

Wondzorg, belangrijker dan je denkt

Wound care, more important
than you think

Naam: Sakina Samadi

Studentnummer: 1307967

Opleiding: Verpleegkunde

Docentbegeleidster: Bastienne de Rooij

Tweede beoordelaar: Jeanny Huveneers

Werkplek: Sevagram Plataan

Werkbegeleiders: Mandy Sangen – Deitz

& Niels Peters

Peerassessor: Mandy Raïke

Stageperiode: 07 mei 2018 – 21 december 2018

Faculteit: Gezondheidszorg

Zuyd Hogeschool te Heerlen

Datum: 07-12-2018



**Zuyd University
of Applied Sciences** **ZU
YD**



Bron: Falke & Verbaan (z.d.), PT Webucation (z.d.), Perfectus Biomed (z.d.) & Wikipedia contributors (2018)

Samenvatting

Er bestaat een groot verschil in de prevalentie en incidentie van wonden op de wereld. Nederland heeft naar schatting ongeveer 500.000 patiënten met wonden per jaar. Bij de term 'wond' is er sprake van een beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel. Het verlenen van wondzorg wordt gezien als een dynamisch proces. Hierbij wordt er van zorginstellingen geacht om te blijven ontwikkelen en van de medewerkers wordt er verwacht om zicht te blijven scholen. In de loop ter tijd zijn kennis en expertise rondom wondzorg bij verpleegkundigen en verzorgenden versnipperd geraakt. Bestaande wondzorgrichtlijnen worden eveneens als versnipperd en veelomvattend beschreven. Sevagram Plataan is een geriatrie revalidatiekliniek. Hier komen verschillende wondsoorten voor, zoals: decubitus, incontinentiegeassocieerde dermatitis en operatiewonden. Het verplegend personeel is voorzien van meerdere wondprotocollen. Tweejaarlijks worden de kennis en vaardigheden van het verplegend personeel getoetst tijdens de wondzorgtoets.

De probleemstelling is dat het verplegend personeel de wondzorg niet protocollair uitvoert, waardoor de kwaliteit van leven van cliënten verminderd wordt doordat zij onder andere pijn ervaren, slapeloos zijn en een verhoogde kans op infecties hebben. Verondersteld wordt dat niet iedereen van het verplegend personeel op de hoogte is van alle wondprotocollen, voldoende kennis heeft over wondzorg en/of protocollen als gevolg van werk- en tijdsdruk niet nageleefd worden.

De doelstelling die hieruit naar voren gekomen is, is om het verplegend personeel binnen deze revalidatiesetting aanbevelingen te kunnen geven over het verlenen van verantwoorde wondzorg, waardoor zowel de kwaliteit van zorg als de kwaliteit van leven van cliënten verbeterd wordt. De doelstelling leidt tot de hoofdvraag, welke als volgt luidt: *“Welke aanbevelingen kunnen er gegeven worden over de verbetering van wondzorg binnen een revalidatiesetting aan de hand van de wenselijke en feitelijke situatie?”*.

Voor de literatuurstudie is er gezocht in de databanken van Pubmed, Cinahl, Springerlink en Doorzoek Informatiebronnen Zuyd (DiZ). Hierbij is onder andere gezocht op optimal wound care, wound management, practical skills en wondzorg. Voor dit verbetertraject zijn er 4 interviews gehouden (2 wondverpleegkundigen, 1 aandachtfunctionaris en 1 zorgcoördinator), 8 observaties uitgevoerd en 1 enquête binnen het team afgenomen.

De belangrijkste resultaten zijn: kennistekort en ondeskundigheid in wondsoorten, wond- en verbandmaterialen en het TIME-model, niet consequent gebruik maken van wondprotocollen en onjuiste planning met als gevolg werkdruk waardoor wondzorg niet of niet op de juiste wijze uitgevoerd wordt. Uit de verkregen resultaten kan geconcludeerd worden dat wondzorg in deze revalidatiesetting niet op de juiste wijze geleverd wordt.

Abstract

There is a big difference in the prevalence and incidence of wounds in the world. The Netherlands has estimated approximately 500,000 patients with wounds each year. The term 'wound' involves damage to the skin and/or the underlying tissue. The provision of wound care is seen as a dynamic process. Therefore, care institutions are expected to continue developing, as well as, the employees are expected to stay educated. In the course of time, knowledge and expertise in wound care for nurses have become fragmented. Existing wound care guidelines are also described as fragmented and comprehensive. Sevagram Plataan is a geriatric rehabilitation clinic. Different types of wounds occur here, such as: decubitus, incontinence-associated dermatitis and surgical wounds. The nursing staff is equipped with multiple wound protocols. Every two years, the nursing staff is required to show their knowledge and skills about how to care for wounds.

The problem is the nursing staff does not perform the wound care by protocol, which causes clients' quality of life to decrease because they experience pain, insomnia, and increased risk of infections. It is presumed that not all of the nursing staff is aware of all wound protocols. Also, there might be a lack of knowledge about wound care and as a result of work or time pressure protocols are not been complied to.

The objective that emerged from this is to be able to give the nursing staff within this rehabilitation setting recommendations on the provision of responsible wound care, thereby improving both the quality of care and the quality of life of clients. The objective leads to the main question, which reads as follows: "What recommendations can be made about the improvement of wound care within a rehabilitation setting on the basis of the desirable and factual situation?".

For the literature study, there is researched in the databases of Pubmed, Cinahl, Springerlink and Doorzoek Informatiebronnen Zuyd (DiZ). Here for the following terms were used: optimal wound care, wound management, practical skills and wondzorg. For this improvement process, there has been held: 4 interviews (2 wound nurses, 1 attention officer and 1 care coordinator), 8 observations and 1 survey within the team.

The most important results are: lack of knowledge and incompetence in wound types, wound and bandage materials and the TIME model, not consistently using the wound protocols, as well as, incorrect planning which results in work pressure causing wound care not to be performed or not to be performed correctly. From the results obtained it can be concluded that wound care in this rehabilitation setting is not provided accurately.

Voorwoord

Momenteel zit ik in mijn laatste en vierde studiejaar van de opleiding Verpleegkunde te Zuyd Hogeschool. In mijn voorgaande studiejaar heb ik in verschillende zorginstellingen en thuiszorgorganisaties stagegelopen. Voor mijn afstudeerstage loop ik stage bij Sevagram Plataan op de Collum Care afdeling. Hier worden voornamelijk cliënten ter revalidatie van een heupfractuur opgenomen. Sevagram Plataan is een geriatrisch revalidatiekliniek die zich richt op ouderen die dienen te herstellen. In de revalidatie komt er zowel een klinisch als een poliklinisch gedeelte naar voren.

Voor u ligt mijn bachelor thesis 'Wondzorg, belangrijker dan je denkt'. Deze thesis is het resultaat van mijn onderzoek naar het verbeteren van wondzorg op de Collum Care afdeling. In de bachelor thesis gaat het over het implementeren van een verbeterplan over wondzorg. Dit is in de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar geschreven. Het verbeterplan is opgesteld door het in kaart brengen van de wenselijke en feitelijke situatie.

Nu u meer over mij en de opdracht weet wil ik graag nog een aantal mensen bedanken: Allereerst wil ik mijn collega's op de Collum Care afdeling bedanken voor hun bijdrage aan deze bachelor thesis. Verder wil ik specifiek Bastienne de Rooij (praktijkdocent), Mandy Sangen – Deitz (werkbegeleider), Niels Peters (werkbegeleider) en Mandy Raike (peerassessor) bedanken voor hun steun, hulp en feedback tijdens de uitvoering van de bachelor thesis.

Ik wens u veel leesplezier toe,

Sakina Samadi,

Kerkrade, 7 december 2018

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Abstract	3
Voorwoord	4
Inleiding	8
Hoofdstuk 1 – De wenselijke situatie	10
1.1 <i>Methodiekbeschrijving.....</i>	10
1.1.1 Methodiek literatuurstudie.....	10
1.1.2 Methodiek interviews	10
1.1.3 Methodiek enquête	11
1.2 <i>Resultaten wenselijke situatie</i>	12
1.2.1 Resultaten literatuur.....	12
1.2.2 Resultaten interviews.....	14
1.2.3 Resultaten enquête.....	16
1.3 <i>Vergelijking resultaten wenselijke situaties.....</i>	16
<i>Conclusie.....</i>	16
Hoofdstuk 2 – De feitelijke situatie.....	18
2.1 <i>Methodiekbeschrijving.....</i>	18
2.1.1 Methodiek interviews	18
2.1.2 Methodiek observaties	18
2.1.3 Methodiek enquête	18
2.2 <i>Resultaten feitelijke situatie</i>	19
2.2.1 Resultaten interviews.....	19
2.2.2 Resultaten observaties	20
2.2.3 Resultaten enquête.....	21
2.3 <i>Vergelijking resultaten feitelijke situatie</i>	22
2.4 <i>Vergelijking wenselijke en feitelijke situatie</i>	23
2.5 <i>Concrete doelen voor verandering</i>	23
<i>Conclusie.....</i>	24

Hoofdstuk 3 – Probleemanalyse van de doelgroep en setting.....	25
3.1 <i>Methodiekbeschrijving</i>	25
3.1.1 Methodiek interview	25
3.1.2 Methodiek enquête	25
3.2 <i>Resultaten doelgroep en setting</i>	25
3.2.1 Setting	25
3.2.2 Doelgroep	26
3.2.4 Segmentatie	26
3.4 <i>Bevorderende en belemmerende factoren</i>	27
<i>Conclusie</i>	28
Hoofdstuk 4 – Ontwikkeling strategieën en interventies	30
4.1 <i>Methodiekbeschrijving</i>	30
4.2 <i>Strategieën en interventies</i>	30
<i>Conclusie</i>	32
Nabeschouwing.....	33
<i>Conclusie</i>	33
<i>Discussie</i>	33
<i>Aanbevelingen voor in de praktijk</i>	34
Literatuurlijst	35
Bijlagen	39
<i>Bijlage 1 – Het reflectieverslag</i>	39
<i>Bijlage 2 – Vergelijking resultaten wenselijke situatie</i>	44
<i>Bijlage 3 – Vergelijking resultaten feitelijke situatie</i>	45
<i>Bijlage 4 – Stappen Grol en Wensing</i>	46
<i>Bijlage 5 – Zoekstrategie</i>	49
<i>Bijlage 6 – Wondzorg competentie lijst</i>	53
<i>Bijlage 7 – Schema reinigen, ontsmetten en wondmateriaal</i>	56
<i>Bijlage 8 – TIME & WCS-classificatie</i>	57

<i>Bijlage 9 – Topiclijst interview wondverpleegkundige</i>	<i>59</i>
<i>Bijlage 10 – Uitwerking interview wondverpleegkundige 1</i>	<i>62</i>
<i>Bijlage 11 – Uitwerking interview wondverpleegkundige 2</i>	<i>70</i>
<i>Bijlage 12 – Topiclijst interview aandachtfunctionaris</i>	<i>81</i>
<i>Bijlage 13 – Uitwerking interview aandachtfunctionaris</i>	<i>83</i>
<i>Bijlage 14 – Topiclijst interview zorgcoördinator.....</i>	<i>87</i>
<i>Bijlage 15 – Uitwerking interview zorgcoördinator</i>	<i>89</i>
<i>Bijlage 16 – Enquête.....</i>	<i>94</i>
<i>Bijlage 17 – Resultaten enquête</i>	<i>100</i>
<i>Bijlage 18 – Resultaten observaties</i>	<i>111</i>
<i>Bijlage 19 – Innovatietheorie van Rogers.....</i>	<i>113</i>
<i>Bijlage 20 – Voorstel bachelor thesis</i>	<i>114</i>
<i>Bijlage 21 – Beoordeling bachelor thesis door peerassessor</i>	<i>124</i>
<i>Bijlage 24 – Beoordeling bachelor thesis door werkbegeleider(s)</i>	<i>143</i>
<i>Bijlage 23 – Beoordeling bachelor thesis door 1^e & 2^e beoordelaar.....</i>	<i>145</i>

Inleiding

Aanleiding Wereldwijd bestaat er een grote diversiteit in de prevalentie en incidentie van wonden. Zo komt er in een Canadese studie naar voren dat 53,2% van de patiënten van een zorginstelling een of meerdere wonden hebben. Een Spaans onderzoek geeft daarentegen aan een prevalentie van 7,6% bij een soortgelijke zorginstelling te hebben (Graves & Zheng, 2014). Nederland heeft naar schatting ongeveer 500.000 patiënten per jaar met een wond. Gezien de toenemende vergrijzing en complexiteit van de zorg zullen deze cijfers verder stijgen gedurende de tijd (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2018; Zwartbol, 2016; Nederlandse Zorgautoriteit, 2014). Bedaf (2016) beschrijft de term 'wond' als een verbreking van de continuïteit in het weefsel. Hierbij is er sprake van een beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel omwille van verschillende oorzaken, zoals: een operatie, een trauma of decubitus (Wiegman, 2018). Wondzorg wordt gezien als een dynamisch proces, waarbij zorginstellingen zich zouden moeten blijven ontwikkelen en medewerkers zich zouden moeten scholen (Zwartbol, 2016). Van den Schoor (2017) beschrijft dat kennis en expertise over wondzorg in de loop ter tijd versnipperd is geraakt. Wond- en verbandmaterialen vereisen eveneens kennis en deskundigheid, echter ontbreekt dit nog vaak in de praktijk (Brölmann, Go, Ubbink, & Vermeulen, 2013). Bestaande richtlijnen betreffende wondzorg worden evenzo als versnipperd en veelomvattend beschreven (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, Nederlandse Vereniging voor Plastisch Chirurgie, & Wondplatform Nederland, 2018; Lloyd-Vossen, 2009).

Sevagram Plataan is een geriatrisch revalidatiecentrum. In een revalidatiesetting komen verschillende wondsoorten voor, zoals: incontinentiegeassocieerde dermatitis, decubitus en operatiewonden (Zwartbol, 2016). Sevagram voorziet verpleegkundigen en verzorgenden (verder benoemd als verplegend personeel) van verschillende wondprotocollen. De Vilans KICK-protocollen en het wondbehandelprotocol zijn hier enkele van. Om de kennis en vaardigheden van het verplegend personeel gewaarborgd te houden, worden er tweejaarlijks verplicht wondzorgtoetsen afgenomen. Uit informele gesprekken is gebleken dat het verplegend personeel betreffende wondzorg niet protocollair te werk gaat. Door slechte wondzorg toe te passen, wordt de kwaliteit van leven van cliënten beïnvloedt. Zij ervaren hierdoor pijn, zijn slapeloos en hebben een verhoogde kans op infecties. Er kan gesteld worden dat daardoor een verminderde kwaliteit van zorg geleverd wordt. Het probleem is dus dat de kwaliteit van leven van cliënten verminderd wordt doordat wondzorg niet door het verplegend personeel protocollair uitgevoerd wordt. Er wordt verondersteld dat niet iedereen van het verplegend team op de hoogte is van alle wondprotocollen, voldoende kennis heeft omtrent wondzorg en/of protocollen worden als gevolg van werk- of tijdsdruk niet nageleefd.

Doelstelling & Hoofdvraag De doelstelling van dit verbetertraject is om het verplegend personeel binnen deze revalidatiesetting aanbevelingen te kunnen geven over het verlenen van verantwoorde wondzorg, waardoor zowel de kwaliteit van zorg als de kwaliteit van leven van cliënten verbeterd wordt.

Om dit doel te kunnen bereiken is er een concrete hoofdvraag opgesteld, welke als volgt luidt: *“Welke aanbevelingen kunnen er gegeven worden over de verbetering van wondzorg binnen een revalidatiesetting aan de hand van de wenselijke en feitelijke situatie?”*.

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er een aantal deelvragen opgesteld:

1. Hoe ziet de wenselijke situatie vanuit de praktijk en literatuur eruit rondom het verzorgen van een wond (in een revalidatiekliniek)?
2. Op welke manieren wordt een wond momenteel verzorgd door de verzorgenden en verpleegkundigen op de afdeling?
3. In hoeverre maakt het personeel gebruik van de bestaande wondprotocollen (Vilans KICK- en wondbehandelprotocol)?
4. Welke bevorderende en belemmerende factoren, ten aanzien van de doelgroep en setting, spelen een rol bij het verzorgen van een wond volgens de protocollen?
5. Welke strategieën, maatregelen en interventies zijn er nodig om verpleegkundigen en verzorgenden volgens protocol wondzorg uit te laten voeren?

Methodiekb beschrijving Deze bachelor thesis is samengesteld aan de hand van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2015). Zie bijlage 4 voor de stappen van Grol en Wensing (2015). Om antwoord te krijgen op de geformuleerde hoofdvraag is er online gezocht in de databanken van Pubmed, Cinahl, Springerlink en Doozoek Informatiebronnen Zuyd (DiZ). Er is onder andere gezocht op de termen optimal wound care, wound management, practical skills en wondzorg. De feitelijke situatie wordt aan de hand van kwalitatief en kwantitatief onderzoek in kaart gebracht. Tijdens het uitvoeren van wondzorg door het verplegend personeel zullen er observaties plaatsvinden. Tevens zullen er 4 semigestructureerde interviews plaatsvinden met 2 wondverpleegkundigen, 1 aandachtsfunctionaris en 1 zorgcoördinator. Ook zal er een enquête afgenomen worden binnen het team omtrent het onderwerp wondzorg.

Leeswijzer Dit verbetertraject is onderverdeeld in vier hoofdstukken. In hoofdstuk één zal de wenselijke situatie omtrent het verbeteren van wondzorg aanbod komen. Hoofdstuk twee zal een beschrijving geven van de feitelijke situatie van de afdeling. Vervolgens zal in hoofdstuk drie de probleemanalyse van de doelgroep en setting besproken worden. Tevens zullen de strategieën en interventies in hoofdstuk vier centraal staan. Na de hoofdstukken is de nabeschuiving toegevoegd met onder andere de aanbevelingen voor de afdeling. Als laatste is de literatuurlijst te vinden. Tevens zijn er nog een aantal bijlagen toegevoegd, waaronder het reflectieverslag (bijlage 1).

Hoofdstuk 1 – De wenselijke situatie

In dit hoofdstuk wordt een concreet en haalbaar voorstel voor verbetering van wondzorg ontwikkeld en vastgesteld (Grol & Wensing, 2015).

1.1 Methodiekbeschrijving

Om de wenselijke situatie met betrekking tot wondzorg in kaart te brengen, is er gebruik gemaakt van drie verschillende onderzoeksmethodieken. Allereerst is er een literatuuronderzoek uitgevoerd, gevolgd door drie semigestructureerde interviews en als laatste is er een enquête binnen het team uitgevoerd. Deze methodieken worden in de onderstaande paragrafen nader toegelicht.

1.1.1 Methodiek literatuurstudie

Om de wenselijke situatie in kaart te brengen is er als eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Het doel hiervan is om inzicht en kennis te verkrijgen in bestaande literatuur over het adequaat uitvoeren van wondzorg. Er is gebruik gemaakt van wetenschappelijke- en conceptuele literatuur dat verkregen is uit de volgende databanken: Pubmed, Cinahl, Springerlink en Doorzoek Informatiebronnen Zuyd (DiZ). De volgende zoektermen zijn gebruikt: optimal wound care, verbetering wondzorg, wondzorg, infectiepreventie, wound classification, guidelines, wound care, wound management en practical skills. Daarbij is er gebruik gemaakt van de Boleaanse operator AND. De inclusiefactoren die gebruikt zijn, zijn: Nederlands- of Engelstalige literatuur, literatuur niet ouder dan vijf jaar, onderzoekspopulatie: mensen en het aanwezig zijn van een full tekst. Als exclusiefactoren zijn de volgende punten gebruikt: literatuur ouder dan vijf jaar en geen full tekst. De artikelen zijn geanalyseerd op relevantie (inhoud, vorm, actualiteit) en betrouwbaarheid (autoriteit van bron, inhoud). Zie bijlage 5 voor de gedetailleerde zoekstrategie. Het onderzoekartikel van Lloyd-Vossen (2009) is echter wel geïnccludeerd in het literatuuronderzoek daar het onderzoek een positieve meerwaarde heeft op de wenselijke situatie van wondzorg. Uit de literatuur zijn de volgende topics naar voren gekomen: 'kennistekort', 'scholingen', 'wondprotocollen en -richtlijnen' en 'wondzorg'. De topic 'wondzorg' is onderverdeeld in de volgende sub topics: 'reinigen', 'wond- en verbandmateriaal', 'handschoenen' en 'wondclassificatiemodellen'.

1.1.2 Methodiek interviews

Er zijn drie semigestructureerde interviews afgenomen met inhoudsdeskundigen van wondzorg. Deze interviews zijn gehouden met: een voormalige wondverpleegkundige van Plataan, de wondverpleegkundige die klinisch het aanpreekpunt is van Sevagram voor wondzorg en met de aandachtsfunctionaris van wondzorg van de Collum Care afdeling. De interviews met de wondverpleegkundigen zijn als eerst uitgevoerd, zodat de verkregen informatie gebruikt kon worden voor het opstellen van de observatiepunten en de enquêtevragen. Het interview met de aandachtsfunctionaris heeft na de observaties en

enquête plaatsgevonden, zodat dit geen effect zou hebben op de resultaten van zowel de observaties als de enquête. Het doel hierbij is om verdiepende informatie te verkrijgen die bijdraagt aan het bewerkstelligen van de ideale situatie bij wondzorg. Door gebruik te maken van een topiclijst met uitgewerkte vragen, zijn de respondenten geprikkeld om vrijuit te spreken (Baarda, De Goede, & Van der Hulst, 2012). Daar er ruimte is om door te vragen tijdens een semigestructureerd interview, zijn de topics 'kennistekort', 'scholingen', 'wondprotocollen en -richtlijnen' en 'wondzorg' diepgaand besproken. De betrouwbaarheid werd verhoogd middels peer debriefing, het opnemen van de interviews met een spraakrecorder en door het uitvoeren van member check. De uitgewerkte interviews zijn doorgestuurd naar de respondenten om te beoordelen of de interpretaties en conclusies in hun ogen recht doen aan de werkelijkheid (Baarda et al., 2018). De anonimiteit van de respondenten zijn gewaarborgd door geen namen te noemen in de uitwerking van de interviews. De topics die bij de interviews aanbod zijn gekomen, zijn identiek aan de topics van de literatuurstudie namelijk: 'kennistekort', 'scholingen', 'wondprotocollen en -richtlijnen' en 'wondzorg'. De interviews zijn geanalyseerd en uitgeschreven door middel van open coderen (zie bijlagen 10, 11&15). Dit is uitgevoerd door labels toe te kennen aan stukjes tekst, zodat er per topic geanalyseerd kon worden (Baarda et al., 2018).

1.1.3 Methodiek enquête

Als kwantitatief onderzoek is er is gekozen voor het afnemen van een enquête binnen het team. Het doel hiervan is om de kennis, attitude en behoefte van het verplegend team te polsen. Er is gekozen voor deze dataverzamelingstechniek omdat er aan de hand van exacte antwoorden (meerkeuzevragen) een statistische bewerking van de resultaten uitgevoerd kan worden (zie bijlage 17). Tevens is er met behulp van deze methode binnen een korte tijd veel informatie gewonnen dat anoniem is. Door de anonimiteit van de respondenten te waarborgen zullen zij eerlijk antwoord durven te geven en tevens zal de respons hierdoor bevorderd worden (Baarda, De Goede, & Kalmijn, 2015). Aangezien het verplegend personeel op de Collum Care afdeling dagelijks wondzorg toepast, is ervoor gekozen om bij deze doelgroep een enquête met open en gesloten vragen af te nemen. Hierdoor is er zowel sprake van een kwalitatief alsmede een kwantitatief onderzoek, waardoor de validiteit van de enquête vergoot wordt (Baarda, De Goede, & Kalmijn, 2015). De enquête bestaat uit algemene gegevens van het personeel, beschouwelijke interpretaties omtrent de topics 'kennistekort', 'scholing', 'wondprotocollen en -richtlijnen' en 'wondzorg' en attitude. Net als bij de interviews zijn deze topics opgesteld naar aanleiding van de literatuurstudie (zie paragraaf 1.1.1). De sub topics 'reinigen', 'handschoenen' en 'wondclassificatiemodellen' zijn bij de wenselijke situatie geëxcludeerd, omdat deze geïnccludeerd zijn bij de feitelijke situatie aangezien de resultaten hiervan van meerwaarde zullen zijn voor dit verbetertraject. De betrouwbaarheid en validiteit van de enquête is

vergoet doordat het vooraf gezien is door de zorgcoördinator van de afdeling, de peer assessor en de docentbegeleidster (peer debriefing). De resultaten van de enquête zijn systematisch geanalyseerd met Survio (z.d). Hierbij zijn de verkregen resultaten in percentages en diagrammen weergegeven.

1.2 Resultaten wenselijke situatie

De resultaten van de wenselijke situatie worden in de onderstaande paragrafen beschreven.

1.2.1 Resultaten literatuur

Kennistekort: Volgens de EWMA (European Wound Management Association) zouden verpleegkundigen en verzorgenden die wondzorg uitvoeren de geschikte kennis over de anatomie en fysiologie van de huid en over de diverse wond- en verbandmaterialen moeten hebben (Mitchell, 2017; Brölmann, Go, Ubbink, & Vermeulen, 2013). Tevens eist wondzorg kennis en vaardigheden om protocollen en richtlijnen in de praktijk uit te kunnen voeren (Ayello, Capezuti, Jicman, Sibbald, & Zulkowski, 2017). **Scholingen:** Ayello et al. (2017) en Mitchell (2017) concluderen beide dat door scholingen en trainingen de juiste wondzorg aan cliënten verleend wordt. Hierbij wordt de effectiviteit van scholingen gekoppeld aan de kwaliteit van zorg. Wegens een continue groeiende markt van wond- en verbandmaterialen geven Zwartbol (2016) en Lloyd-Vossen (2009) aan dat er scholingen over wond- en verbandmaterialen gegeven moet worden. Eveneens worden doorlopende wondzorgscholingen als een vereiste beschreven voor verpleegkundigen en verzorgenden (Byrne & Moran, 2018; Ayello et al., 2017; Mitchell, 2017). Ayello et al. (2017) voegt hieraan toe dat deze doorlopende scholingen gepaard moeten gaan met competentie assessments. In de Verenigde Staten is dit vormgegeven in een 'Wound Care Competency Checklist' (zie bijlage 6). Deze checklist dient als een meetinstrument om de kennis en vaardigheden van het verplegend personeel op een objectieve manier te evalueren (Ayello et al., 2017). Tot slot concludeert Van den Schoor (2017) dat het bij wondzorg om kennisoverdracht gaat, waarbij de wondexpert optreedt als coach en handvatten dient te geven aan het verplegend personeel. **Wondprotocollen en -richtlijnen:** Tijdens de scholingen is het eveneens belangrijk dat de protocollen en richtlijnen worden behandeld waarmee de eigen instelling werkt (Zwartbol, 2016). De Vilans KICK-protocollen worden door Zwartbol (2016) gedefinieerd als actuele protocollen. Deze protocollen beschrijven de laatste ontwikkelingen en zijn protocollen op het gebied van Voorbehouden, Risicovolle en Overige handelingen. Zwartbol (2016) geeft een opsomming van wondzorg richtlijnen weer dat gebruikt dient te worden in zorginstellingen, namelijk: richtlijn 'Wondzorg' (Nederlandse vereniging voor heelkunde, 2013) en wondregistratie met ALTIS, TIME of het Woundcare Consultant Society (WCS) classificatiemodel (WCS Nieuws, 2014). De richtlijn Wondzorg (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2013) beperkt zich tot de behandeling en organisatie van acute

wonden op basis van 5 knelpunten uit de praktijk, namelijk: reiniging en ontsmetting, pijnbestrijding, instructies aan de patiënt, wondmaterialen en organisatie van acute wondzorg. De wondregistratie met TIME en het WCS-classificatiemodel wordt in de sub topic 'wondclassificatiemodellen' verder besproken. Tot slot beschrijft Lloyd-Vossen (2009) in zijn onderzoekartikel dat richtlijnschrijvers de werkmethode kunnen vergemakkelijken door de richtlijnen uit te breiden met een gedetailleerde educatieve inhoud en door verschillende strategieën te benoemen. **Wondzorg: Reinigen:** In de richtlijn 'Wondzorg' wordt de volgende punten aangehaald: het reinigen van primair gesloten wonden wordt afgeraden, vuile open wonden (zoals snijwonden) dienen gereinigd te worden, het gebruik van lauwwarm kraanwater wordt ter reiniging geadviseerd en ze adviseren om geen ontsmettingsmiddelen te gebruiken bij acute wonden (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2013; Brölmann et al., 2013). Om de besluitvorming rond reiniging en wondbedekkers van acute wonden te vergemakkelijken heeft de werkgroep Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (2013) een stroomdiagram hierover samengesteld. Zie bijlage 7 voor het stroomdiagram. **Wond- en verbandmateriaal:** Volgens de richtlijn 'Wondzorg' is het doel van een wondbedekker om een optimaal wondmilieu te creëren. De keuze voor wond- en verbandmaterialen moet daarom gebaseerd zijn op de vochtigheidsgraad, het aanpakken van de aanwezigheid van micro-organismen in een wond, de aard en volume van het wond exsudaat, de conditie van het weefsel van het wondbed, de conditie van de niet aangedane huid rondom de wond, de wond grootte, diepte en locatie en de aanwezigheid van fistelvorming en/of ondermijning (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2013; Brölmann et al., 2013). **Handschoenen:** Volgens Werkgroep Infectie Preventie (2013) is het de bedoeling om handschoenen ten alle tijden te dragen indien de handen in contact komen of kunnen komen met een niet-intacte huid of verpleeg- en behandelmaterialen die hiermee in aanraking zijn geweest. Indien handelingen in de volgorde van vuil naar schoon plaatsvinden, is het van belang om de handschoenen tussendoor te vervangen. **Wondclassificatiemodellen:** Volgens Zwartbol (2016) dient men structuur te brengen in het beoordelen van wonden voor een goed georganiseerde wondzorg. Hiervoor bestaan er registratiemodellen, zoals: TIME en/of het WCS-classificatiemodel (rood-geel-zwart). In het TIME-model worden de lokale versturende factoren in de wondgenezing benoemd. Het woord TIME is een acroniem van Tissue, Infection/Inflammation, Moisture en Edge. Deze 4 factoren kunnen de genezing van wonden belemmeren (Hageman, 2017). Het WCS-classificatiemodel wordt gezien als onderdeel van de TIME onder de letter 'T' van Tissue (Zwartbol, 2016; Jonkers, 2013; Brölmann et al., 2013). Zie bijlage 8 voor verdere toelichting van deze registratiemodellen.

1.2.2 Resultaten interviews

Hieronder staan de resultaten die voortgevloeid zijn uit de semigestructureerde interviews met twee wondverpleegkundigen en de aandachtsfunctionaris.

Kennistekort: Om ervoor te zorgen dat de kennis en vaardigheden van het personeel gewaarborgd blijven, geven beide wondverpleegkundigen aan dat het personeel zelf zijn kennis up-to-date houdt aan de hand van vakbladen en het volgen van scholingen.

Wondverpleegkundige 2 benoemt: *“Sevagram biedt scholingen aan en er zijn vakbladen”*. De aandachtsfunctionaris geeft aan dat het wenselijk is dat het personeel van afdeling 6 niet veel leunt op de arts, maar meer op hun eigen kennis. Volgens de wondverpleegkundigen zijn kennis en vaardigheden de bevorderende factoren bij het uitvoeren van wondzorg.

“Kennis en kunde [...] dat zijn eigenlijk de twee belangrijkste”, aldus wondverpleegkundige 2. Volgens wondverpleegkundige 1 is het wenselijk als het verplegend personeel advies vraagt aan de aandachtsfunctionaris en/of de arts voor het behandelen van een wond. Ten slotte geeft wondverpleegkundige 1 aan dat het wenselijk is om wondinfecties te signaleren cliënten met een verhoogd infectierisico te herkennen. *“De meeste kennen de vijf kenmerken van infectie wel, maar er zijn nog meer aanwijzingen”*, aldus de wondverpleegkundige.

Scholingen: De taak van een aandachtsfunctionaris is het opleiden van collega's. Hierbij is het wenselijk als dit in de vorm van een klinische les of tijdens de wondzorgmomenten gerealiseerd wordt. *“Dan blijft de kennis opgefrist”*, aldus de aandachtsfunctionaris. Tevens wordt er door alle drie de experts aangegeven dat het wenselijk is als de scholingen betreft wondzorg verplicht worden gesteld. Zij benoemen: *“Meest ideale situatie is het beginnen bij de basis dat iedereen verplicht de wondzorgscholing moet volgen”*. Naast het volgen van scholingen is het volgens de wondverpleegkundigen ook wenselijk om gebruik te maken van de E-learning (in het leerportaal van Sevagram) om kennis te verwerven. De tweejaarlijkse wondzorgtoetsen hebben een tijdsbestek van 15 minuten waarbij het personeel getoetst wordt op kennis en vaardigheden. Wondverpleegkundige 2 geeft hierbij aan dat het wenselijk is als de tijdsduur hiervan verlengd wordt, zodat ze voldoende tijd heeft om inhoudelijke vragen te stellen. Tot slot geeft wondverpleegkundige 2 aan dat het wenselijk is om meer verpleegkundigen op te leiden tot wondverpleegkundigen. Zij benoemt: *“Dat er meer wondverpleegkundigen komen binnen de organisatie”*. **Wondprotocollen en -richtlijnen:**

Samen met ConvaTec is er binnen Sevagram een wondbehandelprotocol opgesteld.

ConvaTec is een wereldwijd producent van medische hulpmiddelen en technologieën met een leidende positie op het gebied van moderne wondproducten (ConvaTec Inc., z.d.). Het is volgens wondverpleegkundige 2 wenselijk om dit in de praktijk te gebruiken. De wondverpleegkundige benoemt: *“Dat iedereen zich aan het wondbehandelingsprotocol houdt en niet zijn eigen koers erin vaart”*. Volgens de wondverpleegkundigen zou het ideaal zijn als er protocollen ontwikkeld worden per soort wond, omdat iedere soort wond anders is en

anders behandelt moet worden. De aandachtsfunctionaris geeft aan dat het leveren van het wondbehandelprotocol in zakformaat als een geheugensteun kan werken. Zij benoemt: *“Als ze het zelf op zak hebben, dan kunnen ze altijd even terugkijken wat ze moeten doen”*. Om wondzorg naar behoren uit te voeren adviseert wondverpleegkundige 2 om volgens de protocollen te werken. Zij benoemt: *“Werken volgens bestaande protocollen”*. **Wondzorg:** Wondverpleegkundige 2 benoemt: *“Je moet niet altijd alleen naar een wond kijken, maar naar een hele persoon”*. Hierbij voegt wondverpleegkundige 1 het volgende aan toe: *“Als verpleegkundige moet je volgens je NIC, NOC en NANDA blijven kijken”*. Hierdoor zouden alle gezondheidspatronen aanbod kunnen komen, waardoor verschillende disciplines ingeschakeld kunnen worden indien dit nodig is. De wondverpleegkundigen benoemen een aantal aspecten rondom wondzorg: *“Goede rapportage, werken volgens het protocol, werken volgens TIME en werken volgens het beleid van de arts. En regelmatig bij iedere artsenvisite de wond evalueren”*. De aandachtsfunctionaris voegt hierbij aan toe dat het wenselijk is als de aandachtsfunctionarissen de wonden minimaal twee keer per week zien. Sevagram biedt verschillende hulpmiddelen voor wondzorg, zoals meetlatjes en wondkaarten. Om een wond objectief te kunnen beoordelen is het wenselijk om gebruik te maken van deze meetlatjes. De aandachtsfunctionaris geeft aan dat het alleen wenselijk is bij OK-wonden (mits deze wijkende wondranden hebben en diep zijn) en bij decubituswonden. Tevens is het wenselijk om foto's van een wond te maken. *“Aan de hand van de foto's kan de vooruitgang goed in beeld gebracht worden. Vooral foto's waarbij een liniaaltje langs de wond wordt gelegd”*, aldus wondverpleegkundige 1. **Reinigen:** Volgens wondverpleegkundige 2 is het van belang te weten wanneer men een wond moet reinigen of ontsmetten. Ze benoemt: *“Bij oppervlakkige wonden of wonden die mooi doorbloed zijn, is reinigen voldoende. Maar wonden waar heel veel geel beslag en pus in zit, die moet je ontsmetten”*. **Wond- en verbandmaterialen:** De aandachtsfunctionaris geeft aan dat het wenselijk is als er nieuwe wond- en verbandmaterialen beschikbaar gesteld worden in de praktijk. *“Persoonlijk vind ik dat ze nog in het oude blijven steken”*, aldus de aandachtsfunctionaris. Het naleven van het wondbeleid wordt ook als wenselijk omschreven. Wondverpleegkundige 2 benoemt: *“Wat de arts heeft voorgeschreven dat ga je toepassen”*. **Handschoenen:** Tijdens de wondzorg is het wenselijk om handschoenen tijdig te vervangen in verband met infectiepreventie. Wondverpleegkundige 2 benoemt *“Je moet altijd voorkomen om met vuile handschoenen aan schoon wondmateriaal te komen”*. De aandachtsfunctionaris beaamt dit. **Wondclassificatiemodellen:** Zowel de aandachtsfunctionaris als de wondverpleegkundigen geven aan dat het wenselijk is om wonden volgens het TIME-model te beoordelen. De wondverpleegkundigen benoemen: *“Werken volgens de TIME”*.

1.2.3 Resultaten enquête

De enquête is uitgezet onder het verplegend personeel (10 medewerkers, 1 student). Er zijn 10 enquêtes ingevuld. Dit geeft een respons van 90,9%. Ondanks een respons van boven de 75%, kan er door de kleine doelgroep niet gesproken worden van een volledig betrouwbaar onderzoek (Baarda, 2015). Hieronder staan de resultaten van de enquête over de wenselijke situatie beschreven. Zie bijlage 17 voor de volledige uitwerking van de enquête.

Kennistekort: Om wondzorg te bevorderen geven N3 respondenten (30%) aan dat het wenselijk is als er meer deskundigheid op het gebied van wondzorg komt. Hierbij gaat het vooral om het verkrijgen van kennis over soorten wonden, behandeling van deze wonden en wond- en verbandmaterialen. **Scholingen:** Uit de enquête blijkt dat N5 (50%) respondenten behoefte hebben aan extra scholingen over wondzorg. Ook is er in de enquête benoemd dat het wenselijk zou zijn als er scholingen en klinische lessen binnen het team gegeven kunnen worden door de aandachtsfunctionaris (N1, 10%). Tevens wordt er door N1 (10%) respondent aangegeven dat de wondzorgtoetsen meer diepgang mogen krijgen, zodat het een meerwaarde heeft op de huidige kennis en vaardigheden van het personeel.

Wondprotocollen en -richtlijnen: Uit de enquête blijkt dat alle respondenten (N10, 100%) te vrede zijn over de wondprotocollen en -richtlijnen. N1 (10%) respondent geeft aan behoefte te hebben aan een protocol over verschillende soorten wonden en de bijbehorende wond- en verbandmaterialen mist. **Wondzorg:** In de enquête wordt er door N1 (10%) respondent benoemd dat het rapporteren en evalueren van wonden wenselijk is om de wondzorg te bevorderen. Tevens geven N3 (30%) respondenten aan dat de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden als er sprake is van een goede planning en duidelijke communicatie tussen het personeel. Hierdoor zal ook de werkdruk verlaagd worden, waardoor wonden volgens het wondbeleid verzorgd zullen worden (N1, 10%). Een derde (N3, 30%) van de respondenten geeft aan dat het gewenst is om cliënt gerelateerde aandoeningen te bevorderen, zoals mobiliseren en voeding. **Wond- en verbandmaterialen:** Om de juiste zorg te kunnen leveren aan de cliënten geven N2 (20%) respondenten aan dat het van belang is om de juiste wond- en verbandmaterialen op zowel de afdeling als in de cliëntenkamers op voorraad te hebben.

1.3 Vergelijking resultaten wenselijke situaties

De resultaten van de wenselijke situatie die voortgevloeid zijn uit verschillende methoden (literatuurstudie, semigestructureerde interviews, enquête) zijn in een tabel bijlage 2 weergegeven.

Conclusie

Kijkend naar de resultaten kan er geconcludeerd worden dat het wenselijk is om de kennis en deskundigheid van het verplegend personeel te bevorderen door het verplicht stellen van

scholingen, het geven van klinische lessen en door gebruik te maken van E-learning. De kennis- en deskundigheidsniveau van het personeel kan tijdens scholingen geëvalueerd worden aan de hand van een wondzorg competentie lijst. Om ervoor te zorgen dat de tweejaarlijkse wondzorgtoetsen van meerwaarde zijn op de kennis en vaardigheden van het personeel zouden deze inhoudelijk meer diepgang moeten krijgen. Tevens kan er uit de resultaten afgeleid worden dat men kan spreken van een optimale wondzorgorganisatie indien er volgens bestaande protocollen en richtlijnen gewerkt wordt, er naar de algehele toestand van de cliënt gekeken wordt, de wonden door middel van de TIME beoordeeld worden en indien de juiste wond- en verbandmaterialen aanwezig zijn op de afdeling. Uit de resultaten blijkt ook dat een protocol gespecificeerd op wondsoorten (gecategoriseerd op oorzaak) gewenst is. Ten slotte is het van belang om de kwaliteit van zorg te verhogen door een goede planning te maken en hierdoor de werkdruk te verminderen.

Hoofdstuk 2 – De feitelijke situatie

Dit hoofdstuk beschrijft het analyseren van de feitelijke situatie. Hierbij wordt er gekeken naar de huidige situatie met betrekking tot het uitvoeren van wondzorg (Grol & Wensing, 2015).

2.1 Methodiekbeschrijving

Er zijn drie verschillende methoden gebruikt zodat er aan de hand van triangulatie de feitelijke situatie in kaart gebracht kan worden. Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, observaties en ten slotte de enquête. Verdere toelichting van deze methodieken zijn in de onderstaande paragrafen nader toegelicht.

2.1.1 Methodiek interviews

Evenals de wenselijke situatie zijn er voor de feitelijke situatie drie semigestructureerde interviews afgenomen met twee wondverpleegkundigen en de aandachtsfunctionaris. Zie paragraaf 1.1.2 voor de volledige methodiekbeschrijving. Aangezien de wondverpleegkundigen niet werkzaam zijn op de afdeling en dus geen afdeling gerelateerde uitspraken kunnen maken, is ervoor gekozen om de sub topics 'reinigen', 'wond- en verbandmaterialen' en 'handschoenen' bij deze interviews te excluderen.

2.1.2 Methodiek observaties

Om te inventariseren op welke manier wondzorg op de afdeling uitgevoerd wordt, is er gekozen voor het uitvoeren van observaties. Middels observaties kan het gedrag van het personeel vastgesteld worden. Om wenselijke gedrag van het personeel te voorkomen, is er gekozen om de observaties voor de enquête uit te voeren. Er is specifiek gekozen voor verhuuld observeren, zodat het personeel geen sociaal wenselijk gedrag vertoont tijdens de observatie (Baarda et al., 2018). Met behulp van deze methode kan het gedrag van het personeel vergeleken worden met de resultaten van de enquête. Er zijn 8 observaties over een periode van 4 weken uitgevoerd. Hierbij zijn 3 verzorgende IG, 4 mbo-verpleegkundigen en 1 student hbo-verpleegkundige geobserveerd. Van de 8 observaties zijn er 7 tijdens de ochtendzorg geobserveerd en 1 tijdens de wondenronde in aanwezigheid van de arts. Er is hier bewust voor gekozen om een mogelijke indruk te krijgen of de aanwezigheid van de arts het gedrag van het personeel beïnvloedt. De observatiepunten van de observatielijst zijn opgesteld aan de hand de Vilans KICK-protocollen (zie paragraaf 1.2.1). Tevens is de observatielijst goedgekeurd door een wondverpleegkundige om de validiteit te vergoten (peer debriefing).

2.1.3 Methodiek enquête

Alsmede de interviews is de enquête voor zowel de wenselijke situatie als feitelijke situatie gehanteerd. In paragraaf 1.1.3 staat de volledige methodiekbeschrijving van de enquête beschreven. Bij de feitelijke situatie zijn de sub topics 'reinigen', 'handschoenen' en

‘wondclassificatiemodellen’ in tegen deel tot de wenselijke situatie wel geïncorporeerd. De resultaten van deze sub topics worden vergeleken met de resultaten van de observaties.

2.2 Resultaten feitelijke situatie

Middels de resultaten van de interviews, observaties en de enquête zal de feitelijke situatie beschreven worden.

2.2.1 Resultaten interviews

Kennistekort: Wondverpleegkundige 1 geeft aan dat er kennistekort is in wond- en verbandmaterialen, zij benoemt: *“Wat voor een soort materiaal of hoe lang mag een verband blijven zitten”*. De aandachtsfunctionaris geeft aan dat op de afdeling geregeld advies wordt gevraagd over het behandelen van wonden. Ook geeft zij aan dat wondzorg binnen het team uitgediept kan worden. Zij benoemt: *“Is het een rode wond? Is het een gele wond? Is het een zwarte wond? Daar hebben ze nog wat moeite mee”*. Behalve kennistekort in wonden en wond- en verbandmaterialen geven zowel wondverpleegkundige 1 als de aandachtsfunctionaris aan dat er een kennistekort heerst over het TIME-model. **Scholingen:** Sevagram biedt het personeel de mogelijkheid om scholingen en E-learnings te volgen. De scholingen zijn momenteel niet verplicht. Wondverpleegkundige 2 benoemt: *“Met wondzorgscholing ga ik de diepte in”*. Het personeel is verplicht om tweejaarlijks wondzorg te toetsen. Echter geven de wondverpleegkundigen aan dat deze toetsen oppervlakkig zijn. Zij benoemen: *“Hier worden eigenlijk alleen de basisprincipes getoetst”* en *“Ik kan met een wondzorg toets nooit de diepte ingaan”*. Tot slot geeft de aandachtsfunctionaris aan dat ze voorheen een klinische les op de afdeling gaf. Zij benoemt: *“Op afdeling 6 heb ik dat nog niet gedaan. Daar ben ik nog niet aan toe gekomen”*. **Wondprotocollen en -richtlijnen:** Sevagram werkt met meerdere wondprotocollen. De wondverpleegkundigen benoemen: *“We hebben een decubitusprotocol, een decubitus wondbehandelprotocol en we hebben een wondbehandelingskaart”* en *“de protocol wondzorg”*. De aandachtsfunctionaris voegt hierbij aan toe: *“Het wondbehandelprotocol van ConvaTec”*. Wondverpleegkundige 1 geeft aan dat zij zelf niet het wondbehandelprotocol zou willen gebruiken. Zij benoemt het volgende: *“Het is dus een protocol van een fabrikant [...] ik vind het eigenlijk alleen maar reclame”*. Hierop geeft wondverpleegkundige 2 als reactie: *“We moeten ons toch gaan conformeren [...] en het is niet zo, dat als ik een keuze maak voor een andere wondverband dat dat niet mag”*. Kijkend naar de Vilans wondzorg protocollen geven zowel de wondverpleegkundigen als de aandachtsfunctionaris aan dat deze algemeen zijn. Ze benoemen: *“Die zijn heel summier [...] die zijn heel breed [...] het gaat puur over algemeen wondzorg”*. **Wondzorg:** De laatste tijd zijn er veel verschuivingen geweest in het personeel en wondverpleegkundige 2 geeft aan dat de nieuwe medewerkers niet goed ingewerkt worden en dus niet op de hoogte zijn van alle werkprocessen. De aandachtsfunctionaris beaamt dit. Wondverpleegkundige 1

benoemt: *“Aan de hand van TIME wordt de wond één keer per week door de arts geëvalueerd. Hierbij vind ik wel dat de arts zegt “Als de zorg vindt dat het er goed uitziet, dan hoef ik deze week niet te kijken”. Dit vind ik niet zo goed”*. Volgens de aandachtfunctionaris worden de meetlatjes voornamelijk gebruikt bij decubituswonden en bij OK-wonden (als deze gapende wondranden hebben en diep zijn). Tevens benoemt de aandachtfunctionaris: *“Ik merk door tijdsdruk dat wonden niet worden verzorgd”*. Ook geeft ze aan dat wondzorg bij zelfstandige cliënten door het personeel vergeten wordt. Zij benoemt: *“Dit heeft niks te maken met tijdsdruk, maar meer met de mobiele en zelfstandige mensen waardoor men ervan uitgaat dat ze er niet meer naar hoeven te kijken”*. Tot slot geeft de aandachtfunctionaris aan dat er in verband met de nieuwe privacywet geen foto's van wonden gemaakt worden. **Reinigen:** De aandachtfunctionaris geeft aan niet ten alle tijden aanwezig te zijn om wondzorg bij collega's te observeren. Hierdoor heeft ze geen uitspraken gedaan over het uitvoeren van wondreiniging. **Wond- en verbandmaterialen:** Bij het opstellen van een wondbeleid wordt door de aandachtfunctionaris(sen) wond- en verbandmaterialen voorgesteld aan de arts. Zij benoemt: *“Niet alle artsen hebben zicht op een wond of wondmateriaal”*. Over het bestellen van wond- en verbandmaterialen benoemt wondverpleegkundige 1: *“Wij kunnen in principe bestellen wat we denken nodig te hebben”*. **Handschoenen:** Op de vraag of er in de praktijk handschoenen vervangen worden tijdens de wondzorg benoemt de aandachtfunctionaris: *“Die worden niet vervangen”*. **Wondclassificatiemodellen:** Binnen Sevagram is het de bedoeling om wonden aan de hand van het TIME-model te beoordelen. Wondverpleegkundige 2 benoemt: *“We hebben nog een aanvulling op de TIME. In de TIME hebben ze het niet over de lengte, breedte en diepte van de wond. Die heeft Sevagram er wel in gezet”*. Het WCS-classificatiesysteem wordt eveneens gebruikt als een onderdeel van het TIME-model. *“Dat is een onderdeel van het TIME-model van de t van tissue. Daar beoordeel je het rood-geel-zwart”*, aldus wondverpleegkundige 2. Echter geven beide wondverpleegkundigen aan dat het TIME-model subjectief blijft. Er wordt benoemd: *“Iedereen kijkt met een andere blik”*. De aandachtfunctionaris geeft aan dat er niet voldoende volgens het TIME-model gerapporteerd wordt. Zij benoemt: *“Ik vind dat ze te weinig gebruik maken van de TIME [...] men vindt het lastig om volgens de TIME een wond te omschrijven ondanks dat er een hele uitleg staat hoe je het eigenlijk zou moeten rapporteren”*.

