt wel dat er eigenlijk een reposematras op het bed van de nieuwe patiënt moet komen, dan zorg je dat dat gebeurt, door wie dan ook maar. We hebben bijvoorbeeld ook zorgassistenten die je dan kan vragen of ze het matras erop willen leggen. Dan kunnen wij verder met andere dingen.

11. Behoeften motivatie en interesse

I: En wat betreft behoeften op het gebied van motivatie en interesse?

V: De reposematrassen zijn nu echt wel goed in beeld. Niet alleen voor 80+, maar ook in het algemeen. Misschien moet er toch een grotere voorraad komen. Dat is dan wel weer zo'n ding, zorg dan ook dat het spul er gewoon is en niet kapot is. Maar voor de rest, zou ik het niet weten.

12. Rol van materiaal, personeel en patiënt bij decubituspreventie

I: Dat is wel een mooi bruggetje naar het volgende onderwerp. Dat gaat namelijk over materiaal, personeel en patiëntinvloeden. Dus wat is uw mening over de rol die het materiaal speelt bij decubituspreventie? Dus echt anti-decubitusmaterialen.

V: Nou wij hebben de reposematrassen die we nu veel gebruiken op de afdeling. Zoals ik al aangaf, is het wel belangrijk dat er voldoende matrassen zijn. Er komen ook nog wel eens verpleegkundigen van andere afdelingen vragen of ze een matras mogen lenen, maar ja, die zie je ook niet meer terug.

Dus dat daar gewoon wel een goede voorraad van moet zijn. En we hebben natuurlijk ook de kleine kussentjes die we gebruiken voor onder de benen of in de stoel, dat dat er gewoon is en dat het ook heel is. Dat je niet denkt: 'Deze is stuk, volgende.' Verder een voldoende voorraad en als het ernstigere zaken zijn, dan gebruiken we weer andere matrassen en die moeten uit het verpleegkundige magazijn komen. Dat gaat volgens mij prima, maar die zien we niet heel veel meer.

13. Gebruik anti-decubitusmateriaal

I: Maar als het materiaal het doet en het niet kapot is, dan is het wel bruikbaar en goed toepasbaar?

V: Ja zeker.

I: Dan kunt u het op tijd raadplegen?

V: Ja absoluut.

14. Gebruik protocol/richtlijn decubituspreventie

I: En wat betreft protocollen en richtlijnen, maakt u daar gebruik van? Hoe kijkt u daar tegenaan bij decubituspreventie?

V: Als de decubitus ernstigere vormen aanneemt bedoel je?

I: Meer de mogelijkheid een protocol te raadplegen en deze te gebruiken.

V: Nee geen idee. Die zoek ik nooit op.

I: Waarom niet?

V: Met wat zich hier op de afdeling voordoet, red ik mij. Ik heb niet snel de neiging om over decubitus iets op te gaan zoeken.

15. Implementatie protocol/richtlijn decubituspreventie

I: En als nou blijkt dat er nieuwe dingen in het protocol zijn aangepast, meer met betrekking tot de implementatie van zo'n protocol.

V: Denk je dat ik dat dan mis?

I: Ja bijvoorbeeld.

V: Maar we krijgen altijd bericht over protocollen die aangepast zijn. Dat gaat dan weer via het unithoofd. En we hadden een protocollencommissie, maar die mensen zijn er mee opgehouden. Maar daar komen vast nieuwe collega's voor. Zij houden zich echt met de protocollen bezig en zijn er protocollen aangepast of iets dergelijks, dan krijgen we daar bericht van. Want anders mis je natuurlijk de laatste updates altijd. Dan denk je van 'Zo was het altijd en hoezo weet ik nu dat het nu anders is'. Dus daar krijgen we bericht van. Dan weet je dat er wat veranderd is en dat je het protocol opnieuw moet bestuderen om up-to-date te blijven.

16. Personeelsinvloeden

I: En hoe kijkt u tegen bepaalde personeelsinvloeden aan op het gebied van decubituspreventie? U werkt natuurlijk met collega's samen en het kan wel zo zijn dat u een bepaalde visie en motivatie heeft voor decubituspreventie, maar hoe gaat u om met invloeden van andere collega's, met hun visie op decubituspreventie?

V: Van elkaar leren doe je altijd. Als ik bijvoorbeeld de patiënt wisselgeving geef en je merkt dat de patiënt de hele tijd op de rechterzij heeft gelegen en dat je dan 's ochtends komt en het hele patroon van het laken zit in de huid van de patiënt, dan koppel je dat wel terug aan elkaar. Dus communiceren en terugkoppelen met collega's is wel belangrijk.

I: En merkt u ook dat andere collega's minder gemotiveerd zijn om preventief te handelen?

V: Nee, dat denk ik niet. Of nou ja, de ene is er wel meer op gefocust dan de ander, dat houd je natuurlijk altijd wel. Maar ik werk bijvoorbeeld altijd in de dagdienst en overdag haal je altijd weer andere dingen uit een patiënt dan 's avonds en 's nachts. Dus als ik iets opmerk, zet ik dat ook rustig in de rapportage neer of ik zet een uitroepteken in het activiteitenplan. En je hebt altijd nog de mondelinge overdracht. Dus ik koppel dat wel terug als ik daar een andere gedachte over heb.

