



Onderzoek decubituszorg MC Groep

Wat zeggen de betrokken medewerkers over de knelpunten rondom decubituszorg

Afstudeeronderzoek voor de Hogere Beroeps Opleiding Verpleegkunde aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle.

Studiejaar 4

Daniëlle Dickhof, Hanna Buis, Maria Roth

Onderzoek decubituszorg

MC Groep

Wat zeggen de betrokken medewerkers over de knelpunten rondom decubituszorg

Afstudeeronderzoek voor de Hogere Beroeps Opleiding Verpleegkunde aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle.

Auteurs:	D. Dickhof H. Buis M. Roth
Afstudeerbegeleider:	J.R. Schaaf
Praktijkbegeleider:	drs. K. P. Blaauwbroek MPM
Organisatie:	MC Groep, Lelystad

Zwolle, mei 2011

Alles uit dit verslag mag worden gebruikt, mits onder vermelding van de auteurs (D. Dickhof, H. Buis & M. Roth) en de opleider (Gereformeerde Hogeschool, Zwolle).

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van Daniëlle Dickhof, Hanna Buis en Maria Roth. Dit onderzoek gaat over decubitus preventie binnen het MC Zuiderzee ziekenhuis te Lelystad. Wij zijn drie HBO-V studenten aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle. De afsluiting van deze opleiding is een onderzoek. Het onderzoek is verpleegkundig relevant en wordt uitgevoerd voor een opdrachtgever. We hebben alle drie onze stage voltooid binnen het MC Zuiderzee op verschillende afdelingen. We willen graag iets betekenen voor dit ziekenhuis en hebben daarom een opdrachtgever gezocht binnen de instelling. Na overleg met de manager kwaliteit en veiligheid en leden van het opleidingsteam werd het onderwerp decubitus gekozen. Vervolgens is er een decubituswerkgroep in het leven geroepen waarin wij met dit onderzoek een belangrijke rol spelen.

Van alle patiënten die tijdens de prevalentiemeting van februari 2010 binnen de MC groep klinisch opgenomen waren heeft 5,49% decubitus ontwikkeld. Het landelijk gemiddelde daarentegen ligt op 3,3% in algemene ziekenhuizen (LPZ, 2010).

De instelling ziet het decubitus percentage daarom graag binnen een half jaar dalen. De vraag rees: "Welke maatregelen moet de MC Groep toepassen om binnen een half jaar te komen tot een verlaging van het decubituspercentage?"

Met het oog op de uitkomsten van de prevalentiemeting willen we graag onderzoeken wat de reden is dat het decubituspercentage verhoogd is. De uitkomsten van dit onderzoek moeten leiden tot een goed beeld van knelpunten rond decubituszorg. Dit willen we doen door de mening te vragen van verpleegkundigen en andere disciplines.

We willen op grond van deze uitkomsten conclusies kunnen trekken, die we gebruiken om aanbevelingen te kunnen doen naar gerichte maatregelen om het decubituspercentage te verminderen. U kunt de uitwerking van deze vragen en uitkomsten terug vinden in dit verslag.

In hoofdstuk 1 is een samenvatting van de literatuurstudie opgenomen. In hoofdstuk 2 wordt de probleem -en vraagstelling uitgelegd. Hoofdstuk 3 gaat over de uitvoering en onderbouwing van dit onderzoek. Dit wordt ook wel de methode van onderzoeken genoemd. Hoofdstuk 4 bestaat uit de resultaten van het onderzoek en de prevalentiemeting. In hoofdstuk 5 worden conclusies beschreven die naar aanleiding van de resultaten zijn opgesteld. Hoofdstuk 6 bevat aanbevelingen die gedaan zijn aan de MC groep om binnen een half jaar te komen tot een verlaging van het decubituspercentage. Ten slotte wordt in hoofdstuk 7 beschreven wat de sterke en zwakke kanten van het onderzoek zijn. Dit wordt genoemd onder discussie.

Op de volgende pagina zal eerst een samenvatting te vinden zijn.

Samenvatting

In het kader van het afstudeeronderzoek aan de HBO-V op de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle is onderzoek gedaan binnen de MC groep, locatie Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad. De instelling wil naar aanleiding van meerdere prevalentiemetingen naar decubitus, waaruit blijkt dat het decubituspercentage verhoogd is in vergelijking met het landelijk gemiddelde, binnen een half jaar komen tot een verlaging van het decubituspercentage.

Op basis van de uitkomsten van de prevalentiemetingen is gekozen een onderzoek te doen onder verpleegkundigen en andere disciplines die te maken hebben met decubituszorg. Hierbij is de volgende centrale vraag opgesteld.

‘Wat zeggen de betrokken disciplines rondom decubitus zorg van verschillende afdelingen in het MC Zuiderzee ziekenhuis te Lelystad over de oorzaak dat de evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?’

De doelstelling is om door middel van het onderzoek een duidelijk beeld te krijgen rondom de knelpunten bij decubituszorg. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek kunnen er gerichte maatregelen worden geadviseerd die de MC groep kan toepassen om binnen een half jaar te komen tot een verlaging van het decubituspercentage. Niet alleen de uitkomsten van meten kunnen bijdragen aan een effectiever en efficiëntere zorg, ook het proces van meten kan dit doen (Veerman 1999).

Er is eerst een literatuurstudie gedaan naar wat er bekend is over decubitus en de preventieve interventies daarvan. Na de bestudering van de literatuur en overleg binnen de decubituswerkgroep is een enquête opgesteld voor verpleegkundigen en andere disciplines die betrokken zijn bij de decubituszorg, zoals wondverpleegkundigen, teamleiders, diëtisten, fysiotherapeuten, operatieassistenten en verpleegkundigen. Deze enquête is uitgedeeld op 17 maart 2011. De vragen gaan over kennis wat betreft decubitus en materialen, het protocol, decubitus scorelijst, verantwoordelijkheid en attitude, structuur en de logistiek. Van de verpleegkundige enquêtes is er een respons van 38 enquêtes en van de andere disciplines een respons van 19 enquêtes. De kwantitatieve resultaten zijn verwerkt in het computerprogramma SPSS en de kwalitatieve resultaten zijn geanalyseerd volgens een stappenplan van Verhoeven (2007). Vanuit de resultaten zijn conclusies getrokken om antwoorden te geven op de opgestelde deelvragen en op de centrale vraag.

Hieruit blijkt dat de betrokken disciplines aangeven dat met name werk- en tijdsdruk een rol spelen bij het al dan niet toepassen van interventies om decubitus te voorkomen. Ook zeggen de betrokken disciplines dat er o.a. behoefte is aan meer duidelijkheid voor wat betreft materialen die ingezet kunnen worden en waar die te vinden zijn. Vanuit de resultaten en conclusies zijn aanbevelingen gedaan aan de instelling, om binnen een half jaar te komen tot een vermindering van het decubituspercentage. Deze aanbevelingen bestaan uit het updaten van het decubitusprotocol en de informatiefolder, het structureel inbedden van klinische lessen, het organiseren van een decubitus themaweek, een standaard wisseliggingschema ontwikkelen, het uitvoeren van een werkdrukmeting, opnieuw implementeren van aandachtvelders op de afdelingen en het zorgen voor een rustige werkplek met voldoende computers. In de laatste fase wordt in de discussie inhoudelijk en methodologisch ingegaan op mogelijke tekortkomingen van het onderzoek.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inleiding	7
Hoofdstuk 1 – Literatuurstudie	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Decubitus	9
1.3 Eerdere onderzoeken	11
1.4 Slot	12
Hoofdstuk 2 – Probleem en vraagstelling	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Aanleiding	13
2.3 Verpleegkundige relevantie	13
2.4 Probleemstelling en vraagstelling	13
2.5 Centrale vraag	14
2.6 Deelvragen	14
2.7 Doelstelling	15
2.8 Slot	15
Hoofdstuk 3 - Methode	16
3.1 Inleiding	16
3.2 Typering onderzoek	16
3.3 Onderzoekspopulatie	16
3.4 Wijze van gegevensverzameling	17
3.5 Wijze van gegevensanalyse	19
3.6 Validiteit en betrouwbaarheid	19
3.7 Slot	20
Hoofdstuk 4 – Resultaten	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Verwerking verpleegkundige enquête	21
4.3 Verwerking andere disciplines enquête	38
4.4 Slot	47
Hoofdstuk 5 – Discussie en conclusie	48
5.1 Inleiding	48
5.2 Antwoorden deelvragen	48
Deelvraag 1	48
Deelvraag 2	48
Deelvraag 3	49
Deelvraag 4	50
Deelvraag 5	51
Deelvraag 6	52
Deelvraag 7	53
Deelvraag 8	54
Deelvraag 9	55
5.3 Antwoord centrale vraag	55
5.4 Slot	56