2.2.2 Resultaten observaties

Er hebben in totaal 8 observaties bij verschillende werknemers plaatsgevonden, waarvan 7 tijdens de ochtendzorg en 1 tijdens de wondenronde in aanwezigheid van de arts. De volledige observatielijsten zijn in bijlage 18 toegevoegd. Een samenvatting hiervan is in tabel 1 gepresenteerd. Zoals in de tabel te zien is, trekt iedereen (N8) handschoenen aan voordat

ze met de wondzorg starten. De handschoenen zijn alleen tijdens de wondenronde (N1) vervangen. De wonden worden ofwel met Hibicet (N6) schoongemaakt of helemaal niet (N2). Tijdens de observatie heeft iedereen (N8) gebruik gemaakt van de voorgeschreven wond- en verbandmaterialen. Niemand (N0) heeft de wond op diepte geïnspecteerd, wel wordt er geïnspecteerd op grootte (N4), kleur (N6), geur (N3) exsudaat (N6) en wondranden (N6). Niemand (N0) heeft gebruik gemaakt van het meetlatje bij de bepaling van de wondgrootte. De kleurbepaling na het reinigen van de wond is bij N6 observaties uitgevoerd. Tijdens de wondzorg is er door N6 personeelsleden gekeken naar roodheid, warmte en zwelling rondom de wond voor het uitsluiten van een infectie. Pijn en pusvorming werden door N4 personeelsleden geobserveerd.

Observatiepunten	Observaties (N8, 100%)	
Trekt handschoenen aan	N8	
Wondreiniging met ...	Hibicet	N6
	Geen Wondreiniging	N2
Handschoenen vervangen	N1	
Gebruik voorgeschreven wondmateriaal	N8	
Inspecteert wond op	Grootte	N4
	Diepte	N0
	Kleur	N6
	Geur	N3
	Exsudaat	N6
	Wondranden	N6
Gebruik meetlatje	N0	
Kleurbepaling na reiniging	N5	
Let op infectieverschijnselen	Roodheid	N6
	Warmte	N6
	Zwelling	N6
	Pijn	N4
	Pusvorming	N4

Tabel 1: Observatieresultaten wondzorg

2.2.3 Resultaten enquête

De enquête was naar het team, bestaande uit 10 medewerkers en 1 student, verstuurd. Er zijn 10 enquêtes geretourneerd. De resultaten van de enquête worden per topic en sub topic beschreven. Zie bijlage 17 voor de volledige uitwerking van de resultaten van de enquête.

Kennistekort: N2 (20%) respondenten geven aan niet voldoende kennis over wondzorg te hebben, N8 (80%) geeft aan wel voldoende kennis te hebben. N3 (30%) respondenten hebben aangegeven dat er sprake is van ondeskundigheid en kennistekort betreffende wondzorg en wond- en verbandmaterialen binnen het team. In de enquête zijn een viertal kennisvragen gesteld. De resultaten staan beschreven in tabel 2.

Hoelang mag Jelonet (= vetgaas) op de wond blijven zitten?		Je mag meerdere lagen Jelonet op de wond aanbrengen.		Aquacel Extra Hydrofiber kan zowel bij droge wonden als bij natte wonden toegepast worden.		Aquacel Extra Hydrofiber moet ruim aangebracht worden op de wond.	
N6 (60%)	3 dagen	N10 (100%)	Onjuist	N1 (10%)	Juist	N1 (10%)	Juist, omdat de wondranden ook bedekt moeten worden met het verband.
N2 (20%)	5 dagen			N1 (10%)	Onjuist, alleen bij droge wonden	N6 (60%)	Juist, omdat het verband krimpt.
N2 (20%)	7 dagen			N8 (80%)	Onjuist, alleen bij natte wonden	N3 (30%)	Onjuist, omdat de wondranden hierdoor aangetast worden.

Tabel 2: Resultaten kennisvragen enquête

Scholingen: N5 (50%) respondenten geven aan geen behoefte te hebben aan scholingen over wondzorg en N5 (50%) respondenten geven aan hier wel behoefte aan te hebben. De vraag of de tweejaarlijkse wondzorgtoetsen van meerwaarde zijn op de kennis en vaardigheden van het personeel wordt weergegeven in tabel 3.

De tweejaarlijkse toetsen van Sevagram hebben toegevoegde waarden op mijn kennis en vaardigheden.	
N6 (60%)	Juist
N1 (10%)	Onjuist
N3 (30%)	Ik heb nog geen toetsen gehad

Tabel 3: Resultaten meerwaarde wondzorgtoetsen enquête

Wondprotocollen en -richtlijnen: Tabel 4 geeft resultaten weer op de vraag of de Vilans wondprotocollen duidelijk omschreven zijn. N10 (100%) respondenten geven aan volgens de Vilans wondprotocollen te werken. Het wondbehandelprotocol wordt door N7 (70%) van de respondenten gebruikt. N2 (20%) respondenten hebben aangegeven niet bekend te zijn met deze protocol.

Zijn de Vilans wondprotocollen volgens u duidelijk omschreven? En waarom?	
N10 (100%)	Duidelijk
N1 (10%)	Mist protocollen per wondsoort + bijbehorende wond- en verbandmaterialen

Tabel 4: Resultaten duidelijkheid Vilans protocollen enquête (meerdere antwoorden mogelijk)

Wondzorg: Er is gevraagd waarop de respondenten een wond inspecteren. Zie tabel 5 voor de geanalyseerde data.

Grootte	Diepte	Geur	Kleur	Wondranden	Exsudaat	Kleur exsudaat	Pijn	Ontstekingsverschijnselen	TIME
N3(30%)	N2(20%)	N7(70%)	N10(100%)	N10(100%)	N10(100%)	N2(20%)	N1(10%)	N9(90%)	N3(30%)

Tabel 5: Resultaten wondinspectie enquête (meerdere antwoorden mogelijk)

De wondgrootte bepaling wordt door N8 (80%) van de respondenten met een meetlatje gedaan en door N2 (20%) door het in te schatten.

Reinigen: Iedereen (N10) geeft aan wondreiniging toe te passen na het oude verbandmateriaal ervan afgehaald te hebben. N2 (20%) van de respondenten geven aan dat alle wonden ontsmet moeten worden en N8 (80%) geeft dat niet de bedoeling is.

Wond- en verbandmateriaal: N2 (20%) geven aan dat de juiste wond- en verbandmaterialen niet altijd op voorraad zijn op de afdeling en cliëntenkamer.

Handschoenen: N10 (100%) respondenten hebben aangegeven dat ze de handschoenen vervangen na het afhalen van het verbandmateriaal.

Wondclassificatiemodellen: De analyse van de resultaten op de vraag om een beschrijving te geven van een wond dat is afgebeeld, wordt weergegeven in tabel 6. De antwoorden zijn aan de hand van het TIME-model geanalyseerd. Wondverpleegkundige 2 beschreef de wond als: T: 75% geel, 25% rood (gele wond), I: moeilijk te beoordelen op een foto, M: gezien de verweekte wondranden is het een natte wond, E: glad en verweekt. N6 (60%) van de respondenten hebben aan de hand van de TIME een beschrijving gegeven.

Tissue		Infection		Moisture		Edges	
N9 (90%)	Kleur	N6 (60%)	Geen verschijnselen	N6 (60%)	Vochtig	N2 (20%)	Verheven
N7 (70%)	Kleur + %	N4 (40%)	Niet benoemt	N1 (10%)	Nat	N5 (50%)	Glad
N6 (60%)	Gele wond			N1 (10%)	Niet te beoordelen	N2 (20%)	Ondermijnd
N5 (50%)	Grootte			N2 (20%)	Niet benoemt	N1 (10%)	Rustig
N3 (30%)	Diepte					N1 (10%)	Verweekt
N1 (10%)	Niet benoemt						

Tabel 6: Resultaten wondbeoordeling enquête (meerdere antwoorden mogelijk)

2.3 Vergelijking resultaten feitelijke situatie

De vergelijking van de resultaten van de feitelijke situatie zijn in bijlage 3 weergegeven.

2.4 Vergelijking wenselijke en feitelijke situatie

Topics	Wenselijk	Feitelijk
Kennistekort	- Geschikte kennis en deskundigheid over verschillende wondsoorten, wond- en verbandmaterialen, infectieverschijnselen en risico op infectie - Advies vragen aan arts/ aandachtfunctionaris - Kennis en vaardigheden waarborgen door middel van vakbladen en/of het volgen van scholingen	- Ondeskundigheid en kennistekort in wondsoorten, wond- en verbandmaterialen, TIME-model en wondzorg binnen het team - Er wordt advies gevraagd aan de aandachtfunctionaris(sen)
Scholingen	- Wondzorgscholingen verplicht stellen - Klinische lessen geven door aandachtfunctionaris - Aandachtfunctionaris moet handvatten geven over wondzorg (eventueel tijdens zorgmomenten) - Gebruik maken van E-learning in het leerportaal - Meer verpleegkundigen opleiden tot wondverpleegkundigen - Wondzorg competentie checklist afnemen tijdens scholingen/ klinische lessen - Wondzorgtoetsen inhoudelijk meer verdiepen door hier meer tijd voor in te lassen	- Geen verplichte wondzorgscholing - 50% Behoeft aan wondzorgscholing, 50% geen behoefte - Nog geen klinische lessen gegeven op de afdeling - Verplichte tweejaarlijkse toetsen zijn oppervlakkig - 10%: Wondzorgtoetsen hebben geen meerwaarde op kennis en vaardigheden - 30%: Nog geen toets gehad
Wondprotocollen en -richtlijnen	- Wondbehandelprotocol hanteren - Wondbehandelprotocol in zakkaart formaat - Werken volgens bestaande protocollen - Protocollen en richtlijnen uitbreiden met 'wat' en 'hoe' - Protocol ontwikkelen dat gespecificeerd is op wondsoort + bijbehorende wond- en verbandmaterialen	- Decubitusprotocol, Decubitus wondbehandelprotocol, Wondbehandelprotocol, Vilans wondzorgprotocollen - Vilans wondzorgprotocollen zijn summier (experts) - Vilans wondzorgprotocollen zijn duidelijk (verplegend personeel) - Niet iedereen werkt volgens de Vilans wondzorgprotocollen - 70%: Maakt gebruik van wondbehandelprotocol - 20%: Niet bekend met wondbehandelprotocol - 10%: Mist een protocol gebaseerd op verschillende wondsoorten + bijbehorende wond- en verbandmaterialen
Wondzorg	- Werken volgens het wondbeleid - Niet alleen oog hebben voor de wond, maar voor de algehele cliënt - Wond 1x per week evalueren met arts - Wond 2x per week gezien door aandachtfunctionaris - Rapporteren - Gebruik maken van hulpmiddelen (meetlatjes, wondkaart) - Foto's maken van decubitus- & geïnfecteerde wonden - Goede planning maken - Verminderen werkdruk - Duidelijke communicatie tussen personeel - Wondbed reinigen/ontsmetten - Weten wanneer te reinigen of te ontsmetten - Wond met juiste wond- en verbandmaterialen behandelen - Beschikbaar stellen van nieuwe wond- en verbandmaterialen - Wond- en verbandmateriaal op voorraad hebben (afdeling & cliëntenkamer) - Handschoenen vervangen bij het werken van 'vuil' naar 'schoon' - Wondbeoordeling a.d.h.v. TIME + WCS-classificatie	- Nieuwe medewerkers zijn niet op de hoogte van alle werkprocessen - Geen wekelijkse wondevaaluatie met arts - Wonden worden door werkdruk niet frequent verzorgd - Wondzorg bij zelfstandige cliënten wordt over het hoofd gezien - In de praktijk gebruikt niemand het meetlatje - In verband met de privacywet worden er geen foto's gemaakt - Wonden worden ofwel ontsmet ofwel helemaal niet gereinigd - 20%: Alle wonden moeten ontsmet worden - Aandachtfunctionarissen stellen wond- en verbandmaterialen voor aan de arts - Indien wond- en verbandmaterialen niet in de standaard voorraad zitten, kunnen deze extra besteld worden - Juiste wond- en verbandmaterialen zijn niet altijd aanwezig op de cliëntenkamer en afdeling. - Voorgeschreven wond- en verbandmateriaal worden gebruikt - Handschoenen worden nauwelijks vervangen tijdens de wondzorg - Wondbeoordeling aan de hand van TIME + wondgrootte + diepte - WCS-classificatie wordt gebruikt als onderdeel van TIME - TIME is subjectief - Er wordt in de praktijk onvoldoende volgens de TIME gerapporteerd

2.5 Concrete doelen voor verandering

Tabel 7: Vergelijking resultaten wenselijke & feitelijke situatie

Aan de hand van de discrepantie tussen de wenselijke en feitelijke situatie zijn er SMART-verbeterdoelen opgesteld.

- Eind februari '19 is het verplegend team van de Collum Care afdeling per mail en brief op de hoogte gesteld over de protocollen en werkprocessen betreffende wondzorg.
- In het eerstvolgende teamoverleg (februari '19) is effectief planmatig werken als onderwerp besproken.
- In februari '19 is het verplegend personeel van de Collum Care afdeling per mail en brief op de hoogte gebracht over de wondzorg klinische lessen dat ieder kwartaal (maart-juni-september-december) zal plaatsvinden.
- Eind 2019 zijn er ieder kwartaal (maart, juni, september, december) klinische lessen gegeven over de volgende onderwerpen: wondsoorten en de bijbehorende wond- en verbandmaterialen, TIME-model, wond- en verbandmaterialen aan de hand van het wondbehandelprotocol en wondzorg aan de hand van de Vilans wondzorgprotocollen.
- Eind maart '19 is er een werkgroep samengesteld om dit verbetertraject verder te implementeren op de Collum Care afdeling.

- Vanaf juni '19 wordt de 'Wound Care Competency Checklist' tijdens de klinische lessen op de afdeling als pilot gedraaid.
- Eind maart '19 is er contact opgenomen met de aangewezen personen (i.v.m. privacy worden er geen namen genoemd) betreffende het samenstellen van protocollen gespecificeerd op wondsoorten met de bijbehorende wond- en verbandmaterialen.
- Samen met de beleidsmedewerkers is er in april '19 gekeken naar de privacywet in verband met het fotograferen van wonden.

Conclusie

Ondanks de mogelijkheden om scholingen en E-learnings te volgen, kan geconcludeerd worden dat er binnen het team sprake is van kennistekort in wondsoorten, wond- en verbandmaterialen en het TIME-model. Ook is gebleken dat niet alle medewerkers de verplichte wondzorgtoets gemaakt hebben en deze blijken niet voldoende diepgang te hebben. In de enquête heeft iedereen aangegeven volgens de Vilans protocollen te werken, echter blijkt uit de observaties dat dit niet het geval is. Men geeft onder andere aan handschoenen te vervangen tijdens de wondzorg, wonden te reinigen en wondgrootte op te meten. De resultaten van de observaties geven daarentegen het tegenovergestelde weer. Uit de verschillende methoden blijkt dat niet iedereen gebruik maakt of bekend is met het wondbehandelprotocol. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de protocollen niet consequent gebruikt worden in de praktijk. Er kan geen verband gelegd worden tussen de opleidingsniveaus en de kennis van de medewerkers. Ten slotte is er gebleken dat de kwaliteit van zorg verminderd wordt door onjuiste planningen en werkdruk.

Hoofdstuk 3 – Probleemanalyse van de doelgroep en setting

In dit hoofdstuk wordt volgens het implementatiemodel de doelgroep en setting en de belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht (Grol & Wensing, 2015).

3.1 Methodiekbeschrijving

Voor het in kaart brengen van de doelgroep en setting en de belemmerende en bevorderende factoren is er gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview, de enquête die ook gebruikt is voor de wenselijke en feitelijke situatie en de website van Sevagram (2016) (z.d.).

3.1.1 Methodiek interview

Om te inventariseren welke factoren het verbeterplan kunnen bevorderen en/of belemmeren is er een semigestructureerd interview met de zorgcoördinator afgenomen. Voor de toelichting over de keuze van een semigestructureerd interview, zie paragraaf 1.1.2. Tijdens het interview is het team van de Collum Care afdeling besproken aan de hand van de rollen van Rogers (2003). De topics die tijdens dit interview gehanteerd zijn, zijn: attitude, belemmerende en bevorderende factoren, Collum Care afdeling en doelgroep en setting. Het interview is geanalyseerd middels open coderen (zie paragraaf 1.1.2). De betrouwbaarheid en validiteit is gewaarborgd door het uitvoeren van peer debriefing, het interview op te nemen met een spraakrecorder en door membercheck.

3.1.2 Methodiek enquête

Om de doelgroep en setting van de Collum Care afdeling in kaart te brengen, is er gekozen om aan de hand van vijf vragen in de enquête hier inzicht in te krijgen. Er zijn vragen gesteld betreffende het geslacht, leeftijdscategorie, opleidingsniveau, werkervaring en de rollen van Rogers (2003). Zie paragraaf 1.1.3 voor de uitgebreide methodiekbeschrijving.

3.2 Resultaten doelgroep en setting

Aan de hand van de resultaten van het interview met de zorgcoördinator en de enquête worden de setting, doelgroep en de segmentatie beschreven.

3.2.1 Setting

Sevagram is een innovatieve zorgorganisatie die mensen helpt de kwaliteit van hun leven te vergroten. De dienstverlening varieert onder andere van verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, revalidatiezorg tot en met dagactiviteiten en palliatieve terminale zorg. Om op basis van een bewezen aanpak een betere mensgerichte zorg te realiseren werkt Sevagram nauw samen met Planetree Nederland. Plataan is een geriatriesch revalidatiecentrum van Sevagram. Zij beschikken over 149 revalidatiebedden. Deze revalidatieplaatsen zijn geschikt voor mensen met onder meer orthopedische klachten, neurologische klachten en long- en hartaandoeningen (Sevagram, 2016). Eén van de bekendste groep revalidanten is de groep die na een behandeling herstelt van een

heupfractuur. Zij zullen revalideren op de Collum Care afdeling (Sevagram, z.d.). De Collum Care afdeling is sinds vorig jaar geopend. Hierbij geeft de zorgcoördinator aan dat er nog geen doel en visie voor de Collum Care afdeling officieel is vastgelegd. Zij benoemt: *“We hebben natuurlijk wel als Sevagram een visie en een missie”*. De missie en visie van Sevagram is mensen te helpen de kwaliteit van hun leven te vergroten (Sevagram, z.d.) Verdeeld over de 12 cliëntenkamers zijn er 19 bedden beschikbaar voor het specialisme Collum Care. Op de afdeling ziet men een nauwe samenwerking tussen diverse disciplines zoals de specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, afdelingssecretaresses, psycholoog, maatschappelijk werk en de zorg.

3.2.2 Doelgroep

De zorgcoördinator benoemt dat het team van de Collum Care afdeling op het moment bestaat uit 1 teammanager, 1 zorgcoördinator, 4 verzorgende IG, 5 mbo-verpleegkundigen en 1 hbo-verpleegkunde duaal student. In tabel 8 zijn de resultaten van de enquête weergegeven. Hierin worden het geslacht, de leeftijdscategorie, de opleidingsniveau en de werkervaring benoemd.

Geslacht (N10, 100%)	Vrouw (N9)		Man (N1)	
Leeftijd	18-29 jaar (N4)	30-39 jaar (N3)	40-49 jaar (N1)	50 jaar of ouder (N2)
Opleidingsniveau	Verzorgende IG (N5)	Mbo-VPK(N4)	Hbo-VPK(N1)	Hbo-VPK (dual) student (N1)
Werkervaring	< 5 jaar (N5)	5-10 jaar (N1)	11-20 jaar (N2)	21-30 jaar (N0) > 30 jaar (N2)

Tabel 8: Resultaat geslacht, leeftijd, opleidingsniveau & werkervaring (VPK = verpleegkunde)

Op Collum Care afdeling worden er door enkele medewerkers een vervolgopleiding gevolgd, echter gaan deze vervolgopleidingen niet over wondzorg. Tijdens het interview is er over de wisseling in het team gesproken. Ondanks de wisselingen in het team geeft de zorgcoördinator aan dat het klimaat binnen het team goed is. *“We zijn er dan vooral gericht geweest op het samenwerken en weer een team vormen. Maar je merkt ook dat wanneer iets niet lekker loopt of als iemand weerstand biedt, dat wel nog aandacht behoeft”*, aldus de zorgcoördinator.

3.2.4 Segmentatie

Grol en Wensing (2015) beschrijft de innovatietheorie van Rogers (2003) als de bekendste indeling om specifieke herkenbare subgroepen binnen een doelgroep van verandering te onderscheiden. Voor de volledige uitleg over de innovatietheorie van Rogers (2003) zie bijlage 19. De subgroepen bestaan uit innovators, early adopters, early majority, late majority en laggards. In tabel 9 zijn de resultaten van de enquête en interview met betrekking tot deze subgroepen weergegeven. Uit de enquête van de totale N10 respondenten blijkt dat het team bestaat uit: N3 innovators, N5 early adopters, N1 early majority en N1 late majority. Tijdens het interview zijn deze resultaten besproken met de zorgcoördinator. *“Als ik kijk naar dit dan ben ik er eigenlijk wel mee eens”*, aldus de zorgcoördinator. Opmerkelijk is dat geen enkele respondent behoort tot de subgroep laggards. Op de vraag hoe het team tegenover

het verbeteren van de wondzorg staat, geeft de zorgcoördinator aan dat ze positief zullen zijn over verbeteringen. Echter geeft ze ook aan dat er wel een aantal medewerkers zijn die weerstand kunnen bieden. Zij benoemt: *“We hebben een soort oudere garde in ons team [...] en die staan wel open voor veranderingen, maar ze hebben hier heel veel moeite mee om het te realiseren”*. Tevens geeft de zorgcoördinator aan dat het team op het moment niet actief bezig is met innovaties en vernieuwingen.

	Innovators	Early adopters	Early majority	Late majority	Laggards
Enquête (N10)	N3 (30%)	N5 (50%)	N1 (10%)	N1 (10%)	N0 (0%)
Interview	20%	60%	10%	10%	0%

Tabel 9: Resultaten enquête innovatietheorie van Rogers (2003)

3.4 Bevorderende en belemmerende factoren

De bevorderende en belemmerende factoren die tijdens de interviews en de enquête naar voren zijn gekomen, zijn geordend naar de inhoudelijke domeinen van Grol en Wensing (2015). De domeinen bestaan uit: individuele, socialen, organisatorische en maatschappelijke factoren. In dit verbetertraject zijn geen maatschappelijke factoren naar voren gekomen. Deze zijn in tabel 10 gepresenteerd.

Bevorderende factoren		Belemmerende factoren	
Individuele factoren:			
Kennis en vaardigheden: + De zorgcoördinator geeft aan dat er in het team mensen zijn die kennis hebben over wondzorg en dat dit gunstig kan zijn voor het uitwerken van dit verbeterplan. + Het verplegend personeel vraagt geregeld advies over wond- en verbandmaterialen.		- Er is sprake van ondeskundigheid en kennistekort in wondsoorten, wond- en verbandmaterialen en het TIME-model binnen het team.	
Scholingen: + N5 van de N10 respondenten geven aan behoefte te hebben aan wondzorgscholingen.		- N5 van de N10 geven aan geen behoefte te hebben aan scholingen - N3 respondenten hebben de tweejaarlijkse wondzorgtoets nog niet gemaakt. - N1: De tweejaarlijkse wondzorgtoetsen hebben geen meerwaarde op kennis en vaardigheden - N3 van de medewerkers zijn bezig of starten met een vervolgopleiding, echter heeft dit niks met wondzorg te maken.	
Wondprotocollen: + N10 van de N10 respondenten geven aan dat de Vilans wondprotocollen duidelijk omschreven zijn. + N7 van de N10 respondenten geven aan gebruik te maken van het wondbehandelprotocol.		- De aandachtfunctionaris twijfelt of het wondbehandelprotocol in de praktijk gebruikt wordt. - N2 respondenten hebben nog nooit eerder gehoord van het wondbehandelprotocol. N1 gebruikt het niet. - Niet iedereen werkt volgens de Vilans wondzorgprotocollen (wondreining, handschoenen vervangen, wondinspectie).	
Sociale factoren:			
Attitude team: + Het verplegend team bestaat uit N3 innovators, N5 early adopters, N1 early majority en N1 late majority. + Volgens de zorgcoördinator is het klimaat binnen het team goed en wordt als sterke punt het samenwerken genoemd. + De zorgcoördinator heeft in het interview aangegeven dat zowel zij als het team positief tegenover het verbeteren van wondzorg staan.		- De zorgcoördinator geeft aan dat er een aantal mensen van het team misschien weerstand zullen bieden tijdens dit verbetertraject. - Als zwakke punt van het team benoemt de zorgcoördinator dat zij laten merken wanneer ze ergens weerstand tegen hebben. - Het team staat open voor feedback, maar de zorgcoördinator geeft aan dat hier niet altijd wat meegedaan wordt.	
Aangewezen personen: + De Collum Care afdeling beschikt over 3 aandachtsfunctionarissen van wondzorg en decubitus. Zij kunnen een positieve bijdrage leveren in het verbeterplan.			
Multidisciplinair: + Op de afdeling is er een nauwe samenwerking tussen verschillende disciplines met wondzorgexpertise, bijvoorbeeld tussen de ergotherapeut, het verplegend personeel en de specialist ouderengeneeskunde. Hierdoor kunnen verschillende disciplines op zijn aandachtsgebied het wondgenezingsproces optimaliseren. + De aandachtfunctionaris(sen) stellen wond- en verbandmaterialen voor aan de arts.		- De wonden worden niet wekelijks met de arts geëvalueerd.	
Organisatorische factoren:			
Waarborging kennis: + Het verplegend personeel is vanuit Sevagram verplicht om elke 2 jaar een wondzorgtoets af te leggen. Alvorens deze toets af te leggen, dient men de E-learning te doorlopen. + Sevagram biedt scholingen en E-learningen aan, zodat het personeel zijn kennis en kunde actueel kan houden.		- Door tijdgebrek zijn de tweejaarlijkse wondzorgtoetsen oppervlakkig. - De wondzorgscholingen zijn niet verplicht om te volgen. - Er zijn nog geen klinische lessen (over wondzorg) gegeven op de afdeling door de aandachtsfunctionaris(sen).	
Wondprotocollen: + Bestaande protocollen spelen een effectieve rol bij dit verbeterproject. Dit zijn de volgende protocollen: het wondbehandelprotocol, decubitusprotocol, decubitus wondbehandelprotocol en de Vilans wondzorgprotocollen.		- Uit de enquête (N1) en de interviews komt naar voren dat er geen protocol bestaat per wondsoort (gebaseerd op oorzaak van de wond) en de bijbehorende wond- en verbandmaterialen. - De Vilans wondzorgprotocollen worden door de experts als summier beschreven.	
Innovaties: + Sevagram heeft het TIME-model uitgebreid door wondgrootte (lengte + breedte) en diepte onder de letter 'T' van tissue toe te voegen. De TIME is al geïmplementeerd en alle medewerkers zijn hier al op de hoogte van. + Er is een werkgroep binnen Plataan bezig met het innoveren van een wond kar, zodat men efficiënter kan werken op de afdeling.		- Er wordt onvoldoende en/of onjuist volgens het TIME-model beoordeelt en gerapporteerd.	
Collum Care afdeling: + In het beleidsoverleg is de afspraak gemaakt dat de aandachtsfunctionarissen in 2019 meer verantwoordelijkheid zal dragen voor zijn aandachtsgebied. + De Collum Care afdeling is een leerafdeling. Dit betekent dat er op de afdeling veel studenten/ leerlingen stagelopen. Zij kunnen nieuwe onderwerpen betreffende wondzorg aandragen tijdens de klikmomenten.		- De Collum Care afdeling is sinds afgelopen jaar geopend en zij hebben tot op heden nog geen doel en visie dat gespecificeerd is op de afdeling. - Het afgelopen jaar is er sprake geweest van wisselingen in het team en afwezigheid van medewerkers (door zwangerschapsverlof). Hierdoor heeft het team niet aan de aandachtsgebieden kunnen werken. - Door werkdruk en verkeerde planning worden wonden niet frequent verzorgd. - Nieuwe medewerkers zijn niet op de hoogte van alle werkprocessen rondom wondzorg.	
+ Wond- en verbandmaterialen dat niet tot de standaard voorraad behoren, kunnen extra besteld worden.		- De juiste wond- en verbandmaterialen zijn niet altijd op voorraad op de afdeling en/of op de cliëntenkamer.	
+ Sevagram biedt hulpmiddelen aan die wondzorg optimaliseren, zoals meetlatjes voor het opmeten van wonden.		- De aandachtsfunctionaris heeft aangegeven dat er momenteel geen foto's gemaakt worden van wonden (in verband met de nieuwe privacywet).	

Conclusie

Tabel 10: Bevorderende & Belemmerende factoren

Kijkend naar de resultaten kan er geconcludeerd worden dat het team van de Collum Care afdeling positief staat tegen het verbeteren van wondzorg. Uit de doelgroepsanalyse blijkt dat iedereen, ondanks de leeftijdsverschillen, openstaat voor vernieuwingen. De afdeling beschikt over 3 aandachtfunctionarissen betreffende wondzorg. Zij kunnen een essentiële rol spelen in ontwikkelingen en innovaties omtrent wondzorg. Bovendien vindt er op de afdeling een sterke samenwerking plaats tussen verschillende disciplines om zo het wondgenezingsproces te optimaliseren vanuit verschillende aandachtsgebieden. Uit de

enquête (N10) blijken N3 innovators, N5 early adopters, N1 early majority en N1 late majority te zijn. De zorgcoördinator bevestigt dit. Behalve de bevorderende factoren zijn ook de belemmerende factoren aan bod gekomen, zoals kennistekort en ondeskundigheid in wondzorg, geen doel en visie op de afdeling en medewerkers die eventueel weerstand kunnen bieden tijdens dit verbetertraject.

Hoofdstuk 4 – Ontwikkeling strategieën en interventies

In dit hoofdstuk worden de interventies en strategieën omschreven die gekozen zijn voor het verbeteren van wondzorg op de afdeling. Dit is de vierde stap van het implementatiemodel en tevens de laatste stap van dit verbetertraject (Grol & Wensing, 2015).

4.1 Methodiekbeschrijving

Om tot een selectie van strategieën en interventies te komen, is er gekozen voor een exploratieve methode namelijk brainstormen met de aandachtsfunctionaris en zorgcoördinator. Door te brainstormen zal door de hoeveelheid suggesties de kwaliteit van de strategieën en interventies verhoogd worden (Grol & Wensing, 2015). De strategieën en interventies zijn aan de hand van het ‘Cochrane Effective Practise and Organisation of Care Group’ (EPOC) model beschreven en geordend. Dit model onderscheidt 4 domeinen, namelijk: de professionalgerichte, financiële, organisatorische en wettelijke interventies. In dit verbeterplan is er gebruik gemaakt van 3 domeinen, namelijk: de professionalgerichte, de organisatorische en de wettelijke interventies. De strategieën en interventies zijn gericht op de bevorderende en belemmerende factoren die in tabel 10 weergegeven.

4.2 Strategieën en interventies

In de onderstaande tabel (tabel 11) worden de geselecteerde strategieën en interventies weergegeven.

EPOC Domein & Strategie	Beïnvloedende factor(en)	Interventies
Professional Gerichte Interventies Verspreiding van educatief materiaal betreffende wondprotocollen	+ Bestaande protocollen spelen een effectieve rol bij dit verbeterproject. Dit zijn de volgende protocollen: het wondbehandelprotocol, decubitusprotocol, decubitus wondbehandelprotocol en de Vilans wondzorgprotocollen. + Sevagram heeft het TIME-model uitgebreid door wondgrootte (lengte + breedte) en diepte onder de letter 'T' van tissue toe te voegen. De TIME is al geïmplementeerd en alle medewerkers zijn hier al op de hoogte van. + N10 respondenten geven aan dat de Vilans wondprotocollen duidelijk omschreven zijn. + N7 respondenten geven aan gebruik te maken van het wondbehandelprotocol. + Sevagram biedt hulpmiddelen aan dat wondzorg optimaliseert, zoals meetlatjes voor het opmeten van de wond. - De aandachtfunctionaris twijfelt of het wondbehandelprotocol in de praktijk gebruikt wordt. - N2 respondenten hebben nog nooit eerder gehoord van het wondbehandelprotocol. - Niet iedereen werkt volgens de Vilans wondzorgprotocollen (wondreiniging, handschoenen vervangen, wondinspectie). - Niemand (N0) maakt gebruik van de meetlatjes voor het opmeten van een wond.	- Het verplegend team van de Collum Care afdeling zal via een mail en/of brief op de afdeling ingelicht over de resultaten van dit verbetertraject. In deze mail en/of brief zullen de bestaande protocollen over wondzorg aangehaald worden en ook als bijlagen toegevoegd worden. - Ook zal er een 'wegwijzer' om de protocollen zelf op te kunnen zoeken ingevoegd worden. - Het verplegend personeel zal gevraagd worden om gebruik te maken van hulpmiddelen (meetlatjes, wondkaarten), zodat er subjectieve wondbeoordeling plaats kan vinden. - De klinische aanspreekpunt betreffende wondzorg zal gecontacteerd worden en gevraagd worden om nieuwe meetlatjes en wondkaarten te leveren, zodat het verplegend personeel dit op de werkvloer kan gebruiken.
Lokale opinieleiders	+ De Collum Care afdeling beschikt over 3 aandachtfunctionarissen van wondzorg en decubitus. Zij kunnen een positieve bijdrage leveren in het verbeterplan. + De zorgcoördinator geeft aan dat er in het team mensen zijn die kennis hebben over wondzorg en dat dit gunstig kan zijn voor het uitwerken van dit verbeterplan. + In het beleidsoverleg is de afspraak gemaakt dat de aandachtfunctionarissen in 2019 meer verantwoordelijkheid zal dragen voor zijn aandachtsgebied. - Het afgelopen jaar is er sprake geweest van wisselingen in het team en afwezigheid van medewerkers (door zwangerschapsverlof). Hierdoor heeft het team niet aan de aandachtsgebieden kunnen werken. - Nieuwe medewerkers zijn niet op de hoogte van alle werkprocessen rondom wondzorg.	- De resultaten en aanbevelingen van dit verbetertraject zullen in een gesprek met de teammanager(s) besproken worden. In het gesprek zal er onder andere de meerwaarde van het verplicht stellen van de scholingen, het uitbreiden van het tijdsbestek van de tweejaarlijkse wondzorgtoetsen en het opleiden van verpleegkundigen tot wondverpleegkundigen besproken worden. Om te achterhalen of het uitbreiden van een wondzorgtoets en het verplicht stellen van scholingen een meerwaarde zal hebben op de kennis en vaardigheden van het personeel, kan er een pilot gedraaid worden. - De aanbevelingen van dit verbetertraject zullen besproken worden met de aandachtfunctionarissen van de afdeling, zodat zij dit mee kunnen nemen in het verbeteren van de wondzorg. De aandachtfunctionarissen zullen actief bezig zijn met de onderwerpen wondzorg en decubitus (aandachtsgebieden). Hierdoor zullen zij de medewerkers blijven enthousiasmeren om aan de hand van de bestaande protocollen en werkprocessen te werk te gaan. - Indien er sprake zal zijn van nieuwe medewerker(s) in het verplegend team dan is het de taak van de aandachtfunctionarissen om de nieuwe medewerker(s) op de hoogte te stellen van de werkprocessen rondom zijn aandachtsgebied.
Toetsing en terugkoppeling	+ Het verplegend personeel is vanuit Sevagram verplicht om elke 2 jaar een wondzorgtoets af te leggen. Alvorens deze toets af te leggen, dient men de E-learning te doorlopen. - Niet iedereen van het verplegend personeel heeft de tweejaarlijkse wondzorgtoets gemaakt. - N1: De tweejaarlijkse wondzorgtoetsen hebben geen meerwaarde op kennis en vaardigheden - Door tijdgebrek is de tweejaarlijkse wondzorgtoets oppervlakkig. - Het team staat open voor feedback, maar de zorgcoördinator geeft aan dat hier niet altijd wat meegeedaan wordt.	- Er zal een nulmeting gedaan worden aan de hand van een enquête om de kennis van het verplegend team in kaart te brengen. Met behulp van deze gegevens kan er in het gesprek met de teammanager gekeken worden hoe de kennis en vaardigheden van het personeel verbeterd/gewaarborgd kan worden kijkend naar de wondzorgtoetsen en scholingen. - Een keer per jaar wordt het verplegend personeel gecontroleerd op het maken van toetsen. Dit gebeurt tijdens een gesprek waarbij zowel medewerker en teammanager aanwezig zijn.
Educatieve bijeenkomsten	+ Sevagram biedt scholingen en E-learnings aan, zodat het personeel zijn kennis en kunde actueel kan houden. + N5 respondenten geven aan behoefte hebben aan wondzorgscholingen. + Het verplegend personeel vraagt geregeld advies over wond- en verbandmaterialen. - Er is sprake van ondeskundigheid en kennistekort in wondsoorten, wond- en verbandmaterialen en het TIME-model binnen het team. - De wondzorgscholingen zijn niet verplicht om te volgen. - Er zijn nog geen klinische lessen (over wondzorg) gegeven op de afdeling door de aandachtfunctionaris(sen).	- De aandachtfunctionarissen zullen ieder kwartaal (maart, juni, september, december 2019) een klinische les geven over een onderwerp met betrekking tot wondzorg, zodat de kennis en vaardigheden van het verplegend team verbeterd en/of gewaarborgd wordt (Mitchell, 2017; Brölmann, Go, Ubbink, & Vermeulen, 2013). • Maart '19: Klinische les over verschillende wondsoorten met de bijbehorende wond- en verbandmaterialen • Juni '19: Klinische les over het TIME-model • September '19: Klinische les over wond- en verbandmaterialen aan de hand van het wondbehandelprotocol • December '19: Klinische les over wondzorg met behulp van de Vilans wondzorgprotocollen - Voorafgaand van de klinische lessen zal het verplegend personeel eerst op de hoogte gesteld worden aan de hand van een mail en brief. In deze mail/brief zal het personeel verzocht worden om de desbetreffende E-learning te doorlopen voordat ze aansluiten bij de klinische les. Hierdoor zal de kennis al opgefrist worden, waardoor er tijdens de klinische lessen vragen gesteld kunnen worden en hierdoor meer diepgang gecreëerd zal worden. - Tijdens deze klinische lessen zullen de competenties betreffende wondzorg van het verplegend personeel beoordeeld worden aan de hand van de wondzorg competentielijst (zie bijlage 16) (Ayello et al., 2017). Door middel van deze resultaten kunnen medewerkers geadviseerd worden om een scholing te volgen en E-learnings uit te voeren indien dit niet eerder gedaan is. Deze E-learnings staan in het leerportaal van Sevagram.
Reminders	- Er wordt onvoldoende en/of onjuist volgens het TIME-model beoordeelt en gerapporteerd. - De juiste wond- en verbandmaterialen zijn niet altijd op voorraad op de afdeling en/of op de cliëntenkamer. - Niemand maakt gebruik van de meetlatjes voor het opmeten van een wond. - De wonden worden niet wekelijks met de arts geëvalueerd.	- Tijdens iedere klinische les zullen de aandachtfunctionarissen het verplegend personeel attenderen om aan de hand van het TIME-model een wond te beoordelen en te rapporteren. Ook zullen ze het gebruik van meetlatjes aankaarten en stimuleren. - Om ervoor te zorgen dat de juiste wond- en verbandmaterialen voor de cliënten en als afdelingsvoorraad aanwezig zijn op de afdeling, zullen er vaste afspraken gemaakt worden over het bestellen van deze producten (op welke dag, door wie). - Er zal een wondenronde lijst gemaakt worden, waarop cliënten met een wond vermeld staan. Met behulp van een tabel zal er bijgehouden worden welke wonden door de arts gezien zijn en welke niet. Dit zal overzicht geven en wonden zullen minimaal 1x per week geëvalueerd worden met de arts.

Lokal consensus-processen	+ De Collum Care afdeling is een leerafdeling. Dit betekent dat er op de afdeling veel studenten/ leerlingen stagelopen. Zij kunnen nieuwe onderwerpen betreffende wondzorg aandragen tijdens de klikmomenten. - De Vilans wondzorgprotocollen worden door de experts als summier beschreven. - Uit de enquête en de interviews komt naar voren dat er geen protocol bestaat per wondsoort (gebaseerd op oorzaak van de wond) en de bijbehorende wond- en verbandmaterialen.	- Werkbegeleiders van de Collum Care afdeling zullen onderwerpen met betrekking tot wondzorg aan alle studenten/leerlingen voorstellen, zodat zij zich hierin kunnen verdiepen en hun bevindingen hierover tijdens een klikmoment kunnen bespreken. Doordat meerdere studenten/leerlingen zich zullen verdiepen in het onderwerp, zullen er over bepaalde onderwerpen aan de hand van casuïstiek gediscussieerd kunnen worden. Hierbij komen alle studenten/ leerlingen (alle niveaus & alle jaren) in aanmerking, zodat ze elkaar kunnen versterken in het klinisch redeneren. Aangezien er OK-wonden op de afdeling voorkomen, zal het onderwerp wondzorg standaard in het plan van aanpak van de studenten/leerlingen beschreven worden. - Er zal contact opgenomen worden met de werkgroep betreffende de wond protocollen. In dit gesprek zal de behoefte van het personeel en experts ten aanzien van een protocol gespecificeerd op wondsoorten en de bijbehorende wond- en verbandmaterialen besproken worden. Tijdens het gesprek met deze werkgroep zullen de voor- en nadelen van het samenstellen van een nieuw protocol besproken worden, waarbij de werkgroep zijn ideeën/gedachten hierover kan benoemen. Ook zullen de bestaande protocollen besproken worden tijdens dit gesprek. Hierbij zal er gekeken worden hoe de Vilans wondzorgprotocollen specifiek gemaakt kunnen worden.
Organisatorische Interventies Herziening van professionele rollen	+ Er is een werkgroep binnen Plataan bezig met het innoveren van een wond kar, zodat men efficiënter kan werken op de afdeling. + Wond- en verbandmaterialen dat niet tot de standaard voorraad behoren, kunnen extra besteld worden. - De juiste wond- en verbandmaterialen zijn niet altijd op voorraad op de afdeling en/of op de cliëntenkamer.	- Na het afsluiten van de bachelor thesis zullen de resultaten en aanbevelingen overgedragen worden aan de aandachtsfunctionarissen en aan de werkgroep. De resultaten van dit verbeterplan kan hen eventueel ondersteunen bij implementaties. - Binnen het team zal er gekeken worden naar de takenverdeling van de afdeling. Het team zal hier aan de hand van een mail op de hoogte gesteld worden, zodat zij weten wie de bestellingen doet. De dag wanneer de bestellingen gedaan worden, zal hier ook in vermeld worden. Dit voorkomt dubbele bestellingen of het vergeten van bestellingen te plaatsen. Er zal een bestelformulier in de voorraadkamer gehangen worden, zodat het verplegend personeel hier wond- en verbandmaterialen dat (bijna) niet meer voorradig is op kan schrijven.
Veranderingen in de omvang en aard van diensten	- Door werkdruk en verkeerde planning worden wonden niet frequent verzorgd.	- Samen met het verplegend team en de zorgcoördinator zal er gekeken worden naar efficiënt en planmatig werken. Dit zal 1x centraal in een teamoverleg besproken worden. Daarna zal dit vorm krijgen tijdens de diensten. Hierbij wordt er van het team gevraagd om prioriteiten te stellen, waarbij ze elkaar hierop feedback zullen geven.
Klinische multidisciplinaire teams	+ Op de afdeling is er een nauwe samenwerking tussen verschillende disciplines met wondzorgexpertise, bijvoorbeeld tussen de ergotherapeut, het verplegend personeel en de specialist ouderengeneeskunde. Hierdoor kunnen verschillende disciplines op zijn aandachtsgebied het wondgenezingsproces optimaliseren. + De aandachtsfunctionaris(sen) stellen wond- en verbandmaterialen voor aan de arts.	- Continueren van het inzetten van verschillende disciplines door het verplegend personeel, zodat de wondgenezing geoptimaliseerd kan worden. Andere disciplines kennen diverse technieken vanuit hun aandachtsgebieden. Tevens kunnen deze disciplines hier tijd voor uittrekken als consult. Dit kan tijdens een MDO besproken worden, maar ook door een 'signaal' naar de desbetreffende discipline te sturen in het elektronische cliënten dossier. - Het wondbehandelprotocol of andere evidence-based richtlijnen gebruiken om keuzes te maken voor wond- en verbandmaterialen bij het opstellen van een wondbeleid, waarbij het verplegend personeel actief mee zal denken.
Wettelijke maatregelen Vergunningen	- De aandachtsfunctionaris heeft aangegeven dat er momenteel geen foto's gemaakt worden van wonden (in verband met de nieuwe privacywet).	Om foto's van wonden te kunnen maken, moet er een toestemmingsverklaring voor het fotograferen van de wond ondertekend worden. Dit formulier dient samen met de werkgroep betreffende de privacywet besproken te worden. Als het formulier samen is gesteld, zullen cliënten met een wond dit moeten tekenen alvorens er foto's gemaakt worden op de werk iPad. Nadat de cliënt het formulier ondertekend heeft, zal dit gescand worden en in het elektronische cliëntendossier geplaatst worden.

Conclusie

Tabel 11: Strategieën & interventies

Concluderend kan er gesteld worden dat er diverse strategieën en interventies, gericht op de belemmerende en bevorderende factoren, aanbevolen worden voor het verbeteren van wondzorg. De interventies worden ingezet op kennistekort en verbeteren en/of implementeren van wondprotocollen. Om een optimaal wondgenezingsproces te creëren zijn kennis en deskundigheid een vereiste voor het verplegend personeel. Dit kan bereikt worden middels klinische lessen, scholingen en E-learnings. Tevens is het essentieel om het belang van protocollen te benadrukken bij de doelgroep. Er zijn diverse interventies aanbevolen voor het verbeteren en implementeren van wondprotocollen.

Nabeschuwing

Conclusie In deze conclusie zal er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag die voorafgaand van dit verbetertraject is opgesteld: *“Welke aanbevelingen kunnen er gegeven worden over de verbetering van wondzorg binnen een revalidatiesetting aan de hand van de wenselijke en feitelijke situatie?”*. Door de wenselijke en feitelijke situatie met behulp van meerdere methoden in kaart te brengen, komt er naar voren dat er sprake is van kennistekort en ondeskundigheid in wondsoorten, wond- en verbandmaterialen en het TIME-model. De helft van de respondenten heeft in de enquête aangegeven behoefte te hebben aan wondzorgscholing. Middels interventies zoals verplichte scholingen, klinische lessen en gebruik maken van bestaande E-learnings kunnen de kennis en deskundigheid van het verplegend personeel verbeterd en/of gewaarborgd worden. Verder is gebleken dat niet iedereen consequent gebruik maakt of niet op de hoogte is van bestaande wondprotocollen. Tevens worden de Vilans wondprotocollen door experts beschreven als een summier protocol en is er vanuit het team en de experts vraag naar een protocol gespecificeerd op wondsoorten en de bijbehorende wond- en verbandmaterialen. Uit meerdere methoden komt als belemmerende factor naar voren dat onjuiste planning kan resulteren in werkdruk, waardoor wondzorg niet of niet op de juiste wijze uitgevoerd wordt. Concluderend kan er gesteld worden dat wondzorg niet op de juiste wijze geleverd wordt. Door de in deze thesis aangeboden interventies te initiëren, zullen kennis en expertise op het gebied van wondzorg vergoot en verbeterd worden en protocollen zullen specifieke richtlijnen bevatten waardoor wondzorg zo optimaal mogelijk uitgevoerd zal worden. Gezien de doelgroep bestaat uit 3 aandachtfunctionarissen wondzorg, zal het inzetten van de aangereikte interventies goed moeten verlopen. Zij dragen een verantwoordelijkheid op het gebied van wondzorg op de afdeling.