I: En als er nou bijvoorbeeld supervisor collega's op de afdeling zouden zijn? Collega's die een overkoepelende taak hebben en het overzicht op de afdeling bewaren? Denkt u dat dat bij zou kunnen dragen aan betere decubituspreventie?

V: Ja zeker. Het geldt niet alleen voor mij, maar voor het hele team dat als er op toegekeken wordt, je er goede dingen uit kan halen.

17. Patiëntgerichte invloeden

I: Wat voor invloed kan de patiënt uitoefenen op toereikende decubituspreventie?

V: De verpleegkundige dient adviezen te geven naar de patiënt. Als wij heel hard bezig zijn decubitus te voorkomen, of het te behandelen omdat het zich toch ontwikkeld heeft, dan moet je natuurlijk de patiënt motiveren tot mobiliseren, goed eten, erop wijzen wat het probleem is. Dat je dus eigenlijk dat wat je doet, uitlegt en dat het ook belangrijk is dat de patiënt na ontslag rekening houdt met deze decubitus en hier oog voor heeft.

I: Maar wat nou als de patiënt door fysieke of mentale conditie niet in staat is om die motivaties of handelingen uit te voeren of daarin mee te gaan?

V: Als je zo'n patiënt hebt en die zou daar niet tot in staat zijn, dan betekent dat die patiënt naar huis gaan met een vorm van thuiszorg erbij. Dus dan komt het in een overdracht terecht. Je moet het altijd communiceren op welke manier je handelt.

I: Dus u blijft altijd werken met die preventieve focus, ook als de patiënt zijn conditie het minder goed toelaat?

V: Ja zeker, want dan kan de patiënt zelf niet verantwoordelijk zijn. Dus als je dat hebt geobserveerd en de patiënt gaat naar huis en je denkt: 'daar gaat wel drie keer daags thuiszorg voor komen.', dan kom je altijd mobilisatie, voedingstoestand, etc. tegen in een overdracht. Dus daar kun je je informatie over de patiënt dan in kwijt. En dan kan de thuiszorg daar ook weer op inspelen.

18. Belemmeringen materiaal, personeel en patiënt

I: Heeft u ook nog belemmeringen op het gebied van materiaal, personeel en patiënt?

V: Ja natuurlijk die voorraad van materialen. Maar ik zou het verder niet weten.

19. Behoeften materiaal, personeel en patiënt

I: En behoeften?

V: Nou ja die repose, we hadden eerst natuurlijk al die andere matrassen, de primo en de duo en weet ik het wat allemaal en die moesten allemaal uit het magazijn komen. Daar hing een enorm kostenplaatje aan. Op een gegeven moment is die repose in beeld gekomen en ja, volgens mij werkt die prima, maar daarnaast denk ik dat bijna iedereen zodra het kan de patiënt laat mobiliseren. Dat dat goed in beeld is. En dat er ook daardoor minder decubitus zich voordoet.

20. Rol van organisatie bij decubituspreventie (beginvraag cat. 4)

I: Goed, dan het laatste onderwerp, u heeft het al een beetje aangehaald, maar het gaat over de organisatie met betrekking tot rapportage, terugkoppeling etc. Meer het organisatorische niveau.

Wat is uw mening over de rol die de organisatorische kwesties op de afdeling speelt bij toereikende decubituspreventie?

21. Rapportage

I: Dus wat voor invloed zou bijvoorbeeld de rapportage kunnen hebben op toereikende decubituspreventie? Dus uw rapportage maar ook de rapportage van collega's op de preventieve benadering van decubitus?

V: Ehm, dan moet ik even nadenken. Wat ik al gezegd heb, is dat verslaglegging over wat je tegenkomt erg belangrijk is. En we hebben bijvoorbeeld de mogelijkheid in de rapportage om verpleegproblemen aan te vinken en toe te voegen. Dus dan klik je bijvoorbeeld 'risico op decubitus' aan en dan komt die pop-up automatisch iedere dag bij iedere dienst in beeld, omdat daar aandacht voor moet zijn. Dus daar kun je ook je rapportage in kwijt. Je kunt er dan bijvoorbeeld bij rapporteren dat je wisselgigging hebt gegeven, of dat de patiënt nogmaals uit bed kwam, of dat de wond behandeld is met dat en dat materiaal, of wat ook maar. Maar bij iedere dienst staat dat verpleegprobleem extra toegevoegd en komt dat dus duidelijk naar voren.

I: En vindt u ook dat dat consequent wordt ingevuld?

V: Nee, dat denk ik niet. Dat is dan onze taak ook, ik bedoel, we hebben nu ook weer de hele groep stagiaires, dus je moet hen er ook op wijzen dat er verpleegproblemen of bepaalde risico's zijn bij een bepaalde patiënt, zoals valrisico en ondervoeding en dat die ook daadwerkelijk in het activiteitenplan worden gezet. Daardoor dwing je een ander ook om ernaar te kijken. Maar dat is ook weer een kwestie van communiceren en aanleren. Want het systeem biedt het wel aan, het zit er allemaal in. Aan het systeem ligt het niet.

22. Terugkoppeling

I: En als u merkt dat er een verpleegprobleem aanwezig is, of in dit geval een niet toereikende decubituspreventie, hoe gaat u er dan mee om als u merkt dat zo'n lijst in het systeem niet is ingevuld of niet is gerapporteerd?