Hoofdstuk 6 – Aanbevelingen	57
6.1 Inleiding	57
6.2 Aanbevelingen	57
6.3 Slot	59
Hoofdstuk 7 – Discussie	60
7.1 Inleiding	60
7.2 Methodologische aspecten	60
7.3 Inhoudelijke aspecten	61
7.4 Slot	62
Nawoord	63
Literatuurlijst	64
Bijlagen	67
1. Literatuurstudie decubitus (volledige versie)	68
2. Eerste opzet	74
3. Inleidende brief	75
4. Enquête verpleegkundigen	76
5. Enquête andere disciplines	84
6. Stappenplan kwalitatieve analyse	89
7. Uitwerking kwalitatieve analyse verpleegkundigen	91
8. Uitwerking kwalitatieve analyse andere disciplines	116

Inleiding

Het MC Zuiderzee ziekenhuis doet vier keer per jaar een prevalentiemeting naar decubitus. In september 2010 is er een prevalentiemeting gedaan naar decubitus binnen het ziekenhuis. In september 2010 zijn hiervan de resultaten gepresenteerd. Hieruit kwam naar voren dat van alle patiënten met decubitus binnen het ziekenhuis 60% dit in het ziekenhuis heeft gekregen. De andere 40% kwam met decubitus binnen (MC Groep, 2010). Van alle patiënten die tijdens de meting klinisch opgenomen waren heeft 5,49% decubitus ontwikkeld. Het landelijk gemiddelde daarentegen ligt op 3,3% in algemene ziekenhuizen (LPZ, 2010). De MC Groep heeft dus een hoger decubituspercentage dan het landelijk gemiddelde.

Verder blijkt uit een kennistoets van e-learning, over preventie en behandeling van decubitus onder verpleegkundigen, dat deze kennis tekort schiet (Halfens en Eggink, 1995). Uit de prevalentiemeting zijn meer opvallende getallen te ontdekken. Zo blijkt bijvoorbeeld dat bij 84 % van de patiënten met decubitus geen wissellegging is toegepast volgens ziekenhuisprotocol (MC Groep, 2010). Verder worden de hulpmiddelen zoals luchtmatrassen niet ten volle benut. Hieruit kan worden geconcludeerd dat preventieve maatregelen niet structureel worden ingezet.

Er kunnen meerdere redenen zijn waarom de verschillende interventies om decubitus te voorkomen niet of nauwelijks worden toegepast. Dit kan te maken hebben met gebrek aan kennis over preventie van decubitus, herkenning van decubitus, geen materiaal voor handen, geen gebruik maken van het protocol, werkdruk, etc. Een decubitus verpleegkundige in het Sint Lucas Andreas ziekenhuis zegt het volgende rondom de problematiek bij decubitus: 'Er gebeurt te weinig aan preventie, voornamelijk omdat verpleegkundigen sneller ingrijpen bij een letsel; dan is direct duidelijk wat er moet gebeuren. Het heeft ook te maken met de werkdruk. De huidige patiënten zijn veel zieker dan vroeger. Dat betekent dat het zwaartepunt steeds meer is komen te liggen op de curatieve zorg en dat is ten koste gegaan van de preventieve zorg' (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, 2007).

Het ziekenhuis geeft aan dat de prevalentiemeting een momentopname is waardoor er geen verdere conclusies kunnen worden getrokken over het gemiddelde decubituspercentage binnen het ziekenhuis. Wel komen er uit de verschillende prevalentiemetingen dezelfde knelpunten naar voren, zoals het toepassen van wissellegging en de documentatie. Hier wil de organisatie wat aan doen en daarbij streven naar een zo laag mogelijk decubituspercentage.

In dit kader wordt onderzoek gedaan naar wat de reden is dat interventies om decubitus te voorkomen onvoldoende worden toegepast (MC Groep, 2010). Op deze manier kunnen gerichte maatregelen worden gekozen en toegepast, om de preventieve zorg m.b.t. decubitus aan te scherpen. Dit moet uiteindelijk resulteren in een verlaging van het decubitus percentage.

Uit literatuur blijkt dat het verminderen van decubitus haalbaar is, omdat decubitus door preventieve maatregelen en vroege herkenning goed te bestrijden is (IGZ, 2010). De volgende centrale vraag is hierbij opgesteld:

Wat zeggen de betrokken disciplines rondom decubitus zorg van verschillende afdelingen in het MC Zuiderzee ziekenhuis te Lelystad over de oorzaak dat de evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?

De uitleg van de volgende begrippen: betrokken disciplines en betrokken afdelingen, staat in paragraaf 2.5.

Het naar beneden willen brengen van het decubitus percentage heeft verschillende voordelen. Hieronder vindt u drie voorbeelden:

- Door decubitus wordt de opnameduur verlengd. Een verlaging van dit percentage zou dus financieel goed zijn voor het ziekenhuis.
- De patiënt is gebaad bij preventieve decubitus zorg waardoor de patiënt geen extra ongemakken zal ervaren.
- Decubitus is een prestatie indicator voor kwaliteit van zorg (Poot, 2008).

In het volgende hoofdstuk is een literatuurstudie opgenomen naar decubitus en verschillende gerelateerde onderwerpen.

Hoofdstuk 1 –Literatuurstudie

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal een korte verdieping worden gegeven over het onderwerp decubitus en verschillende onderzoeken naar decubitus in ziekenhuizen.

Decubitus bestaat al enkele eeuwen, maar de laatste tijd komt er steeds meer bekendheid over decubitus. Het woord 'decubitus' werd voor het eerst officieel bekendgemaakt in 1777. Wohllleben introduceerde dit woord en gaf daarbij de volgende definitie: 'gangraena per decubitus'. Dit houdt weefselversterf in, door te gaan liggen.

Wohllleben kon drie oorzaken voor dit weefselversterf noemen namelijk de uitwendige natuurlijke factoren, de inwendige bovennatuurlijke factoren en de onderbreking van toevoer van bloed en voedingsstoffen naar het desbetreffende deel (Poot, e.a., 2008).

1.2 Decubitus

Definitie

In 2010 werd door het V&VN een duidelijke definitie voor decubitus opgesteld. Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht.

Schuifkrachten zijn krachten die in lengterichting op de huid worden uitgeoefend. Dit verschijnsel ziet men veelal voorkomen bij ouderen die naar verloop van tijd onderuit zakken op hun stoel of in bed. Wrijfkrachten worden daarentegen dwars op de huid uitgeoefend. Deze druk komt veelal voor bij mensen zichzelf niet meer van het ene bed op het andere bed kunnen verplaatsen. Een voorbeeld hiervan is wanneer iemand van het ene bed op het andere bed wordt overgeschoven (CBO, 2002).

De huid bestaat uit verschillende lagen. Elke huidlaag heeft zijn eigen functie. Eén van die functies is dat het weerstand moet bieden tegen uitwendige druk. Door het onderhuids bindweefsel worden dieper gelegen structuren beschermd voor de druk, maar lang niet altijd is dit voldoende. Een beschadiging aan het vaatweefsel van arteriën, arteriolen en capillairen zorgen veelal voor het ontstaan van decubitus (Grégoire, 2007).

Er zijn vier categorieën ontwikkeld die de ernst van de decubituswond beschrijven (Kersten, 2007).

Graad 1: Roodheid van de intacte huid, die niet wegdrukbaar is. Daarnaast kan verkleuring van de huid optreden, oedeem, warmte en verharding (induratie).