Discussie De doelstelling van het verbetertraject is om het verplegend personeel binnen deze revalidatiesetting aanbevelingen te kunnen geven over het verlenen van verantwoorde wondzorg, waardoor zowel de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van cliënten verbeterd wordt. De betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten rondom dit verbetertraject kunnen ter discussie worden gebracht. Bij de literatuurstudie is er kritisch gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte onderzoekartikelen. In deze bachelor thesis zijn bij de meeste uitspraken meerdere bronnen geraadpleegd, waardoor de authenticiteit van de uitspraken meer aannemelijk zijn. De betrouwbaarheid en validiteit van de interviews zijn zo veel mogelijk geprobeerd te waarborgen, door de topiclijsten van de interviews vooraf door meerdere personen te laten beoordelen (peer debriefing) en door de respondenten het uitgewerkte interview na te laten lezen (membercheck). Kijkend naar het proces van de andere onderzoeksmethoden zijn een aantal zaken te bemerken. Onder het verplegend

personeel is een enquête afgenomen. Dit is door meerdere personen nagekeken (peer debriefing), welke de validiteit en betrouwbaarheid hoog maakt (Baarda et al., 2018). Gezien een kleine doelgroep van 11 teamleden, kunnen de resultaten van de enquête echter wel ter discussie gesteld worden. Bij de enquête is er zo veel mogelijk geprobeerd om rekening te houden met de anonimiteit van de respondenten. Het verplegend personeel bestaat onder andere uit 1 mannelijke medewerker en 1 duaal student. Hierdoor is de anonimiteit van hen niet gewaarborgd tijdens het analyseren van de resultaten. Dit is met hen besproken en zij hebben dit goedgekeurd. Verder zijn er in de enquête viertal kennisvragen gesteld om inzicht te krijgen op de kennis van het verplegend personeel. In hoofdstuk 4 is hier een interventie op gezet, zodat er een nulmeting gedaan kan worden om een duidelijk beeld te krijgen op de kennis van het personeel door meer kennisvragen te stellen. In de enquête waren de topics 'reinigen', 'handschoenen' en 'wondclassificatiemodellen' geëxcludeerd bij de wenselijke situatie, omdat de aandacht gelegd is bij de feitelijke situatie. Echter had dit ook bij de wenselijke situatie gevraagd kunnen worden om inzicht te krijgen hoeverre deze onderwerpen voor het verplegend personeel wenselijk is. Om het gedrag van het verplegend personeel in kaart te brengen, hebben er observaties plaatsgevonden. In de methodiek is beschreven dat er aan de hand van observatiepunten geobserveerd is. Aangezien de motieven voor het gedrag niet geobserveerd kunnen worden, kunnen de resultaten van de observaties niet als volledig betrouwbaar beschreven worden. Om te achterhalen wat er gedacht wordt tijdens observaties, zouden observaties gekoppeld kunnen worden met hardop-denkprotocollen (Baarda et al., 2018).

Aanbevelingen voor in de praktijk

- Ter inventarisatie van kennistekort wordt geadviseerd een nulmeting hierover uit te voeren.
- Het verplegend personeel voorzien van klinische lessen over wondzorg (wondsoorten, wond- en verbandmaterialen, TIME-model).
- Kennis en deskundigheid van het verplegend personeel aan de hand van de Wound Care Competency Checklist evalueren aan het einde van een klinische les. Hieruit kan het advies worden gegeven om een scholing te volgen en/of om een E-learning te doorlopen.
- Implementeren van protocollen gebaseerd op wondsoort met de bijbehorende wond- en verbandmaterialen.
- Opstellen van een toestemmingsformulier voor het fotograferen van wonden van cliënten.

Literatuurlijst

- Adriaansen, M., Groot, J. M., Poot, E., & Weststrate, J. (2008). *Decubitus te lijf: Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ayello, E. A., Capezuti, E., Jicman, W. H., Sibbald, R. G., & Zulkowski, K. (2017, februari). Educating Nurses in the United States about Pressure Injuries. *Skin & Wound Care*, pp. 83–94.
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (4e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Baarda, B., De Goede, M., & Kalmijn, M. (2015). *Basisboek enquêteren* (4e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Baarda, B., De Goede, M., & Van der Hulst, M. (2012). *Basisboek Interviewen*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Bedaf, M. (2016, april). Zo bied je goede wondverzorging. *Tijdschrift voor verzorgenden*, 48(4), 24–26. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs41183-016-0048-4.pdf>
- Brimelow, R. E., & Wollin, J. A. (2018, april). The impact of care practices and health demographics on the prevalence of skin tears and pressure injuries in aged care. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1519–1528.
- Brölmann, F. E., Go, P. M. N. Y., Ubbink, D. T., & Vermeulen, H. (2013, 17 juli). De behandeling van acute wonden: 7 tips. *Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157(A6086), 1–8. Geraadpleegd van <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-behandeling-van-acute-wonden>
- Byrne, G., & Moran, N. (2018, 8 september). Assessing knowledge of wound care among cardiothoracic nurses. *British Journal of Nursing*, pp. 33–42. Geraadpleegd van <https://eds-b-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=b4dee16a-3307-4ffb-9fcc-cee8d71654e5%40pdc-v-sessmgr02>
- Cantrell, S. (2017, augustus). Defending the dermis. *Healthcare Purchasing News*, 41(8), 22–26. Geraadpleegd van <https://web-b-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=99f22d26-7690-46f4-94f7-096deba5bbb0%40sessionmgr101>
- Chakraborty, C., Chakraborty, C., Das, D. K., Ghosh, S. K., & Gupta, G. (2016, maart). Telemedicine Supported Chronic Wound Tissue Prediction Using Classification Approaches. *Journal of Medical Systems*, pp. 1–12.

- Choi-Kwon, S., & Han, J. Y. (2011, december). Adaptation of Evidence-based Surgical Wound Care Algorithm. *Korean Society of Nursing Science*, 41(6), 768–779.
Geraadpleegd van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22310861>
- ConvaTec Inc.. (z.d.). Gezondheidswinst met ConvaTec. Geraadpleegd op 15 september 2018, van <https://www.convatec.nl/over-ons/bedrijfsinformatie/>
- Dobronte, A. (2015, juni). De steekproefgrootte bepalen van je enquête. Geraadpleegd op 4 december 2018, van <https://nl.checkmarket.com/blog/de-steekproefgrootte-bepalen-van-je-enquete/>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Geraadpleegd van <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- Eskes, A. (2013, september). Knowledge development and research utilization in evidence-based wound care. *Verpleegkunde*, 28(3), 21–24. Geraadpleegd van <https://tijdschriftverpleegkunde-nl.zuyd.idm.oclc.org/jaargangen/2013/3/proefschriftknowledgevelopmentandresearchutilizationinevidence-basedwoundcare.html>
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (2e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Falke & Verbaan. (z.d.). Sevagram: een effectieve verzuimaanpak begint met een heldere visie [Foto]. Geraadpleegd op 18 september 2018, van <https://www.falkeverbaan.nl/blog/sevagram-een-effectieve-verzuimaanpak-begint-met-een-heldere-visie/>
- Graves, N., & Zheng, H. (2014, 1 maart). The prevalence and incidence of chronic wounds: a literature review. *Wound Practice & Research*, 22(1), 4–19. Geraadpleegd van <https://eds-a-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=3&sid=c5a1c4e9-132a-4408-9d59-b5f1f5fb51f8%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=107899574&db=rzh>
- Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie* (6e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hageman, A. (2017, 8 augustus). Time. Geraadpleegd op 6 november 2018, van <https://www.nursing.nl/wondindex/time/>
- Jonkers, A. (2013). Wondbeoordeling met letters en kleuren. *Nursing*, 19(9), 19–25.

- Kamolz, L. P., & Wild, T. (2013, 26 april). Wound bed preparation: The impact of debridement and wound cleansing. *Wound Medicine*, pp. 44–50.
- Lloyd-Vossen, J. (2009, juni). Implementing Wound Care Guidelines: Observations and Recommendations from the Bedside. *Ostomy Wound Management*, 55(6), 50–55.
Geraadpleegd van
<https://pdfs.semanticscholar.org/f773/366b978d7a465103235d8618d6216b88a424.pdf>
- Mitchell, A. (2017, december). Assessing the value of practice-based leg ulcer education to inform recommendations for change in practice. *British Journal of Community Nursing*, pp. 28–34.
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. (2013). Richtlijn 'Wondzorg' [Richtlijn].
Geraadpleegd op 4 oktober 2018, van
<https://www.nvpc.nl/uploads/stand/130Richtlijn-Wondzorg-final.pdf>
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, Nederlandse Vereniging voor Plastisch Chirurgie, & Wondplatform Nederland. (2018). *Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland*.
Geraadpleegd van
<https://wondexpertise.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=bHDIXRwmEng%3D&portalid=41×tamp=1529615534259>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Innovatie van complexe wondzorg*. Geraadpleegd van
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3196_22/1/
- Perfectus Biomed. (z.d.). Wound Care Test Methods - Perfectus Biomed [Foto].
Geraadpleegd op 18 september 2018, van
<http://perfectusbiomed.com/index.php/sectors/wound-care/>
- PT Webucation. (z.d.). Wound Care | PT Continuing Education Courses - PT Webucation [Foto]. Geraadpleegd op 18 september 2018, van
<http://www.ptwebucation.com/courses/wound-care/>
- Redactie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. (2016). *Handboek wondzorg* (3e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rösner, F. (2013, juli). Professionalization of nursing responsibilities in wound management by academization: From an accompanying nursing to evidence-based healing-related activities. *Wound Medicine*, pp. 25–32.
- Sevagram. (z.d.). Sevagram - Algemeen. Geraadpleegd op 17 november 2018, van
<https://www.sevagram.nl/algemeen-plataan.html>
- Sevagram. (2016, maart). Revalidatiecentrum PLATAAN. Geraadpleegd op 17 november 2018, van

- https://www.sevagram.nl/images/documenten/Sevagramfolders/Flyer_GRZ_Plataan.pdf
- Van den Schoor, L. (2017, 3 januari). Topzorg voor de wond. *Nursing*, 23(1), 30–32. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s41193-017-0010-4>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2010, december). Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg. Geraadpleegd op 11 oktober 2018, van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Afdelingen/competentiebeschrijving-voor-de-verpleegkundige-in-de-palliatieve-zorg.pdf>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2018). *Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland*. Geraadpleegd van <https://wondexpertise.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=bHDIXRwmEng%3d&portalid=41×tamp=1529615534259>
- WCS. (z.d.). WCS Classificatiemodel - WCS. Geraadpleegd op 5 oktober 2018, van <https://www.wcs.nl/over-wcs/wcs-classificatiemodel/>
- Werkgroep Infectie Preventie. (2013). *Persoonlijke beschermingsmiddelen*. Geraadpleegd van <https://www.rivm.nl/dsresource?objectid=a9fd27f8-7343-469e-a933-6582cb33b21c&type=org&disposition=inline>
- Wiegman, N. (2018, 31 augustus). Wat moet je weten over wondzorg? Geraadpleegd op 10 september 2018, van <https://www.nursing.nl/thema/wondzorg/>
- Wikipedia contributors. (2018, 13 februari). Zuyd University of Applied Sciences - Wikipedia [Foto]. Geraadpleegd op 18 september 2018, van https://en.wikipedia.org/wiki/Zuyd_University_of_Applied_Sciences
- Zwartbol, D. (2016, 21 december). Wondzorg in het verpleeghuis, meer dan pappen en nathouden! *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, pp. 34–37. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007%2Fs12503-016-0087-2>

Bijlagen

Bijlage 1 – Het reflectieverslag

Fase 1: Handelen

Het verdiepingsjaar van de opleiding Verpleegkunde te Zuyd Hogeschool bestaat onder andere uit twee differentiaties, namelijk differentiatie 3 en differentiatie 4. Tijdens mijn differentiatie 3 liep ik stage op de transfer afdeling (afdeling 2) van Sevagram Plataan. Wegens organisatie omstandigheden ben ik voor mijn differentiatie 4 overgeplaatst naar de Collum Care afdeling (afdeling 6). Het voorstel voor mijn bachelor thesis heb ik tijdens mijn differentiatie 3 geschreven, welke dus gespecificeerd is op de transferafdeling. De bachelor thesis zelf wordt op de Collum Care afdeling uitgevoerd.

Om tot een onderwerp voor mijn bachelor thesis te komen, heb ik geprobeerd overkoepeld naar de zorgprocessen op de afdeling te kijken. Hierbij is gelet waar de behoefte van de afdeling ligt en welke onderwerpen geschikt zijn voor een bachelor thesis. Het onderwerp wat voor mij het belangrijkste leek en het meest interessant was om me in te verdiepen, was wondzorg. Hierbij was mijn doel om wondzorg in een revalidatiesetting te verbeteren. Mijn onderwerpskeuze heb ik in een gesprek met mijn werkbegeleider besproken en beargumenteerd. Na de goedkeuring van mijn werkbegeleider ben ik aan de slag gegaan met het schrijven van mijn voorstel voor mijn bachelor thesis. Hierin heb ik stapsgewijs beschreven wat ik wil gaan uitvoeren. Aangezien ik zelf nog nooit eerder een bachelor thesis heb geschreven en geen verbetertraject omtrent wondzorg heb geleid, heb ik van tevoren een aantal doelen voor mezelf opgesteld, namelijk:

- Mijn kennis omtrent wondzorg verbreden en tijdens de zomervakantie alvast conceptuele en wetenschappelijke literatuur zoeken over wondzorg.
- Een planning met inleverdata voor stage en school maken voor de conceptversies van mijn bachelor thesis en dit goed in de gaten houden.
- Voldoende met mijn werkbegeleiders overleggen en om feedback vragen, zodat zij weten waar ik mee bezig ben en indien nodig mij kunnen ondersteunen.
- Door middel van mijn bachelor thesis haalbare en afdeling gerelateerde aanbevelingen kunnen beschrijven, zodat de kwaliteit van zorg op de afdeling hierdoor verhoogd kan worden.

Aan de hand van deze doelen wil ik graag antwoord kunnen geven op de hoofdvraag van mijn bachelor thesis, handigheid krijgen in het verbeteren van zorgprocessen en mijn kennis en vaardigheden zo veel mogelijk uit te breiden zodat ik klaar ben om als een hbo-verpleegkundige in de praktijk te kunnen functioneren.

Fase 2: Terugblikken op het handelen

Tijdens de vierjarige opleiding Verpleegkunde te Zuyd Hogeschool zijn de vijf beroepsrollen van een hbo-verpleegkundige aan bod gekomen. Dit zijn de volgende rollen: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. In deze fase wordt er gereflecteerd op deze rollen gedurende de hele studie.

Zorgverlener: Sinds mijn eerste studiejaar ben ik bezig geweest om in de rol als zorgverlener te kunnen functioneren. Gedurende mijn stages heb ik zowel in laagcomplexiteit als hoog complexiteit zorgsituaties zorg verleent. Door op verschillende plekken stage gelopen te hebben, heb ik ervaring gekregen in meerdere zorgsituaties. Hierdoor ben ik nu in staat om verschillende zorgvragers (conform de werkwijze van de afdeling) te begeleiden. Ondanks vele stages heb ik nog niet eerder een ziekenhuisstage gehad. Deze ervaring mis ik dus wel. Als professional ben ik in de rol van zorgverlener vooral gericht op de kwaliteit van leven van de cliënten/patiënten, waarbij ik gebruik maak van eerdere ervaringen en wetenschappelijke inzichten. Ik heb meerdere keren in een revalidatiekliniek stagegelopen. Hier heb ik geleerd om nauw samen te werken met verschillende disciplines. Wanneer ik denk een discipline nodig te hebben om de kwaliteit van zorg te verbeteren dan schakel ik ze in. Als zorgverlener is het belangrijk om alert te blijven op de gezondheidsinstandhouding van de cliënten en hier een signalerende functie bij te hebben. Tijdens mijn stages heb ik in de rol van zorgverlener ook preventieve zorg verleent. Zo heb ik een poster gemaakt met aandachtspunten over voetverzorging voor diabetespatiënten ter voorkoming van verwondingen. Deze poster heb ik tijdens mijn stage binnen de huisartsenpraktijk tijdens de diabetesconsulten gebruikt. Naarmate ik verder was in mijn studie en meer kennis en vaardigheden gekregen had, kwam er meer verantwoordelijkheid in de rol van zorgverlener. Zo wordt er meer nadruk gelegd op het klinisch redeneren in verschillende situaties. Tijdens mijn afstudeerstage heb ik enkele keren met een verpleegkundige dienst meegelopen en deels zelf gedraaid. Hierbij komt het klinisch redeneren heel goed naar voren. Medewerkers van andere afdelingen nemen contact met je op over bijvoorbeeld een achteruitgang van de gezondheidstoestand van een cliënt, waarbij je als verpleegkundige moet oordelen of het spoed heeft of dat het kan wachten. Aan de hand hiervan worden complexe zorgsituaties met onder andere comorbiditeit gehanteerd.

Regisseur: Tijdens mijn stages heb ik me veel ontwikkeld in de rol van regisseur. In het begin van mijn studie was ik niet in staat om een afdeling te runnen. Nu ik aan het einde van mijn studie zit, kan ik zeggen dat dit nu wel het geval is. Door in het begin van mijn stages met kleine leerdoelen van start te gaan, heb ik me goed kunnen ontwikkelen in deze rol. Zo ben ik begonnen met de leerdoel unitleider over één unit en dit later uitgebreid tot drie units. Op mijn huidige stageplek is er altijd een medewerker de dagoudste. Dit houdt in dat deze persoon de verantwoordelijkheid over de afdeling heeft tijdens de ochtend- of avonddienst.

Op stage heb ik aangetoond dat ik de continuïteit en coördinatie van de zorgverlening kan bieden, waardoor ik nu ook als dagoudste wordt ingepland op de afdeling. Een van de taken van de dagoudste houdt in dat er aanwijzingen gegeven worden aan collega's, zodat alle zorgactiviteiten uitgevoerd worden. Wanneer ik niet de dagoudste ben dan neem ik het voortouw op mijn unit waar ik samen met een collega sta. Aangezien ik nog een student ben en nog niet alle verpleegtechnische handelingen uitgevoerd heb, houd ik mijn grenzen goed in de gaten. Indien het voorkomt dat een handeling uitgevoerd moet worden dan zorg ik ervoor dat een collega dit voor mij wilt uitvoeren. Tevens bewaak ik hier mij eigen leerproces in door bijvoorbeeld mee te kijken, vragen te stellen en eventueel zelf onder begeleiding uit te voeren.

Ontwerper: De rol van ontwerper heb ik twee keer een verbetertraject uitgevoerd, waaronder mijn bachelor thesis. In mijn derde leerjaar heb ik ook een verbetertraject uitgevoerd echter was dit een mini variant van de bachelor thesis. Aan de hand van mijn bachelor thesis heb ik aangetoond dat ik in staat ben om veranderingsvoorstellen te ontwerpen. Hierbij heb ik gewerkt aan het verbeteren van wondzorg op de afdeling. In mijn bachelor thesis heb ik aanbevelingen gegeven waardoor wondzorg verbeterd zou kunnen worden. Voor mijn bachelor thesis heb ik gebruik gemaakt van informatie uit verschillende bronnen, waaronder wetenschappelijke onderzoeken en vakliteratuur. In het begin van mijn bachelor thesis wist ik niet zo goed waar ik moest beginnen, want voor mijn gevoel had ik niet voldoende tijd. Daarnaast moest ik anticiperen op de veranderde planning binnen de zorginstelling, mijn voorstel was namelijk gebaseerd op de handelingen van een andere afdeling. Dit creëerde onnodige stress, omdat ik niet zeker was of mijn voorstel van toepassing zou zijn op de andere afdeling. Voor mijn gevoel moest ik mijn plan van aanpak veranderen. Nadat ik dit in de praktijk had besproken, kreeg ik meer rust en kon ik eindelijk aan de slag met mijn bachelor thesis. Door meerdere wetenschappelijke artikelen geanalyseerd te hebben, was het voor mij moeilijk om zo weinig mogelijk tekst in mijn hoofdstuk te krijgen. Voor mijn gevoel mis ik hierdoor belangrijke informatie. Door hulp in te schakelen van mijn peerassessor, docentbegeleider en werkbegeleider heb ik uiteindelijk keuzes kunnen maken bij het inkorten van mijn hoofdstuk. Voor mijn bachelor thesis heb ik verschillende methoden gebruikt om tot mijn resultaten te komen, waaronder observaties. Aangezien ik een laatste jaar student ben en zelfstandig op de afdeling functioneer was het voor mij in het begin moeilijk om collega's tijdens de wondzorg te observeren. Na een aantal mislukte pogingen heb ik ervoor gekozen om alleen collega's die samen met mij op een unit staan te observeren.

Coach: In de rol van coach heb ik gedurende mijn stages geregeld andere stagiaires begeleidt. Tijdens mijn derde studie jaar heb ik voor mijn coaching opdracht een eerstejaars student gedurende haar stageperiode begeleidt. Ik heb verschillende gesprekken met deze

student gehad, zoals het introductiegesprek, tussenevaluatie en de eindevaluatie. Hiermee heb ik toen der tijd aangetoond dat ik op de juiste wijze kan stimuleren, motiveren en feedback kan geven en ontvangen. Nu ik voldoende kennis en kunde heb, neem ik ook studenten mee tijdens het uitvoeren van handelingen. Hierbij probeer ik zoveel mogelijk uit te leggen, maar ik probeer ze zelf ook na te laten denken. Hiermee toon ik aan dat ik in de rol van coach ook kan instrueren. Door zelf (zo veel mogelijk) volgens protocollen en richtlijnen te werken, probeer ik een voorbeeldfunctie naar andere studenten te vervullen. Zelf merk ik dat ik geen problemen heb met het coachen van andere stagiaires, wel merk ik dat ik als student het moeilijker vind om het vast personeel feedback te geven. Door de jaren heen gaat dit veel beter, maar hier moet ik nog meer in gaan groeien.

Beroepsbeoefenaar: In de rol van beroepsbeoefenaar ben ik als student vooral gefocust geweest op mijn eigen leerproces. Hierbij heb ik geprobeerd om mijn eigen kennis en kunde uit te breiden door ziektebeelden en medicaties uit te werken. Tijdens mijn laatste studiejaar heb ik me aangemeld voor de Nursing vakblad, zodat ik op de hoogte ben van de nieuwe inzichten omtrent verpleegkunde. Indien er artikelen hierin voorkomen dat van toepassing zullen zijn op mijn werkveld dan kan ik dit aankaarten op de afdeling.

Fase 3: Bewust worden van essentiële aspecten

Kijkend naar mijn bachelor thesis heb ik wat betreft het uitvoeren van mijn interviews en enquête goed gehouden aan mijn planning. Hierdoor had ik op tijd mijn resultaten binnen, waardoor ik geen tijdsdruk had bij het analyseren van deze resultaten. De observaties daarentegen hadden beter gepland kunnen worden. Verhuld observeren beperkt het sociaal wenselijke gedrag, maar hierdoor wordt het wel moeilijker om observaties uit te voeren in de praktijk. Door hulp van anderen in te schakelen bij het inkorten van mijn hoofdttekst heb ik in kunnen zien welke informatie echt van belang is voor de kwaliteit van mijn bachelor thesis en welke geen meerwaarde hebben.

Kijkend naar de ontwikkelingen die ik door heb gemaakt tijdens mijn studie kan ik zeggen dat ik tevreden ben met wat ik tot nu toe bereikt heb. Ondanks een slechte stage-ervaring heb ik me niet laten stoppen om verder te gaan met mijn studie. Tijdens mijn andere stages heb ik veel zelfvertrouwen gekregen in mijn kennis en kunde. Soms merk ik dat ik niet zo zeker ben over iets, maar dan probeer ik hier ook zekerheid uit te krijgen door aan collega's vragen te stellen of zelf zaken op te zoeken. Nu ik bijna afgestudeerd ben, zal ik me na de diplomering alsnog verder moeten ontwikkelen in de rollen van de hbo-verpleegkundige zodat ik straks voldoende ervaring beschik om verder te kunnen studeren. Als beginnend professional ben ik klaar om in de praktijk aan de slag te gaan en hier mijn kennis en vaardigheden nog verder te ontwikkelen.

Fase 4: Formuleren van handelingsalternatieven

Het schrijven van mijn bachelor thesis heeft veel stress bij mij opgewekt, omdat hiermee beoordeeld wordt of je als hbo-verpleegkundige slaagt of niet. Voor de volgende keer wil ik mij voornemen, ondanks waarvoor een verslag geschreven moet worden, om me niet zo veel zorgen te maken. Door de rust te bewaren, kan ik in minder tijd meer uitvoeren. Daarnaast wil ik de volgende keer vanaf het begin van de analyse van de resultaten een selectie maken tussen de belangrijke en minder belangrijke informatie bij een verbetertraject. Nu de bachelor thesis volledig af is, kan ik zeggen dat ik veel geleerd heb over het samenstellen van een verbetertraject. Hopelijk kan ik dit verbetertraject na de diplomering verder oppakken op de afdeling. Als ik straks als professional te werk zal gaan dan wil ik groeien in het coachen en feedback geven van collega's. Ook wil ik na mijn studie de diepgang in het vak blijven zoeken door nieuwe uitdagingen aan te gaan.

Bijlage 2 – Vergelijking resultaten wenselijke situatie

Topics	Sub topics	Literatuur	Interview	Enquête (N10)
Kennistekort		-Geschikte kennis over anatomie en fysiologie van de huid -Kennis en deskundigheid hebben over wond- en verbandmaterialen -Kennis en vaardigheden zijn vereist om protocollen en richtlijnen in de praktijk toe te kunnen passen	-Kennis en vaardigheden in wondzorg -Kennis over infectieverschijnselen -Kennis over risico op infectie -Advies vragen aan arts/ aandachtfunctionaris -Niet te veel leunen op de arts -Kennis en vaardigheden waarborgen door middel van vakbladen en/of het volgen van scholingen -Specialist ouderengeneeskunde moet op tijd consult aanvragen	-N3: Wenst meer deskundigheid op het gebied van wondzorg -N3: Wenst meer kennis over behandeling van verschillende wondsoorten -N3: Wenst meer kennis over wond- en verbandmaterialen
Scholingen	Educatief	-Scholingen & trainingen zijn essentieel om de kwaliteit van zorg te waarborgen -Doorlopende educatie is een vereiste -Scholingen over wond- en verbandmaterialen -Expert moet handvatten geven over wondzorg (kennisoverdracht)	-Wondzorgscholing verplicht stellen -Klinische lessen geven door aandachtfunctionaris -Uitleg geven tijdens zorgmomenten door aandachtfunctionaris -Gebruik maken van E-learning in het leerportaal -Meer verpleegkundigen opleiden tot wondverpleegkundigen	-N5: Behoeft aan wondzorgscholing -N1: Behoeft aan klinische lessen door aandachtfunctionaris
	Toetsing	Competentie assessment tijdens scholingen (Wound Care Competence Checklist)	Meer tijd inlassen voor de wondzorgtoetsen	N1: Meer verdieping in wondzorgtoetsen
Wondprotocollen en -richtlijnen	Bestaande protocollen & richtlijnen	-Vilans KICK-protocollen zijn actueel -Richtlijn 'Wondzorg'	-Wondbehandelprotocol in de praktijk gebruiken -Wondbehandelprotocol in zakkaart formaat -Werken volgens bestaande protocollen	N10: Huidige protocollen en richtlijnen zijn duidelijk
	Implementeren protocollen & richtlijnen	Protocollen en richtlijnen uitbreiden met 'wat' en 'hoe'	Ontwikkelen van protocollen per soort wond	N1: Een protocol over verschillende soorten wonden en de bijbehorende wond- en verbandmaterialen
Wondzorg	Algemeen		-Werken volgens het wondbeleid -Volgens NIC, NOC, NANDA beoordelen -Documenteren van wonden -Regelmatig wond evalueren met arts -Minimaal 2x per week wond zien door aandachtfunctionaris -Gebruik maken van hulpmiddelen (meetlatjes, wondkaarten) -Foto's maken van decubitus- & geïnfecteerde wonden	-N1: Rapporteren en evalueren van wonden -N3: Goede planning maken -N3: Duidelijke communicatie tussen personeel -N1: Verminderen werkdruk -N3: Cliënt gerelateerde aandoeningen bevorderen
	Reinigen	Wanneer reinigen/ ontsmetten	Wond reinigen of ontsmetten	n.v.t.
	Wond- en verbandmaterialen	Juiste keuze van wond- en verbandmateriaal	Beschikbaar stellen van nieuwe wond- en verbandmaterialen	N2: Wond- en verbandmaterialen op voorraad hebben (afdeling & cliëntenkamer)
	Handschoenen	'Vuil' naar 'schoon': handschoenen vervangen	Handschoenen tijdig vervangen	n.v.t.
	Wondclassificatiemodellen	ALTIS, TIME, WCS-classificatiemodel	Wondbeoordeling aan de hand van het TIME-model	n.v.t.

Bijlage 3 – Vergelijking resultaten feitelijke situatie

Topics	Sub topics	Interview	Observaties (N8)	Enquête (N10)
Kennistekort		- Kennistekort in soorten wonden - Kennistekort in wond- en verbandmaterialen - Kennistekort in TIME-model - Er wordt advies gevraagd aan de aandachtsfunctionaris(sen)	Niet geobserveerd	- N2: Niet voldoende kennis - N3: Ondeskundigheid & kennistekort in wondzorg en wond- en verbandmaterialen binnen het team
Scholingen	Educatief	- Geen verplichte scholingen - E-learnings zijn beschikbaar - Nog geen klinische lessen gegeven op de afdeling	Niet geobserveerd	- N5: Geen behoefte aan scholing - N5: Wel behoefte aan scholing
	Toetsing	Verplichte tweejaarlijkse toetsing is oppervlakkig	Niet geobserveerd	- N1: Tweejaarlijkse toetsen hebben geen meerwaarde op kennis en vaardigheden - N3: Nog geen tweejaarlijkse toetsen gehad
Wondprotocollen en -richtlijnen	Bestaande protocollen & richtlijnen	- Decubitusprotocol - Decubitus wondbehandelprotocol - Wondbehandelprotocol - Wondzorgprotocollen (Vilans) - Vilans wondzorgprotocollen zijn summier/algemeen - Wondverpleegkundigen hebben verschillende meningen over het wondbehandelprotocol	Niet geobserveerd	- N10: Duidelijke wondzorgprotocollen van Vilans - N10: Werken volgens Vilans protocollen - N7: Maken gebruik van wondbehandelprotocol - N2: Niet bekend met wondbehandelprotocol
	Implementeren protocollen & richtlijnen	Niet aan de orde bij feitelijke situatie	Niet geobserveerd	N1: Mist een protocol over verschillende soorten wonden en de bijbehorende wond- en verbandmaterialen
Wondzorg	Algemeen	- Nieuwe medewerkers niet op de hoogte van alle werkprocessen - Geen wekelijkse wondevaluatie met de arts - Gebruik meetlatjes alleen bij decubituswonden en OK-wonden mits deze gapende wondranden hebben en diep zijn - Door werkdruk worden wonden niet frequent verzorgd - Wondzorg bij zelfstandige cliënten wordt over het hoofd gezien - Er worden geen foto's gemaakt i.v.m. de privacywet	N0: Gebruik meetlatje	N8: Gebruik meetlatje
	Reinigen	Geen zicht of wonden ofwel gereinigd, ontsmet of helemaal niet gereinigd worden	- N6: Wondreining met Hibicet - N2: Geen wondreining	- N10: Wondreining na verband ervan af gehaald te hebben - N2: Alle wonden ontsmetten - N8: Niet alle wonden ontsmetten
	Wond- en verbandmaterialen	- Aandachtsfunctionarissen stellen wond- en verbandmaterialen voor aan de arts - Wond- en verbandmaterialen worden extra besteld indien deze niet in de standaard voorraad zitten	N8: Gebruik voorgeschreven wond- en verbandmateriaal	- N2: Juiste wond- en verbandmaterialen niet altijd aanwezig op cliëntenkamer & afdeling
	Handschoenen	Handschoenen worden niet vervangen tijdens de wondzorg	- N8: Trekt handschoenen aan voor start wondzorg - N1: Vervangt handschoenen tijdens wondzorg	N10: Vervangen handschoenen tijdens wondzorg
	Wondclassificatiem odellen	- TIME + wondgrootte + diepte - WCS-classificatie wordt gebruikt als onderdeel van TIME - TIME blijft subjectief - Er wordt onvoldoende volgens de TIME gerapporteerd	- Wond wordt geïnspecteerd op: - N4: Grootte - N0: Diepte - N6: Kleur - N3: Geur - N6: Exsudaat - N6: Wondranden - N6: Roodheid - N6: Warmte - N6: Zwelling - N4: Pijn - N4: Pusvorming - N5: Kleurbeoordeling na wondreining	- N6: Wondbeoordeling a.d.h.v. TIME - N9: Kleurbepaling - N7: Kleurbepaling met % - N5: Wondgrootte - N3: Diepte van wond - N6: Geen infectieverschijnselen - N6: Wond is vochtig - N1: Wond is nat - N1: Vochtigheid is niet te beoordelen - N2: Verheven wondranden - N5: Gladde wondranden - N2: Ondermijnde wondranden - N1: Rustige wondranden - N1: Verweekte wondranden

Bijlage 4 – Stappen Grol en Wensing

Dit verbetertraject vindt plaats aan de hand van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2015). Er wordt gekozen voor dit model omdat het zich richt op de verbetering van het primaire proces van de zorg en omdat de patiënt centraal staat. Het implementatiemodel van Grol en Wensing bestaat in totaal uit 7 stappen. Dit verbetertraject gaat echter alleen maar tot en met de 4^e stap. De stappen 1 tot en met 4 staan hieronder uitgelegd.

Stap 1: Ontwikkeling voorstel voor verandering

Stap 2: Analyse van de feitelijke situatie

Stap 3: Probleemanalyse doelgroep en setting

Stap 4: Ontwikkeling en selectie van strategieën en interventies

Stap 1: Ontwikkeling voorstel voor verandering Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor een gewenste verandering is de eerste stap in het implementatiemodel. Nieuwe werkwijzen, richtlijnen en protocollen voor effectieve en doelmatige zorg, nieuwe waardevolle technieken en klinische procedures of goed onderbouwde inzichten ten aanzien van de organisatie van de patiëntenzorg, kan men beschouwen als niet-commerciële ‘producten’ of innovaties, waarvan niet op voorhand bekend is of zorgverleners erop zitten te wachten. Ze moeten, net als andere innovaties, zorgvuldig zijn ontwikkeld, van goede kwaliteit zijn, aansluiten bij de behoeften van de doelgroep, toepasbaar en gemakkelijk toegankelijk zijn, en een aantrekkelijke vormgeving hebben. Een goed inzicht in de kenmerken van een innovatie of van een voorstel voor verbetering die de uiteindelijk toepassing beïnvloeden, is nodig als men met implementatie begint. Zulke kenmerken zijn onder andere:

- De wijze waarop de ontwikkeling heeft plaatsgevonden
- De kwaliteit en geloofwaardigheid van de aanbevelingen
- De geloofwaardigheid van de ontwikkelaars
- Het draagvlak voor de innovatie
- De vormgeving: de toegankelijkheid en attractiviteit
- De mogelijkheden tot aanpassing ervan aan de lokale situatie.

Verschillende auteurs hebben in de loop van de tijd concrete kenmerken of eigenschappen van innovaties benoemd die bevorderend dan wel belemmerend zullen werken t.a.v. toepassing in de praktijk. Rogers noemt bijvoorbeeld als cruciale kenmerken van een succesvolle innovatie:

- Ze levert meer voordelen op dan de bestaande wijze
- Ze is congruent met bestaande normen en waarden ten aanzien van goede zorg

- Ze is goed te begrijpen en de invoering wordt als haalbaar en als niet te moeilijk gezien
- Er kan op beperkte schaal mee worden geëxperimenteerd alvorens tot echte invoering wordt overgegaan
- De resultaten van de nieuwe werkwijze zijn goed zichtbaar, ook voor anderen (Grol en Wensing, 2015).

Stap 2: In kaart brengen van de feitelijke zorg. Alvorens over te gaan tot activiteiten gericht op implementatie van de innovatie is het belangrijk dat de daadwerkelijke zorgverlening goed wordt gekent; wat is de zorg die nu geleverd wordt, wordt er gewerkt via de juiste werkwijze, welke punten van de voorgestelde verandering zijn al geïmplementeerd en welke nog niet en waar liggen de belangrijkste gebreken? De meeste voorstellen voor verandering bevatten meerdere concrete aanbevelingen voor optimale patiëntenzorg. Sommige daarvan worden wellicht al gevolgd, andere niet. Het is efficiënt de aandacht te richten op de belangrijkste afwijkingen van de aanbevelingen en op die afwijkingen waarvan mag worden verwacht dat verandering mogelijk is en tot betere uitkomsten voor patiënten zal leiden. Meestal kan een doelgroep niet meer dan enkele doelen tegelijkertijd effectief aanpakken. Het is dus zaak de meest relevante daarvan te kiezen. Het specifiek in kaart brengen van het daadwerkelijke handelen en de gebreken van de gewenste vormgeving helpt ook om bij de doelgroep een sense of urgency te creëren: het gevoel dat er dringend iets verbeterd moet worden en dat men daar ook zelfverantwoordelijk voor is.

Diverse theorieën benadrukken het belang van inzicht in de discrepantie tussen de gewenste en de daadwerkelijke zorg als motivator van verandering in de huidige werkwijze. De meeste verpleegkundigen overschatten zichzelf over hoe goed ze daadwerkelijk handelen en zijn meestal verbaasd als ze de daadwerkelijke feiten onder ogen krijgen. Om de feitelijke zorgverlening goed in kaart te brengen zijn nodig:

- Indicatoren waarmee men de gewenste werkwijze op een valide manier kan meten
- Een deugdelijke methode voor de verzameling van gegevens
- Een inzichtelijke en acceptabele vorm van feedback aan de doelgroep
- Formuleren van concrete doelen voor verbetering (Grol & Wensing, 2015).

Stap 3: Analyse van doelgroep en setting. Het analyseren van de context waarbinnen verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep, en van bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de voorgestelde verandering vormt de volgende stap in het implementatieproces. Tal van uiteenlopende factoren kunnen bepalen of de implementatie van innovaties succesvol zijn of niet. Deze factoren kunnen te maken hebben met de setting waarbinnen men de innovatie wil implementeren, de

verhouding tussen individuen binnen die setting, de doelen van de implementatie, bestaande routines, kenmerken van de professionals die de innovatie moeten toepassen, patiënten die medewerking aan de uitvoering moeten verlenen, de cultuur binnen de instelling of praktijk, en de beschikbare middelen en organisatorische of structurele voorwaarden voor een effectieve invoering. Elke doelgroep of setting is uniek. En ook binnen de doelgroep kan men niet iedereen over één kam scheren. Sommige leden of subgroepen zullen verder zijn in het proces van acceptatie en toepassing van de innovatie dan andere. Effectieve implementatie kan daarom niet zonder een goede analyse van de setting en de doelgroep waar implementatie moet plaatsvinden. Men moet als het ware in de huid kruipen van de personen en instelling of praktijk die moeten veranderen. Een dergelijke diagnostische analyse kan betrekking hebben op:

- De achtergronden van de implementatie: wie wil welke verandering om welke redenen
- Segmenten binnen de doelgroep: in welke fase van verandering bevinden deze zich (Grol & Wensing, 2015).

Stap 4: Ontwikkeling & Selectie Interventies. Nadat de doelgroep en setting in kaart is gebracht en deze geanalyseerd is, worden gedurende deze stap exploratieve of theorie gestuurde interventies ontwikkelt en strategieën beschreven voor disseminatie en implementatie van (kosten)effectieve interventies. Dit gebeurt aan de hand van de Cochrane Effective Practice of Care Group (EPOC) taxonomie. Hierbij wordt er een koppeling gemaakt tussen bevorderende en belemmerende factoren, welke naar voren zijn gekomen bij stap drie en tussen de interventies/strategieën van stap vier (Grol & Wensing, 2015).

Bijlage 5 – Zoekstrategie

Gezocht?	Hoe? Trefwoorden	Hits	Gebruikte literatuur?	Motivatie
Skin & Wound Care	guidelines	498	Ayello, E. A., Zulkowski, K., Capezuti, E., Harris Jicman, W., & Gary Sibbald, R. (2017, februari). Educating Nurses in the United States about Pressure Injuries. <i>Skin & Wound Care</i> , pp. 83–94.	Dit artikel is als een van de belangrijkste artikelen beschouwd voor de bachelor thesis. Alle onderwerpen van dit artikel sluiten aan op de bachelor thesis. Hierin wordt er gesproken over kennis, educatie en de wondzorg competentie checklist.
DiZ	evidence based practice in nursing AND wound care AND wound management	54.313	Rösner, F. (2013, juli). Professionalization of nursing responsibilities in wound management by academization: From an accompanying nursing to evidence-based healing-related activities. <i>Wound Medicine</i> , pp. 25–32.	Aan de hand van dit artikel zijn er gegevens voor de inleiding verworven. Echter worden hier geen resultaten tot het verbeteren van wondzorg benoemd, dus daarom is dit artikel niet in de wenselijke situatie verwerkt.
Springerlink	Verbetering wondzorg	44	Van den Schoor, L. (2017, 3 januari). Topzorg voor de wond. <i>Nursing</i> , 23(1), 30–32. Geraadpleegd van https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s41193-017-0010-4	In dit artikel wordt er gesproken over kennistekort en ondeskundigheid in wondzorg. Dit sluit goed aan bij het onderwerp van de bachelor thesis. Verder wordt er in dit artikel over ene pilot gesproken dat de kennis en deskundigheid van verpleegkundigen en verzorgen zal bevorderen.
Cinahl	Optimal wound care	45	Cantrell, S. (2017, augustus). Defending the dermis. <i>Healthcare Purchasing News</i> , 41(8), 22–26. Geraadpleegd van https://web-b-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=99f22d26-7690-46f4-94f7-096deba5bbb0%40sessionmgr101	Dit artikel is enkel gebruikt om mijn kennis te verbreden op het gebied van wondzorg en wonden verbandmaterialen. In dit artikel wordt er een focus gelegd op de verschillende wond- en verbandmaterialen.
Google	Infectiepreventie wondzorg	22.300	Werkgroep Infectie Preventie. (2013). <i>Persoonlijke beschermingsmiddelen</i> . Geraadpleegd van https://www.rivm.nl/dsresource?objectid=a9fd27f8-7343-469e-a933-	Om de wenselijke situatie omtrent het dragen en vervangen van handschoenen goed te kunnen onderbouwen is deze richtlijn gebruikt.

			6582cb33b21c&type=org&disposition=inline	
Springerlink	red-yellow-black scheme	25	Chakraborty, C., Gupta, G., Ghosh, S. K., Das, D. K., & Chakraborty, C. (2016, maart). Telemedicine Supported Chronic Wound Tissue Prediction Using Classification Approaches. <i>Journal of Medical Systems</i> , pp. 1–12.	Dit artikel legt de nadruk op de verschillende manieren van fotograferen van wonden. Dit artikel is geanalyseerd om meer kennis op te doen rondom het fotograferen, maar niet inhoudelijk gebruikt voor de bachelor thesis.
Pubmed	wound AND epidemiology AND nursing home AND geriatric	179	Brimelow, R. E., & Wollin, J. A. (2018, april). The impact of care practices and health demographics on the prevalence of skin tears and pressure injuries in aged care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , pp. 1519–1528.	Dit artikel is gebruikt om kennis te verwerven voor de bachelor thesis. Verder geeft het geen wenselijke resultaten weer om gebruik te maken voor de bachelor thesis.
DiZ	Vilans protocollen AND wonden	2	Zwartbol, D. (2016, 21 december). Wondzorg in het verpleeghuis, meer dan pappen en nathouden! <i>Tijdschrift voor praktijkondersteuning</i> , pp. 34–37. Geraadpleegd van https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007%2Fs12503-016-0087-2	Dit artikel stuit goed aan bij het onderwerp van de bachelor thesis. Hier worden de Vilans protocollen beschreven die ook binnen Sevagram gehandhaafd worden. Tevens wordt er in dit artikel duidelijk beschreven wat wenselijk is bij het uitvoeren van wondzorg.
DiZ	evidence based practice in nursing AND wound care AND wound management	54.313	Mitchell, A. (2017, december). Assessing the value of practice-based leg ulcer education to inform recommendations for change in practice. <i>British Journal of Community Nursing</i> , pp. 28–34.	In dit artikel worden er duidelijke aanbevelingen gegeven dat goed toepasbaar zijn voor de bachelor thesis. De auteurs zijn tevens betrouwbaar. Het heeft veel toegevoegde waarde gehad bij de wenselijke situatie.
Boek uit Zuyd Bibliotheek			Baarda, D., Goede de, M. & Meer-Middelburg van der A. (2012). <i>Basisboek interviewen</i>	Dit boek geeft inhoudelijk veel informatie over het opstellen en uitvoeren van interviews. Aan de hand van dit boek zijn de topiclijsten voor de interviews opgesteld.
Boek uit Zuyd Bibliotheek			Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). <i>Basisboek</i>	Dit boek geeft een duidelijke omschrijving over kwalitatieve onderzoeken. Dit boek is gebruikt ter onderbouwing van

			<i>kwantitatief onderzoek</i> (4e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.	het gebruik van verschillende methoden.
Boek uit Zuyd Bibliotheek			Baarda, B., De Goede, M., & Kalmijn, M. (2015). <i>Basisboek enquêteren</i> (4e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.	Dit boek geeft inhoudelijk veel informatie over het opstellen en afnemen van enquêtes. Aan de hand van dit boek zijn de vragen voor de enquête opgesteld en geanalyseerd.
Eigen gebruik			Grol, R., & Wensing, M. (2015). <i>Implementatie</i> (6e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.	Het verbetertraject is uitgevoerd en beschreven aan de hand van het implementatiemodel van Grol en Wensing. Dit boek wordt door de opleiding aanbevolen.
DiZ	evidence based practice in nursing AND wound care AND wound management	54.313	European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). <i>Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide</i> . Geraadpleegd van https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf	Dit richtlijn is door de grootste decubitusorganisatie van de Verenigde Staten en Europe opgesteld. Het bevat betrouwbare informatie en deze zijn geregeld gebruikt voor de bachelor thesis. Aangezien het voornamelijk gespecificeerd is op decubitus, is er voornamelijk gekeken naar de wondzorg richtlijnen.
DiZ	Prevalence AND wound care nursing AND world	21.753	Graves, N., & Zheng, H. (2014, 1 maart). The prevalence and incidence of chronic wounds: a literature review. <i>Wound Practice & Research</i> , 22(1), 4–19. Geraadpleegd van https://eds-a-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=3&sid=c5a1c4e9-132a-4408-9d59-b5f1f5fb51f8%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxx	Dit artikel bestaat uit betrouwbare auteurs. In dit artikel onderzoeken zij aan de hand van andere artikels wat de prevalentie is van wonden in de wereld. Aan de hand van dit artikel heb ik epidemiologische cijfers in mijn bachelor thesis kunnen beschrijven.

			bmc9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=107899574&db=rzh	
Sevagram			Jonkers, A. (2013). Wondbeoordeling met letters en kleuren. <i>Nursing</i> , 19(9), 19–25.	Dit artikel wordt binnen Sevagram gebruikt ter verduidelijking op het TIME-model en de WCS-classificatie. Zij hebben mij aangeraden om gebruik te maken van dit artikel.
Boek uit Zuyd Bibliotheek			Evers, J. (2015). <i>Kwalitatief interviewen: kunst én kunde</i> (2e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.	Dit boek geeft inhoudelijk veel informatie over het opstellen en uitvoeren van interviews. Aan de hand van dit boek zijn de topiclijsten voor de interviews opgesteld.