V: Gewoon terugkoppelen aan de betreffende collega. Dan geef ik gewoon mijn mening, dan vertel ik dat de patiënt wel bekend is met decubitus. En dan zie je dat de een wat serieuzer omgaat met het mobiliseren en met het geven van wisselgigging dan de ander, en dat je dan bijvoorbeeld zegt: 'Voeg even het verpleegprobleem toe bij de rapportage, dan word je er ook toe gedwongen er iets mee te doen of het na te kijken'.

23. Werkdruk

I: En op het gebied van werkdruk, wat voor rol kan dat hebben op toereikende decubituspreventie?

V: Dat heeft altijd invloed. Je kunt wel zeggen dat het niet zo is, omdat je er altijd oog voor hebt, maar werkdruk heeft altijd wel invloed. Ik denk dat welk onderwerp je ook aansnijdt, werkdruk altijd invloed daarop heeft.

I: Maar ervaart u die invloed van werkdruk bij het preventief handelen bij decubitus?

V: Werkdruk heeft daar invloed op, maar het is toch dan aan mij de taak om keuzes te maken soms. Dat je iets anders een grotere prioriteit geeft, dat je iets anders wel gedaan wilt hebben. Dan maar niet meer uit bed, maar dan op de andere zij leggen bijvoorbeeld. Dat je daar wel op inspeelt.

24. Belemmeringen organisatie

I: En heeft u dan nog belemmeringen op het gebied van organisatie? Dat er iets concreets is wat u ziet als een belemmering om niet goed preventief te handelen.

V: Dat vind ik lastig. Nee dat zou ik zo niet weten.

25. Behoeften organisatie

I: En nog andere behoeften?

V: Misschien weer eens een opfriscursus van de materialen, wat je wanneer gebruikt. Maar nogmaals, ik loop niet heel vaak meer tegen decubitus aan. Kijk, een ontvelde bilnaad, dat zie je dan nog wel, maar echt decubituswonden van vroeger, dat het echt heel erg open is of veel vocht draagt of geel beslag heeft, zien we niet heel veel meer.

26. Andere factoren ontoereikende decubituspreventie

I: Heeft u nog andere factoren die nog niet aangekaart zijn, maar worden wel als belemmering ervaren bij het preventief handelen bij decubitus?

V: Ik zou het niet weten. Nee, dat het materiaal er moet zijn, ook als iemand bijvoorbeeld de hele dag in de rolstoel zit, dat die kleine zitmatjes er zijn. Ik denk dat dat wel het belangrijkste is.

27. Reden curatieve focus op decubitus

I: En wat is dan volgens u de reden dat er dan toch uit het onderzoek van Reinder naar voren is gekomen dat er sprake is van eerder een curatieve dan een preventieve focus op decubitus? Kunt u daar ook een concrete reden voor noemen?

V: Dat is bewezen dat dat zo is?

I: Ja dat is uit het onderzoek van Reinder naar voren gekomen als conclusie?

V: Oja, dat zei je al ja. Dat er een beetje sprake is van mosterd na de maaltijd als het gaat om decubituspreventie. Ehm, nou ja, toch wel de inzet van de reposematrassen. Dat hebben we nu dan gezet op 80 jaar. Vorige week kwam het ook nog voor. Die patiënt was nog geen 80, maar het was wel duidelijk dat die patiënt zeker op een reposematras moest komen te liggen, dus dan doe je dat. Dus dat je los van de afspraken die er zijn, ook je gezonde verstand moet blijven gebruiken. Dat iemand, ook als hij geen 80 jaar is, een reposematras moet krijgen als daar aanleiding voor is, zodat dat preventieve handelen weer bovenaan komt, in plaats van het curatieve. Want zo zou het moeten zijn natuurlijk.

Bijlage L: Van open codering naar selectieve codering (thema)

Tabel 11: Open, axiale en selectieve codering

Open codering	Axiale codering	Selectieve codering (thema)
Behoefte aan bijscholing	<i>Rol werkhouding bij</i>	Zorgprofessional
Bekendheid gemaakte afspraken	<i>decubituspreventie</i>	
Bewustwording		
Bijscholing	<i>Rol kennis, educatie en</i>	
Eigen kennis en educatie	<i>bijscholing bij</i>	
Ervaringsgericht werken	<i>decubituspreventie</i>	
Extra personeel		
Houding decubituspreventie	<i>Invloeden van de</i>	
Kijk op decubituspreventie	<i>zorgprofessionals bij</i>	
Motivatatie decubituspreventie	<i>decubituspreventie</i>	
Observatie		
Patiëntgerichte gezondheidsvoorlichting	<i>Rol motivatie en</i>	
Preventief handelen	<i>verantwoordelijkheid bij</i>	
Routinematig handelen	<i>decubituspreventie</i>	
Situatiegericht werken		
Tijdige signalering		
Toereikende decubituspreventie		
Veranderingen werkhouding		
Verantwoordelijkheidsgevoel		
Vertrouwen		
Vervolgacties risicosignalering		
Voorkeur voor preventie		
Open codering	Axiale codering	Selectieve codering (thema)
Gebruik anti-decubitusmateriaal	<i>Rol risicofactoren bij</i>	Patiënt
Houding decubituspreventie	<i>toereikende decubituspreventie</i>	
Inschatting risico op decubitus		
Mobiliteit	<i>Patiëntgerichte invloeden bij</i>	
Motivatatie decubituspreventie	<i>decubituspreventie</i>	
Nadelen anti-decubitusmateriaal		
Ontoereikende decubituspreventie		
Patiëntgerichte gezondheidsvoorlichting		
Patiëntgerichte invloeden		
Prioriteit		
Risico op decubitus		
Risicogroep		
Tijdige signalering		
Vergeten preventieve handelingen		
Vertrouwen		
Vitaliteit patiënt		