Graad 2: De huid is oppervlakkig ontveld of er vertoont zich een blaas. Daarbij is dus de opperhuid defect, wat zelfs de daaronder gelegen huidlaag (lederhuid) ook beschadigd heeft.

Graad 3: Dit houdt in dat er een defect van de huid is waarbij schade of necrose is opgetreden van de huid en onderhuids bindweefselvlies.

Graad 4: Weefselschade of –versterf dat is aangericht aan spieren, botweefsel en andere ondersteunende weefsels. Dit kan ontstaan door schade aan met of zonder schade aan de opperhuid en lederhuid.

Oppervlak en tijdsduur

Het oppervlak waarop de druk wordt uitgevoerd en de tijdsduur van deze druk, zijn van groot belang bij het ontstaan van decubitus. Hoe kleiner het oppervlak, hoe groter de kans dat er decubitus ontstaat. Wat betreft de tijdsduur levert hoge druk op de huid in een kort tijdsbestek hetzelfde effect op als een lagere druk in een langere tijd (CBO, 2002)

Bij het ontstaan van decubitus spelen extrinsieke en intrinsieke factoren mee. Extrinsieke factoren zijn factoren die van buiten het lichaam komen. Bij decubitus zijn dit de druk-, wrijf- en schuifkrachten. Intrinsieke factoren zijn patiëntgebonden. Dit zijn factoren die al binnen het lichaam aanwezig zijn en ertoe bij kunnen dragen dat decubitus sneller ontstaat.

Voorbeelden hiervan zijn wanneer iemand diabetes heeft, het lichaamsgewicht hoog is, iemand met een slechte voedingstoestand etc. (CBO, 2002).

Vochtletsel

Vochtletsel is ook een extrinsieke factor, maar wordt niet gerekend tot de categorie decubitus. Vochtletsel ontstaat doordat vocht van bijvoorbeeld urine, feces, transpiratie of wondvocht op de huid inwerken. Dit kan ervoor zorgen dat er roodheid optreedt en de oppervlakkige huidlagen stuk gaan. Het verschil tussen vochtletsel en decubitus is niet door elke verpleegkundige makkelijk te onderscheiden, maar er bestaat een duidelijk verschil. Vochtletsel is niet scherp afgelijnd (in tegenstelling tot decubitus) en de huid heeft een purperen kleur.

Vochtletsel in combinatie met druk kan er wel voor zorgen dat er decubitus ontstaat (Stichting Oostelijk Zuid-Limburg, s.d.).

Preventieve maatregelen

Decubitus kan worden voorkomen. Er bestaan dan ook een aantal effectieve preventieve maatregelen. Het informeren van de patiënt is daar één van. Wanneer de patiënt bij de zorg betrokken wordt, zal hij zelf preventieve maatregelen kunnen inzetten om verschijnselen te voorkomen. Naast het informeren van de patiënt is het geven van wisselgigging en –houding aan de patiënt ook van groot belang. Wanneer er elke vier uur van houding wordt veranderd in bed of in een stoel, zal de bloedsomloop optimaal blijven en daarmee de huid goed doorbloed. Hierdoor zal de kans op weefselschade voorkomen kunnen worden (Defloor, 2000). Druk verlagen bij de hielen van de patiënt is ook van belang. Hierbij kan gedacht worden aan het neerleggen van een kussen onder de onderbenen, waarbij de hielen in de lucht zweven. Deze moeten geheel vrij liggen om wrijving te voorkomen.

Verder moet er aandacht zijn voor de onderlaag van het lig –of zit gedeelte. Rimpels en plooien kunnen ervoor zorgen dat decubitus ontstaat. Iedere dag de huid inspecteren kan vroege erkenning van het ontwikkelen van decubitus in de hand werken (CBO, 2002).

Bradenschaal en de Nortonschaal

Het is van groot belang dat er gebruik wordt gemaakt van scorelijsten. Deze scorelijsten geven een voorspelling op het ontwikkelen van decubitus. Bij opname van de zorgvrager wordt een risico scorelijst ingevuld evenals wanneer de zorgvrager afhankelijk wordt van bed of rolstoel of wanneer de conditie van de zorgvrager verbeterd of verslechtert (BTSG, s.d.). De meest bekende risico-scorelijsten zijn de Bradenschaal en de Nortonschaal.

In MC Zuiderzee wordt gewerkt met een risico scorelijst volgens het CBO (2002). Deze lijst wordt digitaal ingevuld door de verpleegkundige. Bij een bepaald aantal punten geeft het systeem aan dat er een verhoogd risico bestaat op het krijgen van decubitus. Hoe lager de score, hoe groter het risico op decubitus. Hierop zullen de verpleegkundigen actie moeten ondernemen zoals het gebruiken van een antidecubitus matras etc.

Behandeling

Het menselijk lichaam is zo ontwikkeld dat het eigen wonden weer kan laten genezen, ook als het gaat om decubituswonden. Daarbij is het wel van belang dat er geen druk meer wordt uitgeoefend op de wond. De genezing van de wond kan bespoedigd worden wanneer er in de wond een vochtig milieu aanwezig is, er geen necrose in de zit (behalve droge necrose op de hiel) en er steriel gewerkt wordt (CBO, 2002).

Hoe de wond behandeld moet worden hangt af van de categorie waarin de decubituswond valt. Bij graad 1 en 2 wordt er veelal preventief gehandeld. De druk moet weggenomen worden en daarbij kan het al voldoende zijn om de wond goed schoon te houden en eventueel te behandelen met zinkzalf en gazen. Wanneer de wond in graad 3 of 4 valt, zal er overgegaan worden op andere maatregelen zoals het toepassen van NDT (niet drukkende therapie) of is een chirurgische ingreep nodig om de wond te sluiten (CBO, 2002).

1.3 Eerdere onderzoeken

Welke andere onderzoeken zijn er al gedaan?

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het ontstaan van decubitus in algemene en academische ziekenhuizen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een prevalentie meting en een incidentele meting. Als we spreken over een prevalentie meting m.b.t. decubitus in het ziekenhuis wordt er gekeken naar hoeveel patiënten in het ziekenhuis decubitus hebben. Bij een incidentie meting worden alleen de patiënten bedoeld die in het ziekenhuis decubitus hebben gekregen. In de jaren 2004 t/m 2009 daalde het percentage risicopatiënten dat in het ziekenhuis decubitus ontwikkelt van 10,3% naar 5,3% in algemene ziekenhuizen. In academische ziekenhuizen daalde dit in dezelfde periode van 10,3% naar 9,8% (Halfens e.a., 2009).

De afgelopen jaren heeft het onderwerp decubitus veel aandacht gekregen binnen instellingen. Er is gekeken naar manieren om decubitus tegen te gaan. Deze aandacht heeft effect gehad aangezien de percentages dalende zijn. Ook nu is decubitus een hot item. Dit komt ook doordat decubitus en de mate waarin het voorkomt binnen een ziekenhuis een betrouwbare maat een goed criterium is voor kwaliteit van zorg. Huidletsel wat ontstaan is door incontinentie en decubitus ontstaan in het ziekenhuis worden gemeten met de kwaliteit van de verpleegkundige zorg (IGZ, 2011). Decubitus is namelijk in 85% van de gevallen te voorkomen door bijv. wisselgigging (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, 2007). Bovendien is een instelling zoals een algemeen ziekenhuis financieel beter af bij een laag percentage decubitus gevallen, omdat de totale verpleegduur langer wordt als een patiënt decubitus ontwikkelt (RIVM, 2010).

Het risico op het krijgen van decubitus kan gemeten worden aan de hand van de bradenschaal. De bradenschaal is een risicoscorelijst voor decubitus. In het MC Zuiderzee wordt gebruik gemaakt van een risicoscorelijst ontwikkeld door het CBO (2002). De schaal bestaat uit 6 onderwerpen namelijk: zintuiglijke waarneming, activiteit, mobiliteit, vochtigheid, voedingstoestand en frictie/schuifkracht. Op al deze onderwerpen kun je punten scoren. Een hoge score staat voor een hoog decubitus risico (E. Poot, e.a., 2008). Landelijk wordt er gestreefd om het percentage decubitus gevallen in ziekenhuizen onder de 5% te krijgen.