Bijlage 6 – Wondzorg competentie lijst

WOUND CARE COMPETENCY CHECKLIST- Direct Care Provider

Employee Name: _____ Date: _____

Evaluator Name: _____ Title: _____

Pressure Ulcers		
Performance Criteria	Met	Not Met
Prevalence and Incidence		
- Can state nursing unit's pressure ulcer incidence and prevalence rate - Can describe the unit's pressure ulcer prevention action plan		
Risk Assessment		
Completes pressure ulcer assessment tool (e.g. Braden Scale) accordingly to hospital/facility policy		
- Performs a comprehensive assessment to determine patient's/resident's risk for pressure ulcer development including: - Review low subscale scores (e.g. Braden) to develop a plan of prevention interventions		
Skin assessment		
Patient/resident risk factors: e.g.co-morbidities, medications, etc		
- Implements appropriate pressure ulcer prevention interventions based on the individualized patient/resident assessment that can include: - Pressure redistribution - Repositioning - Skin care and protection - Nutrition - Moisture - Shear		
Communicates patient/resident pressure ulcer risk during handoff and to other members of the health care team		
Pressure Ulcer Classification		
Differentiates pressure ulcer from other skin injuries- e.g. skin tears, moisture associated skin damage (MASD), venous ulcers, etc		
Accurately stages pressure ulcer(s) using the NPUAP EPUAP PPPIA 2014 classification system		
Can identify all 6 stages of pressure ulcers		
- Documents assessed pressure ulcer characteristics as per hospital/facility policy which may include the following: - Wound size - Wound base - Wound edges - Wound drainage - Edema - Pain - s/s infection		
Pressure Ulcer Treatment		
Cleanses pressure ulcer per hospital/facility policy		

© Ayello Zulkowski Capitulo Baranoski 2015 - Wound Care Competencies Direct Care Providers

• Applies / changes dressings (when ordered) per hospital/facility policy		
• Assesses pressure ulcer(s) for signs and symptoms of infection		
• Documents any pressure ulcer treatments and assessments for changing status (healing or worsening)		
• Communicates PU assessment and treatment with physician and appropriate members of interprofessional team		

Venous Leg Ulcers		
Performance Criteria	Met	Not Met
• Performs a vascular assessment		
• Performs ABI prior to applying compression bandages or stockings		
• Cleanses venous leg ulcers per hospital/facility policy		
• Applies /changes dressings (when ordered) per hospital/facility policy		
• Applies compression bandages or stockings per prescriber's order		
• Assesses ulcer(s) for signs and symptoms of infection		
• Assesses for pain		
• Documents any venous leg ulcer treatments and assessments for changing status (healing or worsening)		
• Communicates venous leg ulcer status with physician and appropriate members of interprofessional team		

Moisture Associated Skin Damage (MASD)		
Performance Criteria	Met	Not Met
• Differentiates moisture associated skin damage from other skin ulcers		
• Cleanses skin damaged from moisture per hospital/facility policy		
• Protects skin damaged from moisture per hospital/facility policy		
• Implements interventions to treat/prevent causes of MASD		
• Documents any MASD treatments and assessments for changing status (healing or worsening)		
• Communicates MASD skin damage status with physician and appropriate members of interprofessional team		

Diabetic Foot Ulcers (DFU)		
Performance Criteria	Met	Not Met
Prevention		
• Assesses for risk of diabetic foot ulcer		
• Monitors skin temperature of diabetic feet		
• Monitors blood glucose levels		
• Evaluates footwear and offloading		
• Evaluates self-care knowledge including adherence to care plan		
• Educate/teach on how to prevent DFU		
Ulcer Treatment		
• Differentiates DFU from other skin ulcers		

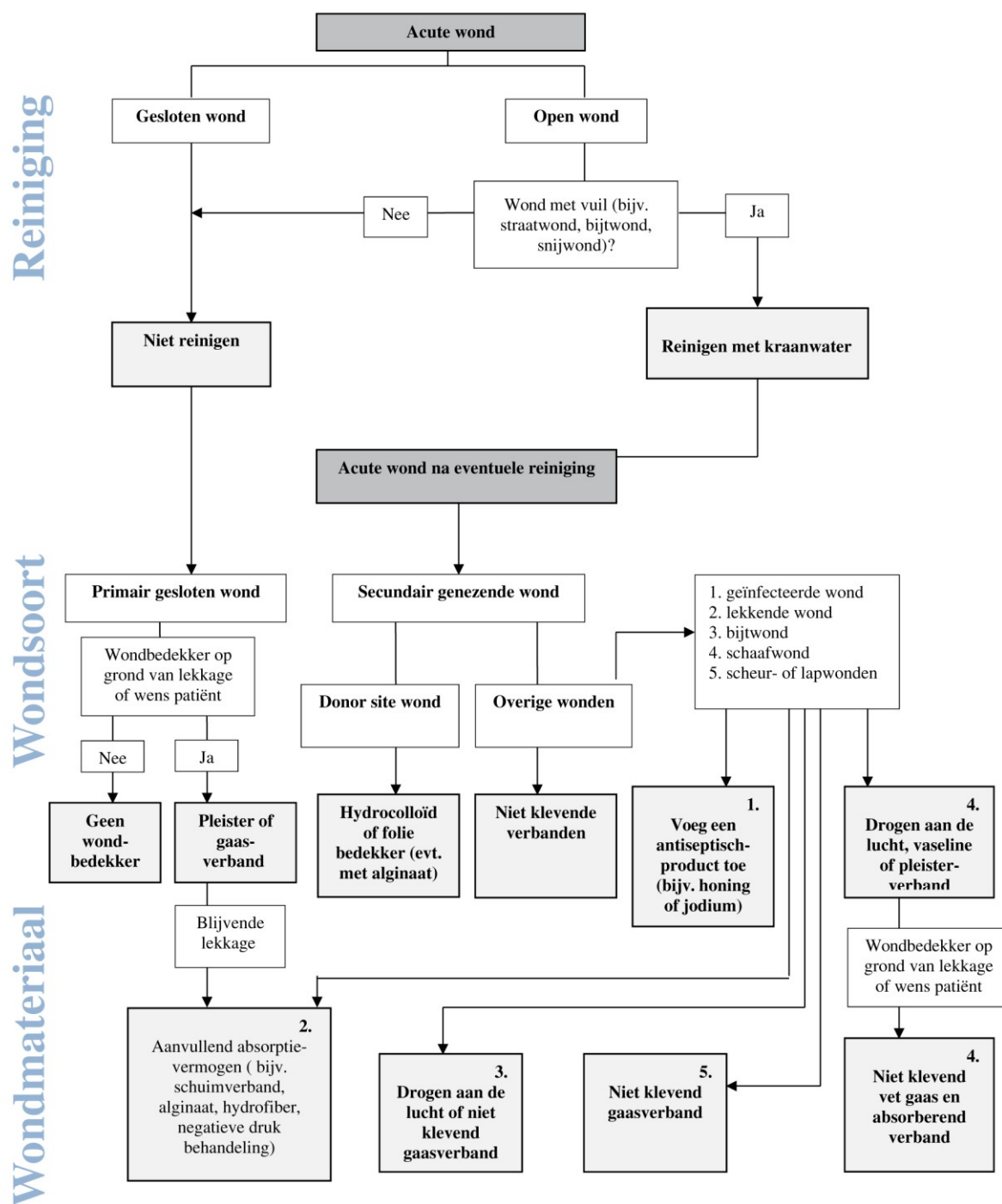
© Ayello Zulkowski Capitulo Baranoski 2015 - Wound Care Competencies Direct Care Providers

• Cleanses DFU as per hospital/facility policy		
• Applies/changes dressings as ordered per hospital/facility policy		
• Monitors for Charcot foot and/or infection		
• Evaluates effectiveness of pressure offloading		
• Implements interventions to treat/prevent causes of DFU		
• Documents any DFU treatments and assessments for changing status (healing or worsening)		
• Communicates DFU status with physician and appropriate members of interprofessional team		

Skin Tears		
Performance Criteria	Met	Not Met
• Differentiates skin tears from other skin injuries		
• Implements individualized care plan to prevent skin tears as per hospital/facility policy		
• Implements interventions to treat skin tears based on the ISTAP classification system		
• Protects skin damaged from skin tears per hospital/facility policy		
• Documents any skin tear treatments and assessments for changing status (healing or worsening)		
• Communicates skin tear status with physician and appropriate members of the interprofessional team		

Patient / Family Centeredness and Education		
Performance Criteria	Met	Not Met
• Through discussions with the patient / resident & family, identifies patient / residents' goals, documents, and discusses them with team		
• Discusses individualized plan with patient / resident & family		
• Provides culturally competent education to patient / resident & family to meet patient centered goals using adult education methods		
• Evaluates outcomes of education and plan, adjusting as needed		
• Connects patient and family to resources needed for ongoing care		

Bijlage 7 – Schema reinigen, ontsmetten en wondmateriaal



Bijlage 8 – TIME & WCS-classificatie

Het woord TIME staat voor Tissue, Infection/Inflammation, Moisture en Edge. Deze vier factoren kunnen de genezing van complexe wonden belemmeren. TIME is geen officiële wondclassificatie, maar meer een werkwijze (Hageman, 2017).

- Tissue management heeft betrekking op de zorg voor een vitale wondbodem. Chronische, niet-helende wonden kenmerken zich door de aanwezigheid van necrotisch of gecompromitteerd weefsel. Debridement verwijdert niet-gevasculariseerd weefsel en micro-organismen die de wondgenezing belemmeren. Bij chronische wonden kan het noodzakelijk zijn om dit debridement te herhalen. Het uiteindelijke doel is om een wondmilieu te creëren dat bestaat uit gezond weefsel (Hageman, 2017) (Redactie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2016).
- Infection/Inflammation gaat over de zorg voor een bacterieel evenwicht: is er sprake van een infectie of continue ontsteking? Doordat een chronische wond er langer over doet om te sluiten dan een acute wond – mede door onderliggende factoren – is de chronische wond uiteraard ook gevoeliger voor microbiële problematiek (Hageman, 2017) (Redactie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2016).
- Moisture duidt op de aanwezigheid van exsudaat in de wond. Het creëren van een vochtig wondmilieu vereist exsudaat management en dus aangepaste verbanden die het wondbed vochtig maken of houden en het overtollig exsudaat absorberen. Exsudaat van chronische wonden zal, in tegenstelling tot exsudaat van acute wonden, de wondgenezing eerder bemoeilijken (Hageman, 2017) (Redactie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2016).
- Edge gaat over de wondranden. Om een wond als genezen te kunnen beschouwen, moet epithelialisatie optreden. Bij de chronische wond zal dit dikwijls vanuit de wondranden gebeuren. Het komt er daarom op aan dat de wondranden gezond zijn, ook vrij van maceratie, necrotisch weefsel en korsten, en dat ze niet onderhevig zijn aan bacteriële problematiek. Indien nodig kan de epithelialisatie in de hand worden gewerkt door geavanceerde technieken, zoals huidgreffen, gekweekte keratinocyten, enzovoort (Hageman, 2017) (Redactie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2016).

Het WCS Classificatiemodel, dat door de WCS is ontwikkeld, is een hulpmiddel bij het bepalen van het doel van de lokale wondbehandeling en van het juiste wondbehandelingsproduct. Door de kleur van de wond, de mate van wondvocht, de aanwezigheid van infectie en het aspect van de wondrand vast te stellen, weet men in welke fase van wondgenezing de wond zich bevindt. Hierop kan men de juiste behandeldoelen

formuleren en beslissen aan welke criteria de wondbedekker moet voldoen. Het WCS Classificatiemodel is een betrouwbaar meetinstrument gebleken om de kleur van de wond vast te kunnen stellen (Vermeulen et al 2005). Het model is niet toepasbaar op brandwonden en bij de oncologische wonden en ulcera (WCS, z.d.).



WCS CLASSIFICATIEMODEL

Toepassing

Voor het bepalen van het juiste wondbehandelingsproduct in de praktijk.

Combinaties van kleuren in een wond

Zwart, geel en rood is zwarte wond.

Zwart en geel is zwarte wond.

Zwart en rood is zwarte wond.

Geel en rood is gele wond.

ZWARTE WOND	
WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN
Vochtigheid	
NAT Necrose verwijderen en verwijderen	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in kraanwater of NaCl 0,9%
	REGULERENDE PRODUCTEN Geurneutraliserende verbanden
DROOG Droog houden tot de necrotische korst loslaat	
Infectie	
Verwijzen naar behandelaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven	
Wondrand	
Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers

GELE WOND	
WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN
Vochtigheid	
NAT Reductie debris en wondvocht	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in kraanwater of NaCl 0,9%
	ABSORBERENDE PRODUCTEN Hydro-actieve verbanden Schuimverbanden
	REGULERENDE PRODUCTEN Alginaten Geurneutraliserende verbanden
DROOG Reductie debris	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in NaCl 0,9% of reinigende vloeistoffen
	REGULERENDE PRODUCTEN 'Nat' alginat
	HYDRATERENDE PRODUCTEN Hydrocolloïden Hydrogels Transparante wondfolies (kortdurend)
Infectie	
Verwijzen naar behandelaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven	
Wondrand	
Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers

RODE WOND	
WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN
Vochtigheid	
NAT Beschermen van granulatieweefsel, creëren van juiste vochtigheid	ABSORBERENDE PRODUCTEN Hydro-actieve verbanden Schuimverbanden
	REGULERENDE PRODUCTEN Huidvervangende wondbedekkers
STAGNEREND	REGULERENDE PRODUCTEN Proteaseremmers
DROOG Beschermen van granulatieweefsel, creëren van juiste vochtigheid	BASISPRODUCTEN Vette gazen en wondcontactmaterialen
	HYDRATERENDE PRODUCTEN 'Nat' alginat Hydrogels Hydrocolloïden Transparante wondfolies
Infectie	
Verwijzen naar behandelaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven	
Wondrand	
Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers

Bijlage 9 – Topiclijst interview wondverpleegkundige

Inleiding

- Inleiding interview
- Dankwoord
- Reden van het interview
- Uitleg onderwerp
- Doelstelling
- Tijdsduur

Persoonlijke gegevens respondent

- Naam
- Functie

Wondzorg

- Hoe zou u de term 'wondzorg' beschrijven?
- Wat voor soorten wonden bestaan er?
 - o In welke categorieën kunnen ze het beste ingedeeld worden?
- Wat voor soorten wonden komen het meest frequent voor in een revalidatiekliniek?
 - o Hoe kunnen deze wonden het beste behandeld worden?
- Volgens welke stappen dient de wondzorg uitgevoerd te worden?
 - o Is dit gebaseerd op een protocol of richtlijn?
- Wanneer dient een wond gereinigd te worden?
 - o Wat voor rol speelt het reinigen van een wond bij de wondgenezing?
- Hoe vaak is het de bedoeling om je handschoenen te vernieuwen tijdens het verzorgen van een wond?
 - o Wat voor effect heeft dit op de wondgenezing?
- Wat voor factoren kunnen de wondgenezing beïnvloeden?
 - o Wat is de taak van de verpleegkundigen hierin?

Wondbeoordeling

- Op welke aspecten dient een wond beoordeeld te worden?
 - o Bestaan er modellen hiervoor?
 - o Wat houden deze modellen in?
- Op welke manier kan dit zo objectief mogelijk uitgevoerd worden?
 - o Bestaan er hulpmiddelen hiervoor?
 - o Hoe komt men aan deze hulpmiddelen?
- Wat zijn de ontstekingsverschijnselen van een wond?

- Wat is de taak van een verpleegkundige nadat er een verdenking van een infectie is?

Protocollen & Richtlijnen

- Welke protocollen worden er binnen Sevagram (Plataan) gehandhaafd?
 - Wat vindt u van deze protocollen?
 - Zijn ze, volgens u, duidelijk beschreven?
 - Wat zou u hierin (willen) veranderen?
- Kunt u kort uitleggen wat het WCS-Classificatiemodel inhoudt?
 - Wordt dit in de praktijk gehandhaafd?

Wenselijke situatie

- Wat is de wenselijke situatie met betrekking tot het uitvoeren van wondzorg?
- Denkt u dat het specifieker maken van protocollen en richtlijnen meerwaarde zal hebben op een goede wondzorg?
 - Zal dit misverstanden wegnemen?
- Wat is uw mening voor het maken/beschikbaar stellen van een richtlijn met betrekking tot de wondmaterialen?
- Hoe zou volgens u ervoor gezorgd kunnen worden om de wondzorg naar behoren uit te laten voeren?
- Hoe kunnen de kennis en vaardigheden van het personeel gewaarborgd worden?

Analyse feitelijke situatie

- Waardoor denkt u dat de wondzorg niet naar behoren wordt uitgevoerd?
- Is er, naar uw mening, voldoende kennis omtrent wondzorg binnen het team?
- Worden er scholingen aan het personeel aangeboden?
 - Hoe zijn deze vormgegeven?
 - Hoe vaak worden deze gegeven?
 - Zijn ze verplicht?
 - Wat is uw mening hierover?
- Worden de kennis en vaardigheden van het personeel getoetst?
 - Hoe zijn deze vormgegeven?
 - Hoe vaak worden deze gegeven?
 - Zijn ze verplicht?
 - Wat is uw mening hierover?

**Bevorderende &
Belemmerende factoren**

- Wat zouden bevorderende factoren hierbij zijn?
- Wat zouden belemmerende factoren hierbij zijn?

Afsluiting

- Samenvatten
- Vragen
- Afspraken maken over het uiteindelijke resultaat van het interview (membercheck)
- Bedanken

Bijlage 10 – Uitwerking interview wondverpleegkundige 1

S: Sakina Samadi

R: Respondent

Kennistekort

Scholingen

Wondprotocollen en -richtlijnen

Wondzorg

Wond- en verbandmaterialen

Wondclassificatiemodellen

S: Ik zal me eerst even voorstellen. Ik ben Sakina en ik zit momenteel in mijn laatste jaar van verpleegkunde. Ik loop stage op afdeling X van Sevagram Plataan. Tijdens mijn stage heb ik geconstateerd dat de wondzorg op de afdeling niet helemaal volgens de protocollen/richtlijnen uitgevoerd wordt. Daarom doe ik nu een onderzoek om te kijken wat er verbeterd kan worden. Uhm, wilt u zich ook even voorstellen? **R:** Ik zal me even voorstellen. Ik ben X. Ik heb de hbo-v gedaan. In 2014 afgestudeerd. In 2015 heb ik de post-hbo-opleiding in wondmanagement gedaan in Hasselt in PXL Hogeschool en uh ja goed ik heb voorheen ook in de Plataan gewerkt, dus ik weet waar je tegenaan loopt. **S:** Oké. **R:** Sinds kort ben ik bij Oranjarahof begonnen als zorgcoördinator met mijn expertise van wondzorg in mijn achterhoofd. **S:** Ja, wondzorg komt bijna overal naar voren. **R:** Ja daarom. En je mag hier ook best aan de slag. **S:** Begrijp ik goed dat dit een chronische setting is? **R:** Ja, verzorgingstehuis/ verpleeghuis. **S:** Ah oké. Uhm, dan begin ik met mijn vragen te stellen omtrent wondzorg. Uhm, tijdens mijn literatuuronderzoek ben ik verschillende definities voor de term 'wond' tegengekomen. Kunt u mij een beschrijving/definitie van een wond geven? **R:** Uhm ja goed. Een wond is eigenlijk een weefselbeschadiging. Meestal betreft het de huid, waarbij 1 of meer huidlagen aangetast zijn maar het kan natuurlijk ook dat het weefsel eronder defect is. Dan spreek je eigenlijk van een wond. **S:** Oké. In de literatuur geven sommige schrijvers namelijk een hele lange definitie terwijl andere een korte omschrijving geven. In grote lijnen komt het allemaal overeen. Uhm, er bestaan ook verschillende soorten wonden, maar ook dit wordt door iedereen anders ingedeeld, zoals in vochtigheid terwijl iemand anders dit indeelt volgens de rood-geel-zwart model. In wat voor categorieën delen jullie de wonden in? **R:** Het is eigenlijk heel verschillend. Je kan een wond in tijd opdelen, een acute wond of een chronische wond. Dus of hij langer of minder langer dan zes maanden bestaat. Je kunt het indelen in locaties van de wond. Waar is de wond? Beenwond, arm wond. Je kunt het in oorzaak opsplitsen, dus een skintear, steekwonden, ulcus ten gevolge van oedeem en circulatieproblemen. Uhm, ja goed. Wat hebben we nog. De WCS-richtlijn doet het natuurlijk in de rode, gele en zwarte wonden indelen. Dus ja goed, zelf gebruik ik altijd een combinatie van. Je hebt ze allemaal nodig om een goed wondbeleid af te spreken. **S:** Oké. **R:** Maar wat je in de regel wel terug ziet komen is in ieder geval dat je

volgens het TIME-model de wond in kaart brengt en dat is het belangrijkste en inderdaad de categorieën tussen de zwarte, gele en rode wond. Dat zie je wel het meest terugkomen. **S:** Hmm, ja want de rood-geel-zwart model komt weer terug in de TIME. **R:** Eigenlijk is het inderdaad een onderdeel van de Tissue van de TIME. **S:** En wordt er in de praktijk ook echt gebruik gemaakt van de TIME? Je hebt zelf bij de Plataan gewerkt, misschien kan je hier wat over vertellen? **R:** Ja goed in de Plataan is het de bedoeling dat het gebruikt wordt en de afdeling waar ikzelf vandaan kom, kan ik ook zeggen dat het structureel gebruikt wordt. Uhm, ik denk wel dat er meer kennis onder het personeel nodig is. En dat de studenten hier goed in meegenomen worden, want wat houdt de TIME-model nou precies in? **S:** Oké. **R:** Want als je zegt het is een rode wond uhm ja goed, daar zit meer. Wat zie ik daarin? Uhm ook heb ik vaker dat iemand zegt "Hij is compleet zwart", maar daar zit een donkerrode korst op. Dat is ook wel de kennis wat voor weefsel zie ik en niet alleen maar letterlijk wat is de kleur. En als ik Betadine erop heb gehad dan ziet het er ook geeloranje uit, maar dan heb je hem nog niet schoon gemaakt. Het gaat er dus ook om wanneer je de wond gaat beoordelen. En wat zit er achter dat weefsel. **S:** Ja. Je zegt net zelf dat er misschien wat kennistekort is bij het personeel. Op wat voor manier zou dat verbeterd kunnen worden? **R:** Momenteel zijn de scholingen wondzorg niet verplicht. Ze moeten wel één keer per twee jaar wondzorg toetsen. Vind ikzelf dat de toets nogal summier is. **S:** Oké. **R:** De protocol wondzorg, ik weet niet of je hem al hebt gezien, maar het is eigenlijk maar heel klein en algemeen. **S:** Van Vilans? **R:** Ja inderdaad van Vilans. **S:** Ja, die heb ik inderdaad gezien. **R:** Dus ik denk dat er gewoon scholingen moeten komen, verdiepende in de soorten wonden, hoe vul je zo'n TIME in, wanneer is een wond nat, wanneer is hij vochtig. Want de een vindt dit vochtig en de ander vindt dit. **S:** Ja. **R:** Daar zijn wel standaarden voor. Die kijken ook weer in elke literatuur af, dus welke afspraken maak je met elkaar zodat je wel over hetzelfde hebt. **S:** Ja. **R:** En ik denk dat dat gewoon verplicht moet worden. En voornamelijk hoe voorkom je bepaalde wonden. **S:** Ja precies, want als cliënten langer blijven is de kans op wonden groter. **R:** Decubitus inderdaad. Dat is een struikelblok. **S:** Ja klopt inderdaad, maar als er een wond is dan moet het wel volgens de protocollen verzorgd worden. Wat ik ook zie in de praktijk is als een cliënt een wond(je) oploopt dat er snel iets op wordt gedaan. Hierbij vraag ik me dan af of ze wel weten met wat voor type verband de wond verzorgd mag worden en hoe ze deze keuze maken. **R:** Ja, dat is een goeie. Het beste is op dat moment dat er in ieder geval iets erop zit. Maar goed, ook daarin moet je een stukje kennis hebben. Wat voor een soort materiaal of hoe lang mag een verband erop blijven zitten wat ook heel belangrijk is. Ik zie vaker dat een Jelonet elke dag eraf wordt getrokken, terwijl het best vier dagen mag blijven zitten. **S:** Oké. **R:** Uhm, dus goed dat stukje zou meegenomen moeten worden. Ik denk dat je sowieso, want we hebben ook uhm wond-aandachtsfunctionarissen op elke afdeling, wondverpleegkundigen en in Plataan zijn de artsen ook vrij snel benaderbaar. Dus ik denk je

hier gebruik van moet maken. **S:** Ja. **R:** Ik denk niet dat daarvoor iemand verlegen moet zitten voor expertise. **S:** Ja, uhm u zegt dat er ook nog wondverpleegkundigen binnen Plataan zijn? **R:** Nee, alleen aandachtsfunctionarissen. Zij hebben zich wel verdiept in wonden. **S:** Dus zij zouden die rol (een beetje) kunnen vervullen? **R:** Ja. Dit zou je mee moeten nemen in je verbetertraject. **S:** Ja, dat zal ik doen. **R:** Ze moeten er op elke afdeling zijn. **S:** Uhm, we hadden het net ook over de TIME. Bij Plataan moet je eigenlijk volgens de TIME rapporteren. Maar waarop beoordeel je een wond? **R:** Uhm, de TIME. De T van Tissue, ja goed alles wat met het weefsel te maken heeft. Wat ik net al zei, hoe groot is een wond, dus altijd afmetingen noteren zodat je de voortgang duidelijk in kaart kan brengen. Dat is heel belangrijk. De kleur van de wond zet je bij de T. Maar goed, wat ik net zei weet wel wat je dan ziet. Of het nou een hele donkerrode korst is, omdat de wond gesloten is of dat het necrose is. Is wel een belangrijk iets. Goed, dat is ook een stukje ervaring. Maar goed, bij een gele wond, zie ik nou fibrine weefsel of is het toch meer een pusachtige substantie. Ook dit zijn twee verschillende dingen. Daar ga je dus vooral op weefsel, kleur en formaat beoordelen. **S:** Oké. **R:** De I, de infectieverschijnselen. Hierbij heb je standaard pijn, zwelling, roodheid, uhm functieverlies en ... **S:** Warmte. **R:** Ja warmte. Precies. Maar dan kijk je ook naar hmm wat ruik ik? Dat duidt ook meestal op een infectie. Stagneert die wond misschien al een tijdje? Uhm, dat zijn allemaal dingen die met infectie te maken hebben. Oké, komt er pus uit of groene smurrie. Heeft iemand koorts? Dat soort dingen zijn allemaal tekenen die op een infectie wijzen. **S:** Maar ja, dat moet je dat dan wel weten. **R:** Precies. De meeste kennen de vijf kenmerken van infectie wel, maar er zijn nog meer aanwijzingen. **S:** Ja. **R:** Een hele belangrijke is ook uhm hypergranulatie. Meestal als je dat ziet onder de wond, is dit ook een teken van infectie. Dat zijn ook weer dingen waarvoor kennis nodig is en niet alleen maar puur die vijf elementen. Het gaat ook verder. **S:** Oké. **R:** Ja goed, moisture. Uhm, daarin ga je inderdaad rapporteren of een wond droog is of vochtig of nat. Meestal wordt een natte wond gezien die je echt meer dan één keer per dag moet vervangen, omdat het anders doorlekt. Een vochtige wond is een wond als je aan één keer per dag verzorgen genoeg hebt, voordat het verband helemaal verzadigd is. En een droge wond heb je als er geen exsudaat vrijkomt. Maar daarna ga je kijken wat voor soort exsudaat het is. Heb ik meer pusachtig, is het bloederig, of gewoon helder zoals serumvocht. Dus dat rapporteer je daar ook onder. **S:** Oké. **R:** En dan hebben we de edges, de wondranden. Zijn ze verheven, uhm zijn ze grillig, zijn ze verweekt bijvoorbeeld bij een natte wond. En je kijkt naar de huid eromheen. Ook heel belangrijk. Is het schilferig? Is het verweekt? Is het rood? En dan heb je hem compleet. **S:** Ja. Dus om aan de hand van de TIME een wond te beoordelen, moet je weten wat het precies inhoudt. **R:** Ja, precies en een stukje ervaring en kennis. Wat kan er allemaal in een wond voorkomen en wat je nu vooral ziet is gewoon "hij is zo groot, hij is rood, geen tekenen van infecties, vochtige wond" Maar wat voor vocht komt eruit? Dat wordt

niet gerapporteerd. **S:** Ja dat is waar. **R:** Je zult altijd zien dat er staat “wondranden zijn glad”. Iemand kan hele rode benen met schilfers hebben, maar daar wordt niks mee gedaan.

S: Dit wordt niet gerapporteerd? **R:** Nee, dit wordt niet gedaan. **S:** Stel er blijkt volgens de TIME een infectie te zijn in de wond. Is het de taak van de verpleegkundige/ verzorgende om dit aan de arts door te geven? **R:** Ja, daar heb je natuurlijk ook verschillende stadiums in.

Spreken we van contaminatie of een infectie. Het kan best zijn dat zich daar iets aan het ontwikkelen is en vooral als je de stadiums van wondgenezing kent, zal er altijd eerst een ontstekingsreactie voorkomen. Uhm, maar goed dat is verder iets om in de gaten te houden. Dan kun je het wondbeleid aanpassen. Hierbij kan je kiezen voor Betadine of zilvergaas voor de infectie tegen te gaan. Je moet ook de kennis hebben of iemand een verhoogd risico heeft op infecties.

maar goed op een bepaald stadium zou er misschien ook een wondkweek afgenomen moeten worden of antibiotica gestart moeten worden en dat is iets ook waar ik me als wondverpleegkundige buiten houd. Dat is iets wat de arts moet doen, dus of er iets systemisch ook behandeld moet worden of dat alleen het beleid voldoende is. **S:** Wanneer trekken jullie aan de bel om een specialist van buitenaf naar de wond te laten kijken? Ik weet dat er bij heftige wonden iemand van buitenaf erbij wordt gehaald, zoals Mitralis. Wanneer wordt dit gedaan? **R:** Dat zal je bijna niet zien in Plataan. Meestal lukt het met de specialist ouderengeneeskunde en wondverpleegkundige, maar als de wond echt blijft stagneren en je hebt alles geprobeerd wat je kon volgens protocol en richtlijnen dan zou je wel iemand van buitenaf erbij halen. Mitralis is gespecialiseerd en daar kun je gebruik van maken. Ze kunnen een keer mee komen kijken of ze kunnen de wondzorg helemaal overnemen. **S:** Oké. **R:** Ik weet dat Mitralis een samenwerkingsverband heeft met andere zorginstellingen. Dit is binnen Sevagram wat minder. Uhm, er wordt gezegd dat je 56 dagen de kans hebt om de wond te sluiten. Merk je dat er na die 56 dagen nauwelijks verbetering plaats heeft gevonden, dan schakel je Mitralis in. **S:** Oké ja. Van de ene kant is dat goed, maar van de andere kant krijg jezelf niet meer de kans om de wond te laten helen. **R:** Het ligt er ook aan wat voor soort wond het is. Als je een ulcus op het been hebt en iemand heeft vaatlijden dan krijg je die wond nooit dicht totdat de vaatlijden opgelost is. Dus dan zou je er sowieso langer over doen en dat is dan ook van tevoren bekend. Dus om dan meteen te zeggen dat Mitralis moet komen, vind ik zelf een beetje zonde. **S:** Ja dat is begrijpelijk. Uhm, ik heb zelf ook de protocollen van wondzorg doorgenomen van Vilans die vanuit Sevagram aangeboden wordt voor het personeel. Hierin beschrijven ze globaal wat er gedaan moet worden, maar ze gaan er niet dieper op in. Uit literatuur blijkt ook dat verpleegkundigen/verzorgenden aangeven dat de protocollen vrij globaal zijn. Zij vinden dat in een protocol beschreven moet staan hoe iets gedaan moet worden en wanneer er iets gedaan moet worden. Wat zijn uw gedachten hierover? **R:** Ja, je zou eigenlijk protocollen moeten ontwikkelen per soort wond. Nu heb ik het over de soort wonden per oorzaak. Wat doe je bij een Skin Tear? Wat doe je bij een

ulcus? Wat doe je bij een decubituswond? Daar zitten veel verschillen in. Kijk als jij een Skin Tear hebt en je plakt er een Jelonet op en je laat de huidflap fijn liggen, dan zal die wond minder snel genezen dan als je de huidflap terug legt. Dus ik denk dat je daarin goed onderscheid moet maken met een voorkeurskeuze van materialen. Hierdoor vang je dat probleem ook op "Oké de arts is er nu niet. Ik moet er iets op doen en wat gaan we erop doen?". Dat je hierdoor wel een richtlijn hebt wat voor soort wond je hebt en wat je ermee kan doen. S: Ja, oké. Er zijn inderdaad protocollen/richtlijnen over deze specifieke wonden, maar deze heeft Vilans nog niet. Dit zou wel handig kunnen zijn om de onwetendheid van het personeel weg te nemen. R: Ja, misschien zou een verkorte instructie van de landelijke richtlijn gemaakt kunnen worden. X kan jou daar dadelijk meer over vertellen. Ze geeft ook scholingen en daarin wordt er wel meer in behandeld en natuurlijk wat doet het materiaal? Zo'n Aquacell bijvoorbeeld, die moet je wat groter knippen want hij zal wat krimpen. Dat soort praktische dingen neemt zij in haar scholing mee. S: En die scholingen worden aan iedereen gegeven? R: Daar gaat X jou meer over vertellen. Dat weet ik ook niet precies. Anders ben ik dadelijk aan het liegen. S: Buiten de Vilans protocollen heb ik ook nog deze protocol, het wondbehandelprotocol. Dit is een protocol voor de behandeling van de verschillende soorten wonden, rood-geel-zwart-geïnfecteerd, geleverd door ConvaTec. R: Die is op de WCS gebaseerd. S: Ja, dit is vanuit ConvaTec voor Sevagram samengesteld. Deze protocol is bij sommige afdelingen bekend, maar bij andere weer niet. Dit protocol is nergens op de computer terug te vinden. Zelf heb ik het aangereikt gekregen door mijn werkbegeleider. R: Ik vind dit heel gevaarlijk. Ik zou dit zelf niet willen gebruiken. Het is dus een protocol van een fabrikant. Hij zou dus ook alleen maar zijn eigen materiaal aanbevelen. S: Ja. R: Daar ben ik niet zo kapot van. Uhm, daarin moet je ook ruim kunnen denken. Ik zou me hier niet zo aan ophouden. En daarbij dit protocol verouderd ook. S: Oké. R: Ik zou het vooral bij Vilans laten. S: Hier wordt wel aangegeven wat voor materialen bij wat voor soorten wonden gebruikt kunnen worden. R: Ja, maar goed hier leren ze nog niet de achterliggende gedachte wat het verband doet. Als je iemand aanleert dat ze schuimverband nodig hebben in plaats van Aquaceel Foam, dan leren ze ook de achterliggende gedachte hiervan. S: Ja, ik wilde even uw mening over dit protocol weten. R: Ik vind het eigenlijk alleen maar reclame. S: Volgens mij zijn zij de leveranciers van Sevagram omtrent de wondmaterialen. R: Dat durf ik je niet te zeggen. Wij kunnen in principe bestellen wat we denken nodig te hebben. Maar we hebben inderdaad een standaard voorraad en dat zal vooral van hun uit zijn. S: Ja. R: Wij hebben pas geleden bij ons op de afdeling dermovate gebruikt voor de opvulling van de wond. Terwijl dermovate normaal gesproken gebruikt wordt bij huidproblemen. Maar soms moet je ook out of the box kunnen denken. Wat doet iets? En dat zal je niet tegenkomen met een protocol van de leverancier. S: Ja oké. Maar dan zou het een protocol moeten zijn die samengesteld is door iemand anders dan de leverancier. R: Ja. En ik denk vooral als je het

stukje kennistekort wilt aanpakken dat je mensen ook bewust moet laten worden over wat voor soorten verbanden er zijn. Geen merknamen maar wat doet het. **S:** Ja, dat is inderdaad een goede tip. U zei net dat er elke twee jaar een toetsing plaatsvindt binnen Plataan. Is dit maar één toets voor wondzorg? Of zijn het meerdere? **R:** Het zijn clustertoetsen. In principe moet je als verzorgende/verpleegkundige bekwaam blijven in je handelen. Sevagram biedt scholingen en toetsen aan. De scholingen zijn niet verplicht, maar de toetsen wel. Wondzorg is een onderdeel van een van deze toetsen. Hier worden eigenlijk alleen de basisprincipes getoetst. **S:** Dus eigenlijk een beetje net zoals de protocollen, globaal. **R:** Ja, het algemene protocol. **S:** Moeten ze ook echt iets uitvoeren tijdens de toetsing of is het alleen maar een theorie toetst. **R:** Ja, maar goed ook dat gebeurt op een pop. Die wond ziet er elke jaar hetzelfde uit. Er zit een docent bij die soms vragen stelt zoals "wat als dit... of wat als dat...". **S:** Is de docent van Sevagram zelf? Of iemand van buitenaf? **R:** Zij zijn ook van Sevagram. Zij worden getraind om bij iemand een toets af te nemen. **S:** Dus als ik het goed begrijp, zijn de scholingen niet verplicht maar de toetsen wel? **R:** Ja, iemand mag zelf ervoor kiezen om een scholing te volgen ter voorbereiding op de toetsing. Ook zijn er E-Learnings beschikbaar. Ik heb zelf ook ooit een scholing gegeven binnen een andere setting. Hierbij had ik gebruik gemaakt van een ingezoomde foto van een pizza. De aanwezigen moesten aangeven hoe zij deze wond zouden beoordelen. Hierbij kwam het volgende als reactie: iets gelig en rood. Vervolgens zoom je uit en zie je een pizza. En dat is het stukje kennis dat je daar eigenlijk ziet. Op een plaatje of een pop leer je heel weinig van. Uhm, je hebt al je zintuigen nodig om een wond te kunnen beoordelen. Het is wel belangrijk om alle elementen van een wondgenezing te weten. Ik denk dat ze die scholingen verplicht moeten stellen. **S:** Zijn er een bepaald aantal scholingen? **R:** Volgens mij is dat er ook maar één algemene. X geeft andere scholingen die van toepassing is op het management en de specialisten. Zij hebben hierbij de taak om dit weer over te dragen aan de teamleden. **S:** Uhm, uit literatuur blijkt ook dat de kwaliteit van de wondzorg verminderd wordt door een onjuiste afstemming van de takenverdeling binnen het team. Komt dit ook zo in de praktijk naar voren? **R:** Hmm ja, dit vind ik een moeilijke. Uhm, ik denk dat iedereen die wondzorg uitvoert er gewoon verstand van moet hebben, dus uhm ja wat moet er misgaan? Als er iets bij de apotheek besteld moet worden, dan moet de arts een recept voorschrijven. Maar ik denk dat dit in het Plataan goed geregeld is. Iedereen weet wel wat zijn taak is. **S:** Het wondbeleid wordt officieel door de arts bepaald en dan moeten wij, de verpleegkundigen/ verzorgenden, het verder uitvoeren. **R:** Ja, dat klopt. Wij moeten het dan volgens het plan verzorgen. Aan de hand van TIME wordt de wond één keer per week door de arts geëvalueerd. Hierbij vind ik wel dat de arts zegt "Als de zorg vindt dat het er goed uitziet, dan hoef ik deze week niet te kijken". Dit vind ik niet zo goed. Ik vind dat de arts de wonden minimaal één keer in de week gezien moet hebben, want de arts is tevens de eindverantwoordelijke hiervan. **S:** Ja, klopt.

R: En vooral als je bijvoorbeeld een diabetische voet hebt, want er zijn ook nog onderliggende systemen die hierbij een rol spelen. **S:** Het gaat niet alleen maar om de wondzorg zelf. Er komen verschillende aspecten erbij kijken. **R:** Ja precies. Vaak wordt er alleen maar naar de wond gekeken, maar goed heeft iemand pijn? Kan iemand niet slapen misschien? Als iemand oedemateus benen heeft, moet ik dan misschien beginnen met zwachtelen? Uhm, vocht en voeding. Als iemand niet goed eet, dan krijgt hij niet genoeg eiwitten binnen. Misschien moet een diëtiste ingeschakeld worden? Is er bijvoeding nodig? Misschien Cubitan? Uhm, heb ik een wond onder de stuit en daar komt ontlasting op, omdat iemand incontinent is of diarree heeft. Wat moet ik daarmee doen? Als verpleegkundige moet je volgens je NIC, NOC en NANDA blijven kijken. Alle patronen zullen dan ook aan bod komen. **S:** Het is inderdaad wat je zegt, meer dan alleen maar een materiaal op de wond leggen. Het gaat om het complete plaatje. **R:** De taak van de verpleegkundige mag hier wel meer naar voren in komen. **S:** Dus dat zij de verantwoordelijkheid hierover nemen? **R:** Ja, ook daarover. Dus dat zij hierover nadenken en de desbetreffende disciplines erbij betrekken om zo een optimale wondgenezing te krijgen. Misschien is er behoefte aan een psycholoog? Wij zijn het allemaal gewend, maar voor een cliënt voelt dit anders. Kijk als verpleegkundige/verzorgende verder dan alleen maar het gat wat je ziet. **S:** Ja, dit zie je inderdaad ook in de praktijk. Er wordt niet altijd gebruik gemaakt van de verschillende disciplines, of niet op tijd. **R:** Misschien geven cliënten schaamte aan, omdat de wond stinkt en hij een kamer deelt met een medecliënt. Hierbij is het belangrijk om bijvoorbeeld een psycholoog in te schakelen. **S:** Ja, want al die aspecten samen zorgt voor de kwaliteit van zorg. **R:** Ja. **S:** U zei net wat over de pijnbeleving. Uhm, het komt wel eens voor dat cliënten pijnstilling vóór de zorg krijgen, zodat ze tijdens de wondzorg niet veel pijnklachten zullen hebben. Wat is uw mening hierover? **R:** Ja goed, zeker doen. De pijnstilling moet altijd bijgesteld worden op de cliënten. Ik denk dat dat binnen Plataan wel goed opgelet wordt. **S:** Oké. Ik kom nog even terug op het registratiesysteem. We hebben het net gehad over de TIME en rood-geel-zwart model. In de praktijk komt het soms voor dat er foto's worden gemaakt om de voortgang goed in de gaten te kunnen houden. Sinds de nieuwe privacywet zijn hier nog onduidelijkheden over. Wat vindt u hiervan? **R:** Ik ben voor foto's. Aan de hand van de foto's kan de vooruitgang goed in beeld gebracht worden. Vooral foto's waarbij een liniaaltje langs de wond wordt gelegd. De TIME blijft altijd een beetje subjectief. Als ik een wond gemengd heb, worden er verschillende beschrijvingen gegeven worden. Aan de hand van foto's kan men zelf duidelijk zien hoe de wond er daadwerkelijk uitziet. Maar goed, in kader van privacy moet je altijd de toestemming van de cliënt vragen, de foto's in het cliëntendossier onder correspondentie plaatsen en tevens de foto's van de iPad verwijderen. **S:** Oké ja. **R:** Ik vind dat er tijdens de wondenronde, één keer per week, een foto van de wond gemaakt moet worden. **S:** Voor een algemene voortgang? **R:** Ja, vaak is dat voor de cliënt ook prettig als ze de voortgang zien.

S: Zijn er naast de TIME en de rood-geel-zwart modellen ook nog andere modellen om wonden mee te beoordelen? **R:** Deze zullen er vast zijn, maar de TIME kan voor alle wonden gebruikt worden. Andere modellen zullen veel specifieker toegespitst zijn op een bepaald soort wond, bijvoorbeeld voor arteriële problematieken. **S:** Uhm, ik denk dat ik voldoende informatie heb gekregen. Ik weet niet of u nog vragen voor mij heeft? **R:** Nee, ik ben alleen heel benieuwd wat er uit gaat komen, dus je mag het resultaat naar mij toe sturen. **S:** Ja zal ik doen. Vindt u het goed als ik het interview uittyp en dit naar u stuur ter controle of alle informatie naar waarheid is ingevuld? **R:** Ja dat mag zeker. **S:** Dan denk ik dat dit het was. Dank je wel voor uw tijd. **R:** Mooi.

Bijlage 11 – Uitwerking interview wondverpleegkundige 2

S: Sakina Samadi

R: Respondent

Kennistekort Scholingen Wondprotocollen en -richtlijnen Wondzorg Reinigen
Handschoenen Wond- en verbandmaterialen Wondclassificatiemodellen

S: Ik ben Sakina ik ben een hbo-v student. Ik zit in mijn laatste jaar. Voor mijn scriptie houd ik deze interview om de wenselijke situatie in kaart te brengen. Uhm, ik vraag het even nog een keer. Vindt u het goed als ik dit gesprek opneem? **R:** Ja natuurlijk. **S:** Zou u zichzelf even willen voorstellen? **R:** Ik ben X, mbo verpleegkundige en wondverpleegkundige. Ik heb de opleiding wondverpleegkundige in Hasselt gedaan. Dat is uhm te vergelijken met het eerste jaar wondconsulent in Rotterdam. Alleen in Rotterdam is het een tweejarig studie en als je slaagt in Rotterdam ben je een wondconsulent. **S:** Ja. **R:** Ik heb een eenjarig opleiding gedaan en ik mag me wondverpleegkundige noemen. **S:** Oké. **R:** Ik ben niet officieel in functie binnen Sevagram als wondverpleegkundige, maar door mijn opleiding word ik regelmatig door de specialist ouderengeneeskunde gevraagd om a voor scholingen te geven en b voor een consult. **S:** Oké. Ja, ik had contact opgenomen met Convatec en zij hebben mij terugverwezen naar u. **R:** Ja, zij hebben het prima in de smiezen. Alleen is het zo, als ze bij mij een wondconsult vragen Sakina dan is het meestal al te laat. **S:** Ja. **R:** Dan verwacht men nog wonderen van mij, maar ik kan geen wonderen doen. De specialisten ouderengeneeskunde wachten eigenlijk te lang om me in te schakelen. A heeft dat te maken met een stukje kennis van hunzelf, vooral van de jongere garde. Zij hebben heel weinig kennis over wondzorg, dit geven ze ook zelf toe. En de oudere specialist ouderengeneeskunde houden vast aan hun ervaringen. Dus wat 20 jaar geleden werkt, werkte nu nog steeds. Maar zo is het niet. **S:** Ja oké. We hebben niet voor niets nieuwe inzichten. **R:** Ja, precies. **S:** Uhm, ik ga gewoon even beginnen met het bespreken van het onderwerp wondzorg. Wat verstaat u onder het begrip wondzorg? **R:** Uhm, wat versta ik onder wondzorg ... uhm dat is een goeie. Wat versta ik onder wondzorg? Wondzorg is voor mij het plakken van een pleistertje op een schaafwondje tot het verzorgen van grote chirurgische en oncologische wonden. **S:** Ja. **R:** En daar adviezen in geven. Dat versta ik onder wondzorg, dus eigenlijk het verzorgen van de bottum tot aan de top. **S:** Ja. **R:** Ja, dat is voor mij wondzorg. En voor mij is wondzorg wat voor een bakker een taart is. **S:** Ja. **R:** Patissier moet ik zeggen. **S:** Uhm, wat voor soorten wonden bestaan er? **R:** Uhm, heel veel. Mechanische wonden, chemische wonden, chirurgische wonden, oncologische wonden, stralingswonden. Volgens mij hebben we ze dan. Ja, volgens mij hebben we ze dan. Maar dat staat ook in de e-learning he. **S:** Ja. **R:** Dus je bent eigenlijk dingen aan het vragen die je

op had kunnen zoeken. Maar maakt niet. **S:** Ja, ik heb mijn informatie al maar ik moet het onderwerp een beetje inleiden. **R:** Oké oké. **S:** Maar uit de literatuur blijkt dat de soorten wonden in verschillende categorieën ingedeeld kunnen worden, zoals inderdaad de oorzaak waarin ze worden gecategoriseerd maar ze worden ook bijvoorbeeld in decubitus gecategoriseerd. **R:** Maar ook dat kun je op oorzaak onderscheiden. Ik kijk altijd niet alleen naar de wond, maar je moet altijd naar de hele persoon kijken. **S:** Ja. **R:** Snap je wat ik bedoel? **S:** Ja. **R:** Uhm he, als je bijvoorbeeld kijkt naar een diabetische voet dan moet ik ook verder kijken. Zijn de glucosewaarden goed? Hoe is voedingsintake? Hoe is de mobiliteit? Is het schoeisel nog goed? **S:** Oké. **R:** Als je kijkt naar decubitus. Dan moet ik niet alleen naar de categorie decubitus kijken, dus niet naar de wond zelf. Maar ook kijken naar of iemand zit of in bed ligt, is er een wisselgating, is er preventief genoeg acties op de mogelijke decubitus, zijn er curatief goede acties rondom decubitus, hoe is de voedingsintake. Je moet altijd niet alleen naar een wond kijken, maar naar een hele persoon. **S:** Oké. **R:** Echt naar zijn hele holistische wezen als het ware. **S:** Ja, dus eigenlijk niet alleen de wond zelf behandelen maar het totale plaatje. **R:** Ja. Er zijn heel veel medicaties die zorgen voor een verstoorde wondgenezing. Uhm er kunnen beestjes in de wond zitten die daar niet thuishoren. Maar dat moet de specialist ouderengeneeskunde doen, dat doe ik niet. **S:** Oké. **R:** Ik beoordeel alleen de wond aan de hand van de TIME-model, maar dat zal je beslist als vraag hebben zo meteen. **S:** Ja. **R:** Dus daar beoordeel ik de wond op en geef ook daar mijn adviezen op. Ik doe dus geen wondverzorging. Eigenlijk ga ik alleen maar adviezen geven. Of het moet al zo zijn dat mensen specifiek vragen voor bedside teaching. Dan is het wat anders. **S:** Oké ja. **R:** Ja. **S:** Oké, uhm ik loop dan nu zelf stage bij Plataan en dat is een revalidatiekliniek. Ik weet niet of zij eerder een consult op u hebben gedaan? **R:** Ik heb zelf jaren daar gewerkt. Ik ben niet helemaal onbekend in Plataan. Gelukkig niet. **S:** Oké. Wat voor soorten wonden komen daar het meeste voor? Over het algemeen? **R:** Uhm, de tijd dat ik daar werkte was er ook een somatische afdeling. Toen waren het met name decubituswonden, de hakken, de stuit, het achterhoofd en de oren waren een hot item. En heel veel vochtletsel, IAD he. **S:** Ja. **R:** Incontinentie geassocieerde dermatitis. **S:** Ja. Uhm, bestaan er binnen Sevagram bepaalde richtlijnen over hoe deze wonden het beste behandeld kunnen worden? **R:** Ja we hebben een decubitusprotocol, een decubitus wondbehandelprotocol en we hebben een wondbehandelingskaart. Als het goed is moeten die op de afdelingen zijn en toevallig hebben we morgen daar een afspraak over met X van ConvaTec en X als nurse practitioner. Dan gaan we de nieuwe wondkaart uitgeven. **S:** Oké. **R:** Als het goed is, moet die op afdeling 6 ook zijn. **S:** Deze? **R:** Yes, dat is hem. Ja. Die wordt nu alleen aangepast morgen. **S:** Oké. **R:** Een handzaam formaat, maar dat is hem. Zo is er ook nog een kaart over decubitus. **S:** Oké. Ja. **R:** Zal ik even voor je pakken. Als het goed is Sakina dan moet hij ook op de afdeling zijn. Ik ga hem even voor je pakken. **S:** Oké.