Open codering	Axiale codering	Selectieve codering (thema)
Achteraf inzetten anti-decubitusmateriaal	<i>Rol protocol bij toereikende decubituspreventie</i>	Materiaal
Beschikbaarheid protocol		
Bijscholing	<i>Rol anti-decubitusmateriaal bij toereikende decubituspreventie</i>	
Bruikbaarheid anti-decubitusmateriaal		
Consequent toepassen anti-decubitusmateriaal		
Gebruik anti-decubitusmateriaal		
Gebruik protocol		
Geen belang protocol		
Implementatie anti-decubitusmateriaal		
Implementatie protocol		
Inzetten anti-decubitusmateriaal		
Nadelen anti-decubitusmateriaal		
Niet gebruiken protocol		
Onbekendheid protocol		
Protocollair werken		
Verantwoordelijkheidsgevoel		
Voorradigheid anti-decubitusmateriaal		

Open codering	Axiale codering	Selectieve codering (thema)
Activiteitenplan	<i>Rol samenwerking en terugkoppeling bij toereikende decubituspreventie.</i>	Communicatie
Anamnese		
Bewustwording		
Functioneren elektronisch patiëntendossier	<i>Rol elektronisch patiëntendossier bij toereikende decubituspreventie</i>	
Gebruik elektronisch patiëntendossier		
Invullen formulieren		
Korte lijnen disciplines		
Opname		
Overdracht		
Rapportage		
Rol supervisor verpleegkundigen		
Samenwerking collega's		
Samenwerking andere disciplines		
Terugkoppeling		
Vergeten rapportage		
Vervolgacties risicosignalering		
Zorgassistenten		

Open codering	Axiale codering	Selectieve codering (thema)
Aandachtspunten decubitus	<i>Toepassen decubituspreventie</i>	Organisatie
Bewustwording	<i>tijdens het zorg verlenen</i>	
Decubituscontrole nieuwe opname		
Extra personeel	<i>Rol werkdruk en tijdgebrek bij</i>	
Gebrek aan personeel	<i>decubituspreventie</i>	
Houding decubituspreventie		
Implementatie preventief handelen		
Lagere incidentie		
Observatie		
Onderliggende oorzaken decubitus		
Ontoereikende decubituspreventie		
Prioriteit		
Tijdgebrek		
Tijdige signalering		
Toereikende decubituspreventie		
Vergeten preventieve handelingen		
Vergeten rapportage		
Voorkeur voor preventie		
Werkdruk		

Bijlage M: Van tekstfragment naar thema

Tabel 12: Van tekstfragment naar thema

Tekstfragment	Open coderingen	Axiale codering(en)	Selectieve coderingen (thema)
“Ja er zitten collega’s tussen, ik bedoel, dat lees je ook wel eens, dat een patiënt bijvoorbeeld niet meer uit bed geweest is. Maar ik weet dan niet of het door de drukte komt of dat de patiënt geen zin heeft, of zeg het maar. Dus daar ga ik dan niet verder op in. Ik vraag dan wel aan de patiënt of hij de avond ervoor nog even uit bed is geweest. Als dan het antwoord ‘nee’ is, dan vraag ik ook wel eens wat daarvan de reden was. Als ze dan al beginnen te lachen, dan denk ik dat het eerder bij de patiënt en zijn motivatie vandaan komt. Maar het is niet zo dat ik mijn collega’s ook nog vraag waarom de patiënt er niet uit is geweest.” (V6)	Kijk op decubituspreventie; Motivatie decubituspreventie;	Rol motivatie en verantwoordelijkheid bij decubituspreventie	Zorgprofessional
“Als iemand echt niet kan mobiliseren, dan ga je zorgen voor wisselligging. En ik heb echt wel patiënten gehad die niet op de zij willen liggen, alleen maar op de rug. Je moet gewoon altijd goed uitleggen waarom je iets doet. Dat je het niet om ze te plagen, maar dat het echt met voorbedachten rade is. Als iemand bijvoorbeeld hartstikke ziek op de IC heeft gelegen en bij ons terugkomt, die kunnen zo weinig. Dan moet je ze wel wisselligging geven met de kussens in de rug en tussen de benen. En als iemand psychische problemen heeft of het niet snapt, dan pas ik gewoon de maatregelen toe. Ik heb liever dat iemand geen decubitus ontwikkelt. En ik hoop dan dat dat patiënt het begrijpt en gemotiveerd is om mee te doen. Dat is niet altijd het geval. Sommigen vinden het gewoon niet prettig, maar het moet.” (V9)	Risico op decubitus; Mobiliteit; Motivatie decubituspreventie; Houding decubituspreventie; Preventief handelen.	Patiëntgerichte invloeden bij decubituspreventie	Patiënt