Acties t.a.v. decubitus verbeterprojecten in ziekenhuizen

Er zijn veel instellingen die aan de slag zijn gegaan met verschillende maatregelen om de decubitus te verminderen. Hierbij noemen we enkele voorbeelden.

Het ziekenhuis in Ede had in 2008 een decubitus van 5% van patiënten die tijdens de opname decubitus ontwikkelden. Door nieuwe bedden, extra kussens, vaker wisselen van houding, een aangepast menu, nieuwe matrassen die de druk beter verdelen en een speciale training voor verpleegkundigen om decubitus snel te herkennen daalde de decubitus naar 1% (Gelderse vallei, 2008).

Het Academisch ziekenhuis in Utrecht heeft een decubitus werkgroep in het leven geroepen die de preventie en behandeling van decubitus coördineert. Verder hebben ze consensus bijeenkomsten georganiseerd om het decubitus percentage terug te dringen (UMC, 2011). Het Sint Lucas Andreas ziekenhuis heeft een decubitusverpleegkundige aangesteld die zich bezig houdt met preventiebeleid, ontwikkelen van protocollen m.b.t. decubitus en voorlichting geven aan de verpleegkundigen. Hun decubitus is gedaald naar 5% (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, 2007).

Het Jeroen Bosch ziekenhuis heeft een andere aanpak gehad. Zij hebben een decubitus commissie opgezet. Met hulp van het CBO zijn ze bekend geraakt met de doorbraakmethode. Dit houdt in dat elke afdeling eerst een nulmeting doet. Er worden zelf maatregelen bedacht en uitgevoerd. Deze worden geëvalueerd of ze werken of niet. Om dit te blijven meten hebben ze een softwareapplicatie ontwikkeld waar ze metingen in kunnen voeren. Verder is er op elke afdeling een verpleegkundige aangewezen die decubitus als extra aandachtsgebied heeft. Ze zijn aangesteld om hun collega's steeds weer te wijzen op preventie tegen decubitus. Verder hebben ze nieuwe rolstoelen aangeschaft.

1.4 Slot

In dit hoofdstuk is verschillende literatuur aan bod gekomen met betrekking tot decubitus. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de aanleiding, de probleemstelling en de centrale vraag van het onderzoek.

Hoofdstuk 2 – Probleem en vraagstelling

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat de aanleiding is van het onderzoek met hierbij de ontwikkelde centrale vraag. Om te komen tot een antwoord op deze centrale vraag zijn er ook verschillende deelvragen opgesteld.

Verder worden belangrijke onderwerpen belicht zoals de verpleegkundige relevantie, probleemstelling, en de doelstelling. Hieronder zal allereerst de aanleiding gegeven worden tot het gekozen onderwerp.

2.2 Aanleiding

Uit eerder onderzoek (MC Zuiderzee, prevalentiemeting decubitus, 2010) blijkt dat verpleegkundigen niet goed scoren op een aantal kennisvragen over decubitus. Ook blijkt dat preventieve maatregelen zoals wisselgigging en gebruik van de juiste materialen niet ten volle worden benut en toegepast.

Vanuit de organisatie kwam de vraag naar voren: Welke maatregelen moet de MC groep toepassing om binnen een half jaar te komen tot een verlaging van het decubituspercentage. Hierbij moet eerst duidelijk worden wat verpleegkundigen en andere disciplines zeggen over hoe de decubituszorg nu wordt georganiseerd, waar de knelpunten liggen en wat er volgens hen verbeterd kan worden.

2.3 Verpleegkundige relevantie

In het Zuiderzeeziekenhuis heeft een verpleegkundige op een klinische afdeling te maken met zorgvragers die korte of lange tijd zijn opgenomen.

In de beroepscode staat hierover het volgende vermeld:

‘Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het voorkomen, signaleren en behandelen van decubitus. De verpleegkundige is samen met de zorgvrager verantwoordelijk voor het plannen, coördineren, bewaken, uitvoeren, evalueren en bijstellen van de afgesproken zorg’ (Leistra e.a., 2005).

De verpleegkundige heeft de taak om de zorgvrager goed te observeren en eventueel risico op decubitus te signaleren en daar interventies op toe te passen. Deze kerntaken van de verpleegkundige zijn essentieel bij het voorkomen van decubitus. Denk ook aan preventie en voorlichting, coördinatie van zorg en verpleegtechnisch handelen (Boog e.a., 2002). Verder staat in de beroepscode dat de verpleegkundige moet beschikken over de deskundigheid die nodig is voor een verantwoorde en adequate beroepsuitoefening, deze bewaakt, bevordert en onderhoudt (Leistra e.a., 2005).

Er wordt verwacht dat de verpleegkundigen deel zullen nemen aan het onderzoek om de zorg rondom decubitus te verbeteren. Het is van belang dat de verpleegkundige een kritische houding heeft naar zichzelf, collega's en andere beroepsbeoefenaren. Verder speelt feedback op het eigen functioneren en dat van anderen daar een belangrijke rol in (Leistra e.a., 2005).

2.4 Probleemstelling en vraagstelling

Het decubituspercentage binnen het MC Zuiderzee Ziekenhuis is verhoogd in vergelijking met het landelijk gemiddelde (MC Groep, 2010). Hier wil de MC Groep wat aan doen, door binnen een half jaar te komen tot een verlaging van dit percentage. Om tot deze verlaging te komen is het van belang om een onderzoek te doen naar de zorg rondom decubitus. Er is onderzoek nodig om te achterhalen wat de reden is dat het decubituspercentage zo hoog is. Het is van belang om te kijken welke belemmeringen meespelen in de zorg onder verschillende disciplines om effectieve decubituszorg te kunnen geven. Wanneer er conclusies kunnen worden getrokken uit dit onderzoek, zal ook meer gericht kunnen worden gewerkt aan het opstarten van verschillende maatregelen. Dit met het uiteindelijke doel om het decubituspercentage te verlagen.

2.5 Centrale vraag

Gezien voorgaande probleemstelling waaruit blijkt dat er onderzoek nodig is naar decubituszorg, is de volgende centrale vraag opgesteld:

Wat zeggen de betrokken disciplines rondom decubitus zorg van verschillende afdelingen in het MC Zuiderzee ziekenhuis te Lelystad over de oorzaak dat de evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?

Begripsverduidelijking

Hieronder wordt uitleg gegeven over enkele begrippen die genoemd worden in de centrale vraag.

De betrokken disciplines

- Verpleegkundigen
- Wondverpleegkundigen
- Teamleiders
- Diëtisten
- Fysiotherapeuten
- Operatieassistenten
- Verkoever-verpleegkundigen

Afdelingen

- | | |
|----------------------|-----------------|
| ▪ Algemene chirurgie | ▪ Neurologie |
| ▪ Cardiologie | ▪ Orthopedie |
| ▪ Intensive care | ▪ Urologie |
| ▪ Interne afdeling | ▪ Operatiekamer |
| ▪ Long afdeling | |

Evidence-based

Dit is het gewetensvol expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten (Offringa, e.a., 2000).

Preventieve interventies

Onder preventie vallen de activiteiten die helpen om problemen te voorkomen. Dit kan zowel zijn op geestelijk en lichamelijk niveau. Preventieve interventies zijn erop gericht om gezondheidsproblemen te voorkomen, vroegtijdig op te sporen of te behandelen. Omstandigheden zijn te vertalen in risico- en beschermende factoren voor het ontwikkelen van problemen. Door in te spelen op deze factoren met preventieve interventies, kan het risico op het ontwikkelen van een probleem verkleind of voorkomen worden (Trimbos, 2011).

Decubitus

Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht (V&VN, 2010).

Over de begrippen evidence-based, preventieve interventies en decubitus is meer informatie te vinden in de literatuurstudie in hoofdstuk 1.