R: Dit is het decubitusprotocol. Dit is ook in KISS terug te vinden trouwens. S: Oké. Ja. R: Maar als het goed is, moeten ze dat ook hebben. S: Ja, ik heb deze (wondbehandelprotocol) van mijn begeleider van afdeling 2 gekregen. R: Ja. S: Maar op de 6 heb ik hem nog niet gezien. R: Maar als het goed is moet het er wel zijn. S: Ja. Oké. Ik heb ook nog een ander interview gehad met een wondverpleegkundige. Zij werkte ook voorheen in Plataan. Maar zij gaf zelf aan dat ze niet zo'n fan is van deze wondbehandelprotocol. R: Dat is heel vervelend voor haar. We moeten ons toch gaan conformeren. Die afspraken zijn toch allemaal gemaakt met ConvaTec. S: Ja. R: Dat is onze leverancier, ons hoofdleverancier. En het is niet zo, dat als ik een keuze maak voor een andere wondverband dat dat niet mag. Zolang je het maar goed onderbouwd. Dan kan dat. S: Oké. R: Maar dat is aan de specialist ouderengeneeskunde. Wij moeten ons houden aan dit protocol. S: Oké. R: Wij mogen daar in principe ook niet vanaf wijken. S: Oké, uhm... R: Maar waarom was zij er niet zo ... S: Omdat het van een bepaald fabrikant is, dus dan schrijven ze hun eigen producten in het protocol. R: Nee, dat klopt. Dat is zo, en waarom is dat zo omdat voordat we dit hadden, hadden we 500 verschillende wondmaterialen in huis. S: Oké. R: En die gebruikte dat op een wond, en die gebruikte dat op een wond en die gebruikte dat op een wond. En op een gegeven moment wist niemand meer waar het voor diende. En daarom is er afspraak gemaakt, per toeval met deze firma, om een wondbehandelingsprotocol op papier te zetten. S: Oké. R: Want alle organisaties, bijvoorbeeld Cicero. Zij werken met Hartmann. Maar wij werken met ConvaTec. En nogmaals als wij vinden dat Hartmann een iets ander of beter wondmateriaal heeft en we kunnen goed onderbouwen waarom dan wordt het beslist meegenomen. Want in het nieuwe wondbehandelingsprotocol staat bijvoorbeeld ook Flaminal. En Convatec levert geen Flaminal, maar het staat er wel op. S: Oké. R: Dus die opmerking van X is niet helemaal correct. S: En uhm wanneer komt hij uit? R: Morgen. Morgen wordt hij uitgegeven. We hebben morgen overleg en dan wordt het uitgegeven. Dus dan zal het of tijdens de scholingsmomenten uitgegeven worden. Ik heb 5 november nog een scholingsochtend. Hint hint. Mag je ook naar toe komen als student. Of ik geef hem aan X (nurse practitioner), zodat het bij de specialist ouderengeneeskunde terecht komt. S: Oké ja. R: Maar ze zullen wel op de afdelingen terecht komen. S: Oké, dat is wel fijn. R: Ja. S: Uhm, dat is dan over het protocol. We hebben ook nog de Vilans protocollen, waar eigenlijk beschreven wordt wat er gedaan moet worden. R: Maar die zijn heel summier. S: Ja. R: Daar ben ik helemaal met je eens. Vandaar dat ik ook wondzorg scholing geef. Ik toets ook wondzorg. Ik toets wondzorg eigenlijk aan de hand van een stukje bedside teaching. Ik ga van jou geen wondzorg toetsing afnemen van materiaal wat je nooit gebruikt. Ik vraag altijd van god wat voor een materialen gebruiken jullie op de afdeling. S: Oké. R: En aan de hand daarvan ga ik ook toetsen. S: Oké. R: Dus ik pas het toets moment aan op de persoon die getoetst moet worden. S: Oké. R: Los van het feit dat ik ook een stukje van de TIME

bespreek van tevoren. S: Ja, en uhm zijn die toetsingen en scholingen geregeld? R: Ja vier keer. Je kunt je hiervoor via het leerportaal inschrijven. S: Oké en zijn ze verplicht om hieraan deel te nemen? R: Nee, alle toetsingen en scholingen zijn in hun eigen tijd. Eigen tijd, eigen kosten. S: Oké. En is dit een andere toetsing dan de tweejaarlijkse toetsen? R: Nee nee. Dat zijn de tweejaarlijkse toetsen. S: Dus een keer in de twee jaar moeten ze dan wel een toets afleggen. R: Ja. S: En hoe ... wordt het getoetst op een pop? R: Ik heb een stuit. Een fantoom stuit. Of ja die heb ik, die heb ik daar liggen en ik laat mensen wondmateriaal aanbrengen want anders weten ze het nog niet. Want als ze alleen maar vertellen ik bedoel uhm, ik kan wel heel veel vertellen maar als ik het zie dan weet ik of het goed is. S: Oké. R: En ja soms zakken ook mensen. S: Oké. Bent u de enige examinerator? R: Ja, ik ben de enige examinerator op wondzorg. S: Oké. Ja. Gaat u naar eigen mening genoeg de diepte in tijdens zo'n toets moment? R: Met wondzorgscholing ga ik de diepte in. De wondzorg toets, moet je voorstellen is 15 minuten per deelnemer, dus dat is niks. In die 15 minuten moet ik ook mensen, vooral niveau 4 en 5, moet ik ook hechtingen laten verwijderen. S: Oké. R: Ik kan met een wondzorg toets nooit de diepte ingaan. Nee. S: Oké. Zou u daar meer tijd voor willen hebben? R: Ja! Ik vind zelf dat er een verplichte scholing moet komen. Maar ja, dat kost alleen maar geld. S: Ja. R: Aangezien we allemaal moeten bezuinigen is dit het enige wat het vlugste is. S: Oké, maar u zei net ook dat er e-learnings zijn. R: Ja, er zijn e-learnings in het leerportaal. Ik ben zelf ook bestuurslid van decubitus Nederland. We hebben nu 29 november een groot congres in Kerkrade. Daar kan iedereen zich op inschrijven. Als je je via mij inschrijft dan krijg je korting. Alle andere mensen betalen gewoon 95 euro. Uhm, 1 jaar is er een decubituscongres en het andere jaar is er een decubitusmiddag die gratis is voor de aangesloten organisaties bij decubitus Nederland. En het stukje wondzorg dat gebeurt regelmatig. S: Oké. Ja. R: Ja, wondzorg scholing. S: Ja, is dat dan gewoon een e-learning dat je online kan volgen? R: Ja, je krijgt vragen die je dan moet invullen. Op het einde van de rit krijg je te horen of je wel of niet geslaagd bent. S: Oké ja. En de scholingen zijn met u waarbij u uitleg geeft. R: Ja. Dan geef ik uitleg. Ik ben heel interactief tijdens de scholingen. Ik neem wondmateriaal mee. Ik heb foto's waar ik mijn studenten laat ik het maar zo noemen of mensen die deelnemen aan mijn scholingen de wond beoordelen. Wat zou jij erop doen? Dat soort zaken. S: Oké ja. R: Het duurt ook nog 4 uur zo'n scholing. S: Oké, ja. Komen er veel mensen naar de scholingen? R: Ja, meestal zijn ze altijd vol. Nu zijn er nog 2 of 3 plaatsen vrij volgens mij. Maar er zullen nog wel wat aanmeldingen komen. S: Oké, ja. Uhm, ik heb het Vilans protocol zelf ook doorgenomen. Ik moet ook natuurlijk alles laten toetsen als ik handelingen alleen wil uitvoeren. Uhm, er staat dan bijvoorbeeld een stappenplan van hoe je een wond moet verzorgen. Uhm, volgens wat voor stappenplan moet er volgens u een wond verzorgd worden? R: Uhm, begin bij het verwijderen van het verband, met het verband wat er al opzit. Dit ga je beoordelen op kleur.

geur, exsudaat. Dan ga je aan de hand van TIME de wond zelf beoordelen. Ik neem aan dat je TIME kent. Tissue, infection, moisture en edges. S: Ja. R: En dan ga je kijken wat heeft de arts voorgeschreven en dat ga je toepassen. S: Oké. En kan TIME ook gebruikt worden om een wondbeleid op te stellen? R: Nee een TIME is een wondbeoordelingsmodel. TIME is nooit een wondbehandelingsmodel. Time is een wondbeoordelingsmodel en aan de hand van TIME ga je verder kijken wat je behandelplan is. S: Oké. R: En dat is altijd in overleg met een specialist. Kijk, ik geef mijn adviezen en ik kom ook alleen maar op aanvraag van een specialist. Ik geef mijn adviezen, ik leg deze voor aan de specialist ouderengeneeskunde en hij bepaalt of hij wat met mijn adviezen doet ja of nee. Hij of zij. S: Ja oké. R: Jullie mogen dus niet, stel ik kom op afdeling 6 voor een wondconsult en ik geef mijn advies en jij doet dat zonder terugkoppeling met de specialist dan hebben wij allebei een probleem. Ik schrijf er ook altijd bij: 'pas toepassen als de specialist ouderengeneeskunde akkoord is'. S: Oké. In de literatuur staat inderdaad ook dat je TIME kan gebruiken om een wond te beoordelen en dan aan de hand hiervan een wondbeleid opstelt. R: Ja ja, dat kan. Maar TIME zelf is geen wondbehandelingsmodel. TIME is altijd een wondbeoordelingsmodel. Het is ook niet evidence-based en het zal ook niet evidence-based worden. Waarom niet, omdat als je kijkt naar tissue wat voor mij 25% geel is, is voor jou 35%. Infection is wel evidence-based. Moisture zal ook nooit evidence-based zijn, want voor jou vochtig is, zal voor mij nat zijn. En de edges zijn ook discutabel. Dus het TIME-model zal nooit evidence-based worden of zijn. S: Oké ja. Zou het maken van foto's in combinatie met het TIME-model meer evidence-based worden? R: Nee, dat denk ik niet. Iedereen kijkt met een andere blik. En die maakt een foto vanuit die gezichtshoek en die maakt een foto vanuit die gezichtshoek. Dus het is altijd anders, zelfs als je met vier mensen naar dezelfde wond kijkt, krijg je andere resultaten. Als je kijkt naar een aanrijding tussen twee auto's dan zal er bijna niemand dezelfde verklaring afleggen. S: Oké. Bent u dan van mening dat foto's geen toegevoegde waarde hebben? R: Het heeft wel meerwaarde om de wond te blijven volgen, maar niet als evidence-based. S: Oké. Uhm, wat is de meerwaarde om je handschoenen te wisselen tijdens de wondzorg? R: Uhm, de meerwaarde is om kruisbesmetting te voorkomen. Dat is specifiek de meerwaarde. Het ligt eraan hoe lang je bezig bent met wondzorg, want na tien minuten zijn de handschoenen niet voldoende. Dan gaan er nog deeltjes door de handschoenen heen. Zodra je iets vuils in je handen hebt, bijvoorbeeld het oude wondverband moet je ervoor zorgen om schone handschoenen aan te trekken voordat je schoonmateriaal in je handen pakt. S: Ja. R: Of je gaat een wond spoelen. Daarna moet je ook schone handschoenen aandoen. S: Ja. R: Dus je moet altijd voorkomen om met vuile handschoenen aan schoon wondmateriaal te komen. Steriel kan de wond niet zijn. Een steriel wond is er alleen op de operatietafel. Zo gauw als iemand van de operatietafel afkomt en op de afdeling komt, dan is de wond al niet meer steriel. Zo gauw als het verband

verwisseld wordt. **S:** Oké ja. Ik heb op de afdeling observaties gedaan en hieruit blijkt dat er in de praktijk bijna niet van handschoenen gewisseld wordt, alleen bij een artsenvisite. **R:** Zonde he, dit zou een meerwaarde voor jou kunnen zijn. **S:** Ja, daarom dat ik het even aan u vraag want ik denk wel dat dit een heel belangrijk onderwerp is. **R:** Ja. Wondmateriaal verwijderen, vuil verband, handschoenen uit, weg en schone handschoenen aandoen. Is goed dat je het zegt dan zal ik het nog een keer extra in mijn scholingen benoemen. Het is wel van belang. **S:** Oké ja. Uhm... **R:** En je sterillium eerst he. Je moet altijd handhygiëne toepassen voordat je naar een wond gaat en als je van een wond weggaat. Altijd handhygiëne toepassen. **S:** Ja. Het staat ook allemaal zo beschreven in het protocol. **R:** Ik weet het, ik heb zelf mee opgesteld dus. **S:** Uhm, even kijken. Je kan een wond reinigen en ontsmetten. Wat is daar precies het verschil in? **R:** Ja, wond reinigen doe je in principe met een lauw douchestraal NaCl of kraanwater. Een wond ontsmetten doe je echt met Hibicet. Dat doe je echt met een ontsmettingsmiddel. **S:** Oke. **R:** Je krijgt een wond niet ontsmet met gewoon kraanwater. **S:** Ja. **R:** Dat gaat je niet lukken. **S:** En wanneer kies je ervoor om te ontsmetten of te reinigen? Bij wat voor soort wonden is reinigen voldoende? **R:** Bij oppervlakkige wonden of wonden die mooi doorbloed zijn, is reinigen voldoende. Maar wonden waar heel veel geel beslag en pus in zit, die moet je ontsmetten. **S:** Oké. **R:** Ook dat is aan de arts. Die bepaalt dat, niet ik. **S:** Ja, wij zijn de collumcare afdeling en hier heb je heel veel OK-wonden. Hierbij zijn veel wonden die netjes gesloten zijn, maar nog wel hechtingen/agraves erin hebben zitten. **R:** Die hoeft je niet te ontsmetten. Dat is een gesloten wond en dan is er geen sprake meer van een mogelijkheid tot infectie. **S:** Oké ja. **R:** Hoef je ook niet te ontsmetten voordat je hechtingen verwijdert. Staat ook in het protocol, want het is een gesloten wond. **S:** Bij ons op de afdeling wordt het er eigenlijk standaard bijgezet. **R:** Dat hoeft niet. Alleen als de wond nog open is, dan moet je hem ontsmetten. Als het een gesloten wond is en je haalt daar de hechtingen eruit dan hoeft je dan moet je zelfs niet ontsmetten. **S:** Oké ja. Ik wilde dat even duidelijk hebben. **R:** Is het niet duidelijk? **S:** Nu wel ja. **R:** Omdat het een gesloten wond is, snap je. Als er wond is die een klein beetje openstaat dan moet je hem wel ontsmetten. **S:** Ja, uhm eens even kijken. Uhm, we zeiden net dat we naar het totale plaatje moeten kijken en niet alleen naar de wond. Uhm, welke factoren kunnen dan een rol spelen bij de wondgenezing? **R:** Mobiliteit, voeding, incontinentie, uhm ik had net een hele belangrijke op het puntje van mijn tong liggen ... mobiliteit, voeding, incontinentie uhm medicatiegebruik en de ziektebeelden. Want je weet als je een diabeet bent en je krijgt een wondje, dan krijg je het wondje met heel veel moeite dicht. Als je hem ooit dicht krijgt. **S:** Ja. **R:** Een oncologische wond krijg je nooit dicht. Een oncologische wond is een wond waar comfort gewoon heel belangrijk is en waar je niet meer moet gaan voor genezen. Dat kan niet. Dat gebeurt niet. **S:** En wat zijn de taken van de verpleegkundigen hierin? **R:** Dagelijkse observatie van de huid, vooral tussen de tenen. Dat wordt heel veel

vergeten. Eigenlijk is het dagelijks observeren van de huid bij de wasbeurt. Dat is heel belangrijk en een goede rapportage. En als je ziet dat er een rood plekje is op de hak of de stuit, meteen preventieve maatregelen inzetten. Hielen vrij leggen met een kussen, uhm wisselgiving geven, niet meteen naar het allerhoogste grijpen dus geen AD-matras inzetten. Ik weet niet, maar in het verleden hadden we de repose matrassen in Plataan. S: Ja, de lichtblauwe. R: Die inzetten, maar dan moeten ze wel ervoor zorgen dat die aanstaan. En niet dat ze leeg op bed liggen. Ik kom AD-matrassen tegen die leeg zijn. Die helemaal niet werken. Waar mensen op het ijzer liggen. Uhm, AD-kussen in de stoel verkeerd om, onderste boven of achterstevoren. Dat zijn allemaal dingen waar je als verpleegkundige maar ook als verzorgende IG heel goed op moet letten. Gebruik je het materiaal op de juiste manier? S: Hmm, ja. En is het aan ons om te signaleren dat de wondgenezing gestagneerd is en dan bijvoorbeeld een diëtiste in te schakelen? R: Dat moet allemaal via de specialist ouderengeneeskunde. Jullie hebben een signaalfunctie richting de specialist ouderengeneeskunde en die moet verder acties ondernemen. Die moet eventueel wat jij zegt de fysiotherapie laten kijken, de ergotherapie laten kijken uhm de diëtiste inschakelen, mij inschakelen of de dermatoloog. S: Ja, het is dus dan wel onze taak natuurlijk om alles te signaleren. R: Jullie hebben een signalerende functie. De specialist ouderengeneeskunde ziet een zorgvrager als hij in de stoel zit of in bed ligt en hij zal dan echt niet de huid gaan observeren. Dat is iets wat jullie moeten doen. S: Oké ja. Ja dat is duidelijk. Uhm, we hadden het net ook even over de wondbeoordeling dat he volgens de TIME moet. Zijn er naast de TIME ook nog andere wondbeoordelingsmodellen? R: Uhm, in de e-learning over wondbeoordeling wordt er ook over ALTIS gesproken, maar dat wordt bij ons niet gebruikt. We hebben echt specifiek gekozen voor de TIME. Je hebt TIME en je hebt ALTIS. S: Ja, klopt. De ALTIS heb ik ook voorbij zien komen. Uhm, maar in grote lijnen komt het overeen met de TIME. R: Ja, in grote lijnen komen ze overeen. En we hebben nog een aanvulling op de TIME. In de TIME hebben ze het niet over de lengte, breedte en diepte van de wond. Die heeft Sevagram er wel in gezet. S: Ja. R: Dat mensen ook echt de breedte, lengte en diepte moeten meten. S: Uhm, bestaan er hulpmiddelen om een wond op te meten? R: Ja, we hebben meetlatjes. Ze zijn te krijgen via mij of via ConvaTec. S: En dat zou eigenlijk iedere afdeling moeten hebben? R: Iedere afdeling heeft als het goed is die meetlatjes. En als ze die niet hebben dan moeten ze zich bij mij of bij X melden voor een nieuwe. Ze worden gratis verstrekt. S: Oké en uhm, hoe wordt de diepte van een wond gemeten? R: Met een wattenstokje. Het wattenstokje even in de wond en de nagel eraan houden en dan langs het meetlatje houden. S: Oké. R: Ik weet er is een firma, ik durf even niet meer te zeggen hoe het heeft. Ze hebben ooit eens een wondmeter verzonden, maar die heeft eigenlijk nooit voeten op aarde gekregen. En er is een firma, waar we verder geen contacten mee hebben, die wattenstokjes met een schaalmeten hebben. S: Oké. R: Maar het is eigenlijk hetzelfde als

wat wij doen. **S:** Alleen dan dat wij geen schaalmeten hebben. **R:** Ja, precies. **S:** Oké. Uhm, waarom gebruiken niet de ALTIS? **R:** Uhm, omdat we blij zijn dat we de TIME erin hebben, uhm en uhm bij ALTIS kom je ook verschillende dingen niet kwijt. **S:** Oké. **R:** ALTIS is voor ons niet werkbaar. Wij hebben veel meer behoefte, en nogmaals het heeft heel veel moeite en tijd gekost om TIME erin te zetten en als je daarnaast nog de ALTIS gaat gebruiken dan weten de mensen helemaal niet meer wat ze moeten doen. **S:** Ja. **R:** Dan gaan mensen gedeeltelijk op TIME beoordelen en gedeeltelijk op ALTIS. Ja en dat werkt niet. Dus wij hebben specifiek voor TIME gekozen. **S:** Je hebt ook nog de rood-geel-zwart classificatiemodel. **R:** Dat is een onderdeel van de TIME van het WCS bedoel je he? **S:** Ja. **R:** Ja, maar dat is een onderdeel van de TIME-model van de t van tissue. Daar beoordeel je het rood-geel-zwart. Het is een onderdeel van het TIME-model. **S:** Oké, ja. Uhm, in de praktijk wordt er meestal gerapporteerd dat het weefsel er goed uit ziet, of het is rood. **R:** Ja, jammer. Dan gebruiken ze het niet zoals het is aangeleerd. Dan denk ik jammer dat het niet op de juiste manier wordt uitgevoerd. **S:** Ja, uhm eens even kijken. Bij TIME heb je de i van infection, uhm hoe kunnen verzorgende IG en verpleegkundigen deze infectieverschijnselen herkennen? **R:** Als je die als verpleegkundige niet ziet, dan mag je je diploma inleveren. **S:** Oké. **R:** Want roodheid, zwelling, warmte, pijn. Pijn is iets wat de zorgvrager aangeeft he, warmte kun je voelen, zwelling kan je zien en roodheid moet je ook zien. Als je dat niet zien, dan ga ik bijna zeggen lever je diploma maar in, want dan mis je een stukje basis. **S:** Oké. En naast die vier punten heb je ook nog de geur. **R:** Geur en exsudaat zijn geen ontstekingsverschijnselen. Geur kan wijzen op een bacteriële infectie of een virale infectie. Als een wond heel erg ruikt dan moet er eigenlijk een wondkweek worden afgenomen, want dan kan er een pseudomonas inzitten. **S:** Oké. Dus dan moet je er ook een belletje rinkelen? **R:** Eigenlijk moet er ... of ja het is een speciale geur en speciale kleur. Het is een beetje een neonachtig groen. Dan moeten er eigenlijk belletjes gaan rinkelen ja. Maar geur en exsudaat zijn geen ontstekingsverschijnselen. Klassieke ontstekingsverschijnselen zijn: roodheid, zwelling, oedeem en pijn. **S:** Oké, maar stel je ruikt wat mag je dat dan wel bij de i van infection plaatsen? **R:** Nee, eigenlijk niet. Eigenlijk moet je hem er gewoon onder zetten. Zou je eigenlijk bij de t al kunnen zetten, want als je een zwarte wond hebt en het ruikt dan kan je het daarbij zetten. Maar dat kom je eigenlijk niet kwijt onder de TIME. Je kunt het wel nog als aanhangsel erbij zetten. **S:** In de praktijk zie je ook wel dat die punten ook bij de infectie opgeschreven worden. **R:** Ja, dat weet ik. Geur en kleur weet ik. Ik kan er niks aandoen, maar als het er maar ergens staat van de andere kant. Het zou zonde zijn als er al heel lang een stinkende wond is en je doet er niks mee. **S:** Nee, precies. **R:** Snap je wat ik bedoel? Want ook daar kan de specialist ouderengeneeskunde zijn wondbeleid op aanpassen met koolstofverbanden of iets anders. **S:** En daarbij is he weer onze taak om dit te signaleren en door te geven? **R:** Yes. **S:** Uhm, eens even kijken de protocollen hebben we net al

besproken, maar u zei net zelf dat de Vilans protocollen summier zijn. **R:** Ja, zeer summier. Die zijn heel breed. Snap je he. Die praten niet over specifieke wonden. Oncologische wonden worden in Vilans niet benoemd. Uhm, de stralingswonden worden in Vilans niet benoemd. Het gaat puur over algemeen wondzorg. Daar lopen we al jaren tegenaan. Vroeger hadden we dat bij KISS ook en toen dacht ik oh dan krijgen we Vilans protocollen, maar ze zijn identiek. Identiek. **S:** Uit de literatuur blijkt ook dat wondprotocollen over het algemeen allemaal zo summier zijn en dat zorgverleners de vraag van 'wat' we moeten doen en 'hoe' we het moeten doen hierin niet terug kunnen vinden. **R:** Daarom hebben we dit hier opgesteld (wondbehandelprotocol). Hier staat echt alles in. En het wordt straks nog specifieker. **S:** Oké ja. **R:** Ja, hier staat bijvoorbeeld op hoe je een zwarte wond moet verzorgen en geen decubituswond he maar een zwarte wond, een gele wond, een rode wond of een geïnfecteerde wond. **S:** Oké ja. Uhm, eens even kijken ... wat zal volgens u de wenselijke situatie omtrent wondzorg zijn? **R:** Meest ideale situatie is het beginnen bij de basis dat iedereen verplicht de wondzorgscholing moet volgen, dat iedereen zich aan het wondbehandelingsprotocol houdt en niet zijn eigen koers erin vaart, en dat er meer wondverpleegkundige komen binnen de organisatie. Nu ben ik de enige en dan denk ik dat het veel fijner zou zijn als iedere regio een wondverpleegkundige zou hebben. En dat daar de specialist ouderengeneeskunde ook gebruik van maken en dat zij ook openstaan voor een vernieuwing. **S:** Oké ja. **R:** Dat is voor mij de meest wenselijke situatie. **S:** Ja, oké. **R:** En dat er daardoor geen wonden meer ontstaan/zijn. Dat zou mijn wens zijn. **S:** Uhm, we hebben wel aandachtsfunctionarissen op alle afdelingen. **R:** Ja, maar dat zijn geen aandachtsfunctionarissen wondzorg he, dat zijn aandachtsfunctionarissen decubitus. **S:** Oh oké. **R:** Er is op geen enkele locatie een aandachtsfunctionaris wonden. De aandachtsfunctionarissen die er zijn, zijn allemaal decubitus. **S:** Oké, mij is verteld dat het wond is. **R:** Wij denken wel dat er aandachtsfunctionaris wonden zijn, maar dat is het niet. Er zijn aandachtsfunctionarissen decubitus. **S:** Oké. **R:** En vraag maar eens aan de aandachtsfunctionarissen wondzorg of ze de wondzorgscholing hebben gevolgd. Wie is de aandachtsfunctionaris bij jullie? **S:** Wij hebben er twee, het zijn X en Y. **R:** Zij mag ze van mij betreft wel aandachtsfunctionaris wondzorg noemen, want zij heeft de scholing gevolgd. X, weet ik even niet. Ik ken X van vroeger, maar ik weet niet of X hem gevolgd heeft. Maar in principe, in mijn tijd was X aandachtsfunctionaris decubitus. **S:** Oké. **R:** Maar Y gaat ook naar het congres. Ze heeft zich ook aangemeld voor het decubituscongres. En zij volgt regelmatig scholingen. **S:** Uhm, eens even kijken. Ik had nog een vraag over richtlijnen met betrekking tot wondmaterialen, maar dat hebben we al besproken. **R:** Ja. **S:** Wat voor advies kunt u geven omtrent het naar behoren uitvoeren van wondzorg? **R:** Uhm, werken volgens bestaande protocollen, werken volgens het beleid dat de arts heeft afgesproken en documenteren van wonden. Dat we zeggen dat we foto's maken van wonden en die onder

correspondentie in het ECD zetten, zodat iedereen mee kan kijken met een wond. Weet je wat het is Sakina, ik verzorg een wond en jij verzorgt een wond. Ik schrijf wond zag er goed uit. Wat is goed? Goed is zo betrekkelijk. Als ik volgens protocol rapporteer kun jij altijd kijken van wacht even ik heb hele andere afmetingen. De wond wordt opeens groter of sterker nog hij wordt veel kleiner. Of he bij de edges, bij de wondranden, X schrijft geen ondermijning maar als ik voel aan de wond dan voel ik een ondermijning. En dat is wel van belang om te weten, want als je een ondermijning hebt van 10 cm en je vult maar 5 cm dan kan de overige 5 cm lekker verder broeien. Daar kan lekker veel verder rotzooi plaatsvinden. Dus dat is wel van belang. Goede rapportage, werken volgens het protocol, werken volgens TIME en werken volgens het beleid van de arts. En regelmatig bij iedere artsenvisite de wond evalueren. En dat kan je alleen maar doen aan de hand van foto's. Is wel van belang. **S:** Ja, uhm mag dat met de nieuwe privacywet, foto's maken van de wonden? **R:** Uhm, je moet daar toestemming voor vragen van de zorgvrager en zolang als jij geen gezicht fotografeert dan is er niks aan de hand. Je moet er wel toestemming voor vragen. **S:** Oké ja. **R:** Volgens mij moet het schriftelijk op papier staan. **S:** Uhm, op het moment zijn er 1 keer in de 2 jaar verplichte toetsen. Zijn er nog andere manieren waarmee de kennis en vaardigheden van het personeel gewaarborgd kan worden? **R:** Ja dat is het personeel zelf he. Ze moeten daar zelf voor zorgen. Kijk eh Sevagram biedt scholingen aan en er zijn vakbladen. In Nursing staat regelmatig iets over wondzorg, uhm dat is aan jezelf om jezelf up-to-date te houden. Ik ga zelf regelmatig naar congressen ook op eigen tijd en eigen kosten en nu in Hasselt is er binnenkort eentje. Ik ga regelmatig naar een wondzorgcongres in Eden. Dus het is jou om jezelf up-to-date te houden. Kijk er is niemand die bij mij aanklopt die zegt goh heb je nog zin in een congres. Nee ik moet daar zelf achter aangaan. Ik zelf regelmatig of een keer per jaar naar de Juma. Dat is een groot internationaal wondzorgcongres buiten Nederland en ja dat doe ik op eigen kosten en eigen tijden. Het is wat je zelf wilt investeren. **S:** Ja, want uit onderzoeken blijkt ook dat er waarschijnlijk ook gebrek is aan motivatie binnen het personeel. **R:** Ja zeker. Het wordt alleen maar erger. Zodra men hoort eigen tijd dan is het nee nee en eigen kosten nee nee helemaal niet. Als Sevagram wilt dat ... dan moeten ze maar zorgen dat... **S:** Ja. **R:** Maar zo werkt het niet in de praktijk. Zo werkt het echt niet. Het zou wel heel fijn zijn, maar zo werkt het niet. **S:** Zijn er bepaalde manieren om het personeel te motiveren? **R:** Uhm, ik probeer mijn enthousiasme altijd over te dragen binnen de organisatie. Als ik op wondconsult kom en ik zie dat er daar regelmatig wonden voorkomen dan zeg ik jongens kom naar die wondzorgscholing of jongens er is binnenkort een congres kijk of je daarheen kan gaan of er is een scholingsmiddag. Als er een scholingsmiddag is, die is gratis nota bene, schrijf ik altijd de aandachtsfunctionarissen decubitus aan van jongens er komt een congres aan van meldt je aan. En meer kan ik ook niet doen. Snap je? **S:** Ja. **R:** Ik probeer het altijd heel erg enthousiast te brengen, maar nogmaals meer lukt niet. **S:** Ja oké.

Uhm, eens even kijken ... wat zouden volgens u de bevorderende factoren zijn bij het uitvoeren van wondzorg? **R:** Uhm, kennis en kunde. Ja dat zijn eigenlijk de twee belangrijkste. Kennis en kunde. **S:** Oké ja, want uit literatuur blijkt ook dat er waarschijnlijk te weinig kennis is of dat het versnipperd is geraakt omdat het zo lang geleden is. **R:** Ja ja. Je moet je voorstellen dat je tijdens je opleiding maar zo'n stukje (klein stukje) wondzorg krijgt. Een opleiding die vier jaar duurt. En daar ontbreekt het gewoon aan. Maar zelfs specialist ouderengeneeskunde krijgen maar zo'n stukje. Dus wat verwacht je dan. Ik heb een heel jaar in Hasselt gehad. Iedere dinsdag van twee uur het 's middags tot tien uur het 's avonds. **S:** Ja. **R:** Ja, een heel jaar lang. En ik word getoetst op alle modules. Dat ik zelfs op een gegeven moment iets had van meneer de professor ik hoef geen professor te worden en ik hoef ook geen chirurg te worden. Die gingen gigantisch diep. Die gingen echt gigantisch diep. **S:** Ja, tijdens mijn stages wist ik zelf ook niet precies wat ik moest doen bij wondzorg want ik had het niet zo uitgebreid op school gehad. Dus dan moet je het maar voor jezelf uitzoeken. **R:** Ja, dan is het van belang om je goed ... we hebben ook een wondkaart. Het is een formulier en volgens mij staat hij onder links in het ECD. Dit is een kaart waarin je kunt aangeven hoe groot de wond is, wat het plan is, wanneer het start, wanneer het stopt. Maar nu maken de mensen er geen gebruik van. Ken je de wondkaart? **S:** Uhm ... **R:** Wondstomazorg staat erop. **S:** Ik heb hem wel gezien. **R:** Ja? Met die poppetjes, voorkant, achterkant, man, vrouw en onder zo'n raster. **S:** Ja ja, maar naar mij weten wordt dit niet in de praktijk gebruikt. **R:** Nee weet ik en dat is jammer. **S:** Ja, maar dit kan ik wel allemaal meenemen. **R:** Er zijn heel veel hulpmiddelen alleen of mensen weten het niet of mensen gebruiken het gewoon niet. **S:** Op het moment gaan veel mensen weg en er komen nieuwe mensen en de vraag is of zij hier allemaal op de hoogte van zijn. **R:** Ja, dat denk ik niet. Ik denk niet dat de nieuwe medewerkers binnen Sevagram van alle toeters en bellen weten wat wondzorg aangaat. En dat is jammer. **S:** Maar dat maakt het allemaal wel veel makkelijker en overzichtelijker. **R:** Ja en dit maakt het nu omdat ze het allemaal niet weten, veel complexer en veel verwarrender en chaotischer en dat is allemaal ten nadele voor onze zorgvragers. **S:** Ja klopt. **R:** En dat is ook jammer. **S:** En zijn dit dat ook tevens de belemmerende factoren? **R:** Ja, absoluut. **S:** Uhm, ik heb zo volgens mij wel voldoende informatie gekregen. **R:** Oké. **S:** Ik weet niet of er bepaalde dingen zijn die ik niet gevraagd heb en die u toch wel wilt bespreken? **R:** Nee, je had je goed voorbereid complimenten. Ook goed onderzoek gedaan, zelf in literatuur gezocht. Ik hoop dat ik alles heb gezegd wat ook in de literatuur stond en anders moet je dat ook gewoon zeggen. Nee, maar leuk. Leuk dat je zo goed voorbereid was. **S:** Dank je.

Bijlage 12 – Topiclijst interview aandachtsfunctionaris

- | | |
|------------------------------|--|
| Inleiding | <ul style="list-style-type: none">- Inleiding interview- Dankwoord- Reden van het interview- Uitleg onderwerp- Doelstelling- Tijdsduur |
| Persoonlijke gegevens | <ul style="list-style-type: none">- Naam- Functie |
| Aandachtsfunctionaris | <ul style="list-style-type: none">- Wat is uw functie als aandachtsfunctionaris op de afdeling?<ul style="list-style-type: none">o Bent u aandachtsfunctionaris decubitus of wondzorg?o Is dit hetzelfde?o Wat zijn uw taken als aandachtsfunctionaris?- Hoe lang bent u al aandachtsfunctionaris?- Weten alle collega's dat dit uw aandachtsgebied is op de afdeling?- Komen ze advies bij u vragen omtrent wondzorg? |
| Feitelijke situatie | <ul style="list-style-type: none">- Waardoor denkt u dat de wondzorg op de afdeling niet naar behoren wordt uitgevoerd?<ul style="list-style-type: none">o Wat kan hieraan gedaan worden?o Wat is uw rol hierin?- Is er, naar uw mening, voldoende kennis omtrent wondzorg binnen het team?<ul style="list-style-type: none">o Waarom denkt u dit?o Worden ontstoken wonden snel gesignaleerd?o Wat kan hieraan gedaan worden?- Aan de hand van welke protocollen wordt er op de afdeling wondzorg toegepast?<ul style="list-style-type: none">o Wat vindt u van deze protocollen?- Bent u op de hoogte van het wondbehandelprotocol?<ul style="list-style-type: none">o Wordt dit op de afdeling gebruikt?o Wat vindt u van deze protocol?- Vindt u dat er voldoende volgens het TIME-model gerapporteerd wordt?<ul style="list-style-type: none">o Gebeurt dit op de juiste wijze? |

- Hoe vaak dient er op een wond gerapporteerd te worden?
- Bent u een voorstander van foto's maken van wonden?
- Worden er op de afdeling gebruik gemaakt van hulpmiddelen om een objectieve rapportage te kunnen schrijven?
 - Wat voor hulpmiddelen worden er gebruikt?
 - Wat voor hulpmiddelen ontbreken er op de afdeling?
 - Hoe komt u aan deze hulpmiddelen?

Wenselijke situatie

- Wat is de wenselijke situatie met betrekking tot het uitvoeren van wondzorg?
 - Wat voor rol kunt u als aandachtsfunctionaris hierin spelen?
- Denkt u dat het specifieker maken van protocollen en richtlijnen meerwaarde zal hebben op een goede wondzorg?
 - Zal dit misverstanden wegnemen?
- Hoe zou wondzorg naar behoren uitgevoerd kunnen worden?
- Hoe kunnen de kennis en vaardigheden van het personeel gewaarborgd blijven?
- Zouden zakkaartjes over wondzorg voor het personeel misverstanden wegnemen?

Belemmerende & bevorderende factoren

- Wat zijn de belemmerende factoren rondom wondzorg? (Tijdsdruk? Planning?)
- Wat zijn de bevorderende factoren rondom wondzorg?

Afsluiting

- Samenvatten
- Vragen
- Afspraken maken over het uiteindelijke resultaat van het interview (membercheck)
- Bedanken

Bijlage 13 – Uitwerking interview aandachtfunctionaris

S: Sakina Samadi

R: Respondent

Kennistekort Scholingen Wondprotocollen en -richtlijnen Wondzorg Reinigen
Handschoenen Wond- en verbandmaterialen Wondclassificatiemodellen

S: Wil je je even voorstellen? **R:** Ik ben X. Mijn functie is verpleegkundige, mbo verpleegkundige op afdeling 6. **S:** Oké en hoelang ben je al werkzaam binnen Sevagram? **R:** Binnen Sevagram ben ik werkzaam al 16 jaar nu. **S:** Oké. Je bent ook aandachtfunctionaris op de afdeling. Op welk gebied ben je aandachtfunctionaris? **R:** Decubitus wondzorg. **S:** En wat houdt het precies in? **R:** Wat het inhoudt is dat je decubitus vroegtijdig herkent, signaleert en acties erop uit gaat zetten. **S:** Ja, oké. **R:** Wondzorg is aan de hand van de wonden waarmee de cliënten binnen komen of wat ontstaat op de afdeling zelf. **S:** Ja, oké. Is het binnen het team bekend wie de aandachtfunctionaris is? **R:** Ja. **S:** Komen ze ook wel een vragen stellen of advies vragen? **R:** Ja, dat moet ik wel zeggen. **S:** Ja. **R:** Ze komen wel adviezen vragen, van goh X wil je hiernaar even kijken en wat kunnen we daarop inzetten qua acties. **S:** Uhm, en buiten het signaleren en observeren en eventueel een behandelplan opstellen komen er nog andere taken bij kijken? **R:** Ja, het opleiden van collega's, van zo moet je gaan rapporteren, zo moet je kijken naar een wond, dit is hoe je als ik niet aanwezig ben of de arts wat je zelf kan inzetten. **S:** Oké ja. Wordt dit in de vorm van een klinische les gedaan of gewoon op het moment dat je bezig bent? **R:** Uhm, voorheen deed ik een klinische les maar op afdeling 6 heb ik dat nog niet gedaan. Daar ben ik nog niet aan toegekomen. Uhm, maar dat doe ik op moment dat het zich afspeelt of als er vraag naar is. **S:** Oké. Uhm, hoe vind je dat wondzorg op het moment op de afdeling is? **R:** Uhm, mag wat dieper uitgediept worden. Het mag echt wat meer gaan leven. Uhm, wat ik opmerk op afdeling 6 is dat heel veel heel erg leunen op de arts in plaats van hun eigen kennis. **S:** Oké. En dan ook echt over de wond- en verbandmaterialen of ook over de wond zelf? **R:** Gewoon over de wondsoort. Is het een rode wond? Is het een gele wond? Is het een zwarte wond? Daar hebben ze nog wat moeite mee, dus ja. **S:** Dus dat ze daar een beetje meer zelf achteraangaan. **R:** Ja. **S:** Uhm, hoe kan dat stukje verbeterd worden? Door scholingen te krijgen? Of een klinische les misschien? **R:** Ik denk hoe je ze daarbij kan helpen, is door een klinische les. Dan blijft de kennis opgefrist zeg maar. Maar dat ze zelf ook hun eigen scholingen daarin gaan volgen. **S:** Ja, want op het moment worden er wel scholingen aangeboden door Sevagram maar deze zijn niet verplicht om te volgen, toch? **R:** Nee, deze zijn niet verplicht. **S:** Wat is jou kijk hierop? **R:** Ik zou dat wel gaan verplichten. **S:** Ja, oké. Ik heb nog twee andere interviews gedaan met twee wondverpleegkundigen en zij zeggen

hetzelfde. **R:** Ja. **S:** Zij geven ook inderdaad aan dat de scholingen verplicht moeten worden, zodat mensen ook daadwerkelijk weten wat ze doen. **R:** Mee eens. **S:** Ja en de wond- en verbandmaterialen worden ook steeds uitgebreider. Worden er hier ook nieuwe producten toegevoegd. **R:** Uhm, dat wordt hier niet echt gedaan. Ja nieuwe materialen en uhm ik persoonlijk vind dat ze nog in het oude blijven steken. **S:** Oké en het wondbehandelprotocol dat hier gehandhaafd wordt is afkomstig van een bepaald fabrikant. Ik heb hierbij begrepen dat het ook mogelijk is om bepaalde dingen te bestellen die niet op deze protocol staan. **R:** Maar de arts is bepalend. **S:** Oké, maar kan je daar als verpleegkundige niet voorstellen om iets anders te doen? **R:** Ja. **S:** Wordt dat voldoende gedaan? **R:** Dat moet ik zeggen dat het wel wordt gedaan. **S:** Alleen door de aandachtsfunctionarissen of ook door andere? **R:** Ik kan niet spreken over andere, nogmaals afdeling 6 mag daar meer in groeien en meer insteken en zelf hun kennis in gaan zetten. Niet alle artsen hebben zicht op een wond of wondmateriaal. Wij zijn eigenlijk diegene die daarin gespecialiseerd moeten zijn. En wij zijn de expert om tegen de arts te zeggen nee dokter zo'n materiaal is beter voor die wond et cetera et cetera. **S:** Oké. **R:** Ja, waar ik vandaan kwam (afdeling 8), leefde dat erg. En ik merk op afdeling 6 dat het een beetje terughoudend is. **S:** Ja. Uhm, qua kennis ... Heb je wel het idee als er iets mis is met een wond dat er op tijd aan de bel wordt getrokken? **R:** Ja. Dat wel. **S:** Dus dat infectieverschijnselen herkend worden? **R:** Ja. **S:** Uhm, dan gaan we eventjes kijken naar de protocollen die gehandhaafd worden op de afdeling. Welke protocollen zijn dit? **R:** Het wondbehandelprotocol van ConvaTec. Dat is wat je moet aanhouden, dat is de leidraad. **S:** Ik heb een enquête uitgezet binnen het team en ik hierin onder andere gevraagd of men dit protocol herkent. Hier is uitgekomen dat sommige hier geen gebruik van maken, sommige helemaal niet bekend zijn met dit protocol en andere zouden hem wel gebruiken. **R:** Oké. **S:** Maar ja, ik weet natuurlijk niet of het echt zo is. Zelf heb ik het idee dat nieuwe collega's niet goed ingewerkt worden en daar niks vanaf weten. Klopt dat ook een beetje? **R:** Ja, dat klopt. **S:** Heb je wel het idee dat de medewerkers dat al langer hier werken dat zij wel gebruik hiervan maken? **R:** Ik ben bang van niet. **S:** Oké. Wat kan hierbij helpen om het weer onder de aandacht te brengen? **R:** Dat meenemen in een klinische les. Ik denk dat een klinische les echt mensen weer open minded gaat maken. Dat ze weer geprikkeld worden. Oh ja zo moet het, dat weet ik ook alweer, zo moest het ook alweer. **S:** Even opfrissen. **R:** Ja, even opfrissen. **S:** Ja, oké. Misschien iets van een geheugensteuntje? Uhm, bijvoorbeeld een zakkaart. Zou dat eventueel helpen? **R:** Ja. Ik vind dat wel een hele goeie. **S:** Oké, want ik denk als het ergens hangt dat er niet naar gekeken wordt. **R:** Maar als ze het zelf op zak hebben, dan kunnen ze altijd even terugkijken wat ze moeten doen. **S:** Ja, uhm binnen Sevagram is het de bedoeling dat er volgens het TIME-model gerapporteerd wordt. Wordt dit voldoende gedaan op de afdeling? **R:** Ik vind van niet. Ik blijf daarop hameren. Ik vind dat ze te weinig gebruik maken van de TIME. **S:** Ik

heb zelf ook naar bepaalde rapportages gekeken en sommige rapporteren het wel volgens de TIME maar andere rapporteren een kort verhaaltje waarin bepaalde punten in benoemd worden maar niet alles. Uhm, is dit ook zoiets dat in een klinische les meegenomen kan worden? **R:** Ja, men vindt het lastig om volgens de TIME een wond te omschrijven ondanks dat er een hele uitleg staat hoe je het eigenlijk zou moeten rapporteren. **S:** Ja, hier hangt er ook eentje. **R:** Ja. **S:** Hebben jullie op de afdeling ook de ConvaTec liniaaltjes? **R:** Ja, hebben we. **S:** Worden die ook wel eens gebruikt? **R:** Uhm, alleen bij decubitus. Als er echt een decubitus is en het moet opgemeten worden dan wel. **S:** Dus niet bijvoorbeeld bij een OK-wond? **R:** Nee, mits het gaat gapen en het is diep. **S:** Oké, ja. Uhm, binnen Plataan gebruiken we de kortdurende aandachtspunten (KDA) en hierop moet er eigenlijk dagelijks gerapporteerd worden. Wonden staan ook in KDA's. Wat is de ideale frequentie van rapporteren van een wond? **R:** Dat moet iedere dag gebeuren. Iedere dag, want dat wordt een keer per dag verzorgd en dat is het enige moment dat je het verband openmaakt om te kijken of het verband verzadigd is. In de avonduren niet dus. Dus een keer per dag. **S:** En dan moet er sowieso op gerapporteerd worden? **R:** Ja, dan moet er sowieso gerapporteerd worden. **S:** Oké. Uhm, ik heb in mijn enquête ook gevraagd of de wond gereinigd wordt wanneer het verband ervan af gehaald wordt. Ik krijg natuurlijk van iedereen een 'ja, wij doen het'. Maar ik heb ook geobserveerd in de praktijk en het blijkt toch dat het niet altijd gedaan wordt. Uhm, zie je dat ook terug op de afdeling? **R:** Uhm, als ik eerlijk ben ben ik niet altijd aanwezig om bij mijn collega's te zien hoe ze de wond verzorgen. Maar ik kan je wel voorspellen dat dat niet gebeurt in mijn bijzijn. **S:** Oké. **R:** Want als het gebeurt dan ... **S:** Ja, tijdens een observatie kan ik pas wat daarna wat zeggen want dan kan ik niet. Ik moet dan eigenlijk observeren hoe wondzorg toegepast wordt. **R:** Ja. **S:** Als je niet reinigt dan ga je de wond ook beoordelen aan de hand van een vuile wond. **R:** Klopt. **S:** Denk jezelf dat als je van vuil naar schoon werkt, dat de handschoenen vervangen worden? **R:** Die worden niet vervangen. Dat moet wel gebeuren. **S:** Ook dit heb ik gevraagd in mijn enquête, maar ook hier heb ik van iedereen te horen gekregen dat ze de handschoenen wel vervangen. Terwijl het bij mijn observatie alleen gebeurd is tijdens de artsensite en voor de rest nergens. Dus ik denk wel dat dit een puntje is wat ik mee moet nemen. **R:** Oké. **S:** Uhm, wat is voor jou de meest ideale situatie omtrent wondzorg voor de afdeling? **R:** Hoe bedoel je? **S:** Dus de meest wenselijke situatie hoe het gedaan zou moeten worden. **S:** Hoe het gedaan zou moeten worden ... als je de wond gaat verzorgen bedoel je? **S:** Ja, gewoon verzorgen, rapporteren ... **R:** De meest ideale situatie is dagelijks de wond verzorgen, dagelijks rapporteren, dagelijks bekijken of in ieder geval door de aandachtsfunctionarissen in ieder geval twee keer per week. Dat je zelf gaat zien van goh hoe ziet de wond eruit. Ik zelf vraag altijd oh hebben we een nieuwe opname ik heb de wond nog niet ingezien mag ik heel even ernaar kijken. Dan heb ik zicht erop en dan kan ik aan het einde van het week weer ernaar

gaan kijken hoe het nu gesteld is. **S:** Oké, ja. Ben je voorstander van het maken van foto's?