“Het gaat er meer om dat het me wel eens belemmert om een reposematras in te zetten als ik weet dat dat de mobilisatie niet ten goede komt. Als iemand wordt opgenomen en ik denk dat de patiënt een repose kán krijgen, maar dat tegelijk de mogelijkheid bestaat dat de patiënt snel kan mobiliseren, dan kunnen we het eerst nog zonder reposematras proberen. Maar dan ligt de focus vanzelfsprekend wel volledig op de mobilisatie. En mocht dat dan niet lukken, dan kan er alsnog een reposematras ingezet worden.” (V5)	Inzetten anti-decubitusmateriaal; Nadelen anti-decubitusmateriaal; Gebruik anti-decubitusmateriaal;	Rol anti-decubitusmateriaal bij toereikende decubituspreventie	Materiaal
“Nee, ik denk niet dat de formulieren voor de risicosignalering consequent worden ingevuld. Dat is dan onze taak ook, ik bedoel, we hebben nu ook weer de hele groep stagiaires, dus je moet hen er ook op wijzen dat er verpleegproblemen of bepaalde risico's zijn bij een bepaalde patiënt, zoals valrisico en ondervoeding en dat die ook daadwerkelijk in het activiteitenplan worden gezet. Daardoor dwing je een ander ook om ernaar te kijken. Maar dat is ook weer een kwestie van communiceren en aanleren. Want het systeem biedt het wel aan, het zit er allemaal in. Aan het systeem ligt het niet.” (V4)	Rapportage; Gebruik elektronisch patiëntendossier (digitaal rapportagesysteem)	Rol elektronisch patiëntendossier (digitaal rapportagesysteem) bij toereikende decubituspreventie	Communicatie
“Als je te weinig tijd hebt, dan is dat erg frustrerend, maar dat is het altijd. Maar dan ga je toch een prioriteit stellen wat je eerst gaat doen en wat als laatst. En dan is het natuurlijk een 24-uurs bedrijf, dus als ik er in mijn dienst niet aan toe kom, vraag ik dan de volgende dienst of die wat meer wil mobiliseren. En die zijn dan toch weer met wat meer, of het is wat rustiger.”(V8)	Tijdgebrek; Werkdruk; Prioriteit;	Rol werkdruk en tijdgebrek bij toereikende decubituspreventie	Organisatie

Bijlage N: Peer-review critical friends

Zakelijke gegevens	
versie september 2014	
Naam student	Esmee Glas
Studentnummer	358940
Student account	Glas1400
Titel afstudeeropdracht	Decubituspreventie: better safe than sorry, of toch niet? - Een kwalitatief onderzoek naar de factoren rondom de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus bij de kwetsbare patiënt
Student beoordelaar	Everdyna de Haan
Datum beoordeling	23-11-2017

Verplichte bewijsstukken:	Voldoet	Voldoet niet
De verslaglegging van 'Onderzoeksrapportage' voldoet aan de eisen die als voorwaardelijk zijn gesteld om tot beoordeling over te gaan.	x	
De omvang van 'Opzet onderzoek' voldoet aan de eisen die als voorwaardelijk zijn gesteld om tot beoordeling over te gaan.	x	
Beoordelingsadvies praktijk is aanwezig	x	

Beoordelingscriteria Opzet Onderzoek		versie september 2014
Inleiding	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
Heldere beschrijving en verantwoording van de relevantie van het onderwerp voor de verpleegkundige beroepsuitoefening.	Voldaan	Voorwoord: Ik weet niet zeker of je de middelste alinea hoeft te benoemen maar in principe maakt dat ook niet zoveel uit. Samenvatting resultaten: Ik denk dat je hier beter wat concrete resultaten kunt benoemen en bij methode de vijf thema's kunt benoemen. Zo heb je namelijk een conclusie zonder concrete resultaten, maar dit kan je ook even aan Froukje vragen.
Heldere beschrijving van context, (probleem)situatie en probleemstelling.	Voldaan	

Eenduidige formulering doel- en vraagstelling (Onderzoeksvraag) en eventuele deelvragen. Consistentie tussen probleem-, doel- en vraagstelling (Onderzoeksvraag) en eventuele deelvragen	Voldaan	
Toelichting op de opbouw van de gehele rapportage.	Voldaan	
Theoretisch kader	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
De essentiële begrippen van het probleemgebied zijn gedefinieerd.	Voldaan	
De zoekstrategie, trefwoorden, informatiebronnen zijn gestructureerd en methodisch beschreven.	Voldaan	
De resultaten uit het theoretisch kader vormen een samenhangend en logisch kader voor het praktijkonderzoek.	Helder en duidelijk beschreven. Het middelste stuk is soms iets lang, maar ik vind het duidelijk en niet uitgelegd.	Paragraaf 1.3.2: tweede alinea, vierde zin staat an sich volgens mij klopt dit niet.
De te onderzoeken variabelen zijn expliciet beschreven.	Voldaan	
Onderzoeksmethode	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
Het type onderzoek is verantwoord en sluit aan bij de probleem-, doel- en vraagstelling(en).	Alle punten heel duidelijk beschreven.	
De beschrijving van de te onderzoeken populatie, de selectieprocedure en omvang van de onderzoekspopulatie / steekproef zijn helder en verantwoord.	Voldaan	
De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoeksontwerp (respondentselectie en dataverzamelingstechniek) zijn verantwoord.	Voldaan	
De verantwoording hoe de kernbegrippen en variabelen geoperationaliseerd en gemeten worden.	Voldaan	
De validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument(en) worden beschreven.	Voldaan	
De wijze van data-analyse, de analyseprocedure passend bij dataverzamelingstechniek, het analyse-instrument en de gebruikte software zijn helder, precies en transparant inzichtelijk gemaakt.	Voldaan	