2.6 Deelvragen

Om de centrale vraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- 1 Wat is decubitus?
- 2 Wat zijn evidence-based interventies om decubitus te voorkomen?
- 3 Hoe is de zorg rondom decubitus georganiseerd binnen het MC-Zuiderzee?
- 4 Wat voor rol spelen de genoemde betrokken disciplines m.b.t. decubituszorg?

- 5 Wat zeggen de betrokkenen over de kennis die zij hebben over het voorkomen van decubitus?
- 6 Wat zeggen de betrokkenen over het bestaande protocol voor decubitus zorg?
- 7 Wat zeggen de betrokkenen over de verantwoordelijkheid en attitude rondom het voorkomen van decubitus?
- 8 Wat zeggen de betrokkenen over de structuur van de decubitus zorg binnen het ziekenhuis?
- 9 Wat zeggen de betrokkenen over de logistiek rondom het voorkomen van decubitus?

2.7 Doelstelling

De doelstelling is om door middel van het onderzoek een duidelijk beeld te krijgen rondom de knelpunten bij decubituszorg. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek kunnen er gerichte maatregelen worden geadviseerd die de MC Groep kan toepassen om binnen een half jaar te komen tot een verlaging van het decubituspercentage.

Om tot deze verlaging te komen is het van belang om een onderzoek te doen naar de zorg rondom decubitus. Er is onderzoek nodig om te achterhalen wat de reden is dat het decubituspercentage zo hoog is. Het is van belang om te kijken welke belemmeringen meespelen in de zorg onder verschillende disciplines om effectieve decubituszorg te kunnen geven. Wanneer er conclusies kunnen worden getrokken uit dit onderzoek, zal ook meer gericht kunnen worden gewerkt aan het opstarten van verschillende maatregelen. Dit met het uiteindelijke doel om het decubituspercentage te verlagen.

2.8 Slot

In dit hoofdstuk is er aandacht besteed aan de probleemstelling waaruit een centrale vraag is opgesteld met daaraan gerelateerde deelvragen. Ook is hier de doelstelling van dit onderzoek uitgewerkt. In het volgende hoofdstuk zal worden besproken hoe dit onderzoek methodologisch is uitgevoerd.

Hoofdstuk 3 Methode

3.1 Inleiding

Uit het voorgaande hoofdstuk is gebleken welke centrale vraag er wordt gehanteerd in dit onderzoek, met de verschillende deelvragen.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de methode waarop dit onderzoek is gebaseerd. Hierin zal worden stilgestaan bij de typering van het onderzoek, de onderzoekspopulatie, de wijze van gegevensverzameling en –analyse. Verder wordt gekeken naar de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

3.2 Typering onderzoek

Allereerst wordt het verschil tussen een kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgelegd. Bij een kwalitatief onderzoek staat de beleving van de ondervraagde centraal. Het is daarmee een interpretatief onderzoek. Er worden geen meetbare gegevens verzameld maar centraal staat de betekenis die de ondervraagde zelf aan de situatie geeft. Bij kwantitatieve onderzoeken worden cijfermatige gegevens verzameld. Deze gegevens worden ingevoerd in een gegevensbestand om met behulp van statistische technieken te analyseren.

De basis van dit onderzoek is een kwantitatief onderzoek, met daarin ook kwalitatieve vragen. Deze kwalitatieve vragen zijn weer kwantitatief verwerkt. De centrale vraag is kwalitatief opgesteld omdat er gevraagd wordt naar de mening van de verschillende disciplines die te maken hebben met de decubituszorg. Echter er is bewust gekozen voor een kwantitatief onderzoek, omdat de survey zich leent voor het ondervragen van een grote groep mensen. Daarnaast is dit een overzichtelijk meetinstrument. De focus van dit onderzoek ligt daarom meer op het gebied van een kwantitatief onderzoek (Verhoeven, 2007).

De enquête bevat voornamelijk kwantitatieve vragen met kwalitatieve vragen ter verdieping. De kwalitatieve vragen zijn gericht op de ervaring en beleving van de betrokkenen als het gaat om decubituszorg m.b.t. structuur, materiaal, logistiek etc. Door deze open vragen krijgen de ondervraagden de kans om in eigen woorden aan te geven wat volgens hen de knelpunten zijn in de decubituszorg. Met het kwantitatieve gedeelte kunnen verschillende meetbare gegevens worden verzameld zoals het aantal jaar dat iemand werkzaam is en op welke afdeling iemand werkzaam is.

3.3 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek is select en aselect. Een aselecte steekproef houdt in dat er willekeurige mensen voor het onderzoek worden gevraagd. Zij worden niet van tevoren uitgekozen. Select onderzoek houdt in dat bepaalde personen uit een populatie of de gehele populatie de enquête in mogen vullen (Hunink e.a. 2000). Allereerst zal ingegaan worden op de populatie van dit onderzoek. Vervolgens wordt uitgelegd hoe het aselecte en selecte deel zichtbaar wordt in dit onderzoek.

In de decubituszorg spelen verschillende disciplines een rol. De onderzoekspopulatie bestaat daarom uit verpleegkundigen, wondverpleegkundigen, teamleiders, diëtisten, fysiotherapeuten, operatieassistenten en verkoever-verpleegkundigen. De genoemde disciplines zijn gekozen vanwege de rol die zij spelen in de decubituszorg.

In dit onderzoek vindt het aselecte deel plaats door de enquête op één dag, namelijk 17 maart 2011, te houden. Alle verpleegkundigen die op deze dag aanwezig zijn, krijgen de mogelijkheid om deze enquête in te vullen. Dit, om een betrouwbaar beeld te krijgen van de mening van de verpleegkundigen. Dezelfde methode is ook toegepast op operatieassistenten en de verkoever-verpleegkundigen.

Voor de andere disciplines - namelijk wondverpleegkundigen, teamleiders, diëtisten, fysiotherapeuten - is er gekozen voor een selecte steekproef, omdat deze populatie uit weinig mensen bestaat waardoor het betrouwbaarder is om de gehele populatie te ondervragen.

De steekproef is samengesteld door middel van inclusie en exclusie criteria. De inclusie criteria zijn criteria waar een respondent aan moet voldoen om mee te doen aan het onderzoek. De exclusie criteria zijn criteria die respondenten uitsluiten van het onderzoek (Hunink, e.a., 2000).

Inclusie: verpleegkundigen van de genoemde afdelingen, 3 wondverpleegkundigen, 8 teamleiders, 3 diëtisten, 3 fysiotherapeuten, operatieassistenten en verkoever-verpleegkundigen.

Exclusie: stagiaires. De reden hiervoor is dat zij mogelijk niet voldoende kennis hebben over het beleid bij decubituszorg in het MC Zuiderzeeziekenhuis. Dit kan mogelijk een vertekend beeld geven in het onderzoek.

Er kan nagegaan worden of de steekproef de juiste afspiegeling geeft van de populatie die onderzocht wordt. Als de ondervraagde respondenten relevante kenmerken hebben van de populatie, is deze steekproef representatief en mogen de onderzoeks resultaten gebruikt worden van deze populatie. Dit noemen we populatie validiteit en een vorm van externe validiteit (Verhoeven, 2007). Voorbeelden van relevante kenmerken van een verpleegkundige zijn dat zij BIG-geregistreerd staan en werkzaam zijn binnen de MC-Groep. Daarnaast is het van belang dat verpleegkundigen met verschillend aantal arbeidsjaren worden ondervraagd.

Er geldt voor zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek dat de omvang van een steekproef groter moet zijn:

- naarmate de eenheden die men wil onderzoeken meer verschillen,
- naarmate men preciezer en nauwkeuriger wil meten,
- naarmate de analyse ingewikkelder is,
- naarmate de beoogde generalisatie groter moet zijn (Baarda e.a., 1995).

Voor een kwantitatief onderzoek zijn meer respondenten nodig dan voor een kwalitatief onderzoek. Dit heeft te maken met het doel van kwalitatief onderzoek, namelijk inhoudelijke uitdieping van informatie. Na gemiddeld 30 respondenten bij kwalitatieve onderzoeken over een bepaald onderwerp komt er geen nieuwe informatie meer naar voren (Hunink, e.a., 2000). In dit onderzoek is beoogd de generalisatie te vergroten door rekening te houden met de omvang van de steekproef.