R: Uhm, op decubituswonden wel, bij geïnfecteerde wonden ook, bij OK-wonden vind ik niet.

S: Oké en waarom? **R:** Omdat het meestal met hechtingen zijn. Mits er complicatie erbij gaan optreden dan vind ik wel dat je vroegtijdig foto's moet gaan maken, zodat je ziet hoe het als eerst eruitzag en hoe het er nu aan toe gaat. **S:** Zodat je dus een voortgang kan gaan zien. **R:** Ja, dat je echt de voortgang kunt volgen. **S:** Oké ja. Vind je zelf dat de Vilans protocollen specifiek genoeg zijn? Er bestaat bijvoorbeeld een protocol van wondzorg waarin staat wat je stap voor stap moet doen, maar het is niet gekoppeld aan een bepaalde wond. Het is een algemeen protocol. **R:** Het is gewoon algemeen. Het mag wat specifiekere worden in plaats van algemeen. Want iedereen kijkt dan ook algemeen en niet specifiek. **S:** Ja. **R:** Iedere wond is weer anders. **S:** Ja dat is inderdaad zo. Uhm, kennis en vaardigheden hebben we al besproken. Je gaf aan dat de scholingen verplicht gesteld moeten worden. **R:** Ja. **S:** Zakkaartjes hebben we ook besproken. Uhm, wat zijn op dit moment de belemmerende factoren rondom wondzorg? **R:** Uhm, de tijdsdruk. Ik merk door tijdsdruk dat wonden niet worden verzorgd. Als gevolg dat mensen al drie dagen hun wond niet verzorgd krijgen. Dat vind ik wel de grootste factor op dit moment. Het is dus tijdsdruk, maar ook bij cliënten die mobiel zijn ... daar wordt niet meer naar omgekeken. Pas als je gaat alarmeren van hey en je brengt het weer onder de aandacht van de mensen dat ondanks ze mobiel zijn, ze toch nog hulp nodig hebben met de wondzorg. Dit heeft niks te maken met tijdsdruk, maar meer met de mobiele en zelfstandige mensen waardoor men ervan uitgaat dat ze er niet meer naar hoeven te kijken. **S:** Ja, duidelijk. Heb je nog meer belemmerende factoren? **R:** Nee. **S:** Uhm, wat zouden bevorderende factoren kunnen zijn omtrent wondzorg op de afdeling? Dus waardoor het wel goed uitgevoerd zou kunnen worden. **R:** Ja... **S:** Je zei net verplichte scholingen, klinische lessen en het personeel zelf wat meer inzicht geven. **R:** Ja, dat. Dan denk ik dat je al heel goed zit. Als al die punten worden aangepakt dan is dat bevorderend. **S:** Ik heb deze vraag ook in mijn enquête gesteld, om te kijken wat het personeel zelf hierover zegt. Hier kwam eigenlijk hetzelfde naar voren, namelijk tijdsdruk, en naar de algehele toestand van de cliënt kijken dus niet alleen naar de wond. Is hij mobiel? Eet hij voldoende? En dat soort dingen. **R:** Ja, dat klopt. **S:** Uhm, zijn er nog dingen dat ik niet heb benoemd en dat je wel wilt bespreken? **R:** Ik vind dat je het heel goed en heel mooi hebt opgezet. **S:** Ja? **R:** Ja. **S:** Dank je. **R:** Het is duidelijk.

Bijlage 14 – Topiclijst interview zorgcoördinator

Inleiding	- Inleiding interview - Dankwoord - Reden van het interview - Uitleg onderwerp - Doelstelling - Tijdsduur
Persoonlijke gegevens respondent	- Naam - Functie
Attitude	- Hoe staat u tegenover het verbeteren van de wondzorg op afdeling 6? - Hoe denkt u dat het team hier tegenover staat? - Is er in het verleden al eens een poging gedaan tot het verbeteren van de wondzorg? Zo ja, door wie en aan de hand van welke hulpmiddelen is dit toentertijd gedaan?
Belemmerende & bevorderende factoren	- Wat zijn de belemmerende factoren waardoor de wondzorg (op het moment) niet adequaat uitgevoerd wordt?
Afdeling Collum Care	- Kunt u een beschrijving van het doel en de visie van de afdeling geven? - Vindt er veel wisseling van het personeel plaats in het team? - Zijn er personeelsleden die momenteel een opleiding volgen? - o Zal dit een belemmerende of bevorderende factor zijn ten opzichte van een implementatie op de afdeling? - Hoe is het klimaat in het team?
Doelgroep & Setting	- Hoe staat het team in het algemeen tegenover implementaties of veranderingen? - Zijn er in het verleden eerder implementaties uitgevoerd op de afdeling? - o Hoe zijn deze verlopen?

- Wat zijn belemmerende factoren van het team met betrekking tot het implementeren van wondzorg adviezen?
- Wat zijn de bevorderende factoren van het team met betrekking tot het implementeren van wondzorg adviezen?
- Zijn er in het team mensen die niet mee werken aan veranderingen?
- Maken jullie gebruik van een controlerende functie nadat er een implementatie heeft plaatsgevonden?
 - Zo ja, wat kan ik me hierbij voorstellen?
- Wat zijn de sterke en zwakke punten van het team?
- Hoe kan het team het beste gemotiveerd worden?
 - Wat heeft het team hierbij nodig?

Afsluiting

- Samenvatten
- Vragen
- Afspraken maken over het uiteindelijke resultaat van het interview (membercheck)
- Bedanken

Bijlage 15 – Uitwerking interview zorgcoördinator

S: Sakina Samadi

R: Respondent

Collum Care afdeling

Belemmerende factor

Bevorderende factor

Doelgroep & Setting

Attitude

S: Ik wil je graag interviewen over de doelgroep en setting van deze team over mijn scriptie dat gaat om het verbetertraject van wondzorg. Kan je me even vertellen wie jij bent en wat jouw functie is binnen het team? **R:** Ik ben X. Ik ben op dit moment zorgcoördinator van afdeling 6 en ik heb de hbo-v opleiding afgerond. **S:** Uhm, je weet dat ik nu bezig ben met een implementatie over wondzorg. Hoe sta jij hier tegenover? **R:** Ja, ik zou het alleen maar fijn vinden als er een verbetering zou plaatsvinden, want ik heb toch de afgelopen periode gemerkt dat er toch wel wat puntjes zijn die niet goed lopen. **S:** Oké. **R:** Dus ja, ik sta er heel positief tegenover. **S:** En hoe denk je dat het team hier tegenover staat? **R:** Uhm, daar zijn natuurlijk een aantal teamleden die een opleiding zijn aan het volgen en we werken met studenten. Dus ik ga ervan uit dat ze er ook positief zullen zijn over verbeteringen, ondanks dat er wel in het team een aantal mensen zijn die ja misschien wel wat weerstand zullen gaan bieden. **S:** Oké. Is er al eerder op de afdeling een poging gedaan tot het verbeteren van de wondzorg? **R:** Nou ja goed we hebben natuurlijk aandachtsfunctionarissen, ook van wondzorg. Uhm, er is een medewerker die op zwangerschapsverlof geweest is en dat punt is eigenlijk een beetje blijven liggen. Wat wel nu ja toch wel wordt verbeterd, is de wondkar. Die zijn we aan het verbeteren. En dan ook aan het kijken wat zijn dat voor bevorderende factoren voor de wondzorg op de afdeling en hoe zien wij het zelf en wat kunnen wij verbeteren. Maar niet gericht op het team zeg maar. **S:** Oké, en wat houdt zo'n wond kar in? **R:** Nou ja we hebben nu in de kastjes van de cliënten de wondzorgmaterialen en wat we eigenlijk zouden willen, is dat we met een wondzorgkar met daar alle materialen in. Je neemt die mee tijdens een wondenronde of een visite en je kunt daar de materialen bijvullen in de kast, je kunt de wondmaterialen meteen ... je hebt het allemaal meteen ter plekke. Dat is gewoon veel efficiënter werken. **S:** En maken ze daar ook gebruik van? **R:** Op dit moment is de wond kar nog niet aanwezig. Er is wel een project, een werkgroep dat daarmee aan de slag is gegaan en ja dat moeten ze oppakken. **S:** Oh oké. Uhm, je zei net dat een wond kar een bevorderende factor kan zijn. **R:** Ja. **S:** Uhm, wat kunnen de belemmerende factoren zijn? **R:** Ik denk dat sommige medewerkers minder kennis hebben over de wondzorg zelf en dan echt gericht op hoe zien de wonden eruit, wat is een geschikt wondmateriaal en wat is juist geen geschikt wondmateriaal. Dus ik denk vooral kennis en kunde. Ik denk niet dat het echt afhangt van tijd. Ik weet dat dat wel vaak geroepen wordt, van we hadden geen tijd dus

daarom is de wond nog niet verzorgd. S: Ja. R: Maar ik denk ook dat dat delen zijn die je later in de middag zou kunnen doen. S: Dus eigenlijk beter plannen. R: Ja, beter plannen. S: Uhm, wat je nu opnoemt zijn eigenlijk individuele factoren zeg maar, zijn er ook sociale factoren die belemmerend kunnen zijn? R: Zoals? S: We werken bijvoorbeeld met een MD-team, wordt zo'n wond ook meegenomen met verschillende disciplines? Of is dat echt alleen binnen het team? R: Nee, in het MDO bespreken we wel heeft iemand wondzorg ja of nee. Er wordt niet uitdrukkelijk besproken wat erop zit. Daarin denk ik ook niet dat het in de MDO ter sprake moet komen. Wel zie ik dat er een nauwe samenwerking is met bijvoorbeeld de ergotherapeut, de zorg en de arts. Ja noem maar op, bijvoorbeeld ligortheses. Dat gebeurt wel, maar niet in officiële gesprekken. Dus meer van ik heb dit gezien, ik maak een signaal en de ander pakt dit op. S: Maar het wordt wel gedaan? R: Ja. S: En als je naar de werkprocessen kijkt, dus eigenlijk naar de organisatorische factoren. Komen daar ook belemmeringen naar voren? R: Kijk het stukje eigen planning natuurlijk, dag planning. Uhm, maar daarin ook het stukje aandachtsfunctionaris door de persoon die dit meer zou moeten oppakken. S: Ja. R: Dat is wat we ook wel in het beleidsoverleg hebben besproken, dat er in 2019 ieder gewoon meer verantwoordelijkheid gaat dragen ten aanzien van zijn aandachtsgebied. Dus ik denk wel dat het heel mooi is als jij die persoon dan ook als jij daar uhm je thesis gaat schrijven mee te nemen in dat werkgroep. S: Ja. En je zegt ook dat er kennistekort is. R: Ja. S: Zou je dan zeg maar zeggen, want nu zijn de scholingen niet verplicht. R: Nee. S: Uhm, stel ze zouden verplicht moeten worden. R: Ja. Kijk wat nu wel is, iets nieuws is dat. Voordat je de toets wondzorg gaat doen, moet je ook de E-learning hebben doorlopen. Dus ik hoop dat tijdens de E-learning het geheugen al voor een deel opgefrist wordt. Daarentegen denk ik niet dat het zo omvattend is dat je een heel uitgebreide kennis krijgt over wondmaterialen. Dus ja voor mij zou ik wel wat willen zien aan dat kennis. S: Ja, want ik heb ook een interview gedaan met uhm ... R: Met X. S: Ja, zij neemt die wondtoetsen af en zij geeft zelf aan dat 15 minuten best krap is om zeg maar iemand op wondzorg te toetsen. R: Ja. S: Dus zij geeft aan dat ze daar eigenlijk meer tijd voor wilt. Maar ja dat kost allemaal weer geld. R: Ja. S: Dus dat kan je eigenlijk ook onder belemmerende factoren plaatsen. R: Zeker. Ja, maar dat is vooral het toetsen natuurlijk he. Het is natuurlijk ieder zijn eigen verantwoordelijkheid om ja ... je kennis op orde te hebben. Kijk we kunnen natuurlijk wel vanuit de organisatie toetsen, maar ik vind ook wel dat ... S: Dat het je eigen verantwoordelijkheid is. R: Ja en de vernieuwingen en zo. Dat mis ik wel ja. Dat iemand hier aandraagt van ja jongens ik heb dit gelezen, zullen we dit eens in de groep gooien. Kijken wat er ervan vinden. S: Ja. Uhm, dat zijn eigenlijk een beetje de belemmerende factoren. Uhm, wat dan eigenlijk meteen de tegenovergestelde van de bevorderende factoren zijn. R: Ja. S: Zijn er nog andere bevorderende factoren? R: Ik denk dat er in ons team echt wel mensen zijn die kennis hebben over wondzorg, dus dat zou

gewoon voor jou stuk en voor de verdere uitwerking echt een bevorderende factor kunnen zijn. Daarin denk ik ook dat we heel veel studenten hebben die uhm nieuwe dingen aandragen. We hebben tijdens de klikmomenten dat we klinisch redeneren, dat we het ook over wondzorg kunnen hebben. Dat er ook wel goede dingen zijn. S: Ja. Wordt er wel eens een klinische les gegeven over wondzorg. R: Op het moment niet. Nee. S: Dat zou in principe ook kunnen? R: Ja. S: Uhm, kan je me een beschrijving geven over de doel en visie van de Collum Care afdeling? R: Ja, daar zijn we nu heel hard aan het werken. We zijn vorig jaar pas open gegaan als Collum Care afdeling. Dus de visie en het doel hebben we op dit moment nog niet op papier staan. We hebben natuurlijk wel als Sevagram een visie en een missie. Dat hebben we natuurlijk in het beleidsoverleg besproken. S: Ja. R: Het gaat zich eigenlijk gewoon om het beste zorg te geven aan de cliënt, zodat hij goed revalideert en dan met ontslag naar huis kan. Dat is ons doel eigenlijk. S: Ja. Uhm, vindt er veel wisseling plaats in het team. Dus dat er mensen weggaan en bijkomen? R: Ja. We hebben natuurlijk het afgelopen jaar veel wisseling gehad. Ik denk dat de banenmarkt op dit moment openligt om eigenlijk overal wel een kans te kunnen krijgen. S: Ja. R: Maar goed, we hebben ook heel veel mensen teruggekregen daarvoor. Daardoor heeft er natuurlijk wel heel veel wisseling plaatsgevonden ja. S: Je zei net dat er sommige mensen zijn die een opleiding volgen. Wat voor opleiding volgen ze? R: We hebben een medewerker die de opleiding geriatrische revalidatie verpleegkundige doet, we hebben een EVV'er die op dit moment waarschijnlijk de mbo-verpleegkunde gaat doen, we hebben een medewerker die een thuisstudie doet in psychologie en in gedrag. Wie hebben we nog meer? We hebben natuurlijk studenten. Er zijn ook nog een aantal mensen die gevraagd hebben om een opleiding te kunnen doen. Dus dat ligt nog een beetje in het midden. S: Oké. Uhm, eventjes terugkomen op de wisseling binnen het team. Heeft dit ook een beetje een belemmerende of juist een bevorderende factor? R: Ik denk een belemmerende factor. Uhm, voor mijn gevoel he is er de afgelopen half jaar toch wel geprobeerd om het team weer een beetje op orde te krijgen, werkprocessen te hervatten en niet echt ingezoomd op de aandachtsgebieden. Dus ik denk dat het stukje team worden en stukje samenwerken voorop heeft gestaan. S: Oké. Uhm, eens even kijken. Zijn er eerder op de afdeling implementaties gedaan? Andere? Buiten wondzorg? R: Hm nee, we hebben nog geen afstudeerstuk gehad. Tuurlijk zijn er wel verbeteringen en vernieuwingen, maar dat is dan heel Plataan breed. S: Oké. Uhm, hoe is het klimaat binnen het team? R: Uhm, volgens mij wel goed. We zijn er dan vooral gericht geweest op het samenwerken en weer een team vormen. Maar je merkt ook dat wanneer iets niet lekker loopt of als iemand weerstand biedt, dat wel nog aandacht behoeft. Dat er zich mensen ook tegen gaan keren. En dat proberen we de afgelopen periode echt wel te verbeteren. S: Ja, oké. R: Klimaat is niet altijd goed geweest. S: Staat iedereen wel open voor feedback? R: Ja en nee. Ze staan er altijd voor open, maar of ze daar altijd wat

meedoen is de tweede vraag. **S:** Oké. Uhm, jullie hebben geen eerdere implementaties gehad op de afdeling. **R:** Nee. Ja, deze vraag of er mensen in het team zijn die niet meewerken. Ik denk dat dat ook wel een belemmerende factor kan zijn. We hebben een soort oudere garde in ons team. **S:** Ja. **R:** En die staan wel open voor veranderingen, maar ze hebben hier heel veel moeite mee om het te realiseren. Dus ik denk dat dat een belemmerende factor gaat zijn om die mensen zo ver te gaan krijgen. **S:** Oké en uhm, hoe zouden we deze mensen zo ver kunnen krijgen? **R:** Dat is een goede vraag. **S:** Misschien een rol geven binnen de implementatie? **R:** Ja, dat zou kunnen. Ja. Ik denk als je dat uittijpt aan de hand van Rogers dat je wel zult zien, dat het niet een hele grote groep is. En ik denk dat er een grote groep is die echt staat voor innovaties en die dat ook zelf ... **S:** Ja ik heb het ook gevraagd in de enquête. Uhm, dan zie je eigenlijk dat er toch vijf zijn die mee willen werken. **R:** Ja precies. Maar ze zijn niet echt innovators. Nee. **S:** Maar zo'n beeld hebben ze zelf dan? **R:** Ja, ik denk dat dat wel klopt hoor. Ik denk dat er echt wel mensen zijn die graag nieuwe ideeën opdoen en dan ook aan meewerken. Maar ze zullen het niet snel inbrengen en dat is wat ik bedoel dat je op eigen aandachtsgebied innovaties toepast. **S:** Ja. En hoe zou jij het team opdelen volgens Rogers? **R:** Ja, als ik kijk naar dit dan ben ik er eigenlijk wel mee eens. Zoals het hier staat. Grootste gedeelte zal early adopters zijn, ja daarna innovators. Ik denk wel dat dat klopt. En wat heb je hier staan (kijkt naar enquêteresultaten)? **S:** Niets, niemand geeft aan niks met nieuwe innovaties te doen. **R:** Dat vind ik lastig om in te vullen, want ik heb wel het idee dat iedereen ervoor openstaat. Maar of ze het echt uitvoeren, is een tweede. **S:** Ja oké. Uhm, wat zijn de sterke en zwakke punten van het team? **R:** Op dit moment denk ik dat samenwerken is een sterk punt is, maar als ze ergens weerstand tegen hebben dan laten ze dit ook merken en dat vind ik een minder sterke punt. Uhm, dat is een goede vraag. Heb je zelf al ideeën daarover? **S:** Uhm, ik denk als je binnen het team feedback moet geven dat dat niet door iedereen gedaan wordt. Dan wordt het wel met andere collega's besproken, maar niet met de desbetreffende persoon. Dus dat merk ik wel een beetje. **R:** Feedback geven en ontvangen en wat je daarmee doet. Ook dat je het tegen de persoon zegt waar het over gaat natuurlijk. Ja. **S:** Ja. **R:** Ik denk wel dat ze ... tenminste nu aan werkprocessen willen werken. Dat was voorheen niet echt de sterkste punt was. **S:** Oké. Uhm, heb je misschien enig idee hoe het idee het beste gemotiveerd kan worden? **R:** Ik denk dat het doel en visie heel duidelijk zal uitgesproken moeten worden en daarin ook de uitdaging voor de personen in zoeken. Laten kennismaken met hun eigen kennis en over het onderwerp en ze misschien daardoor laten schrikken. Of dat ze denken oh ja ik heb hier nog wel wat in te behalen. Eigenlijk gewoon bewust worden van hun eigen kennis en kunde. **S:** Ik heb in mijn enquête ook gevraagd van goh denken jullie genoeg kennis te hebben en zouden jullie scholingen willen hebben. Hierbij hebben alleen twee hbo-verpleegkundigen aangegeven een scholing te willen. **R:** Oké. **S:** En de rest geeft aan dat ze

dit niet nodig hebben. **R:** En wat heb je dan gezien over hun kennis van het onderwerp. **S:** Uhm, dat dat niet bij iedereen erin zit. **R:** Nee, dus ja dat zegt eigenlijk ook wat over je eigen reflectie. **S:** Ja. **R:** Daarin zou je natuurlijk misschien een nulmeting kunnen doen over kennis. Maar dan zou je wederom een enquête moeten maken met een paar korte vragen om in te kunnen schatten wat het kennisniveau is. **S:** Want ik had nu een paar vragen van de ... **R:** Van de TIME. **S:** Ja en ook van wond- en verbandmaterialen. Dus daar heb ik het nu een beetje eruit gehaald en ik heb ook observaties gedaan. Maar dat zal iets zijn, want je straks kan oppakken. **R:** Ja. **S:** Uhm ... **R:** Dat was het. **S:** Ja. Ik weet niet of jij iets wilt toevoegen? **R:** Ik ben enthousiast en benieuwd wat er uit gaat komen.

Na het interview is er nog per mail contact geweest met de zorgcoördinator om de samenstelling van het team in kaart te brengen. Het team bestaat momenteel uit 1 teammanager, 1 zorgcoördinator, 4 verzorgende IG, 5 mbo-verpleegkundigen en 1 hbo-verpleegkunde dual student.

Bijlage 16 – Enquête

Beste collega's van afdeling 6,

In het kader van mijn afstuderen, houd ik mij bezig met een verbetertraject. Als onderwerp hiervoor richt ik mijn onderzoek op het verbeteren en optimaliseren van de wondzorg binnen de afdeling.

Voor dit verbetertraject heb ik jullie hulp nodig. Jullie mening speelt een belangrijke rol bij het geven van passende adviezen.

De vragenlijst is volledig anoniem. De resultaten van de vragenlijst zullen verwerkt worden in de bachelor thesis.

Ik wil jullie graag verzoeken om de vragenlijst naar alle eerlijkheid in te vullen. Voor het invullen van de vragenlijst vraag ik alleen wat van jullie kostbare tijd. Het invullen van de vragenlijst zal 15 minuten van jullie tijd innemen.

Door de vragenlijst in te vullen, helpen jullie mij met het neerzetten van een goed onderzoek.

Ik zou het op prijs stellen dat de vragenlijst vóór 24 oktober 2018 ingevuld wordt.

Mochten er vragen en/of opmerkingen zijn rondom deze vragenlijst of de uitkomsten ervan, kunt u mij bereiken op onderstaand e-mailadres:

sakina.samadi@sevagram.nl

Alvast dank voor jullie medewerking en bijdrage aan mijn bachelor thesis.

Groetjes,

Sakina Samadi

1. Ik ben een ...

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Zeg ik liever niet

2. Binnen welke leeftijdscategorie valt u?

- ☐ 18 – 29 jaar
- ☐ 30 – 39 jaar
- ☐ 40 – 49 jaar
- ☐ 50 jaar of ouder

3. Op welk niveau bent u opgeleid?

- ☐ Verzorgende IG
- ☐ Mbo-verpleegkunde
- ☐ Hbo-verpleegkunde
- ☐ Nog in opleiding

4. Hoeveel jaren werkervaring heeft u?

- ☐ < 5
- ☐ 5 – 10
- ☐ 11 – 20
- ☐ 21 – 30
- ☐ > 30

5. Bent u aandachtsfunctionaris op de afdeling? Zo ja, op welke vakgebied?

.....

.....

.....

6. Wat verstaat u onder het begrip 'wondzorg'?

.....

.....

.....

.....

.....

7. Hoelang mag Jelonet (= vetgaas) op de wond blijven zitten?
- ☐ 1 dag
 - ☐ 3 dagen
 - ☐ 5 dagen
 - ☐ 7 dagen
8. Je mag meerdere lagen Jelonet op de wond aanbrengen.
- ☐ Juist
 - ☐ Onjuist
9. Aquacel Extra Hydrofiber kan zowel bij droge wonden als bij natte wonden toegepast worden.
- ☐ Juist
 - ☐ Onjuist, bij geen van beide
 - ☐ Onjuist, alleen bij droge wonden
 - ☐ Onjuist, alleen bij natte wonden
10. Aquacel Extra Hydrofiber moet ruim aangebracht worden op de wond.
- ☐ Juist, omdat de wondranden ook bedekt moeten worden met het verband.
 - ☐ Juist, omdat het verband krimpt.
 - ☐ Onjuist, omdat de wondranden hierdoor aangetast worden.
 - ☐ Onjuist, omdat het verspilling van het verband is.
11. Na het afhalen van het verbandmateriaal trek ik nieuwe handschoenen aan.
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
12. Ik reinig de wond na het oude verbandmateriaal ervan afgehaald te hebben.
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Niet altijd
13. Alle wonden moeten ontsmet worden.
- ☐ Juist
 - ☐ Onjuist

14. Bij het inspecteren van een wond let ik op ...

.....

.....

.....

.....

.....

15. De grootte van de wond beoordeel ik ...

- Objectief (bijvoorbeeld met behulp van een liniaal)
- Subjectief (door ongeveer te schatten)
- Niet

16. Geef een omschrijving van deze wond.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. Ik voer wondzorg uit volgens het Vilans protocol.

- Ja
- Nee

18. Zijn de Vilans wondprotocollen volgens u duidelijk omschreven?

- ☐ Ja, omdat
- ☐ Nee, omdat

19. Ik maak gebruik van het wondbehandelprotocol.

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Ik heb nog nooit eerder over deze protocol gehoord.

20. Denkt u voldoende kennis te hebben over wondzorg?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

21. De tweejaarlijkse toetsen van Sevagram hebben toegevoegde waarden op mijn kennis en vaardigheden.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist
- ☐ Ik heb nog geen toetsen gehad.

22. Heeft u behoefte aan extra scholingen over wondzorg?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

23. Wat zijn de belemmerende factoren die invloed kunnen hebben bij wondzorg?

.....

.....

.....

.....

24. Wat zijn de bevorderende factoren die invloed kunnen hebben bij wondzorg?

.....

.....

.....

.....

25. Welke stelling omschrijft u het best?

- Ik ben sterk gericht op nieuwe ideeën en veranderingen en in het verleden heb ik al een aantal nieuwe innovaties geleid.
- Ik ben sterk gericht op nieuwe ideeën en nieuwe innovaties maar laat mij hierin leiden.
- Ik sta open voor veranderingen en nieuwe ideeën maar ben hier zelf niet actief mee bezig.
- Ik ben sceptisch ten aanzien van nieuwe ideeën en veranderingen.
- Als ik merk dat een nieuwe verandering effect heeft dan ga ik graag mee met de mensen die deze verandering gestart zijn.
- Ik ben vaak tegen nieuwe ideeën en veranderingen.

26. Zijn er nog zaken die niet aan bod zijn gekomen in de enquête die u nog kwijt wilt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

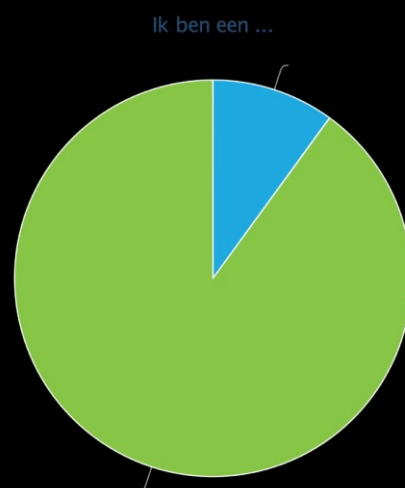
.....

Bijlage 17 – Resultaten enquête

1. Ik ben een ...

- Man
- Vrouw
- Zeg ik liever niet

N1
N9
N0

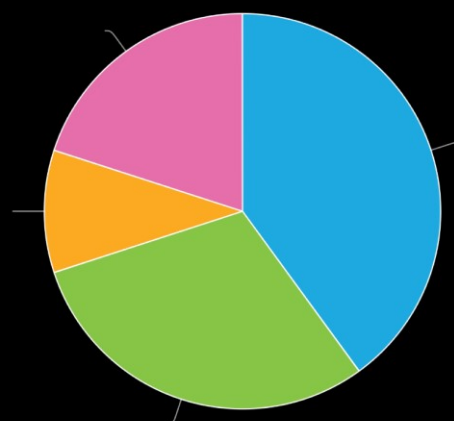


● Man ● Vrouw ● Zeg ik liever niet

2. Binnen welke leeftijdscategorie valt u?

- 18 – 29 jaar
- 30 – 39 jaar
- 40 – 49 jaar
- 50 jaar of ouder

N4
N3
N1
N2

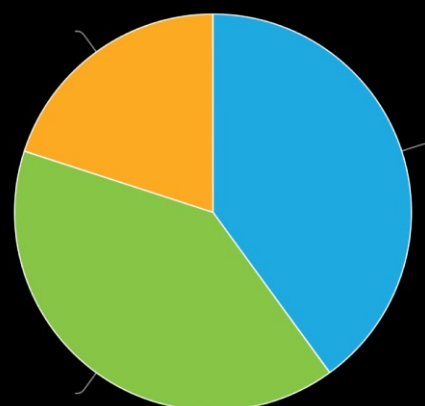


● 18 – 29 jaar ● 30 – 39 jaar ● 40 – 49 jaar ● 50 jaar of ouder

3. Op welk niveau bent u opgeleid?

- Verzorgende IG
- Mbo-verpleegkunde
- Hbo-verpleegkunde
- Nog in opleiding

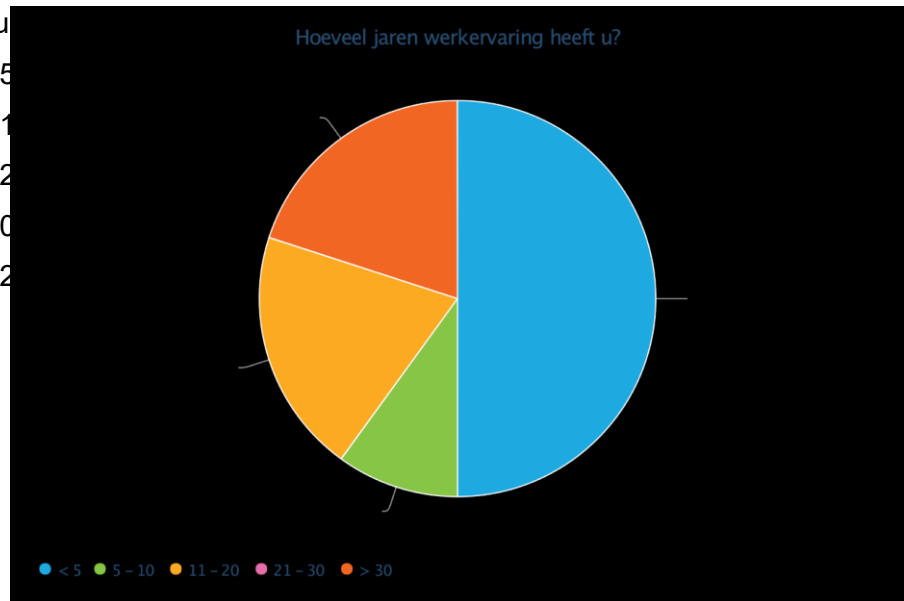
N4
N4
N2
N0



● Verzorgende IG ● Mbo-verpleegkunde ● Hbo-verpleegkunde ● Nog in opleiding

4. Hoeveel jaren werkervaring heeft u

- ☐ < 5 N5
- ☐ 5 – 10 N1
- ☐ 11 – 20 N2
- ☐ 21 – 30 N0
- ☐ > 30 N2



5. Bent u aandachtsfunctionaris op de afdeling? Zo ja, op welke vakgebied?

- ☐ Mondhygiëne
- ☐ Wondzorg/ decubitus, hanhygiën2, DBC
- ☐ Bestellingen, magazijn, wond en decubitus
- ☐ Nee nog niet
- ☐ Nee
- ☐ Studenten, ERD, mondzorg
- ☐ Mondzorg
- ☐ Ergocoach, studenten
- ☐ Gedrag gerelateerde/ psychische aspecten binnen de zorg: agressie, ouderenmishandeling, BOPZ etc.
- ☐ Overkoepelend over alles

6. Wat verstaat u onder het begrip 'wondzorg'?

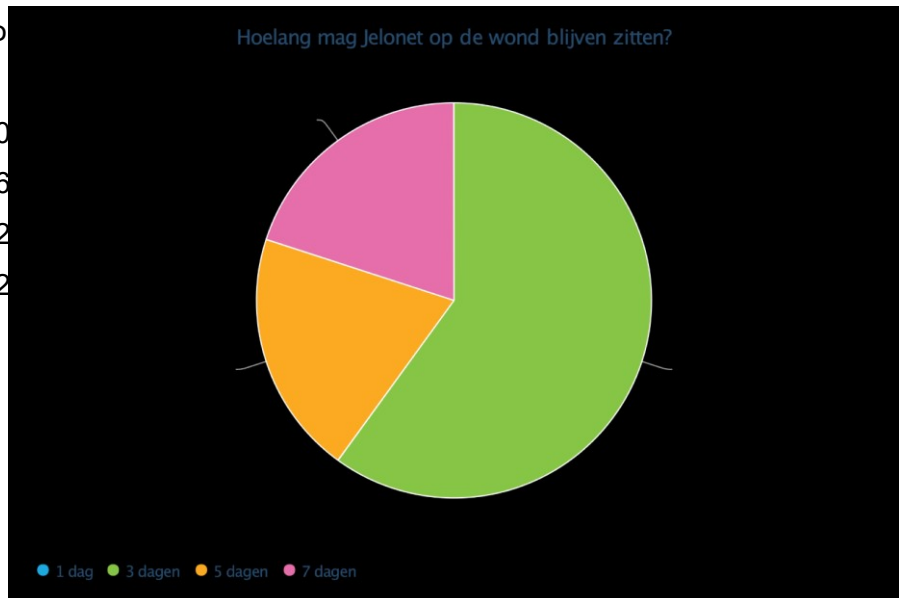
- ☐ Verzorgen, observeren, rapporteren van een wond
- ☐ Zorg welke geleverd wordt voor het bevorderen/ optimaliseren van het wondgenezingsproces bij verschillende soorten wonden.
- ☐ Huiddefecten die verzorgd worden op een protocollaire manier
- ☐ Het observeren, verzorgen en rapporteren van een wond volgens een vastgelegd wondprotocol, zodat een goede wondgenezing kan plaatsvinden
- ☐ Verzorgen volgens opdracht arts
- ☐ De zorg die rond om een herstel van een wond komt kijken denk aan voeding, directe wond producten, gazen, zalven, uitspoelen, controle momenten met arts, voorlichting over wond herstel bij patiënten, collegiaal overleg
- ☐ De zorg van een niet intacte huid verzorgen

- Het observeren, rapporteren en verzorgen van veel verschillende wonden
- Het verzorgen, observeren en rapporteren van wonden. Zorgen dat een wond door juiste middelen en zorg verdwijnt.
- Juiste behandeling bij een beschadiging van de huid.

7. Hoelang mag Jelonet (= vetgaas) op de wond blijven zitten?

- 1 dag
- 3 dagen
- 5 dagen
- 7 dagen

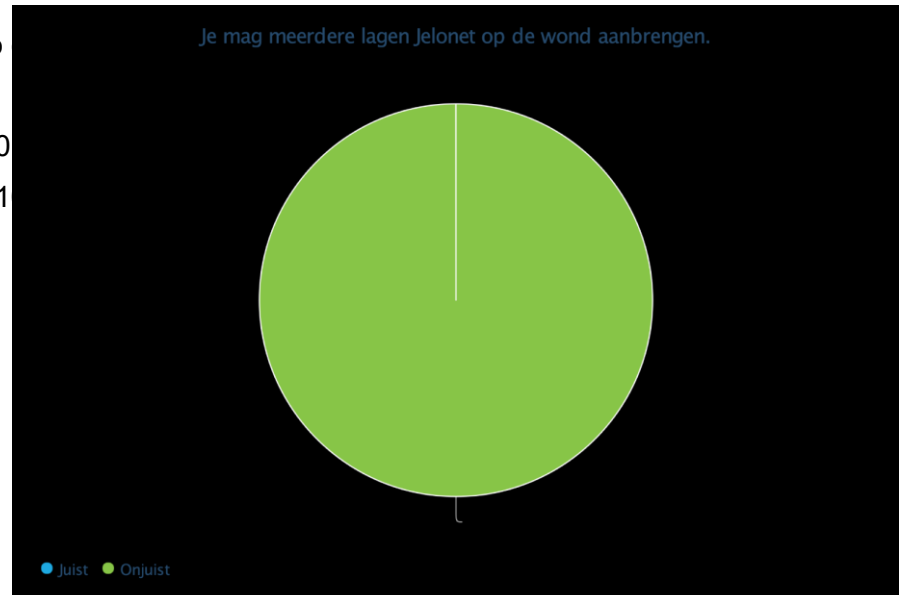
N0
N6
N2
N2



8. Je mag meerdere lagen Jelonet op de wond aanbrengen.

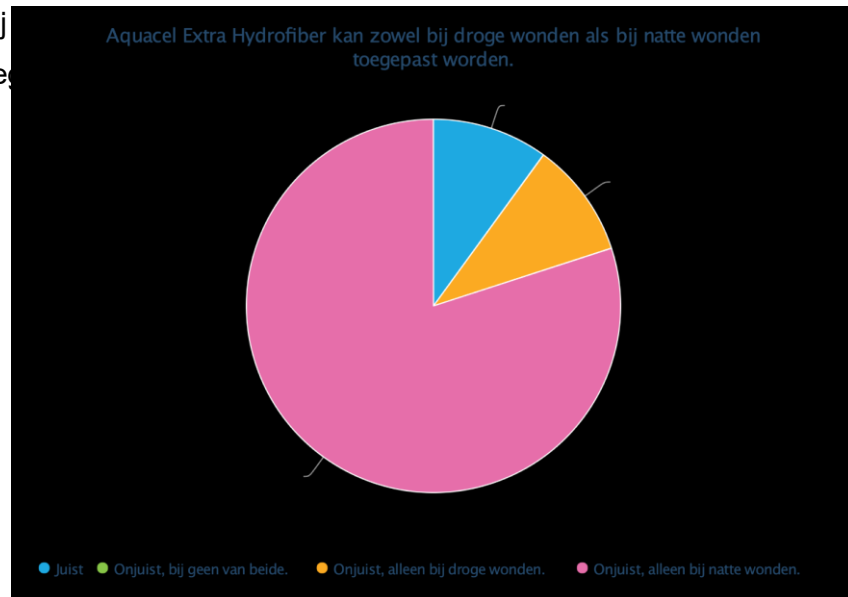
- Juist
- Onjuist

N0
N1



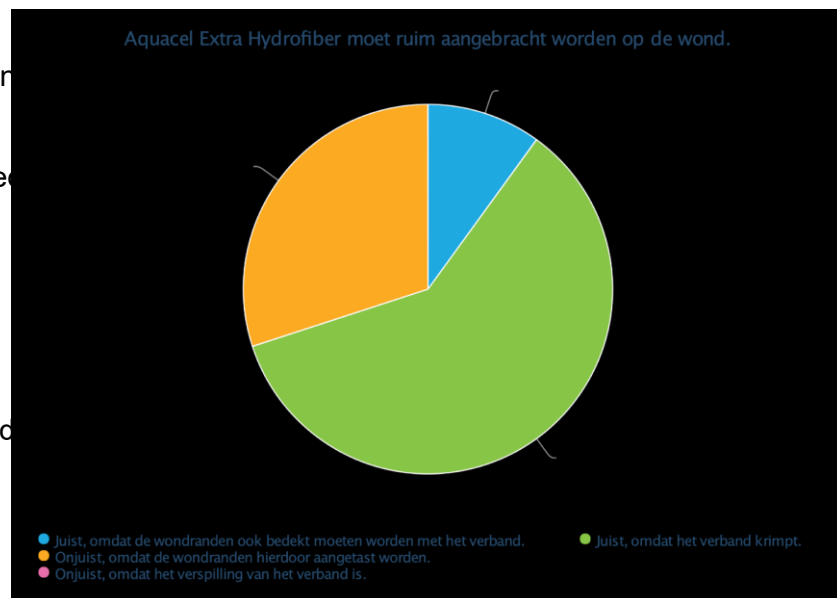
9. Aquacel Extra Hydrofiber kan zowel bij droge wonden als bij natte wonden toegepast worden.

- Juist
- Onjuist, bij geen van beide
- Onjuist, alleen bij droge wonden
- Onjuist, alleen bij natte wonden



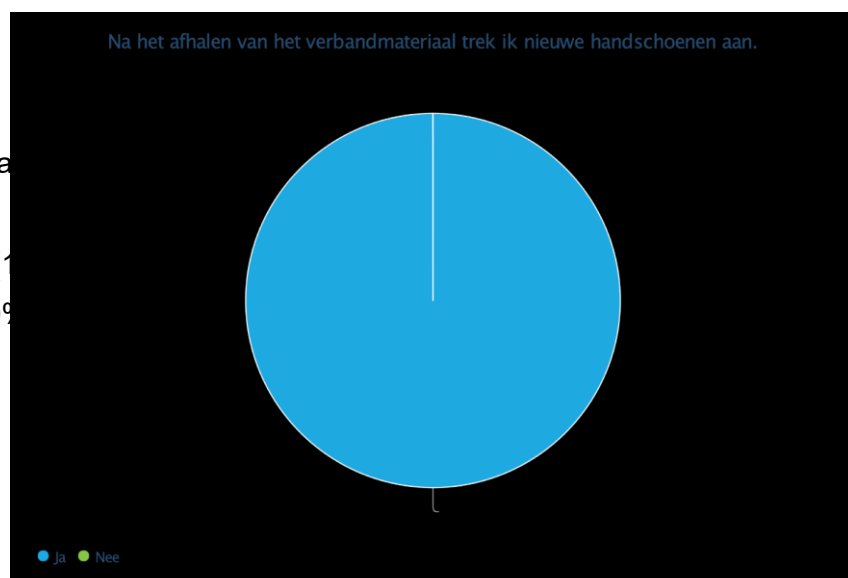
10. Aquacel Extra Hydrofiber moet ruim aangebracht worden op de wond.

- Juist, omdat de wondranden ook bedekt moeten worden met het verband.
N1 (10%)
- Juist, omdat het verband krimpt.
N6 (60%)
- Onjuist, omdat de wondranden hierdoor aangetast worden.
N3 (30%)
- Onjuist, omdat het verspilling van het verband is.
N0 (0%)



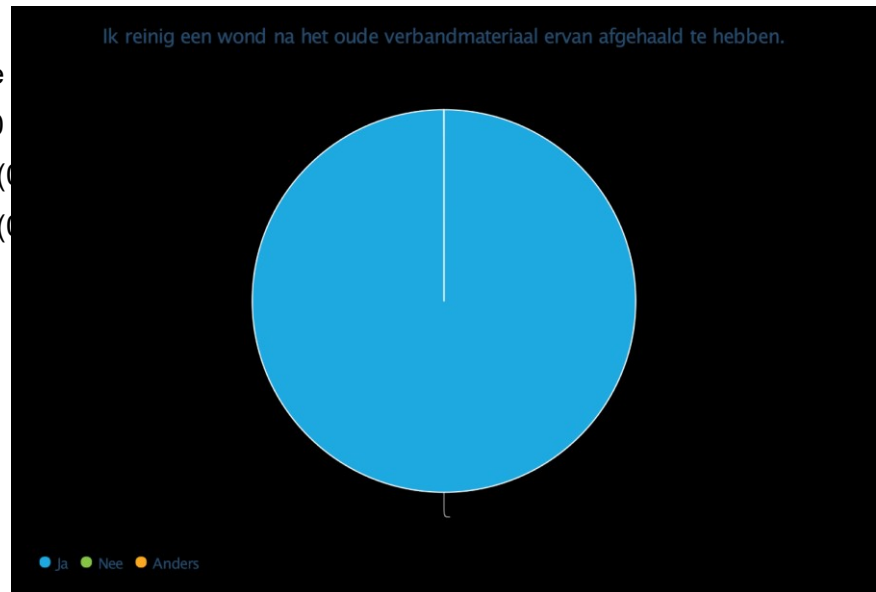
11. Na het afhalen van het verbandmateriaal trek ik nieuwe handschoenen aan.

- Ja N10 (100%)
- Nee N0 (0%)



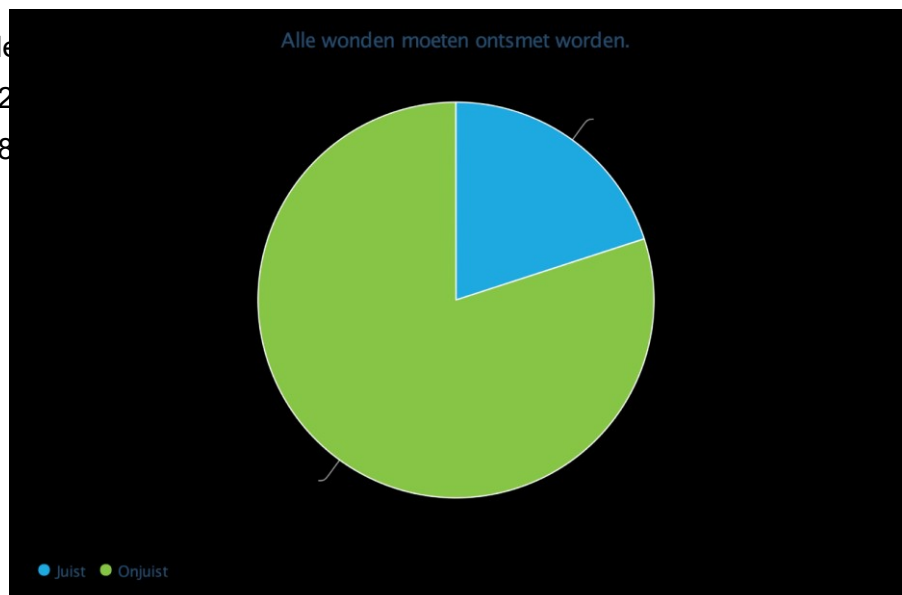
12. Ik reinig de wond na het oude verbandmateriaal ervan afgehaald te

- Ja N10
- Nee N0 (0)
- Niet altijd N0 (0)



13. Alle wonden moeten ontsmet worden.

- Juist N2
- Onjuist N8



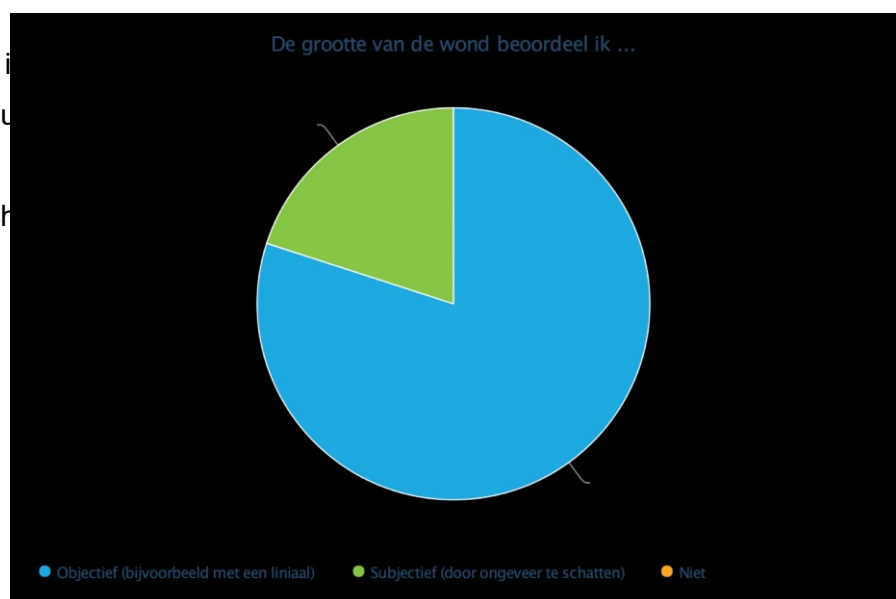
14. Bij het inspecteren van een wond let ik op ...