Resultaten	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
De omvang van de steekproef/populatie en de kenmerken (respons en uitvallers) zijn beschreven.	Duidelijk	
Zakelijke (zonder interpretatie) en doelmatige weergave van resultaten.	Veel beter en bondiger geschreven nu, leest meteen een stuk prettiger.	Het blijft wel een lang stuk om te lezen, maar begrijp ook dat het niet anders kan.
Logische opbouw met structuur en samenhang van resultaten met een heldere relatie van de afzonderlijke deelvragen naar de centrale vraagstelling.	Duidelijk losse thema's beschreven.	
Adequaat gebruik van eventuele schema's, grafieken en tabellen bij de presentatie van de bevindingen.	Goed.	
Conclusie en discussie	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
Logische opbouw in conclusie die leidt tot beantwoording van de deel- en hoofdvragen van het onderzoek.	Duidelijk, komt logisch uit de resultaten voort.	
De conclusie omvat een afgewogen geheel en een consistente weergave van de bevindingen.	Duidelijk.	
Uitkomsten theoretisch kader en de resultaten van het praktijkonderzoek worden op logische manier met elkaar in verband gebracht.	Mooi met elkaar in een stuk verbonden.	
In de discussie is een kritische reflectie op het onderzoek vanuit methodologisch en inhoudelijk perspectief beschreven.	Goed en kritisch beschreven	
Aanbevelingen	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
Aanbevelingen komen op logische wijze voort uit de onderzoeksuitkomsten.	Duidelijk!	Aanbeveling folder patiënt: misschien kan je hier nog even benoemen dat in de folder ook de belangrijke rol van de patiënt zelf naar voren kan komen en uitleg geeft wat de patiënt zelf kan doen om het te voorkomen. Aangezien je in de resultaten beschrijft dat dit vaak wel eens belemmerend is.

		Ik vind dat van die Braden schaal wat nieuw uit de lucht vallen maar kan ook zijn dat ik het per ongeluk niet goed opgeslagen heb tijdens het lezen. Als je het wel al in de discussie hebt dan mag je deze opmerking negeren.
Aanbevelingen zijn onderbouwd op relevantie, bruikbaarheid en haalbaarheid.	Voldaan	
Bronnen	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
Relevantie, diepgang en reikwijdte van de gebruikte literatuur en andere bronnen voor het onderzoek zijn duidelijk beschreven.	Voldaan	
Aantal (minimaal 10) gebruikte bronnen voor het theoretisch kader waaronder 2 anderstalige onderzoekspublicaties. Alle bronnen zijn van minimaal Hbo niveau.	Voldaan	

Eindbeoordeling peer review			
	O-V-G	Naam	Handtekening
Eindoordeel	G	Everdyna de Haan	

Toelichting: Ik heb niet veel op te merken. Ik vind het serieus echt heel goed geschreven en het is echt mega veel werk wat je allemaal hebt gedaan.

Zakelijke gegevens	
versie september 2014	
Naam student	Esmee Glas
Studentnummer	358940
Student account	Glas1400
Titel afstudeeropdracht	Decubituspreventie: better safe than sorry, of toch niet? - Een kwalitatief onderzoek naar de factoren rondom de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus bij de kwetsbare patiënt
Student beoordelaar	Liza van der Werff
Datum beoordeling	23-11-2017

Verplichte bewijsstukken:	Voldoet	Voldoet niet
De verslaglegging van 'Onderzoeksrapportage' voldoet aan de eisen die als voorwaardelijk zijn gesteld om tot beoordeling over te gaan.	x	
De omvang van 'Onderzoeksrapportage' voldoet aan de eisen die als voorwaardelijk zijn gesteld om tot beoordeling over te gaan.	x	
Beoordelingsadvies praktijk is aanwezig	x	

Beoordelingscriteria Opzet Onderzoek		
versie september 2014		
<i>Inleiding</i>	<i>Positieve bevindingen</i>	<i>Bevindingen van aandacht</i>
Heldere beschrijving en verantwoording van de relevantie van het onderwerp voor de verpleegkundige beroepsuitoefening.	Voldaan	
Heldere beschrijving van context, (probleem)situatie en probleemstelling.	Voldaan	
Eenduidige formulering doel- en vraagstelling (Onderzoeksvraag) en eventuele deelvragen. Consistentie tussen probleem-, doel- en vraagstelling (Onderzoeksvraag) en eventuele deelvragen	Voldaan	
Toelichting op de opbouw van de gehele rapportage.	Voldaan	