3.4 Wijze van gegevensverzameling

De meest gebruikte methode om gegevens te verzamelen bij grote groepen personen, is die van de survey, ook wel enquête genoemd. Survey onderzoek is een gestructureerd dataverzamelingsmethode, de vraagstelling staat van tevoren vast en er wordt een klein aantal antwoord mogelijkheden gegeven waaruit de ondervraagde kan kiezen (Verhoeven, 2007). Een enquête is een manier om objectieve informatie te verzamelen, zonder subjectieve invullingen van de onderzoekers. Ook kost een enquête minder tijd in vergelijking met een interview, gezien het relatief korte tijdsbestek waarin dit onderzoek moet plaatsvinden. Daarnaast kost een enquête voor de respondenten ook minder tijd, wat het aantrekkelijker maakt om mee te werken aan het onderzoek (Kempen, e.a. 2006).

Er zijn een aantal criteria waar de vragenlijst van de enquête aan moet voldoen. Het is van belang dat de vragenlijst:

- bruikbaar is
- leesbaar en helder is, dus concreet en voor niet meer dan één uitleg vatbaar

- compleet is
- vragen bevat die 'meten wat je wilt meten'
- neutraal is
- niet te lang is, maar zo compact mogelijk
- geen verzameling wordt van alles wat men altijd al wilde weten (Verhoeven, 2007).

Bij het ontwikkelen van een vragenlijst moet er ook gekeken worden naar de doelgroep en het taalgebruik. Wat betreft de vragen in een enquête, is het van belang om deze in een logische volgorde te stellen ('t Hart e.a., 2005). Vragen over hetzelfde onderwerp horen bij elkaar te staan. Er zijn een aantal regels voor het opstellen van vragen.

Goede vragen:

- zijn helder en eenvoudig
- zijn eenduidig
- zijn enkelvoudig
- bevatten geen dubbele ontkenning
- zijn objectief
- zijn onafhankelijk (Verhoeven, 2007).

Op basis van deze informatie is de enquête voor verpleegkundigen en de overige disciplines over decubitus opgesteld. Er is per vraag rekening gehouden met bovenstaande criteria. Hierbij is gestreefd naar het opstellen van eenduidige en heldere vragen die meten wat er gemeten dient te worden. Vanuit de decubituswerkgroep en de literatuurstudie zijn er meerdere onderwerpen naar voren gekomen die van belang zijn voor het onderzoek. De eerste vragen van de enquête zijn algemeen van aard waarbij onderwerpen als functie en arbeidsjaren naar voren komen. Op deze manier kan er meer inzicht worden verkregen over de ervaring en kenmerken van de respondent. Op basis hiervan kan er een vergelijking worden gemaakt tussen de verschillende afdelingen en bijvoorbeeld jaren van ervaring. Verder komen er decubitus gerelateerde onderwerpen aan de orde zoals kennis, decubituscorelijst, decubitusprotocol, verantwoordelijkheid en attitude, structuur en logistiek. Door de enquête onder te verdelen in genoemde onderwerpen wordt de leesbaarheid bevorderd voor de respondenten (Baarda, e.a., 2001). De enquêtes zijn te vinden in bijlage 4 en 5.

De enquête vragen zijn gebaseerd op de zorg die nu in het ziekenhuis wordt geleverd met betrekking tot decubitus. Dit is onderzocht door een dag mee te lopen met de wondverpleegkundige. De wondverpleegkundige heeft inzicht gegeven in de structuur, logistiek, decubituspreventie, herkenning en verzorging.

Aan de hand van deze informatie, de literatuurstudie en de onderwerpen die binnen de decubituswerkgroep genoemd zijn, is de enquête opgesteld.

Deze onderwerpen zijn opgesteld met het doel om helder te krijgen wat de verpleegkundigen en andere disciplines zeggen over de zorg die nu gegeven wordt en wat er volgens hen verbeterd kan worden. Op deze manier kunnen de knelpunten zichtbaar worden gemaakt zodat er goede maatregelen kunnen worden ingezet om de decubitus te verlagen.

Daarnaast is er een enquête opgesteld voor andere betrokken disciplines, namelijk, wondverpleegkundigen, teamleiders, diëtisten, fysiotherapeuten, operatieassistenten en verkoever-verpleegkundigen. De vragen in deze enquête zijn aangepast op de betrokken disciplines, gezien niet alle vragen van toepassing zijn. Wat betreft vorm en inhoud komen de vragen overeen.

Voordat de enquête wordt afgenomen moeten de ondervraagden op de hoogte gebracht worden van de datum wanneer dit zal plaatsvinden (Verhoeven, 2007). Hiervoor is twee weken van tevoren een begeleidende brief opgesteld die naar alle teamleiders is verstuurd. Daarnaast is deze brief een aantal dagen voor de betreffende datum (17 maart 2011) persoonlijk op de afdelingen afgeleverd.

Op de enquête dag zijn de enquêtes op elke afdeling gebracht. Die dag waren de onderzoekers beschikbaar voor eventuele vragen. Dit is besproken met de secretaresses van de afdelingen, zij kregen de benodigde gegevens om contact op te nemen met de onderzoekers. Aan het eind van de dienst zijn de enquêtes opgehaald. De respondenten die niet op tijd de enquête konden inleveren, kregen de mogelijkheid deze later in te leveren. Er is duidelijk gecommuniceerd waar deze enquêtes konden worden ingeleverd.

3.5 Wijze van gegevensanalyse

De enquête is opgebouwd uit meerkeuze vragen en open vragen, die afzonderlijk geanalyseerd worden. De meerkeuze vragen worden geanalyseerd met behulp van het computer programma SPSS. Met het programma SPSS kunnen statistische meetgegevens worden geanalyseerd. Dit gaat volgens de Windows principes. SPSS is een rekenprogramma dat verschillende mogelijkheden biedt om deze statistische bewerkingen uit te voeren, zowel beschrijvend als inductief. Aangezien het onderzoek ook bestaat uit voornamelijk gesloten vragen, waarbij meerdere antwoorden mogelijk zijn, wordt dit verwerkt in het SPSS programma (Grotenhuis, e.a. 2006). Wat betreft de open vragen worden de enquêtes eerst genummerd en vervolgens kwalitatief geanalyseerd. Hiervoor is het volgende stappenplan gevolgd.

Fragmenteren

De tekst wordt gescheiden op relevante en niet-relevante informatie, door de relevante informatie te arceren. Er wordt een positieve of negatieve toonzetting toegekend aan de gebruikte woorden in de relevante informatie van de fragmenten. Elk antwoord is een fragment op zich. De enquêtes en fragmenten worden genummerd, zodat het gemakkelijk terug te vinden is. Het eerste cijfer geeft de enquête, het tweede cijfer de vraagnummer en het derde cijfer geeft het fragment aan (bijv. 1/6/3).

Coderen

Elk fragment wordt gecodeerd waardoor de tekst wordt samengevat. Hierbij wordt per fragment zo mogelijk 1 code gebruikt, om te voorkomen dat er niet te veel codes ontstaan. Daarnaast moet worden gelet op de positieve of negatieve toonzetting van een fragment.

Groeperen

De codes worden gegroepeerd. In dit proces komen de codes vanuit alle enquêtes bij elkaar. De verschillende codes kunnen elkaar overlappen, in dat geval kunnen ze worden samengevoegd. Het is daarbij van belang dat de code vanuit het fragment nu niet op een andere manier wordt geïnterpreteerd. Vervolgens wordt er regelmatig gekeken of de codes opgesplitst kunnen worden in hoofdbegrippen en subcategorieën.

Structureren

De codes worden gestructureerd door verbanden en de bepaalde volgorde samen te brengen in een diagram. Tot slot wordt het diagram in verband gebracht met de onderzoeksvraag. Er wordt gekeken of de onderzoeksvraag beantwoord is (Verhoeven, 2007).

Een uitgebreider stappenplan is te vinden in bijlage 6.