- Kleur, geur, vochtig of droog, ontstoken, pus, zwelling, wondranden, glad, gerafeld, of verheven
- Wondvocht, soort wond, wondranden, geur, roodheid rondom de wond
- Infectieverschijnselen, vocht, wat voor soort wond het is, weefsel
- Kleur van de wond (rood, geel of zwart)? Grootte van de wond? Tekenen van infectie (roodheid rondom de wond of warmte)? Of de wond nat of droog is? Welke kleur heeft het wondvocht? Hoe ruikt de wond? Hoe zien de wondranden eruit?
Rapportage volgens de TIME-methode
- Weefsel rood-geel-zwart, reuk, temperatuur, zwelling, exsudaat kleur, hoeveelheid, wondranden

- Kleur, geur, infectie, wondranden, nat of droog, zwelling, pijnklachten, warmte
- Geur, kleur, vocht, exsudaat, necrose, grote, diepte en wondranden
- T: de conditie van de huid
I: infectieverschijnselen
M: de mate van vocht (exsudaat) en soort
E: wondranden
- Grootte, diepte, ontsteking, geur, kleur, vochtig of droog. Hoe zien de wondranden eruit.
- De time. T: Tissue, I: Infection, M: Moisture, E: Edges

15. De grootte van de wond beoordeel ik in

- Objectief (bijvoorbeeld met behulp van een liniaal)
N8 (80%)
- Subjectief (door ongeveer te schatten)
N2 (20%)
- Niet
N0 (0%)



16. Geef een omschrijving van deze wond.

- Gele exsuderende wond, ter grootte van een euro, rode granulerende rand. Verheven wondranden.
- T: 20% rood 80% geel I: geen infectieverschijnselen M: niet kunnen zien omdat wondverband al eraf is E: gladde wondranden
- T: 50% Rode wond 50% gele wond
I: geen infectieverschijnselen aanwezig (geur niet te beoordelen) M: vochtige wond E: ondermijnde wondranden
- T: Gele wond, 80 % geel en 20 % rood wondbed (meten kan nu niet maar zou hierbij de grootte rapporteren) I: Geen directe infectieverschijnselen zichtbaar M: Lijkt

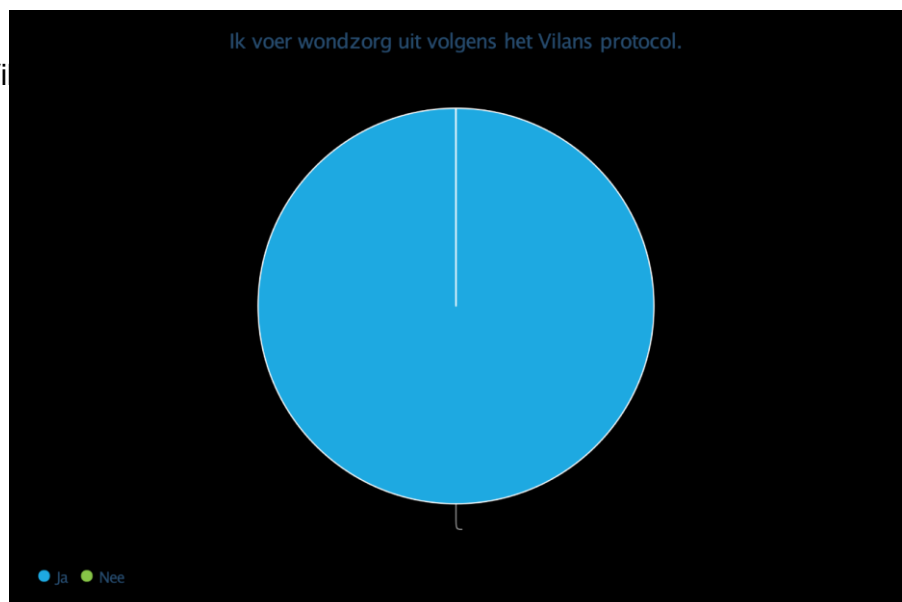


nattend, wondmateriaal niet kunnen beoordelen E: wondranden zien er rustig uit, niet rafelig

- Decubitus graad 3. T: Wond is 50% geel en 50% roze I: Geen infectie zichtbaar M: wond is vochtig, zal eventueel ook ruiken E: wondranden zijn glad
- T: 70% geel/groen beslag in de wond 25% rood weefsel en doorsnee van wond na meten en eventueel de diepte I: geen roodheid en zwelling om wondgebied geen reuk van wond M: wond is vochtig exsudaat is sereus E: Glad en licht verweekt
- Onder wond groot + meten, middenin exsuderend, buitenkant granulerende wond. Wondranden verheven
- Wondranden zijn glad, wond is rood met geel beslag. Grote is ongeveer 5 cm. diepte kan ik niet beoordelen.
- Weefselbeschadiging door naar waarschijnlijk drukkrachten aan de hiel--> decubitus graad 3 Gele wond Gele wond voor 80% en 20% rood en wondranden zijn ondermijnd.
- T: Gele wond. +/- 60% geel, +/- 40% rood weefsel. I: Huid eromheen lijkt niet rood. Kan nu niet ruiken of de wond stinkt of voelen of de wond warm is. M: Ik zou zeggen een vochtige wond, maar ook hierbij kijk je naar het exsudaat op het verband... E: Wondranden lijken glad. Niet diep.

17. Ik voer wondzorg uit volgens het Vi

- Ja
- Nee



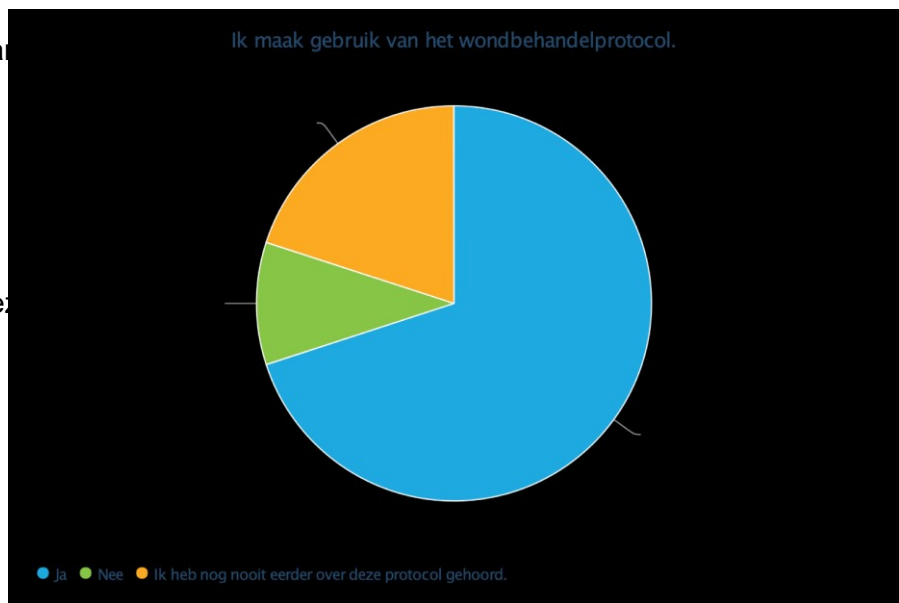
18. Zijn de Vilans wondprotocollen volgens u duidelijk omschreven? En waarom?

- Voor mij duidelijk
- Ja, ze komen overeen met de richtlijn. De stappen zijn duidelijk omschreven.
- Duidelijk
- In protocol staat duidelijk beschreven wat je bij welke wond moet doen.

- Ja duidelijke stappen
- De protocollen die er zijn, zijn duidelijk. Echter mis ik een protocol over de verschillende wonden en welk soort wondmateriaal erop komt.
- Zijn duidelijk en laten ruimte over voor het gebruiken van producten van andere fabrikanten.
- Ja duidelijk waar je op moet letten, ook bij verschillende soorten wonden.
- Ja er staat precies in volgorde hoe je een wond hoort te verzorgen. Alleen de wondverpleegkundige beoordeelt wat er op de wond gedaan moet worden.
- Ja. Alle elementen staan erin.

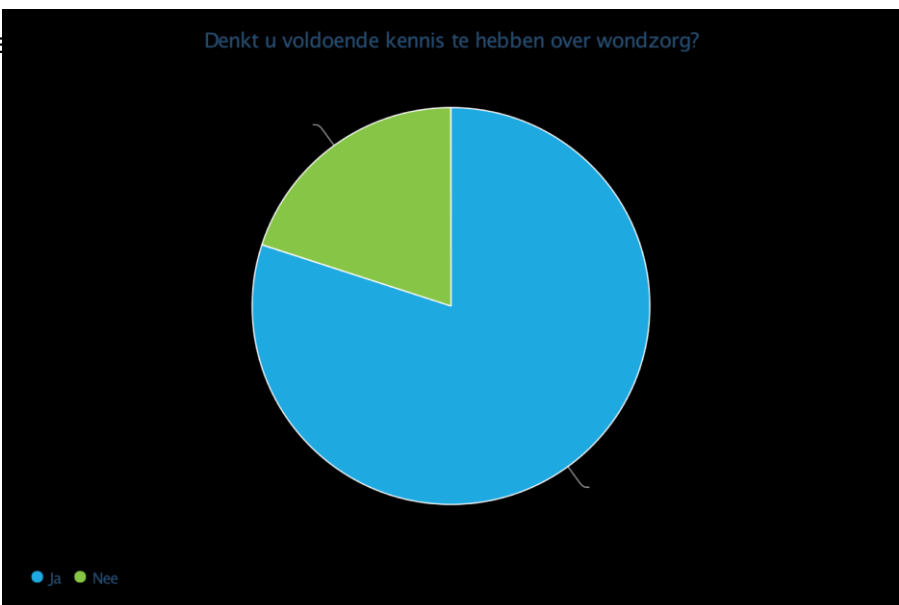
19. Ik maak gebruik van het wondbehandelprotocol.

- Ja
N7 (70%)
- Nee
N1 (10%)
- Ik heb nog nooit eerder over deze protocol gehoord.
N2 (20%)



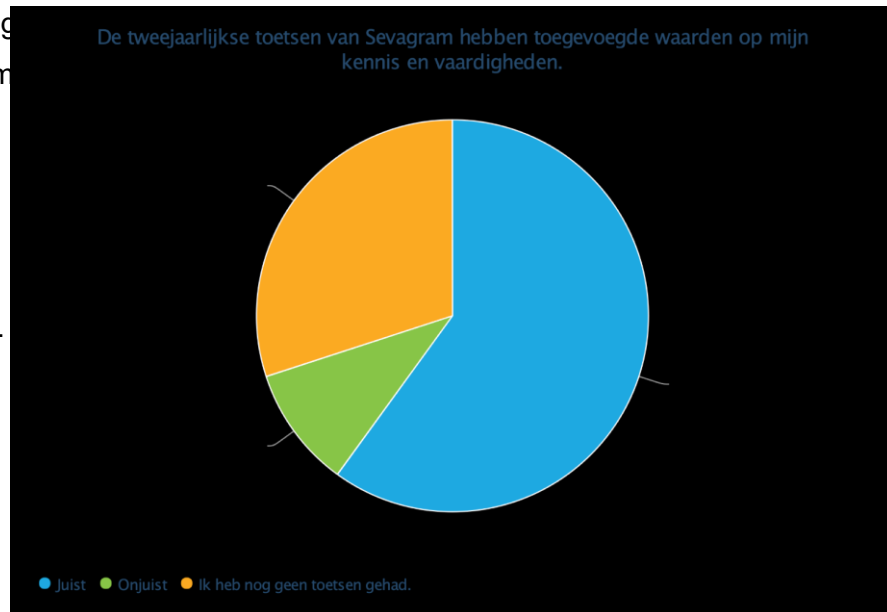
20. Denkt u voldoende kennis te hebben over wondzorg?

- Ja
- Nee



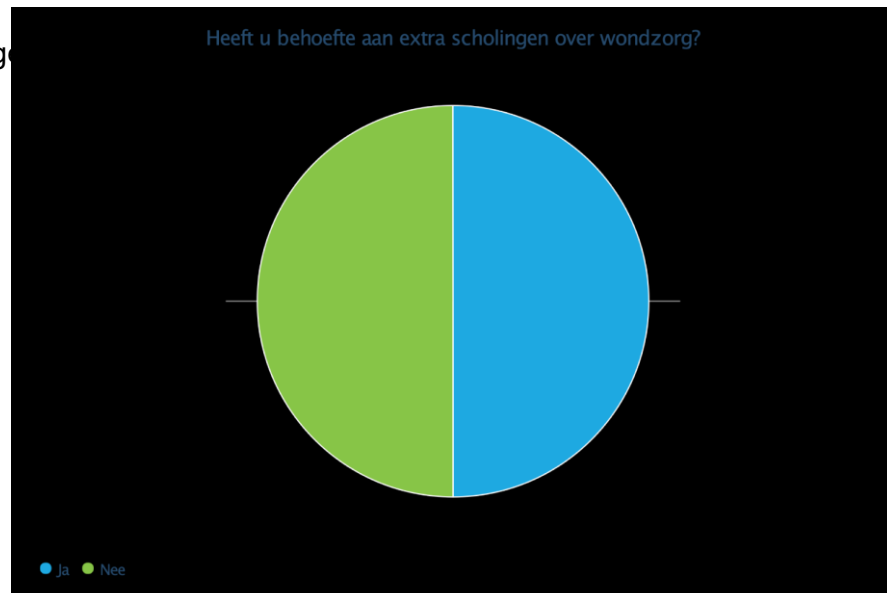
21. De tweejaarlijkse toetsen van Sevagram hebben toegevoegde waarden op mijn kennis en vaardigheden.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist
- ☐ Ik heb nog geen toetsen gehad.



22. Heeft u behoefte aan extra scholing over wondzorg?

- ☐ Ja
- ☐ Nee



23. Wat zijn de belemmerende factoren die invloed kunnen hebben bij wondzorg?

- ☐ Niet altijd de juiste materialen op voorraad
- ☐ Immobiliteit van cliënten
- ☐ Nee
- ☐ Deze factoren moet je zelf afvangen dus door planning en communicatie het voorzien en ruimte creëren
- ☐ Wondmateriaal wat niet bijgevuld is, pijnklachten
- ☐ Roken, alcohol, diabetisch, slechte arteriën, voeding, algehele toestand persoon
- ☐ Niet genoeg kennis over verband materiaal
- ☐ ?

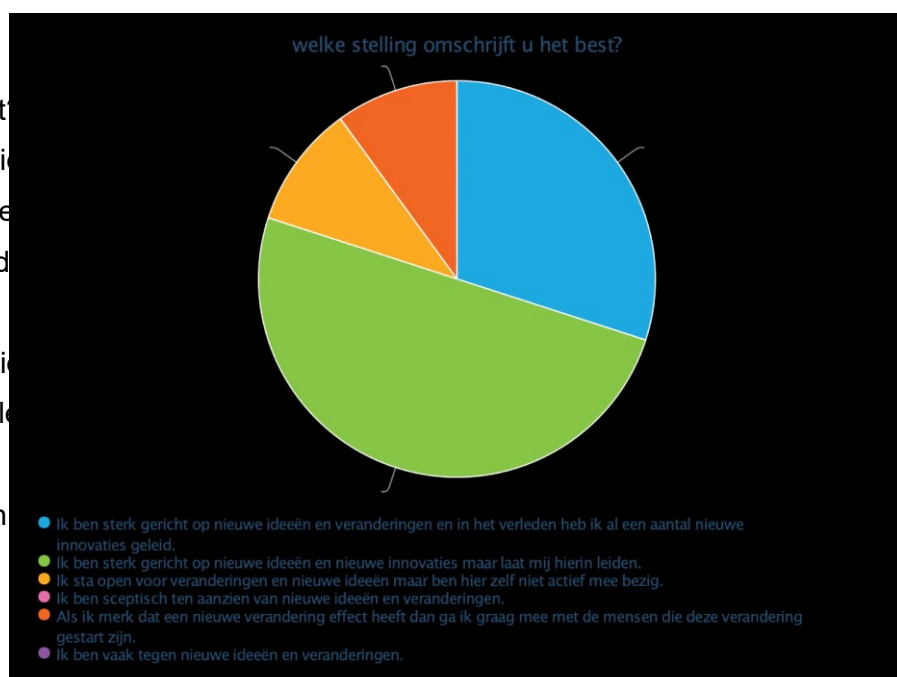
- Kennis en kunde van medewerkers. Niet iedere medewerker heeft kennis van wondmaterialen
- Belemmerende factoren kunnen zijn:
 - Ondeskundig zijn op het gebied van wondzorg, soorten wonden en hun specifieke behandeling en gebruik wondmaterialen (personeel en niet goed ingewerkte studenten op dit gebied)
 - Een cliënt die geen toereikend voedingspatroon aanhoudt
 - Werkdruk en daarbij het niet juist hanteren van het wondbeleid
 - Somatisch/cliënt gerelateerde aandoeningen die de wondgenezing belemmeren (slechte bloedvaten, slechte conditie, intake etc.)

24. Wat zijn de bevorderende factoren die invloed kunnen hebben bij wondzorg?

- Goede rapportage en evaluatie over wond.
- Mobiliteit cliënt, goede voedingsinname
- Rust, goed bijgevoelde kastje
- Geen
- Tegenovergestelde van de belemmerende factoren
- De ruimte en planning die ik in vorige vraag benoemde zijn ook de voordelen
- Planning, regelmaat
- Gezonde voeding, niet roken, beweging, drinken
- Scholing, klinische lessen, uitleg door AF (= aandachtfunctionaris)
- Planning. Een wond kan ook later op de dag verzorgd worden. Juiste scholing. Kennis over wonden en wondmaterialen.

25. Welke stelling omschrijft u het best?

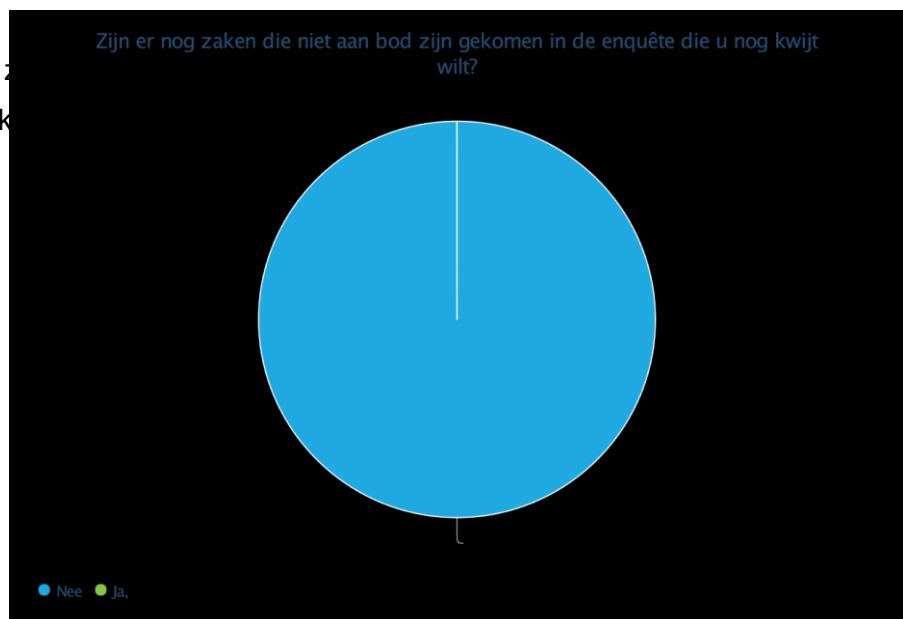
- Ik ben sterk gericht op nieuwe ideeën en veranderingen en in het verleden heb ik al een aantal nieuwe innovaties geleid.
N3 (30%)
- Ik ben sterk gericht op nieuwe ideeën en nieuwe innovaties maar laat mij hierin leiden.
N5 (50%)
- Ik sta open voor veranderingen en nieuwe ideeën maar ben hier zelf niet actief mee bezig.
N1 (10%)



- Ik ben sceptisch ten aanzien van nieuwe ideeën en veranderingen.
N0 (0%)
- Als ik merk dat een nieuwe verandering effect heeft dan ga ik graag mee met de mensen die deze verandering gestart zijn.
N1 (10%)
- Ik ben vaak tegen nieuwe ideeën en veranderingen.
N0 (0%)

26. Zijn er nog zaken die niet aan bod zijn gekomen in de enquête die u nog kwijt

- Nee
- Ja, ...



Bijlage 18 – Resultaten observaties

	Collega 1 Verzorgende IG	Collega 2 Hbo- verpleegkunde (student)	Collega 3 Verzorgende IG	Collega 4 Verzorgende IG	Collega 5 Mbo- verpleegkunde	Collega 6 Mbo- verpleegkunde	Collega 7 Mbo- verpleegkunde	Collega 8 tijdens artsenvisite Mbo-verpleegkunde
Handeling								
Trekt handschoenen aan	√	√	√	√	√	√	√	√
Maakt de wond schoon met ...	Hibicet	Hibicet	X	Hibicet	Hibicet	Hibicet	X	Hibicet
Trekt schone handschoenen aan	X	X	X	X	X	X	X	√
Verzorgt de wond volgens het wondbeleid	√	√	√	√	√	√	√	√
Wondbeoordeling								
Inspecteert de wond op:								
- Grootte	X	X	X	√	√	√	X	√
- Diepte	X	X	X	X	X	X	X	X
- Kleur	X	√	√	√	√	√	X	√
- Geur	X	X	√	X	√	X	X	√
- Exsudaat	X	√	√	√	√	√	X	√
- Wondranden	X	√	√	√	√	√	X	√
De wond wordt m.b.v. een liniaal opgemeten	X	X	X	X	X	X	X	X

De kleur wordt beoordeeld nadat de wond gereinigd is	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
Let op infectieverschijnselen:								
- Roodheid	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
- Warmte	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
- Zwelling	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
- Pijn	X	✓	✓	X	✓	X	X	✓
- Pusvorming	X	✓	✓	X	X	✓	X	✓
	X						X	

Bijlage 19 – Innovatietheorie van Rogers

Everett Rogers (2010) maakt onderscheid in de 5 subgroepen van innovaties, elk met hun eigen instelling en wensen ten opzichte van de nieuwe vinding en een aparte manier waarop zij benaderd moeten worden om hen tot adoptie over te halen. Dit zijn:

- Innovatoren (innovators): Een beperkte groep mensen met visie en verbeeldingskracht. Zij steken vaak veel energie, tijd en creativiteit in het zoeken en uitproberen van nieuwe ideeën en praten daar graag over. Het is een groep die sterk gericht is op nieuwe ideeën.

- Vroege gebruikers (early adopters): Mensen die steeds op zoek zijn naar nieuwe ideeën om daarmee hun voordeel te doen. Ze praten graag over hun vernieuwingen en zijn daarom goede verkondigers van de boodschap van de innovatie. Het is een actieve groep, die vaak veel status binnen de doelgroep heeft en als referentiepunt voor de meeste innovators fungeert.

- Vroege meerderheid (early majority): In het algemeen zijn dit praktisch ingestelde mensen die met mate vernieuwingen omarmen; ze staan open voor iets nieuws, maar dit moet duidelijk voordeel bieden. Ze houden niet van risico's. Kortom een groep die niet bestaat uit leiders, maar die zich laat leiden door early adopters.

- Late meerderheid (late majority): Een groep die sceptisch is ten aanzien van verandering en weinig gevoelig voor informatiebronnen; zij vertrouwt meer op de publieke opinie of druk vanuit collega's

- Achterblijvers (laggards). Mensen die zich blijven verzetten tegen nieuwe ideeën of spullen omdat ze daarin te veel risico zien. De late meerderheid is vaak gevoelig voor hun kritiek. Een traditionele groep, die veel weerstand tegen verandering heeft (Rogers, 2010).

Bijlage 20 – Voorstel bachelor thesis

Student: Sakina Samadi

Studentnummer: 1307967

Docentbegeleider: Bastienne de Rooij

Tweede beoordelaar: Jeanny Huveneers

Onderdeel	Uitwerking student
Vorbereiding Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	Vorbereiding: Er zijn een aantal personen binnen Sevagram Plataan die mij kunnen ondersteunen bij mijn bachelor thesis. Dit zullen de volgende personen zijn: - <u>Marion Leerssen en Simone Koerts</u> Marion en Simone zijn de aandachtsfunctionarissen van de wondzorg op afdeling 2. Zij zijn op het moment ook bezig met een verbetertraject voor de wondzorg. Het onderzoeken naar dit onderwerp kan ook aanvulling geven voor het verbetertraject van de afdeling zelf. - <u>Jennifer Dols</u> Jennifer is een verpleegkundig specialist binnen Sevagram en tevens volgt zij de opleiding tot wondverpleegkundige. Gezien zij deze opleiding volgt, zal zij veel informatie hebben over dit onderwerp. Met haar verpleegkundige achtergrond en expertise zal zij mij een duidelijke wenselijke situatie kunnen beschrijven. - <u>Niels Peters</u> Niels Peters is de zorgcoördinator van afdeling 2. Door middel van een interview over het team kan ik de doelgroep en setting goed in kaart brengen, gezien de zorgcoördinator weet hoe zijn team in elkaar zit. Tevens kan ik vragen naar de wenselijke situatie. - <u>Collega's op de afdeling</u> Collega's op de afdeling kunnen mij ondersteunen bij mijn bachelor thesis doordat zij meer praktijkervaring hebben en voor het creëren van borging en behoud. Zij kunnen mij een duidelijk beeld geven over de feitelijke situatie door middel van het invullen van enquêtes. - <u>Arts</u> De afdelingsarts beoordeelt de wonden en zet het wondbeleid op. Tijdens mijn bachelor thesis kan de arts zijn inzichten en ervaringen

Titel

Zorg dat de voorlopige titel past bij de inhoud van de thesis. Eventueel titel met ondertitel.

Maak ook een Engelse vertaling van de titel en ondertitel.

Inleiding

Beschrijft de aanleiding van het probleem en neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering. Analyseert het probleem eerst overstijgend op basis van (inter)nationale literatuur; daarna volgt de analyse van het probleem gericht op de werkplek. Neemt bij beide analyses relevante aspecten mee zoals mate waarin/ manier waarop het kwaliteitsprobleem zich voordoet, gevolgen/oorzaken van het probleem voor directbetrokkenen etc.

delen omtrent dit onderwerp. Ook de arts kan mij helpen met het schetsen van de wenselijke situatie.

- Rachel Hensels en Niels Peters

Rachel en Niels zijn mijn stagebegeleiders. Rachel is mijn eerste stagebegeleider en Niels is mijn tweede begeleider (ondersteunende begeleider). Van hen verwacht ik feedback op mijn voortgang van de thesis en hun meningen over mijn bevindingen.

- Bastienne de Rooij, Jeanny Huveneers en Mandy Raike

Bastienne is mijn docentbegeleider, Jeanny is mijn 2^e beoordelaar en Mandy is mijn peerassessor. Tijdens het schrijven van mijn thesis zal ik ondersteuning en feedback krijgen van hen.

Titel:

Voorlopige titel: Gaan we de wondgenezing verbeteren of verergeren?

Voorlopige ondertitel: Een onderzoek studie over het bevorderen van het beloop van de wondgenezing binnen een revalidatiekliniek.

Provisional title: Are we going to improve the wound healing or worsen it?

Provisional subtitle: A research study about improving the course of wound healing within a rehabilitation clinic.

Inleiding:

Er bestaan veel verschillende vormen van huidletsel. De term wond wordt beschreven als de verbreking van de continuïteit in het weefsel. Een huidletsel is kort omschreven een beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel. Over het algemeen kunnen alle wonden worden behandeld, maar iedere wond vereist een andere behandeling (Bedaf, 2016). Door de vergrijzing en de toename van de complexiteit van de zorg speelt wondzorg een steeds grotere rol in het dagelijkse werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Tevens hebben wonden een grote invloed op de kwaliteit van leven. Hierbij kan men denken aan pijn, slapeloosheid, verhoogde kans op infecties. Binnen de ouderenzorg

Laat de doelstelling volgen uit de inleiding; de doelstelling geeft richting aan de vraagstelling.

Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk.

in het verpleeghuis is de risico op decubitus heel groot door het minder bewegen, minder eten en door te lang in dezelfde houding te liggen of zitten. Bij revalidatieklinieken komen er allerlei soorten wonden voor (Zwartbol, 2016). In 2015 bleek uit het rapport van de Landelijke Prevalentiemeting zorgproblemen dat cliënten in het verpleeghuis vaak wonden hebben. In 2015 kwam decubitus in de acute zorg het meeste voor. Het risico op decubitus en chronische wonden is het grootst in de chronische zorg. Volgens de Landelijke Prevalentiemeting zorgproblemen (2015) lijkt dat de prevalentie van decubitus weer aan het toenemen is in de chronische zorg. Wondzorg is een dynamisch proces, daarom is het belangrijk dat instellingen zich op dit aandachtsgebied blijven ontwikkelen. Bij deze ontwikkelingen en implementaties spelen wondverpleegkundigen een belangrijke rol binnen het verpleeghuis. Het beleid en de uitvoering van de wondzorg dient multidisciplinair aangepakt te worden (Zwartbol, 2016). Zodra er sprake is van een wond, is het maken van een gezond wondbed een belangrijk concept. Chronische wonden hebben de neiging om in de ontstekingsfase van de wondgenezing te blijven hangen. Hierdoor zal de wondgenezing niet snel genezen. Om de wondgenezing te optimaliseren, zal de wond schoon moeten zijn, een gezonde granulatiebasis moeten hebben en vrij van infecties zijn. Er moet voor een verband(middel) gekozen worden, waarbij de wond vochtig wordt gehouden maar niet te nat of te droog (Powers, Higham, Broussard, & Phillips, 2016). Om een doelgerichte en effectieve behandeling in te zetten is het van belang om een wondanamnese af te nemen. Hierbij gaat het om het verzamelen van gegevens over de cliënt en zijn omgeving. Tijdens de anamnese wordt er gevraagd naar de klachten die de cliënt ervaart. Het moment van optreden van de klacht en het tijdsbeloop geven namelijk informatie over het moment van ontstaan van de wond. Om tot een goede wondbehandeling te komen bestaan er verschillende wondclassificatiesystemen (Smith, Duell, & Martin, 2016). In 2002 is het TIME-model ontwikkeld om praktische handvatten te geven voor de wondbedpreparatie. Bij dit model wordt er specifiek gekeken naar de factoren die bij het genezingsproces van een wond een rol spelen. Door aan de hand van het TIME-model een wondanamnese af te nemen kan er niets over het hoofd worden gezien. Hierdoor zal er een efficiënte manier van wondbehandeling gecreëerd worden. Het TIME-model bestaat uit vier stappen. Deze stappen richten zich op verschillende factoren die de genezing van de wond beïnvloeden, namelijk: het weefsel (stap 1, tissue), tekenen van infectie (stap

2, infection), de vochtbalans (stap 3, moisture) en de wondranden (stap 4, edges) (Vilans, 2013).

Tegenwoordig wordt er ook een vijfde stap gehandhaafd. In deze stap wordt er een schets gegeven van de wondgenezing (stap 5, healing) (Smith, Duell, & Martin, 2016).

In Sevagram Plataan afdeling 2 zijn er momenteel 11 cliënten opgenomen ter revalidatie, waarvan vijf cliënten een of meerdere wonden hebben. De oorzaken van deze wonden zijn verschillend.

Sommige cliënten hadden al een wond bij opname, andere hebben tijdens het verblijf op de afdeling een wond gekregen. Op de afdeling komt men verschillende huidletsels tegen, zoals decubituswonden, incontinentie dermatitis, intertrigo en ulcus cruris.

Op afdeling 2 vindt er een keer in de week een wondenronde plaats samen met de arts. Tijdens de wondenronde gaat de arts langs bij alle cliënten met een wond om de wond te beoordelen en eventueel het wondbeleid aan te passen. De rol van de verpleegkundige hierin is om het nieuwe wondbeleid in het dossier te verwerken en de benodigde wondmateriaal in de kamer van de cliënt gereed te zetten. Het komt wel eens voor dat men een cliënt overslaat tijdens de wondenronde, omdat bijvoorbeeld de cliënt niet meer op de kamer is en dat de verpleging aangeeft dat de wondgenezing verbeterd is. Toch is het belangrijk dat de arts deze wonden ziet, want hij krijgt ze niet dagelijks te zien.

Binnen Sevagram Plataan wordt er gewerkt aan de hand van één wondprotocol. Hierin staan de soorten wonden beschreven en hoe deze behandeld dienen te worden. Op de afdeling komt het wel eens voor dat collega's niet aan de hand van het protocol werken. Hierbij is de vraag of deze collega's op de hoogte zijn van het protocol. Naast dit protocol biedt Sevagram ook Vilans protocollen aan. In deze protocollen staan uitgelegd hoe men te werk moet gaan. Tevens kan men achtergrondinformatie opzoeken bij Vilans. Toch komt het voor dat men de wonden niet volgens protocol verzorgd. Het gaat hierbij om kleine aspecten, zoals het schoonmaken van een wond voordat men het weer verbandmateriaal aanbrengt. Dit zou grote impact op de wondgenezing kunnen hebben. De vraag is hierbij dan ook kent men het protocol niet, gebrek aan kennis of is dit het gevolg van tijdsdruk.

Doelstelling:

Het inzicht krijgen in de wenselijke en feitelijke situatie bij de wondverzorging van cliënten in een

Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelor thesis. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen kunnen maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.

Wenselijke situatie

Beschrijft de oplossing voor een kwaliteitsprobleem. De wenselijke situatie wordt beschreven op basis van (inter)nationale literatuur. Nieuwe ontwikkelingen, richtlijnen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek worden hierbij gebruikt.

Daarnaast wordt minimaal een andere kwalitatieve of kwantitatieve methode toegepast voor het in kaart brengen van de wenselijke situatie (bv interviews).

De methodes worden adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze (methode). bv. middels een literatuurstudie, werkbezoeken, interviews.

revalidatiekliniek, om aanbevelingen hierover te kunnen geven aan de hand van het wondenprotocol.

Hoofdvraag:

“Welke adviezen kunnen er gegeven worden over de verbetering van wondzorg op afdeling 2 van Sevagram Plataan aan de hand van wenselijke en feitelijke situatie?”

Deelvragen:

- Wat is het voorstel voor verandering?
- Wat is de wenselijke situatie bij het bevorderen van de wondverzorging en -genezing?
- Wat is de feitelijke situatie bij het bevorderen van de wondverzorging en -genezing?
- Wat is de doelgroep/doelgroepsetting?
- Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn er ten opzichte van het bevorderen van de wondverzorging en -genezing?
- Wat zijn strategieën en interventies voor verandering?

De wenselijke situatie

Volgens Van Loghum (2014) neemt de nieuwe richtlijn wondzorg onduidelijkheden en misverstanden over de behandeling van (acute) wonden weg. In deze richtlijn komen de vijf knelpunten uit de praktijk naar voren, namelijk: reiniging en ontsmetting, pijnbestrijding, instructies aan de cliënt, verbandmaterialen en organisatie van de (acute) wondzorg.

Om het verloop van de wondbehandeling en de wondgenezing goed in kaart te brengen, werken de wondverpleegkundigen van zorgorganisatie Beweging 3.0 met een wondzorg-app. De wondzorg-app is te vergelijken met een cliëntendossier. Hierbij is het de bedoeling dat iedereen volgens de standaardstappen rapporteert. Door foto's te maken van de wond(en) kan het beloop van de wond goed in kaart gebracht worden. Het delen van de informatie via de wondzorg-app gebeurt veilig en volgens de privacywet (Van Loghum, 2016).

In een recent artikel (Bedaf, 2016) beschrijft de wondverpleegkundige dat het niet uitmaakt wat men op een wond doet, als het maar goed gedaan wordt. Het is voornamelijk belangrijk dat er gekeken wordt naar de persoon die de wond heeft. Dit kan met behulp van de OOR-methode gedaan worden. Hierbij kijkt men naar de oorzaak van de wond, het eventuele onderliggend lijden van de cliënt zoals bijvoorbeeld diabetes, en naar de remmende factoren zoals een slecht voedingspatroon of roken. Na de OOR-methode toegepast te hebben, wordt het TIME-model gebruikt om uiteindelijk voor een bepaalde behandeling te kiezen. Voor het kiezen van verbandmiddelen is een goede materiaalkennis een vereiste.

De wenselijke situatie wordt in kaart gebracht aan de hand van evidence based literatuur, semigestructureerde interviews met wondexpert(s) en afdelingshoofd. Er is gekozen voor een semigestructureerd interview om duidelijke en gedetailleerde antwoorden te krijgen. Bij een semigestructureerd interview heb ik de mogelijkheid om de diepte in te gaan, door de geïnterviewde door te vragen op interessante onderwerpen. De semigestructureerde interviews worden gehouden met een wondverpleegkundige i.o., kwaliteitsfunctionaris van de afdeling en met de zorgcoördinator. Voor het houden van de interviews worden er topiclijsten opgesteld. Deze topiclijsten zullen door de docentbegeleider, praktijkbegeleider(s) en peerassessor beoordeeld worden.

Analyse feitelijke zorg

Het eigen vakgebied wordt kritisch beschouwd; knelpunten in de zorg worden geëxpliciteerd. Hiervoor kunnen kwalitatieve (bv observaties, interviews) of kwantitatieve methodes (bv vragenlijsten) worden ingezet. Deze methodes worden adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.

De feitelijke situatie

De feitelijke situatie wordt in kaart gebracht aan de hand van observaties, semigestructureerde interviews, enquêtes en dossierstudies. Door middel van observeren kan ik zien hoe de collega's op de afdeling te werk gaan. Hierdoor kan ik een beter beeld schetsen over de wondzorg binnen de afdeling. Om zo veel mogelijk informatie te winnen, wil ik een kwalitatieve enquête houden binnen het team. Topics voor de enquête zullen voorvloeien vanuit de literatuur. De enquêtes zullen anoniem ingevuld worden, hopende op deze manier eerlijke antwoorden te krijgen. Om voldoende informatie te winnen zal de enquête voornamelijk bestaan uit open vragen. Aan de hand van de cijfers van de afdeling en de cliëntendossiers kan ik een duidelijk beeld creëren hoe vaak wonden voorkomen op de afdeling en wat voor soorten wonden het zijn.

Probleemanalyse doelgroep en setting

Er wordt gewerkt vanuit een doelgroepen aanpak. Op basis van een probleemanalyse van de doelgroep en setting kan inzicht worden verkregen in de kenmerken van de doelgroep. Belemmerende en bevorderende factoren (tav implementatie van het voorstel voor verbetering) worden in kaart gebracht.

De probleemanalyse doelgroep en setting kan in kaart worden gebracht met kwalitatieve (bv interviews) of kwantitatieve (vragenlijsten) methodes welke adequaat worden beschreven.

Methode

Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in kaart gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.

Probleemanalyse doelgroep en setting

De doelgroep en setting worden in kaart gebracht aan de hand van enquêtes en een interview met de zorgcoördinator. Er zal één enquête worden afgenomen binnen het team, waarbij zowel de feitelijke situatie als de doelgroep en setting naar voren zal komen.

Er zal gekeken worden naar de volgende bevorderende en belemmerende factoren:

- Individuele factoren
- Sociale factoren
- Organisatorische factoren
- Maatschappelijke factoren

Bij de doelgroep en setting zal er gekeken en onderzoek gedaan worden naar de individuele factoren. Hierdoor zal naar voren komen hoe men staat binnen dit onderwerp.

Volgens de theorie Roger kan worden nagegaan onder welke categorie de doelgroep valt of waarschijnlijk zal gaan vallen. De categorieën binnen dit model zijn:

1. Innovators: Deze groep mensen willen de energie en tijd steken in het zoeken en uitproberen van nieuwe ideeën.

2. Early adopters: Deze mensen worden vaak als rolmodel gezien, ze zijn essentieel voor de verspreiding van nieuwe ideeën.

3. Early majority: Dit zijn praktisch ingestelde mensen. Ze staan over het algemeen open voor nieuwe dingen, maar ze moeten wel zekerheid hebben dat het effectief is.

4. Late majority: Deze mensen zijn vaak behoudend en volgen het liefste de huidige regels en nemen niet graag risico's.

5. Laggards: Deze groep mensen verzetten zich tegen nieuwe ideeën. Zij zien te veel risico's in nieuwe ideeën.

Tijdens het interview met de zorgcoördinator zal er gevraagd worden naar de teamcultuur en in welke categorie hij zijn team vindt passen. Vragen zullen onder andere zijn wat de gemiddelde leeftijd is van het team, of het team openstaat voor vernieuwingen, of er vaak innovaties zijn en of deze door iedereen opgepakt worden.

In deze stap zal de setting ook beschreven worden. Met de setting wordt de omgeving waar de

Strategieën en interventies

Maakt een koppeling tussen de analyse van de doelgroep en setting en de keuze voor strategieën en interventies. Deze keuze wordt op basis van kwalitatieve of kwantitatieve methodes in kaart gebracht.

De methode wordt adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf in de methode hoe je tot de strategieën en interventies komt (bijv. gesprekken met begeleiders een expert en/of leidinggevenden). Gebruik een model om de strategieën te beschrijven (bijv. EPOC uit Grol en Wensing, 2011). Onderbouw de keuzes en indelingen.

verandering plaats zal vinden bedoelt. In dit geval is het een revalidatiesetting.

Aan de hand van dit model kan ik vervolgens de huidige zorg beschrijven gedurende alle fasen van verandering met de factoren die de gewenste verandering bevorderen en belemmeren:

- Individuele factoren:
 - Cognitieve factoren
 - Motivationale factoren
 - Percepties en wensen van cliënten
- Sociale factoren:
 - Cliëntenzorgteams
 - Professionele netwerken
- Organisatorische factoren:
 - Organisatiestructuren en werkprocessen
 - Organisatiecultuur
 - Beschikbare middelen
- Maatschappelijke factoren:
 - Professionalisering
 - Financiële prikkels
 - Wet- en regelgeving

Strategieën en interventies

Aangezien er nog geen analyse van de doelgroep en setting gedaan is, kan ik op dit moment hier geen uitspraken over doen. Tijdens het maken van mijn bachelor thesis zal de wenselijke en feitelijke situatie in kaart worden gebracht.

Door gesprekken met mijn stagebegeleider(s), collega's, zorgcoördinator, arts en wondverpleegkundige hoop ik tot strategieën en interventies te komen.

Door middel van het EPOC-model uit Grol en Wensing worden de strategieën en interventies beschreven. EPOC staat voor Effective Practice and Organization of Care Group. Het EPOC-model is vooral gericht op de bevorderende en belemmerende factoren. De bachelor thesis zal uit verschillende fases bestaan, waarbij telkens verschillende interventies gebruikt worden. Deze verschillende fases zijn:

- Oriëntatie

- Inzicht
- Acceptatie
- Verandering
- Behoud van verandering

Er zal vooral onderzoek gedaan worden naar de belemmerende factoren en hoe deze mogelijk bevorderende factoren kunnen worden. Er wordt hierbij op individueel vlak gekeken.

Literatuurlijst en bronnen

Volg de APA regels.

Literatuurlijst en bronnen

Bedaf, M. (2016, april). Zo bied je goede wondverzorging. *Tijdschrift voor verzorgenden*, 48(4), 24-26. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs41183-016-0048-4.pdf>

Grol, R., Wensing, M (2011). *Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business Education

Powers, J. G., Higham, C., Broussard, K., & Phillips, T. J. (2016, april). Wound healing and treating wounds. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(4), 607-625. Geraadpleegd van <https://www-sciencedirect-com.zuyd.idm.oclc.org/science/article/pii/S0190962215021830?via%3Dihub>

Smith, S. F., Duell, D. F., & Martin, B. C. (2016). *Verpleegkundige vaardigheden deel 2* (2e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.

Van Loghum, B. S. (2014, april). Richtlijn wondzorg moet misverstanden wegnemen. *Bij-Zijn-XL*, 7(3), 5. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s12632-014-0028-7>

Van Loghum, B. S. (2016, april). Wondzorg-app. *Nursing*, 22(4), 49. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s41193-016-0078-2>

Vilans. (2013, 14 januari). TIME en wondbehandeling. Geraadpleegd op 21 juni 2018, van https://www.cominnet.nl/protocollen/prot_boek/docb_sys/pdf/info/protocol/heelkunde_en_overige_handeling_en/time_wondbehandeling.pdf

Zwartbol, D. (2016, december). Wondzorg in het verpleeghuis, meer dan pappen en nathouden! *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 11(6), 34-37. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12503-016-0087-2.pdf>

Goedkeuring voorstel bachelor thesis stagebegeleider(s)

Rachel Hensels

RE: Voorstel Bachelor Thesis

Aan: Sakina Samadi, Kopie: Niels Peters

09:10

[Details](#)



Hoi Sakina,

Mijn inziens een prima voorstel. Enkele kleine op- en aanmerkingen in de tekst terug te vinden.

Groetjes,
Rachel

Met vriendelijke groet,

Rachel Hensels
HBO verpleegkundige
Plataan
T (045) 560 27 26

Volg ons op



Denk aan het milieu. Denk s.v.p. na voor je print!

Disclaimer

Dit e-mailbericht en/of de bijlagen kan/kunnen informatie bevatten die wettelijk beschermd is en onder het beroepsgeheim valt. Indien u niet de geadresseerde bent, verzoeken wij u vriendelijk doch dringend dit bericht niet verder te lezen, het te vernietigen en te verwijderen van uw computersysteem en ons zo snel mogelijk op de hoogte te stellen van de verkeerde verzending.

Bijlage 21 – Beoordeling bachelor thesis door peerassessor

Beoordeling verslag D4 (2017 – 2018)

Naam : **Sakina Samadi**

Studentnummer : **1307967**

Naam peerassessor: **Mandy Raike**

Eindcijfer peerassessor: 7,5

Instructie voor beoordelaars: kies de kolom die het beste past en ken een score in hele punten toe. Licht vervolgens het oordeel en de score toe.

Voorwaardelijke items (voor het nakijken van het verslag):

- Alle onderdelen dienen aanwezig te zijn (voorstel BT)
- Opbouw volgens Zwart op Wit (Bremmers, 2013)
- Schrijfstijl is correct / Arial 11 of Times New Roman 12 / regelafstand 1,5
- Maximaal 25 pag's (hierbij tellen mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie/aanbevelingen)
- Reflectie (volgens eigen gekozen model) komt in de bijlage
- Literatuurverwijzingen volgens APA richtlijnen
- Het verslag is op Ephorus ingeleverd

- Indien niet is voldaan aan bovenstaande voorwaardelijke items wordt het verslag geretourneerd en vervalt hiermee de 1^e kans

Algemeen schrijven

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de verslaglegging en schrijfstijl (in totaal maximaal 10 punten) <i>* bondig mondeling en schriftelijk formuleren</i>	De schrijfstijl is helder; er is geen sprake van 'spreektaal' en er wordt gebruik gemaakt van verpleegkundig / wetenschappelijk jargon. Het verslag heeft een logische opbouw en bevat een overzichtelijke samenvatting met de belangrijkste kernpunten. Er zijn geen onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Geen fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is grotendeels helder. Soms is er sprake van 'spreektaal'. Verpleegkundig / wetenschappelijk jargon wordt voldoende toegepast. Het verslag heeft grotendeels een logische opbouw. Er zijn enkele onnodige herhalingen van tekstonderdelen qua taal en/of inhoud. Weinig fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is nog niet helder. Er is nog teveel sprake van 'spreektaal'. Het verslag heeft een beperkte logische opbouw. Er zijn meerdere onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Veel fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is niet helder. 'Spreektaal' voert de boventoon in het verslag. Het verslag heeft geen logische opbouw. Er zijn veel onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Tallose (en afleidende) fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☒ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende				

Toelichting:7 punten

Hier en daar sprake van spreektaal. Je verslag is logisch opgebouwd en voor een buitenstaander goed te lezen.

Op spelling en grammatica kan ik je helaas niet beoordelen omdat ik hier zelf niet goed in ben en eventuele “fouten” niet uit een zin pik.

Verder wil ikje wel als tip geven om eens te kijken naar je zinsopbouw. Je maakt vaak lange zinnenwaardoor dit lastig leest probeer of je hier twee zinnen van kan maken.