Theoretisch kader	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
De essentiële begrippen van het probleemgebied zijn gedefinieerd.	Voldaan	
De zoekstrategie, trefwoorden, informatiebronnen zijn gestructureerd en methodisch beschreven.	Voldaan	
De resultaten uit het theoretisch kader vormen een samenhangend en logisch kader voor het praktijkonderzoek.	Ik vind het een mooi, duidelijk stuk tekst. Zeker niet wollig. Het voelt wel als veel tekst, maar het is gevoelsmatig precies goed genoeg. Net op het moment dat ik dacht, oké, nu is het wel goed, was het ook klaar.	
De te onderzoeken variabelen zijn expliciet beschreven.	Voldaan	
Onderzoeksmethode	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
Het type onderzoek is verantwoord en sluit aan bij de probleem-, doel- en vraagstelling(en).	Voldaan	
De beschrijving van de te onderzoeken populatie, de selectieprocedure en omvang van de onderzoekspopulatie / steekproef zijn helder en verantwoord.	Voldaan	
De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoeksontwerp (respondentenselectie en dataverzamelingstechniek) zijn verantwoord.	Voldaan	
De verantwoording hoe de kernbegrippen en variabelen geoperationaliseerd en gemeten worden.	Voldaan	
De validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument(en) worden beschreven.	Voldaan	
De wijze van data-analyse, de analyseprocedure passend bij dataverzamelingstechniek, het analyse-instrument en de gebruikte software zijn helder, precies en transparant inzichtelijk gemaakt.	Prima!!	

Resultaten	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
De omvang van de steekproef/populatie en de kenmerken (respons en uitvallers) zijn beschreven.	Goed	
Zakelijke (zonder interpretatie) en doelmatige weergave van resultaten.	Prima.	Je hebt veel citaten gebruikt, dit komt niet overal de leesbaarheid ten goede. Toch blijft het dubbel, want hiermee ondersteun je wel heel mooi elke zin die je zegt, wat ik dan wél weer heel erg kan waarderen aan die citaten.
Logische opbouw met structuur en samenhang van resultaten met een heldere relatie van de afzonderlijke deelvragen naar de centrale vraagstelling.	Prima. Praktijkdeelvragen had je niet, maar voor je hoofdvraag heb je de resultaten zeker goed weergegeven.	
Adequaat gebruik van eventuele schema's, grafieken en tabellen bij de presentatie van de bevindingen.	Netjes gedaan!	Soms is niet elk stukje tekst even goed leesbaar, mogelijk is hier nog iets in aan te passen? Zo is bij figuur 4 bijvoorbeeld een deel van de tekst samengevallen met de streep van je mindmap, het zou mooi zijn als je het net zo voor elkaar krijgt als aan de rechterkant van je woordspin, daar staat het namelijk wel mooi los van die streep.
Conclusie en discussie	Positieve bevindingen	Bevindingen van aandacht
Logische opbouw in conclusie die leidt tot beantwoording van de deel- en hoofdvragen van het onderzoek.	Goed!	
De conclusie omvat een afgewogen geheel en een consistente weergave van de bevindingen.	Ook goed. Niet te lang en duidelijk!	
Uitkomsten theoretisch kader en de resultaten van het praktijkonderzoek worden op logische manier met elkaar in verband gebracht.	Ook goed gedaan. Je hebt mooi verbanden gelegd en omdat je telkens een vaste structuur aanhoudt leest het heel prettig.	
In de discussie is een kritische reflectie op het onderzoek vanuit methodologisch en inhoudelijk perspectief beschreven.	Prima! Mooie kritische reflectie!	

<i>Aanbevelingen</i>	<i>Positieve bevindingen</i>	<i>Bevindingen van aandacht</i>
Aanbevelingen komen op logische wijze voort uit de onderzoeksuitkomsten.	Mooie aanbevelingen en goed beargumenteerd en uitgewerkt.	
Aanbevelingen zijn onderbouwd op relevantie, bruikbaarheid en haalbaarheid.		Deze vind ik niet heel duidelijk terug, maar ik mis ze ook niet in je verhaal. Omdat je het al zo goed uitgelegd hebt.
<i>Bronnen</i>	<i>Positieve bevindingen</i>	<i>Bevindingen van aandacht</i>
Relevantie, diepgang en reikwijdte van de gebruikte literatuur en andere bronnen voor het onderzoek zijn duidelijk beschreven.	Voldaan	
Aantal (minimaal 10) gebruikte bronnen voor het theoretisch kader waaronder 2 anderstalige onderzoekspublicaties. Alle bronnen zijn van minimaal Hbo niveau.	Voldaan	

Eindbeoordeling peer review

	<i>O-V-G</i>	<i>Naam</i>	<i>Handtekening</i>
Eindoordeel	G	Liza van der Werff	

Toelichting: Mooie rapportage heb je! Je hebt veel werk en vooral ook veel informatie weten te plaatsen in een toch nog beknopte rapportage. Het is een duidelijk verhaal wat prettig leest. Ik heb hier en daar nog wat suggesties gedaan, een aantal inhoudelijk ook.