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft te maken met onderzoeksresultaten die niet op toeval berusten. Er kunnen tijdens een onderzoek fouten worden gemaakt. De betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek kunnen aangeven in hoeverre het onderzoek vrij is van fouten. Er zijn verschillende manieren om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen. Zo is er bijvoorbeeld voor gekozen om een onderzoek te doen onder een grote groep mensen, om ervoor te zorgen dat er nauwkeuriger uitspraak gedaan kan worden over de resultaten (Hunink, e.a., 2000).

De enquête is eerst ter goedkeuring voorgelegd aan de werkgroep decubitus van het Zuiderzeeziekenhuis. Na deze goedkeuring is er een proef enquête aan drie verschillende verpleegkundigen gegeven. Zij hebben feedback gegeven over de opzet en de inhoud van de enquête. Voorbeelden hiervan zijn dat er antwoord mogelijkheden misten bij gesloten vragen. Daarnaast was de opbouw van de antwoordmogelijkheden niet consistent. Deze punten van feedback zijn meegenomen in de werkelijke enquête die verspreid is onder de verschillende disciplines die te maken hebben met de zorg voor decubitus. Er kan nagegaan worden of de steekproef de juiste afspiegeling geeft van de populatie die onderzocht wordt. Als de ondervraagde respondenten relevante kenmerken hebben van de populatie, is deze steekproef representatief en mogen de onderzoeks resultaten gebruikt worden van deze populatie. Dit noemen we populatie validiteit en een vorm van externe validiteit. Een ander vorm van externe validiteit is begripsvaliditeit. Begrippen die genoemd worden in de enquête en mogelijk onduidelijk zijn worden nader omschreven om de begripsvaliditeit te verhogen (Verhoeven, 2007). Door gebruik te maken van bijlage 6 is er gezorgd voor betrouwbaarheid van het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek.

Voorafgaand aan de enquête is er een inleidende brief, zie bijlage 3, op alle betrokken afdelingen gebracht. Verder is deze brief via de mail verstuurd naar alle teamleiders die hierbij betrokken zijn. Dit is gedaan om de respons van alle personen in kwestie te verhogen. In deze begeleidende brief staat informatie over (Verhoeven, 2007):

- de reden van het onderzoek,
- wanneer de enquête plaats zal vinden,
- waarom het van belang is dat mensen mee werken,
- hoe het komt dat deze respondent benaderd wordt
- hoe de enquête ingevuld moet worden (zelfstandig, naar eigen inzicht)
- voor welke datum dit ingeleverd moet worden
- het feit dat er vertrouwelijk wordt omgegaan met de gegeven informatie

De enquête kan anoniem worden ingevuld. Dit om sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk te vermijden en de respons te vergroten (Verhoeven, 2007).

Op het voorblad van de enquête staat informatie over de duur en het belang van het onderzoek. Zie ook bijlage 4 en 5. Door de enquêtes persoonlijk langs te brengen en op te halen ontstaat er een stukje controle en overzicht.

Werkdruk en hectiek op de werkvloer kunnen van invloed zijn op de aandacht bij het invullen van de enquête. Daarom is er gekozen om de respondenten een dag de tijd te geven voor het invullen van de enquête. Om een zo eerlijk mogelijk beeld te krijgen van de resultaten is er op het voorblad van de enquête nadrukkelijk gevraagd om deze naar waarheid en eigen inzicht in te vullen.

Verder is er nagedacht over verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid van de gegeven antwoorden. Zo kan het zijn dat er een verkeerd antwoord dan bedoeld is aangekruist. Bij het uitwerken van het kwalitatieve gedeelte van de enquête bestaat de kans dat de antwoorden verkeerd worden geïnterpreteerd door de onderzoekers. Dit is geprobeerd te ondervangen door de kwalitatieve analyse door twee onderzoekers te laten uitvoeren. Ook kunnen er verschillende sociaal wenselijke antwoorden worden ingevuld, wat van invloed kan zijn op de betrouwbaarheid van de resultaten (Verhoeven, 2007). De onderzoekers kunnen ook fouten maken in de verwerking van de resultaten in het verwerkingsprogramma SPSS. Om hier voor te waken is ook dit door meerdere onderzoekers gecontroleerd.

3.7 Slot

In dit hoofdstuk is duidelijk geworden op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd. Hierbij zijn verschillende methodologische punten aan bod gekomen.

In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden beschreven.

Hoofdstuk 4 – Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de resultaten uitgewerkt van de vragen van de enquête. In paragraaf 1 zijn de resultaten van de verpleegkundige enquête per vraag uitgewerkt. De resultaten van de enquête van de andere disciplines is uitgewerkt in paragraaf 2. Alle vragen staan in chronologische volgorde vermeld. In bijlage 7 en 8 zijn de uitwerkingen van het stappenplan van het kwalitatief coderen te vinden.

Bij meerkeuzevragen betekent de “ja” dat die antwoordmogelijkheid is aangekruist. De “nee” betekent dat deze antwoordmogelijkheid niet is aangekruist. “Onbekend” betekent dat er geen enkele antwoordmogelijkheid is aangekruist.

4.2 Verwerking verpleegkundige enquête

In totaal zijn er 47 enquêtes aan de verpleegkundigen uitgedeeld waarvan er 38 terug zijn gekomen. Dit betekent dat er een respons is van 81%.

Vraag 1: Op welke afdeling bent u werkzaam?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Algemene chirurgie	4	10,5	10,5	10,5
Cardiologie	4	10,5	10,5	21,1
IC	4	10,5	10,5	31,6
Interne afdeling	8	21,1	21,1	52,6
Long afdeling	5	13,2	13,2	65,8
Neurologie	4	10,5	10,5	76,3
Orthopedie	2	5,3	5,3	81,6
Urologie	7	18,4	18,4	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Vraag 2: Hoelang bent u werkzaam in deze functie?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Minder dan 1 jaar	8	21,1	21,1	21,1
1 tot 2 jaar	5	13,2	13,2	34,2
2 tot 5 jaar	4	10,5	10,5	44,7
Langer dan 5 jaar	21	55,3	55,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Vraag 3: Hoelang bent u werkzaam in dit ziekenhuis?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Minder dan 1 jaar	4	10,5	10,5	10,5
1 tot 2 jaar	8	21,1	21,1	31,6
2 tot 5 jaar	4	10,5	10,5	42,1
Langer dan 5 jaar	22	57,9	57,9	100,0
Total	38	100,0	100,0	

In totaal zijn 38 enquêtes door verpleegkundigen ingevuld. Opvallend aan deze tabellen is het aantal verpleegkundigen die langer dan 5 jaar werkzaam zijn in het ziekenhuis. 57,9% van de respondenten werkt langer dan 5 jaar in het ziekenhuis.

Kennis

Vraag 4: Heeft u kennis over de mogelijke interventies om decubitus te voorkomen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ik heb kennis om adequate preventie toe te passen	27	71,1	71,1	71,1
Ik twijfel of ik voldoende kennis heb	3	7,9	7,9	78,9
Ik zou graag nog wel wat meer willen weten	8	21,1	21,1	100,0
Ik heb onvoldoende kennis	0	0,0	0,0	
Total	38	100,0	100,0	

71,1% van de respondenten zegt voldoende kennis te hebben om adequate interventies te gebruiken om decubitus te voorkomen. 29% twijfelt aan hun kennis m.b.t decubitus interventies en zou nog graag wat meer willen weten. Geen van de respondenten geeft aan onvoldoende kennis te hebben.

Vraag 5: Wat is voor u doorslaggevend dat de patiënt behoort tot een verhoogde risicogroep om decubitus te ontwikkelen?

Bij deze vraag worden veel dezelfde antwoorden gegeven door middel van steekwoorden zoals "bedlegerigheid", "mobiliteit" en "slechte voedingstoestand van een patiënt". De labels die hieruit zijn gevormd zijn: bedlegerig, voedingstoestand, gezondheidstoestand, mobilisatie, huid en klinische blik. Van de 38 respondenten noemen 22 mensen bedlegerigheid. Verder noemen 22 mensen de voedingstoestand van een patiënt.

Vraag 6: Wat is de eerste actie die u onderneemt als u merkt dat de patiënt tot een verhoogde risicogroep om decubitus te ontwikkelen behoort?