Inleiding, theoretisch kader en methode

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
<i>Kwaliteit van de inleiding (aanleiding vanuit praktijk)</i> <i>* Initiatief nemen voor kwaliteitsverbetering</i>	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door een diepgaande kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling volgen hier logisch uit, zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door voldoende kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten nog niet helemaal aan op de aanleiding. Ze zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; de kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk is nog te beperkt. De student is hierdoor nog onvoldoende in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten onvoldoende aan op de aanleiding.	Hoewel er sprake is van een initiatief tot kwaliteitsverbetering, kan door onvoldoende kennis van het probleem vanuit de praktijk geen sense of urgency worden gecreëerd. Doel- en vraagstelling zijn niet correct.
<i>Kwaliteit van het theoretisch kader (aanleiding vanuit theorie)</i>	Laat een diepgaande en gevarieerde kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen.	Laat voldoende kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp. Neemt belangrijke samenhangende onderwerpen mee in het theoretisch kader.	De kennis over het gekozen onderwerp is nog niet voldoende. Samenhangende onderwerpen worden nagenoeg niet meegenomen.	Er is sprake van een zeer gebrekkige kennis van het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen.

<i>(in totaal kwaliteit van de inleiding plus kwaliteit van het theoretisch kader maximaal 10 punten)</i>	Gebruikt een grote reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing van goede kwaliteit (meer dan 8).	Gebruikt een beperkte reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing (minimaal 6).	Gebruikt weinig (inter)nationale bronnen ter ondersteuning (minimaal 4).	Er worden nagenoeg geen (inter)nationale bronnen gebruikt (minder dan 4).
---	--	---	--	---

Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende

Toelichting: 8 punten

Kennis van het onderwerp wordt getoond, het probleem wordt helder beschreven vanuit de praktijk en de literatuur.

De doelstelling vloeit duidelijk voort uit de probleemstelling.

Ik mis wel de zoektermen in je inleiding.

METHODE

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
<i>Kwaliteit van de methodologie inclusief analyseplan (in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>De gebruikte methode voor het in kaart brengen van stap 1,2, 3 en 4 van Grol en Wensing</i>	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van een diepgaande en samenhangende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat alle keuzen	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van voldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat de meeste keuzen bij de werving en selectie	Is beperkt in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Er is nog onvoldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Hierdoor zijn keuzen bij de werving en selectie van respondenten,	Is niet in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. De gemaakte keuzen (bv werving en selectie van respondenten, dataverzameling, analyse) worden niet onderbouwd en vertonen geen samenhang.

<i>* methoden en technieken van onderzoek toepassen</i> <i>* projectmatig werken</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i>	bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstru-menten en vragenlijsten. Dit uit zich door op transparante wijze aan te geven waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meet-instrumenten</i> zijn gevonden; de keuze voor dit <i>gevalideerde instrument</i> wordt gemotiveerd evenals een beschrijving van klinimetrische kenmerken. Beschrijft grondig hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck). Ethische aspecten worden in ogenschouw genomen. Er wordt tijdens het onderzoek rekening gehouden met de anonimiteit van de patiënt en/of de zorgverleners. Deze aspecten worden expliciet benoemd.	van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstru-menten en vragenlijsten. Geeft aan waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meetinstrumenten</i> zijn gevonden, dan wel wordt de relevantie ervan beschreven. Beschrijft op hoofdonderdelen hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck). Anonimiteit van de patiënt en /of de zorgverlener worden gewaarborgd. Dit wordt op hoofdpunten benoemd.	dataverzameling en analyse veelal niet samenhangend, niet correct en/of nog onvoldoende onderbouwd. Kiest bestaande en/of ontwerpt eigen vragenlijsten. Geeft nagenoeg geen beschrijving over zoektocht of relevantie van bestaande <i>gevalideerde meetinstrumenten</i>. Gaat onvoldoende in op hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd. Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener worden niet expliciet benoemd. Deze aspecten komen slechts impliciet in de tekst aan de orde.	Van de gebruikte meetinstrumenten wordt niet beschreven in hoeverre er sprake is van gevalideerde (bestaande) meetinstrumenten. Van zelf opgestelde meetinstrumenten wordt niet beschreven hoe deze zijn opgesteld en hoe validiteit en betrouwbaarheid worden gewaarborgd. Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener zijn onvoldoende gewaarborgd.
---	---	--	---	--

	Er zijn ruimschoots acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd (bv membercheck, peerde-briefing, audio opnames, gebruik van pilot, gebruik van gevalideerde vragenlijsten). Er is gedegen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (minimaal 3 bronnen). Is in staat projectmatig te werken. Dit uit zich door een planmatige aanpak van de te ondernemen activiteiten en flexibiliteit in situaties waar aanpassingen in planning noodzakelijk zijn. Is transparant mbt geplande activiteiten.	Er zijn 3 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd. Er is literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (2 bronnen). Kan op hoofdpunten planmatig werken. Weet de belangrijkste activiteiten planmatig aan te pakken, vertoont enige flexibiliteit bij veranderende situaties. Is transparant over de belangrijkste activiteiten.	Er zijn hooguit 2 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is beperkt literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (1 bron). Kan beperkt planmatig werken; de meeste activiteiten volgen elkaar zonder planmatige opzet op. Kan moeilijk overweg met veranderende situaties. Is weinig transparant over activiteiten die worden ondernomen.	Er zijn geen acties ondernomen waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is geen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties. Is niet in staat planmatig te werken en is niet transparant over de ondernomen activiteiten
--	--	---	---	---

Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed **O Ruim voldoende - Voldoende** O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende

Toelichting: 7 punten

Je hebt je methodieken duidelijk beschreven, je benoemd hoe je de betrouwbaarheid en validiteit waarborgt.

Je beschrijft netjes waarom je hebt gekozen voor een specifieke volgorde.

Ik zie wel dat je de anonimiteit bij de interviews niet specifiek benoemd hebt, bij je enquête doe je dit wel netjes.

RESULTATEN

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 1: Ontwikkelen van een concreet, goed onderbouwd voorstel voor verandering van de zorg (in totaal max. 10 punten) <i>* oplossingen bedenken voor individuele en groepsvraagstukken</i> <i>* oplossingen bedenken voor dagelijkse problemen</i> <i>* wenselijke verbeteringen genereren</i> <i>* voorstellen tot verandering presenteren</i>	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van minimaal twee andere wetenschappelijke methodes (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). Gebruikte literatuur is van hoge kwaliteit (bv systematic reviews,	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is van voldoende kwaliteit. Naast het gebruik van literatuur van	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). De keuze voor deze methode sluit echter niet helemaal aan bij het doel (nl het onderbouwen van het voorstel voor verandering) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is nog niet voldoende. Er is	Is niet in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Oplossingen zijn niet gebaseerd op literatuur en er is geen andere methode gebruikt voor het onderbouwen van het voorstel voor verandering. De kwaliteit van de gebruikte literatuur is zeer onvoldoende. Er is

<i>* nieuwe ontwikkelingen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek toepassen</i>	randomized controlled trials, longitudinale studies, goed opgezette kwalitatieve studies) en afkomstig uit (inter)nationaal erkende tijdschriften. De gebruikte literatuur is van toepassing op het voorstel voor verandering. Indien van toepassing worden de meest recente protocollen en/of richtlijnen betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is in ruime mate aanwezig (minimaal 15 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gedegen gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Recente ontwikkelingen in binnen- en buitenland worden benoemd en gerelateerd aan het voorstel voor verandering. Is in staat het voorstel voor verandering helder te presenteren.	hoge kwaliteit wordt echter ook gebruik gemaakt van literatuur van lager kwaliteit (bv rapporten). De gebruikte literatuur is op hoofdpunten van toepassing op het voorstel voor verandering. Protocollen en/of richtlijnen worden, indien van toepassing, zijdelings betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is beperkt aanwezig (minimaal 10 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Het betreft hier ontwikkelingen uit binnen- of buitenland. Er wordt op hoofdpunten een relatie met het voorstel voor verandering gemaakt. Presenteert gegevens gestructureerd en verklaart resultaten, echter de logische volgorde en lijn van redeneren is niet	nagenoeg geen sprake van onderzoeksliteratuur. De gebruikte literatuur mist veelal een link met het voorstel voor verandering. Hoewel van toepassing, zijn protocollen en/of richtlijnen niet meegenomen bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is onvoldoende aanwezig (minimaal 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn nauwelijks gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek.	geen gebruik gemaakt van onderzoeksliteratuur Er is geen gebruik gemaakt van Engelstalige literatuur (minder dan 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering mist iedere basis. Er is geen onderbouwing op basis van eerder (inter)nationaal onderzoek.
---	--	--	---	---

	Dit uit zich door een grondige analyse, ordening en interpretatie van de verkregen data. De lijn van redeneren is prima te volgen (overzichtelijk). De student maakt hierin een goede afweging tussen het presenteren van hoofd en bijzaken in tabellen en woordelijke tekst De oplossing(en) voor het probleem zijn gedegen gefundeerd, worden gedragen door alle betrokkenen en sluiten aan bij de wensen / dagelijkse werkwijze van de betrokkenen	voldoende zichtbaar. Presenteert de hoofdzaken in woordelijke tekst en tabellen maar beschrijft tevens ook nog bijzaken. De oplossing(en) voor het probleem zijn matig gefundeerd; de meeste stakeholders staan achter de oplossingen; op onderdelen zijn de oplossingen moeilijk inpasbaar, dan wel sluiten ze niet helemaal aan bij de wensen van de betrokkenen	Structuur en lijn in redeneren zijn nauwelijks tot niet te volgen. Er worden veel bijzaken in woordelijke tekst en tabellen gerapporteerd. De oplossing(en) voor het probleem zijn beneden gemiddeld gefundeerd. Meerdere betrokkenen hebben vraagtekens bij de oplossing(en) dan wel vinden de oplossing(en) moeilijk inpasbaar in de dagelijkse werkwijze	Mist een lijn van redeneren. Hoofdzaken ontbreken. De oplossing(en) voor het probleem missen fundament; er is weinig tot geen draagkracht binnen het team / de afdeling
--	---	--	---	---

Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed **O Ruim voldoende - Voldoende** O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende

Toelichting: 7 punten

Een mooie koppeling tussen de topics van je gebruikte methodieken. De gegeven resultaten komen in een logische volgorde aan bod.

Je gebruikt relevante literatuur en kunt deze goed koppelen. Gebruik van tabellen ontbreekt in je resultaten

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering <i>(in totaal max. 10 punten)</i> * het zorgaanbod analyseren * analyseren van de probleemsituatie * kritisch het eigen vakgebied beoordelen * knelpunten in de afstemming van het zorgaanbod analyseren * het expliciet maken van de dagelijkse ergernissen en dagelijkse uitdagingen * bestaande richtlijnen en procedures analyseren	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een zeer grondige beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een gedetailleerde beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op minimaal 2 wetenschappelijke methodes. Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod kritisch analyseren wat zich uit in een concrete beschrijving van dagelijks handelen waaruit zowel goede als verbeterpunten gehaald kunnen worden.	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op 1 wetenschappelijke methode. Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod analyseren wat zich uit in een beschrijving van de belangrijkste onderdelen van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden benoemd.	Is onvoldoende in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). De gebruikte methode geeft zeer beperkt inzicht in de feitelijke situatie en/of blijkt niet geschikt om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Is onvoldoende in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod onvoldoende analyseren. Dit uit zich in een summiere beschrijving van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden nauwelijks benoemd.	Is niet in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Er is geen sprake van een wetenschappelijke methode om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Is niet in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren waardoor geen analyse kan plaatsvinden van het eigen vakgebied / het zorgaanbod. Verbeterpunten worden niet benoemd.

	Maakt, indien van toepassing, een grondige analyse van bestaande richtlijnen en protocollen.	Analyseert, indien van toepassing, op hoofdonderdelen bestaande richtlijnen en protocollen.	Analyseert, indien van toepassing, bestaande richtlijnen en protocollen. Deze analyse resulteert echter tot weinig relevante inzichten.	Bestaande richtlijnen en protocollen worden, mits van toepassing, niet geanalyseerd.
	Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg gedegen en systematisch tegen elkaar af te zetten; de hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg tegen elkaar af te zetten; de meeste hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Wenselijke en feitelijke zorg worden beneden gemiddeld tegen elkaar afgezet; er worden onvoldoende (verbeter)doelen geformuleerd waarvan slechts enkele relevant zijn en SMART geformuleerd.	Wenselijke en feitelijke situatie worden onvoldoende / niet tegen elkaar afgezet. (Verbeter)doelen worden niet (SMART) geformuleerd of sluiten niet aan op de onderzochte situatie.

Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☒ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende

Toelichting: 7 punten

De gevonden resultaten geven het probleem in de feitelijke situatie weer.

Je tabellen zitten erg dicht op de rand waardoor het bij een geprinte versie niet fijn leest, ik zou ook proberen ze dezelfde maat aan te laten houden waardoor het in elkaar overloopt en prettiger uitziet. Nu heb je veel verschillende maten van tabellen.

Ook hier een mooie koppeling tussen de topics in de methodieken. Je hebt een duidelijk overzicht gemaakt van de feitelijke situatie en wenselijke situatie, mooi om te zien dat er uit de observaties andere gegevens komen dan uit wat de medewerkers daadwerkelijk antwoorden in de enquête. Tabel 6 snap ik niet helemaal maar dat kan aan mij liggen haha.

Relevante doelen opgesteld.

Criteria	Uitstekend – Zeer goed 10 – 8 punten	Ruim voldoende - Voldoende 7 – 6 punten	Bijna voldoende - Onvoldoende 5 – 4 punten	Zeer onvoldoende 3 – 0 punten
Stap 3: Probleemanalyse van doelgroep en setting (in totaal max. 10 punten) <i>* rekening houden met waarden van zorgvragers bij afdelingsontwikkeling</i> <i>* werken vanuit een doelgroepen aanpak</i> <i>* gebruiken van expertise over de doelgroep</i> <i>* rekening houden met de rechten en plichten van de doelgroep</i> <i>* een probleemanalyse van de doelgroep maken</i> <i>* belemmerende en bevorderende factoren bespreekbaar maken</i>	Is in staat een grondige probleemanalyse van de doelgroep te maken. Dit uit zich doordat student kan aantonen wie tot de doelgroep behoren en wat hun belangen zijn. Student geeft blijk ervan te werken vanuit een doelgroepen aanpak. Dit wordt duidelijk door rekening te houden met de doelgroep; dit uit zich o.a. doordat rekening wordt gehouden met waarden van betrokkenen alsook met rechten en plichten. Kan op basis van een grondige analyse (bv. met behulp van een theorie / model) van de doelgroep en setting aangeven met welke belemmerende en bevorderende	Is in staat een probleemanalyse van de doelgroep te maken. De belangrijkste doelgroepen en hun belangen worden beschreven. Geeft op onderdelen blijk te werken vanuit een doelgroepen aanpak. Is in staat de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen.	De probleemanalyse is beneden gemiddeld uitgewerkt. Er wordt minimaal beschreven wat de belangrijkste doelgroepen en hun belangen zijn. Gaat grotendeels voorbij aan het werken vanuit een doelgroepen aanpak. De belemmerende en bevorderende factoren zijn beneden gemiddeld uitgewerkt.	De probleemanalyse van de doelgroep en setting is onvoldoende uitgewerkt. Er wordt onvoldoende blijk gegeven van het werken vanuit een doelgroepen aanpak. Belemmerende en bevorderende factoren zijn niet in kaart gebracht / dan wel ver onder de maat in kaart gebracht

* <i>weerstand tegen veranderingen bespreken</i>	factoren rekening moet worden gehouden.			
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				
Toelichting: 8 punten Een duidelijke omschrijving van de doelgroep en de setting. Je verwoordt in de methodiek duidelijk hoe de betrouwbaarheid gewaarborgd wordt. Met de gevonden resultaten heb je een duidelijk overzicht kunnen maken van bevorderende en belemmerende factoren. Let er wel op dat je overal de aantallen bij vernoemd. Duidelijke conclusie				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 4: Ontwikkeling/ selectie strategieën en inter-venties <i>(in totaal maximaal 10 punten)</i> * <i>volgorde van de activiteiten plannen</i> * <i>probleemoplossend denken</i> * <i>een plan van aanpak maken</i>	In het plan van aanpak worden alle relevante strategieën en interventies geselecteerd en theoretisch onderbouwd. Er is een kritische keuze gemaakt voor strategieën en interventies die het meest relevant zijn. Alle gekozen strategieën en interventies sluiten volledig aan op	In het plan van aanpak worden voldoende relevante strategieën en interventies geselecteerd, waarvan er sommige theoretisch worden onderbouwd. De meeste strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden enkele strategieën en/of interventies geselecteerd. Er is geen rekening gehouden met de relevantie van de gekozen strategieën en/of interventies. Enkele van de gekozen strategieën en interventies sluiten aan op de	In het plan van aanpak worden strategieën en interventies benoemd die nagenoeg niet relevant zijn De gekozen strategieën en interventies sluiten onvoldoende aan op de belemmerende en bevorderende factoren.

	de belemmerende en bevorderende factoren.		belemmeren-de en bevorderende factoren.	
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting: 8 punten Duidelijke methodiekbeschrijving. Heb je bij het opstellen van de interventies rekening gehouden met een bepaalde volgorde? Zo niet zou ik hier nog even naar kijken. Je interventies zijn specifiek en duidelijk opgesteld, zo kan de praktijk er meteen mee aan de slag. Je interventies heb je duidelijk en volledig beschreven, hierdoor wordt het soms wel erg lang. Kijk hier even naar of je dit iets kan inkorten. Je interventies vloeien mooi voort uit de bevorderende en belemmerende factoren. Verder zijn je opgestelde interventies in mijn ogen wel bruikbaar voor de praktijk. Korte maar duidelijke conclusie.				

Conclusie

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de conclusie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat de resultaten overstijgend te beoordelen en de belangrijkste inzichten weer te geven. De conclusie geeft een helder antwoord op de vraagstelling. De belangrijkste resultaten die het meest relevant zijn voor de beantwoording van de	Is nog niet helemaal in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling en gebruikt hiervoor veelal de belangrijkste resultaten.	Is nog niet in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling maar gebruikt hiervoor ook niet relevante resultaten.	De conclusie is een herhaling van resultaten. Er wordt geen antwoord gegeven op de vraagstelling.

	vraagstelling worden hierbij betrokken. Er is geen sprake van interpre-tatie van de bevindingen. De conclusie bevat geen nieuwe informatie.	Er is soms sprake van interpre-tatie van de bevindingen. De conclusie bevat soms nieuwe informatie.	Er is geregeld sprake van interpretatie van bevindingen. De conclusie bevat geregeld nieuwe informatie.	In de conclusie worden veelvuldig bevindingen geïnterpreteerd. De conclusie bevat veel nieuwe informatie.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting: 8 punten Je kunt met je gevonden resultaten een goed antwoord op je hoofdvraag geven, hiervoor gebruik je de belangrijkste resultaten. De resultaten die je benoemd zijn geen nieuwe resultaten. Toelichting conclusie: De conclusie is gebaseerd op de gevonden en gewogen informatie in relatie tot de vraagstelling De vraagstelling(en) worden kort en correct beantwoord. De conclusies zijn voldoende voorzichtig geformuleerd.				

Discussie en aanbevelingen

Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende	Zeer onvoldoende
	<i>10 – 8 punten</i>	<i>7 – 6 punten</i>	<i>5 – 4 punten</i>	<i>3 – 0 punten</i>

Kwaliteit van de discussie en aanbevelingen (in totaal maximaal 10 punten) <i>* wensen vanuit verpleegkundig perspectief uitdragen</i>	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert deze aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Doet dit door hierbij zowel nationaal als internationaal onderzoek te betrekken. Reflecteert op de sterke/ zwakke kanten van het onderzoek en laat daarbij een diepgaande kennis zien over kwaliteitsaspecten (geeft oa aan wat de gevolgen zijn van deze zwakke en sterke kanten voor de resultaten; geeft aan welke acties zijn ondernomen om de invloed van zwakke kanten zoveel mogelijk te beperken). Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot relevante aanbevelingen voor praktijk en eventueel vervolgonderzoek	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert de belangrijkste resultaten aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Het gebruik van literatuur is veelal beperkt. Reflecteert op de belangrijkste sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot enkele aanbevelingen voor praktijk én	Beschrijft de onderzoeksresultaten maar relateert deze onvoldoende aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij minimaal literatuurreferenties). Toont een minimale reflectie op sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt tot aanbevelingen voor praktijk of vervolgonderzoek. Niet alle	De discussie wordt beperkt tot een herhaling van de belangrijkste resultaten zonder dat deze worden afgezet tegenover (inter)nationaal onderzoek. Er is geen reflectie op sterke en zwakke punten van het onderzoek Doet aanbevelingen die niet zijn gebaseerd op de resultaten of niet relevant zijn voor praktijk of vervolgonderzoek.
---	--	--	---	---

		vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant.	aanbevelingen zijn relevant en gebaseerd op de resultaten.	
--	--	---	---	--

Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende

Toelichting: 8 punten

In je discussie beschrijf je wat je gedaan hebt gedurende het onderzoek om de betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen. Het eerste stuk is voornamelijk waarin je schrijft wat wel goed ging om dit te waarborgen. In je discussie moet naar voren komen wat er niet "goed" ging. Dit beschrijf je wel goed bij de enquête gericht op de mannelijke collega en de student. Verder netjes omschreven.

Je hebt vijf aanbevelingen beschreven naar aanleiding van je onderzoek. De genoemde aanbevelingen zijn wel relevant en te koppelen met je belemmerende en bevorderende factoren en je hieruit vloeiende interventies.

Toelichting discussie:

De belangrijkste resultaten worden samengevat.

De resultaten worden in verband gebracht met de eerdere elementen van het onderzoek (probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en theoretisch kader).

In de discussie wordt ook breder geflecteerd op de betekenis van de bevindingen voor de rol van verpleegkundige en voor het eigen vakgebied.

De sterktes en zwaktes van het project en de betekenis daarvan worden evenwichtig besproken

Er zijn mogelijke verklaringen voor de overeenkomsten of verschillen met andere bronnen benoemd

Er worden geen nieuwe resultaten benoemd

Reflectie (student kiest eigen reflectiemodel)

Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende	Zeer onvoldoende
	10 – 8 punten	7 – 6 punten	5 – 4 punten	3 – 0 punten

Kwaliteit van de reflectie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat grondig te reflecteren en toont hierbij een vermogen tot abstractie (dwz stijgt boven het eigen handelen uit / helikopterview). Hierbij komen de competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar diepgaand aan bod. Is in staat het reflectiemodel correct toe te passen. Laat duidelijk zien het reflecteren als een cyclisch proces te zien. Kan concreet aangeven welke leerdoelen aan het begin van het traject zijn opgesteld. Is aan het einde in staat handelingsalternatieven te formuleren. Is in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Kan gemaakte keuzes goed beargumenteren en is zich terdege bewust van deze keuzemomenten en dilemma's.	Is in staat te reflecteren maar kan maar beperkt uitstijgen boven het eigen handelen. De belangrijkste competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen ruim aan bod. Het cyclische karakter van het reflectiemodel wordt uitgewerkt maar is op onderdelen niet correct toegepast (stelt bijvoorbeeld geen heldere leerdoelen aan het begin van het traject). Kan verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag en de belangrijkste keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes mist soms wat diepgang; student laat op hoofdonderdelen zien dat hij zich bewust is van deze keuzemomenten en/of dilemma's	Reflecteert maar is hierbij onvoldoende in staat het eigen handelen te overstijgen. Slechts enkele competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen aan bod. Er is gekozen voor een reflectiemodel maar de uitwerking ervan is nog niet voldoende. De student geeft onvoldoende diepgang in de uitwerking van de stappen en het cyclische karakter van het model komt weinig naar voren. Is nog niet voldoende in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes, dan wel bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's komen onvoldoende naar voren in de reflectie.	Reflecteert maar kan niet boven het eigen handelen uitstijgen. Op competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar wordt nauwelijks tot niet gereflecteerd. Er is geen keuze gemaakt voor een reflectiemodel. De reflectie is onsamenhangend, heeft nagenoeg geen diepgang en er is geen sprake van een cyclisch karakter. Neemt geen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Gemaakte keuzes worden niet beargumenteerd. Er wordt geen blijk gegeven van bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's.
---	--	--	--	---

	Is gedegen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich goed in anderen verplaatsen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Is op hoofdonderdelen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich verplaatsen in anderen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Kan nog onvoldoende de omgeving en het gedrag van anderen waarnemen (kan zich nog onvoldoende verplaatsen in anderen) waardoor onvoldoende bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Is niet in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich niet verplaatsen in anderen); is zich hierdoor niet bewust van betekenisvolle situaties.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – ☐ Zeer goed ☒ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - ☐ Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting: 7 punten. Stelt duidelijke doelen voor jezelf op het begin, in je reflectie neem je goed alle rollen mee. Per rol geef je duidelijk aan hoe je hieraan gewerkt hebt. Je reflecteert netjes op wat er goed en minder goed ging gedurende het schrijven van je thesis. Je sluit af met het beschrijven van leerdoelen, zijn dit de enige doelen die je meeneemt na je stage?				

Bijlage 24 – Beoordeling bachelor thesis door werkbegeleider(s)

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider: Mandy Sangen – Deitz & Niels Peters

Zorginstelling: Sevagram Plataan

Naam student: Sakina Samadi

Studentnummer: 1307967

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bachelorthesis geschreven met aanbevelingen die een daadwerkelijke bijdrage leveren aan de verbetering van de zorg	Voldaan Toelichting:	Niet voldaan Toelichting:
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
4. De student heeft voor een overdracht gezorgd van de aanbevelingen voortkomend uit de bachelorthesis	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
5. De informatie in de bachelor thesis berust op	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:

een juiste weergave van de praktijk		
--	--	--

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Adviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis op de werkvloer¹:

Voldoende / niet voldoende (doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam beoordelaar:.....

Datum:.....

Persoonlijke toelichting (indien gewenst) werk-/ praktijkbegeleider:

¹ Indien de werk-/ praktijkbegeleider komt tot een onvoldoende adviesbeoordeling, vraagt de student tijdig uitstel bij de examencommissie aan om vervolgens de benodigde aanpassingen aan te brengen. De thesis wordt daarna opnieuw bij de werk- praktijkbegeleider en school ingediend (eerste kans).

Bijlage 23 – Beoordeling bachelor thesis door 1^e & 2^e beoordelaar

Beoordeling verslag D4 (2017 – 2018)

Naam : **Sakina Samadi**

Studentnummer : **1307967**

Naam 1^{ste} beoordelaar:

cijfer 1^{ste} beoordelaar:

Naam 2^{de} beoordelaar:

cijfer 2^{de} beoordelaar:

Eindcijfer (gemiddelde cijfer beoordelaar 1 en 2):

Instructie voor beoordelaars: kies de kolom die het beste past en ken een score in hele punten toe. Licht vervolgens het oordeel en de score toe.

Voorwaardelijke items (voor het nakijken van het verslag):

- Alle onderdelen dienen aanwezig te zijn (voorstel BT)
- Opbouw volgens Zwart op Wit (Bremmers, 2013)
- Schrijfstijl is correct / Arial 11 of Times New Roman 12 / regelafstand 1,5
- Maximaal 25 pag's (hierbij tellen mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie/aanbevelingen)
- Reflectie (volgens eigen gekozen model) komt in de bijlage
- Literatuurverwijzingen volgens APA richtlijnen
- Het verslag is op Ephorus ingeleverd

- Indien niet is voldaan aan bovenstaande voorwaardelijke items wordt het verslag geretourneerd en vervalt hiermee de 1^e kans

Algemeen schrijven

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de verslaglegging en schrijfstijl (in totaal maximaal 10 punten) <i>* bondig mondeling en schriftelijk formuleren</i>	De schrijfstijl is helder; er is geen sprake van 'spreektaal' en er wordt gebruik gemaakt van verpleegkundig / wetenschappelijk jargon. Het verslag heeft een logische opbouw en bevat een overzichtelijke samenvatting met de belangrijkste kernpunten. Er zijn geen onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Geen fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is grotendeels helder. Soms is er sprake van 'spreektaal'. Verpleegkundig / wetenschappelijk jargon wordt voldoende toegepast. Het verslag heeft grotendeels een logische opbouw. Er zijn enkele onnodige herhalingen van tekstonderdelen qua taal en/of inhoud. Weinig fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is nog niet helder. Er is nog teveel sprake van 'spreektaal'. Het verslag heeft een beperkte logische opbouw. Er zijn meerdere onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Veel fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is niet helder. 'Spreektaal' voert de boventoon in het verslag. Het verslag heeft geen logische opbouw. Er zijn veel onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Tallose (en afleidende) fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende				

Toelichting:

Inleiding, theoretisch kader en methode

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de inleiding (aanleiding vanuit praktijk) <i>* Initiatief nemen voor kwaliteitsverbetering</i>	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door een diepgaande kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling volgen hier logisch uit, zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door voldoende kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten nog niet helemaal aan op de aanleiding. Ze zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; de kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk is nog te beperkt. De student is hierdoor nog onvoldoende in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten onvoldoende aan op de aanleiding.	Hoewel er sprake is van een initiatief tot kwaliteitsverbetering, kan door onvoldoende kennis van het probleem vanuit de praktijk geen sense of urgency worden gecreëerd. Doel- en vraagstelling zijn niet correct.
Kwaliteit van het theoretisch kader (aanleiding vanuit theorie) <i>(in totaal kwaliteit van de inleiding plus kwaliteit van het theoretisch kader maximaal 10 punten)</i>	Laat een diepgaande en gevarieerde kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Gebruikt een grote reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing van goede kwaliteit (meer dan 8).	Laat voldoende kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp. Neemt belangrijke samenhangende onderwerpen mee in het theoretisch kader. Gebruikt een beperkte reeks relevante (nationale <u>en</u>	De kennis over het gekozen onderwerp is nog niet voldoende. Samenhangende onderwerpen worden nagenoeg niet meegenomen. Gebruikt weinig (inter)nationale bronnen ter ondersteuning (minimaal 4).	Er is sprake van een zeer gebrekkige kennis van het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Er worden nagenoeg geen (inter)nationale bronnen gebruikt (minder dan 4).

		internationale) bronnen ter onderbouwing (minimaal 6).		
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
METHODE				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
<i>Kwaliteit van de methodologie inclusief analyseplan (in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>De gebruikte methode voor het in kaart brengen van stap 1,2, 3 en 4 van Grol en Wensing</i> <i>* methoden en technieken van onderzoek toepassen</i> <i>* projectmatig werken</i>	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van een diepgaande en samenhangende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat alle keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen.	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van voldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat de meeste keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen.	Is beperkt in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Er is nog onvoldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Hierdoor zijn keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse veelal niet samenhangend, niet correct en/of nog onvoldoende onderbouwd.	Is niet in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. De gemaakte keuzen (bv werving en selectie van respondenten, dataverzameling, analyse) worden niet onderbouwd en vertonen geen samenhang.

<i>* volgorde van de activiteiten plannen</i>	Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstru-menten en vragenlijsten. Dit uit zich door op transparante wijze aan te geven waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meet-instrumenten</i> zijn gevonden; de keuze voor dit <i>gevalideerde instrument</i> wordt gemotiveerd evenals een beschrijving van klinimetrische kenmerken. Beschrijft grondig hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck). Ethische aspecten worden in ogenschouw genomen. Er wordt tijdens het onderzoek rekening gehouden met de anonimiteit van de patiënt en/of de zorgverleners. Deze aspecten worden expliciet benoemd. Er zijn ruimschoots acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd (bv membercheck, peerde-briefing,	Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstru-menten en vragenlijsten. Geeft aan waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meetinstrumenten</i> zijn gevonden, dan wel wordt de relevantie ervan beschreven. Beschrijft op hoofdonderdelen hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck). Anonimiteit van de patiënt en /of de zorverlener worden gewaarborgd. Dit wordt op hoofdpunten benoemd. Er zijn 3 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd.	Kiest bestaande en/of ontwerpt eigen vragenlijsten. Geeft nagenoeg geen beschrijving over zoektocht of relevantie van bestaande <i>gevalideerde meetinstrumenten</i>. Gaat onvoldoende in op hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd. Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener worden niet expliciet benoemd. Deze aspecten komen slechts impliciet in de tekst aan de orde. Er zijn hooguit 2 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd	Van de gebruikte meetinstrumenten wordt niet beschreven in hoeverre er sprake is van gevalideerde (bestaande) meetinstrumenten. Van zelf opgestelde meetinstrumenten wordt niet beschreven hoe deze zijn opgesteld en hoe validiteit en betrouwbaarheid worden gewaarborgd. Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener zijn onvoldoende gewaarborgd. Er zijn geen acties ondernomen waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd
--	---	---	---	--

	audio opnames, gebruik van pilot, gebruik van gevalideerde vragenlijsten). Er is gedegen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (minimaal 3 bronnen). Is in staat projectmatig te werken. Dit uit zich door een planmatige aanpak van de te ondernemen activiteiten en flexibiliteit in situaties waar aanpassingen in planning noodzakelijk zijn. Is transparant mbt geplande activiteiten.	Er is literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (2 bronnen). Kan op hoofdpunten planmatig werken. Weet de belangrijkste activiteiten planmatig aan te pakken, vertoont enige flexibiliteit bij veranderende situaties. Is transparant over de belangrijkste activiteiten.	Er is beperkt literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (1 bron). Kan beperkt planmatig werken; de meeste activiteiten volgen elkaar zonder planmatige opzet op. Kan moeilijk overweg met veranderende situaties. Is weinig transparant over activiteiten die worden ondernomen.	Er is geen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties. Is niet in staat planmatig te werken en is niet transparant over de ondernomen activiteiten
--	--	---	--	---

Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende

Toelichting:

RESULTATEN

Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende	Zeer onvoldoende
	<i>10 – 8 punten</i>	<i>7 – 6 punten</i>	<i>5 – 4 punten</i>	<i>3 – 0 punten</i>

Stap 1: Ontwikkelen van een concreet, goed onderbouwd voorstel voor verandering van de zorg (in totaal max. 10 punten) <i>* oplossingen bedenken voor individuele en groepsvraagstukken</i> <i>* oplossingen bedenken voor dagelijkse problemen</i> <i>* wenselijke verbeteringen genereren</i> <i>* voorstellen tot verandering presenteren</i> <i>* nieuwe ontwikkelingen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek toepassen</i>	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van minimaal twee andere wetenschappelijke methodes (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). Gebruikte literatuur is van hoge kwaliteit (bv systematic reviews, randomized controlled trials, longitudinale studies, goed opgezette kwalitatieve studies) en afkomstig uit (inter)nationaal erkende tijdschriften. De gebruikte literatuur is van toepassing op het voorstel voor verandering. Indien van toepassing worden de meest recente protocollen en/of richtlijnen	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is van voldoende kwaliteit. Naast het gebruik van literatuur van hoge kwaliteit wordt echter ook gebruik gemaakt van literatuur van lager kwaliteit (bv rapporten). De gebruikte literatuur is op hoofdpunten van toepassing op het voorstel voor verandering. Protocollen en/of richtlijnen worden, indien van toepassing, zijdelings	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). De keuze voor deze methode sluit echter niet helemaal aan bij het doel (nl het onderbouwen van het voorstel voor verandering) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is nog niet voldoende. Er is nagenoeg geen sprake van onderzoeksliteratuur. De gebruikte literatuur mist veelal een link met het voorstel voor verandering. Hoewel van toepassing, zijn protocollen en/of richtlijnen niet meegenomen bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering.	Is niet in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Oplossingen zijn niet gebaseerd op literatuur en er is geen andere methode gebruikt voor het onderbouwen van het voorstel voor verandering. De kwaliteit van de gebruikte literatuur is zeer onvoldoende. Er is geen gebruik gemaakt van onderzoeksliteratuur
--	---	---	--	--

betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is in ruime mate aanwezig (minimaal 15 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gedegen gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Recente ontwikkelingen in binnen- en buitenland worden benoemd en gerelateerd aan het voorstel voor verandering. Is in staat het voorstel voor verandering helder te presenteren. Dit uit zich door een grondige analyse, ordening en interpretatie van de verkregen data. De lijn van redeneren is prima te volgen (overzichtelijk). De student maakt hierin een goede afweging tussen het presenteren van hoofd en bijzaken in tabellen en woordelijke tekst	betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is beperkt aanwezig (minimaal 10 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Het betreft hier ontwikkelingen uit binnen- of buitenland. Er wordt op hoofdpunten een relatie met het voorstel voor verandering gemaakt. Presenteert gegevens gestructureerd en verklaart resultaten, echter de logische volgorde en lijn van redeneren is niet voldoende zichtbaar. Presenteert de hoofdzaken in woordelijke tekst en tabellen maar beschrijft tevens ook nog bijzaken.	Engelstalige literatuur is onvoldoende aanwezig (minimaal 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn nauwelijks gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Structuur en lijn in redeneren zijn nauwelijks tot niet te volgen. Er worden veel bijzaken in woordelijke tekst en tabellen gerapporteerd.	Er is geen gebruik gemaakt van Engelstalige literatuur (minder dan 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering mist iedere basis. Er is geen onderbouwing op basis van eerder (inter)nationaal onderzoek. Mist een lijn van redeneren. Hoofdzaken ontbreken.
--	---	--	--

	De oplossing(en) voor het probleem zijn gedegen gefundeerd, worden gedragen door alle betrokkenen en sluiten aan bij de wensen / dagelijkse werkwijze van de betrokkenen	De oplossing(en) voor het probleem zijn matig gefundeerd; de meeste stakeholders staan achter de oplossingen; op onderdelen zijn de oplossingen moeilijk inpasbaar, dan wel sluiten ze niet helemaal aan bij de wensen van de betrokkenen	De oplossing(en) voor het probleem zijn beneden gemiddeld gefundeerd. Meerdere betrokkenen hebben vraagtekens bij de oplossing(en) dan wel vinden de oplossing(en) moeilijk inpasbaar in de dagelijkse werkwijze	De oplossing(en) voor het probleem missen fundamenteel; er is weinig tot geen draagkracht binnen het team / de afdeling
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering <i>(in totaal max. 10 punten)</i> * het zorgaanbod analyseren * analyseren van de probleemsituatie * kritisch het eigen vakgebied beoordelen	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een zeer grondige beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een gedetailleerde beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op 1 wetenschappelijke methode.	Is onvoldoende in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). De gebruikte methode geeft zeer beperkt inzicht in de feitelijke situatie en/of blijkt niet geschikt om de feitelijke situatie in kaart te brengen.	Is niet in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Er is geen sprake van een wetenschappelijke methode om de feitelijke situatie in kaart te brengen.

<i>* knelpunten in de afstemming van het zorgaanbod analyseren</i> <i>* het expliciet maken van de dagelijkse ergernissen en dagelijkse uitdagingen</i> <i>* bestaande richtlijnen en procedures analyseren</i>	op minimaal 2 wetenschappelijke methodes. Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod kritisch analyseren wat zich uit in een concrete beschrijving van dagelijks handelen waaruit zowel goede als verbeterpunten gehaald kunnen worden. Maakt, indien van toepassing, een grondige analyse van bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg gedegen en systematisch tegen elkaar af te zetten; de hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod analyseren wat zich uit in een beschrijving van de belangrijkste onderdelen van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden benoemd. Analyseert, indien van toepassing, op hoofdonderdelen bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg tegen elkaar af te zetten; de meeste hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is onvoldoende in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod onvoldoende analyseren. Dit uit zich in een summieri beschrijving van het dagelijks handelen. Verbeter-punten worden nauwelijks benoemd. Analyseert, indien van toepassing, bestaande richtlijnen en protocollen. Deze analyse resulteert echter tot weinig relevante inzichten. Wenselijke en feitelijke zorg worden beneden gemiddeld tegen elkaar afgezet; er worden onvoldoende (verbeter)doelen geformuleerd waarvan slechts enkele relevant zijn en SMART geformuleerd.	Is niet in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren waardoor geen analyse kan plaatsvinden van het eigen vakgebied / het zorgaanbod. Verbeterpunten worden niet benoemd. Bestaande richtlijnen en protocollen worden, mits van toepassing, niet geanalyseerd. Wenselijke en feitelijke situatie worden onvoldoende / niet tegen elkaar afgezet. (Verbeter)doelen worden niet (SMART) geformuleerd of sluiten niet aan op de onderzochte situatie.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende				

Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed 10 – 8 punten	Ruim voldoende - Voldoende 7 – 6 punten	Bijna voldoende - Onvoldoende 5 – 4 punten	Zeer onvoldoende 3 – 0 punten
Stap 3: Probleemanalyse van doelgroep en setting (in totaal max. 10 punten) * rekening houden met waarden van zorgvragers bij afdelingsontwikkeling * werken vanuit een doelgroepenpak * gebruiken van expertise over de doelgroep * rekening houden met de rechten en plichten van de doelgroep * een probleemanalyse van de doelgroep maken * belemmerende en bevorderende factoren bespreekbaar maken	Is in staat een grondige probleemanalyse van de doelgroep te maken. Dit uit zich doordat student kan aantonen wie tot de doelgroep behoren en wat hun belangen zijn. Student geeft blijk ervan te werken vanuit een doelgroepenpak. Dit wordt duidelijk door rekening te houden met de doelgroep; dit uit zich o.a. doordat rekening wordt gehouden met waarden van betrokkenen alsook met rechten en plichten. Kan op basis van een grondige analyse (bv. met behulp van een theorie / model) van de doelgroep en setting aangeven met welke belemmerende en bevorderende	Is in staat een probleemanalyse van de doelgroep te maken. De belangrijkste doelgroepen en hun belangen worden beschreven. Geeft op onderdelen blijk te werken vanuit een doelgroepenpak. Is in staat de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen.	De probleemanalyse is beneden gemiddeld uitgewerkt. Er wordt minimaal beschreven wat de belangrijkste doelgroepen en hun belangen zijn. Gaat grotendeels voorbij aan het werken vanuit een doelgroepenpak. De belemmerende en bevorderende factoren zijn beneden gemiddeld uitgewerkt.	De probleemanalyse van de doelgroep en setting is onvoldoende uitgewerkt. Er wordt onvoldoende blijk gegeven van het werken vanuit een doelgroepenpak. Belemmerende en bevorderende factoren zijn niet in kaart gebracht / dan wel ver onder de maat in kaart gebracht

* weerstand tegen veranderingen bespreken	factoren rekening moet worden gehouden.			
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed 10 – 8 punten	Ruim voldoende - Voldoende 7 – 6 punten	Bijna voldoende - Onvoldoende 5 – 4 punten	Zeer onvoldoende 3 – 0 punten
Stap 4: Ontwikkeling/ selectie strategieën en inter-venties (in totaal maximaal 10 punten) * volgorde van de activiteiten plannen * probleemoplossend denken * een plan van aanpak maken	In het plan van aanpak worden alle relevante strategieën en interventies geselecteerd en theoretisch onderbouwd. Er is een kritische keuze gemaakt voor strategieën en interventies die het meest relevant zijn. Alle gekozen strategieën en interventies sluiten volledig aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden voldoende relevante strategieën en interventies geselecteerd, waarvan er sommige theoretisch worden onderbouwd. De meeste strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden enkele strategieën en/of interventies geselecteerd. Er is geen rekening gehouden met de relevantie van de gekozen strategieën en/of interventies. Enkele van de gekozen strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden strategieën en interventies benoemd die nagenoeg niet relevant zijn De gekozen strategieën en interventies sluiten onvoldoende aan op de belemmerende en bevorderende factoren.

Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				
Toelichting:				

Conclusie

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de conclusie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat de resultaten overstijgend te beoordelen en de belangrijkste inzichten weer te geven. De conclusie geeft een helder antwoord op de vraagstelling. De belangrijkste resultaten die het meest relevant zijn voor de beantwoording van de vraagstelling worden hierbij betrokken. Er is geen sprake van interpre-tatie van de bevindingen. De conclusie bevat geen nieuwe informatie.	Is nog niet helemaal in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling en gebruikt hiervoor veelal de belangrijkste resultaten. Er is soms sprake van interpre-tatie van de bevindingen. De conclusie bevat soms nieuwe informatie.	Is nog niet in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling maar gebruikt hiervoor ook niet relevante resultaten. Er is geregeld sprake van interpretatie van bevindingen. De conclusie bevat geregeld nieuwe informatie.	De conclusie is een herhaling van resultaten. Er wordt geen antwoord gegeven op de vraagstelling. In de conclusie worden veelvuldig bevindingen geïnterpreteerd. De conclusie bevat veel nieuwe informatie.

Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				
Toelichting:				
Toelichting conclusie: De conclusie is gebaseerd op de gevonden en gewogen informatie in relatie tot de vraagstelling De vraagstelling(en) worden kort en correct beantwoord. De conclusies zijn voldoende voorzichtig geformuleerd.				

Discussie en aanbevelingen

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de discussie en aanbevelingen (in totaal maximaal 10 punten) <i>* wensen vanuit verpleegkundig perspectief uitdragen</i>	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert deze aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Doet dit door hierbij zowel nationaal als internationaal onderzoek te betrekken.	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert de belangrijkste resultaten aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Het gebruik van literatuur is veelal beperkt.	Beschrijft de onderzoeksresultaten maar relateert deze onvoldoende aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij minimaal literatuurreferenties).	De discussie wordt beperkt tot een herhaling van de belangrijkste resultaten zonder dat deze worden afgezet tegenover (inter)nationaal onderzoek.

	Reflecteert op de sterke/ zwakke kanten van het onderzoek en laat daarbij een diepgaande kennis zien over kwaliteitsaspecten (geeft oa aan wat de gevolgen zijn van deze zwakke en sterke kanten voor de resultaten; geeft aan welke acties zijn ondernomen om de invloed van zwakke kanten zoveel mogelijk te beperken). Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot relevante aanbevelingen voor praktijk en eventueel vervolgonderzoek	Reflecteert op de belangrijkste sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot enkele aanbevelingen voor praktijk én vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant.	Toont een minimale reflectie op sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt tot aanbevelingen voor praktijk of vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant en gebaseerd op de resultaten.	Er is geen reflectie op sterke en zwakke punten van het onderzoek Doet aanbevelingen die niet zijn gebaseerd op de resultaten of niet relevant zijn voor praktijk of vervolgonderzoek.
--	---	--	--	--

Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende

Toelichting:

Toelichting discussie:

De belangrijkste resultaten worden samengevat.

De resultaten worden in verband gebracht met de eerdere elementen van het onderzoek (probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en theoretisch kader).

In de discussie wordt ook breder geflecteerd op de betekenis van de bevindingen voor de rol van verpleegkundige en voor het eigen vakgebied.

De sterktes en zwaktes van het project en de betekenis daarvan worden evenwichtig besproken

Er zijn mogelijke verklaringen voor de overeenkomsten of verschillen met andere bronnen benoemd

Reflectie (student kiest eigen reflectiemodel)

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de reflectie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat grondig te reflecteren en toont hierbij een vermogen tot abstractie (dwz stijgt boven het eigen handelen uit / helikopterview). Hierbij komen de competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar diepgaand aan bod. Is in staat het reflectiemodel correct toe te passen. Laat duidelijk zien het reflecteren als een cyclisch proces te zien. Kan concreet aangeven welke leerdoelen aan het begin van het traject zijn opgesteld. Is aan het einde in staat handelingsalternatieven te formuleren.	Is in staat te reflecteren maar kan maar beperkt uitstijgen boven het eigen handelen. De belangrijkste competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen ruim aan bod. Het cyclische karakter van het reflectiemodel wordt uitgewerkt maar is op onderdelen niet correct toegepast (stelt bijvoorbeeld geen heldere leerdoelen aan het begin van het traject).	Reflecteert maar is hierbij onvoldoende in staat het eigen handelen te overstijgen. Slechts enkele competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen aan bod. Er is gekozen voor een reflectiemodel maar de uitwerking ervan is nog niet voldoende. De student geeft onvoldoende diepgang in de uitwerking van de stappen en het cyclische karakter van het model komt weinig naar voren.	Reflecteert maar kan niet boven het eigen handelen uitstijgen. Op competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar wordt nauwelijks tot niet gereflecteerd. Er is geen keuze gemaakt voor een reflectiemodel. De reflectie is onsamenhangend, heeft nagenoeg geen diepgang en er is geen sprake van een cyclisch karakter.

	Is in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Kan gemaakte keuzes goed beargumenteren en is zich terdege bewust van deze keuzemomenten en dilemma's. Is gedegen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich goed in anderen verplaatsen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Kan verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag en de belangrijkste keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes mist soms wat diepgang; student laat op hoofdonderdelen zien dat hij zich bewust is van deze keuzemomenten en/of dilemma's Is op hoofdonderdelen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich verplaatsen in anderen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Is nog niet voldoende in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes, dan wel bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's komen onvoldoende naar voren in de reflectie. Kan nog onvoldoende de omgeving en het gedrag van anderen waarnemen (kan zich nog onvoldoende verplaatsen in anderen) waardoor onvoldoende bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Neemt geen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Gemaakte keuzes worden niet beargumenteerd. Er wordt geen blijk gegeven van bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's. Is niet in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich niet verplaatsen in anderen); is zich hierdoor niet bewust van betekenisvolle situaties.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				