Bijlage O: Advies praktijk Onderzoeksrapportage

<i>Naam student</i>	Esmee Glas
<i>Rapportage onderzoek</i>	Decubituspreventie: better safe than sorry, of toch niet? – Een kwalitatief onderzoek naar de factoren rondom de onderbelichting van de preventieve focus op decubitus bij de kwetsbare patiënt.
<i>Datum</i>	27-11-2017

	Naam	Functie	Paraaf
<i>Medewerker praktijk</i>	Leentje Witteveen	Verpleegkundige / praktijkopleider	<i>L. Witteveen</i>

Criterium	O	V	G	U
De student heeft een respectvolle houding, is omgevingsbewust en integer tijdens het uitvoeren van het onderzoek.			x	
De student heeft een onderzoekende houding, is nieuwsgierig, creatief, zorgvuldig en transparant.			x	
De student gebruikt expertise over de doelgroep.			x	
De student kan de link leggen tussen het praktijkonderzoek en het eigen vakgebied.			x	
De student stelt zich coöperatief op.			x	
De student is in staat professioneel te communiceren met patiënten, vakgenoten en collega's.			x	
De student is in staat om te leren van eigen ervaring en feedback van anderen.			x	
De student kan resultaten van het onderzoek terugkoppelen aan betrokkenen.			x	
De student heeft aangetoond opgedane kennis en inzicht toe te kunnen passen.			x	
De Onderzoeksrapportage voldoet aan professionele normen, die in de instelling worden gehanteerd.			x	
Het onderzoek voldoet aan de eisen die tussen student en opdrachtgever overeen zijn gekomen (in onderzoeksopzet).			x	
De onderzoeksuitkomsten zijn op logische wijze vertaald naar relevante, bruikbare en haalbare aanbevelingen.				x

Cesuur: O=onvoldoende; V=voldoende; G=goed; U=uitstekend

Toelichting beoordeling opdrachtgever:

De conclusie bevat een afgewogen geheel en er is op creatieve wijze nagedacht over de verbinding van theorie en praktijkonderzoek en dit heeft geleid tot zeer bruikbare en haalbare conclusies en aanbevelingen. Hier kunnen wij echt wat mee. Ik heb het beoordelingsformulier ingevuld en ik kom uit op een mooie 8,5. Goed gedaan!

Bijlage P: Check en reflectie SafeAssign

Uitslag plagiaatscan

loket definitieve
versie eindverslag

Esmee Glas (358940) on Tue, Nov 28 2017,
5:01 PM

22% highest match

Submission ID: ae604159-2479-4392-adcb-
775e5861fd67

glas1400-15.S-rappor...

Word Count: 31,237 | 22%

Attachment ID: 190353726

Verantwoording

Op basis van de uitslag van de plagiaatscan komt naar voren dat in de onderzoeksrapportage mogelijk sprake is van plagiaat (Blackboard Support Centre, 2016). De aangegeven onderdelen zijn nogmaals geanalyseerd en gecontroleerd op adequate bronvermelding.

Allereerst komt naar voren dat veel gemarkeerde citaten veelvoudig gebruikt worden in scripties als standaard zinnen en termen (figuur 8). Verder worden de vermelde bronnen weergegeven als plagiaat. Vaak komen de aangegeven bronnen niet overeen met de door de onderzoeker vermelde bron. Zo wordt in sommige gevallen alleen naar het jaartal van de bron gekeken (figuur 9).

Suspected Entry: 66% match

Uploaded - glas1400-15.S-rapportage onderzoek-1718-2-1.pdf
Voorafgaand aan het praktijkonderzoek wordt in de

Source - Another user's paper
Voorafgaand aan het onderzoek is de

Figuur 8 Voorbeeld plagiaatscan SafeAssign omtrent standaard zinnen en termen.

Suspected Entry: 69% match

Uploaded - glas1400-15.S-rapportage onderzoek-1718-2-1.pdf
Gunningberg et al., 2015

Source - Another student's paper
(Davies et al, 2015)

Figuur 9 Voorbeeld plagiaatscan SafeAssign omtrent bronvermelding.

Uit de scan kwam wel een overeenkomende zin naar voren, waarbij de bronvermelding niet overeenkwam. De zin werd echter vervolgd en alsnog aangevuld met de bron (figuur 10.)

Suspected Entry: 84% match ✕

Uploaded - glas1400-15.S-rapportage onderzoek-1718-2-1.pdf hoe lager de score, hoe hoger het risico	Source - Another student's paper Hoe lager de score, hoe hoger het risico (Both & Halfens, 2008)
---	--

Bij een score van 20 of lager valt de patiënt binnen de

risicogroep. **5** (Qaseem et al., 2015).

Figuur 10 Voorbeeld plagiaatscan SafeAssign omtrent gebruikt citaat.

Ten slotte kwam naar voren dat het sommige zinnen overeenkwamen met het voorafgaande onderzoek. Omdat dit onderzoek een vervolgonderzoek is, is het vanzelfsprekend dat de afdeling en het onderwerp van het voorafgaande onderzoek overeenkomen (figuur 11).

Suspected Entry: 69% match ✕

Uploaded - glas1400-15.S-rapportage onderzoek-1718-2-1.pdf voor MDL, Interne geneeskunde, Gynaecologie, Chirurgie en Urologie van het Antonius Ziekenhuis te	Source - Another student's paper Voor de preventie van decubitus heeft afdeling AB2, chirurgie, urologie, MDL, interne en gynaecologie van het Antonius Ziekenhuis te Sneek repose materialen in gebruik
--	--

Figuur 11 Voorbeeld plagiaatscan SafeAssign omtrent overeenkomende afdeling en onderwerp.

Geconcludeerd kan worden dat niet tot nauwelijks sprake is van concreet plagiaat in de geschreven tekst. De plagiaat die aangegeven wordt, komt van bronnen die in andere onderzoeken gebruikt zijn, onderdelen die in ieder onderzoeksverslag terugkomen en informatie waarvan de bron duidelijk vermeld is.