De antwoorden die hier gegeven worden komen veel met elkaar overeen. Het regelen van een AD matras wordt het meest genoemd, namelijk 28 keer. De antwoorden worden vaak gegeven in de vorm van steekwoorden zoals "AD matras" of "wisselligging". De labels die bij deze vraag zijn gevormd zijn: AD matras, wisselligging, scorelijst, in consult, observeren en overig. Bij het label wisselligging hoort ook het vrij leggen van risicoplekken zoals de hielen. In consult houdt in het in consult vragen van de diëtiste. Observeren gaat over de observatie van de huid. Bij overig staan nog twee codes genoemd die niet bij de andere labels passen, namelijk adviseren en noteren in het verpleegkundig actieplan.

Vraag 7: Inspecteert u de huid dagelijks bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ja	37	97,4	97,4	97,4
Nee	1	2,6	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

97,4% van de respondenten inspecteert dagelijks de huid bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus.

Vraag 8: Heeft u kennis over de materialen die u kunt gebruiken om decubitus te voorkomen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ik heb kennis om de juiste materialen te gebruiken	17	44,7	44,7	44,7
Ik twijfel of ik voldoende kennis heb	7	18,4	18,4	63,2
Ik zou er nog wel graag wat meer over willen weten	14	36,8	36,8	100,0
Onvoldoende kennis	0	0,0	0,0	
Total	38	100,0	100,0	

In deze tabel is te zien dat 44,7% van de respondenten vindt voldoende kennis te hebben om de juiste materialen te gebruiken om decubitus te voorkomen. 55,2% twijfelt aan hun kennis en zou graag hier nog wat meer over willen weten.

Vraag 9: Maakt u gebruik van een glij mat bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Altijd	2	5,3	5,3	5,3
Vaak	13	34,2	34,2	39,5
Soms	18	47,4	47,4	86,8
Nooit	5	13,2	13,2	100,0
Total	38	100,0	100,0	

In deze tabel is te zien hoeveel procent van de respondenten gebruik maken van een glij mat.

Vraag 10: Er bestaat geen standaard wisselliggingsschema in het MC Zuiderzee ziekenhuis. Hoe zorgt u voor continuïteit van zorg bij wisselligging?

(meerkeuzevraag)

	Ik stel zelf een wisselschema op	Ik noteer het in de vpk rapportage	Ik neem het op in het zorgplan	Ik draag het mondeling over bij de vpk overdracht	Ik gebruik geen wisselligging schema	anders
Totaal	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0
Ja	14	23	23	16	1	3
Nee	24	15	15	22	37	35
Percent ja	36,8	60,5	60,5	42,1	2,6	7,9
Percent nee	63,2	39,5	39,5	57,9	97,4	92,1

36,8% van de respondenten stellen zelf een wisselligging schema op. 60,5% nemen het wisselligging schema op in de verpleegkundige rapportage en het zorgplan. 57,9% van de respondenten draagt de wisselligging niet mondeling over. 97,4% van de respondenten zegt een wisselligging schema te gebruiken.

Anders namelijk

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' aan te kruisen. Er zijn 5 respondenten die hier gebruik van hebben gemaakt. De antwoorden die daarbij worden genoemd zijn: "Ik geef leerlingen de opdracht een wisselliggingsschema te maken.", "Wisselligging a 3 uur.", "Zo en zo in elke dienst 1 x wisselligging toepassen.", "Ik noteer het op ons werkbriefje." en "Patiënt afhankelijk: soms persoonlijk schema, soms in rapportage".

Vraag 11: Hebt u behoefte aan scholing rondom preventie van decubitus?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ja	17	44,7	44,7	44,7
nee	21	55,3	55,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

44,7% van de respondenten heeft behoefte aan scholing rondom preventie van decubitus. 55,3% heeft hier geen behoefte aan.

**Vraag 12: Welke vorm van scholing sluit het beste bij uw behoefte aan?
(meerkeuzevraag)**

	Voorlichting	Klinische lessen	Intervisie	E-learning	Individuele instructie door wond vpk	Anders
Total	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0
Niet ingevuld	4	4	4	4	4	4
Ja	8	20	2	6	11	1
Nee	26	14	32	28	23	33
Percentage ja	21.1	52.6	5.3	15.8	28.9	2.6
Percentage nee	68.4	36.8	84.2	73.7	60.5	86.8

52.6% van de respondenten vindt klinische lessen een juiste vorm van scholing die aansluit bij hun behoefte. 21,1% van de respondenten vindt voorlichting een juiste vorm van scholing en 28,9% individuele instructie door een wondverpleegkundige.

Anders namelijk:

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' aan te kruisen. 1 respondent geeft aan geen gebruik te willen maken van scholing.

Decubituscorelijst

Vraag 13: Vult u de decubituscorelijst bij iedere patiënt in?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ja	30	78,9	78,9	78,9
Nee	8	21,1	21,1	100,0
Total	38	100,0	100,0	

78,9% van de respondenten vult bij iedere patiënt de decubituscorelijst in. 21,1% doet dit niet.

Vraag 14: Op welk moment vult u de decubituscorelijst in? (meerkeuzevraag)

	Ik vul het niet in	Ik vul het alleen in bij opname	Ik vul het niet in bij opname maar later	Ik vul de score nogmaals in bij verandering van de risicofactoren	Anders
Total	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0
Ja	1	25	11	15	0
Nee	37	13	27	23	38
Percent ja	2.6	65.8	28.9	39.5	0
Percent nee	97.4	34.2	71.1	60.5	100

97,4% Van de respondenten zegt de decubituscore in te vullen. 65,8% vult deze score in alleen bij de opname. 28,9% vult het later in. 39,5% vult de score nogmaals in bij verandering van de risicofactoren

Vraag 15: Vult u de decubituscorelijst in over patiënten waar u zelf niet voldoende van af weet?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Altijd	0	0	0	0
Vaak	7	18,4	18,4	18,4
Soms	23	60,5	60,5	78,9
Nooit	8	21,1	21,1	100,0
Total	38	100,0	100,0	100,0

18,4% vult vaak de decubituscorelijst in van patiënten waar ze zelf niet voldoende van af weten. 60,5% doet dit soms. 21,1% doet dit nooit.

Vraag 16: Wat doet u met de uitkomst van de decubituscorelijst?(meerkeuzevraag)

	Ik onderneem geen actie	Ik handel naar de interventies die het programma mij aanreikt	Ik handel naar eigen inzicht	Ik overleg met mijn collega's	Anders
Total	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0
Niet ingevuld	2	2	2	2	2
Ja	1	26	18	13	6
nee	35	10	18	23	30
Ja percentage	2.6	68.4	47.4	34.2	15.8
Nee percentage	92.1	26.3	47.4	60.5	78.9

92,1% onderneemt actie a.d.h.v. de uitkomst van de decubituscorelijst. 68,4% handelt naar de interventies die het programma hen aanreikt. 47,4% handelt naar eigen inzicht. 34,2% overlegt met collega's wat te doen.

Vraag 17: Vult u de SNAQ-scorelijst bij iedere patiënt in?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ja	32	84,2	84,2	84,2
Nee	6	15,8	15,8	100,0
Total	38	100,0	100,0	

84,2% van de respondenten vult de snaq scorelijst in bij iedere patiënt.

Vraag 18: Is de uitkomst van de SNAQ scorelijst van invloed op de interventies die u onderneemt m.b.t. de decubituszorg?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	3	7,9	7,9	7,9
Ja	28	73,7	73,7	81,6
Nee	7	18,4	18,4	100,0
Total	38	100,0	100,0	

De uitkomst van de snaq-scorelijst is bij 73,7% van de respondenten van invloed op de interventies die ondernomen worden m.b.t. de decubituszorg.

Anders namelijk

Bij deze vraag waren 2 antwoordmogelijkheden gegeven, namelijk 'ja, omdat...' en 'nee, omdat...'. Er is 4 keer het antwoord nee gemotiveerd, met als reden dat de respondenten geen verband zagen tussen SNAQ score en decubitus. Een respondent zegt bijvoorbeeld: "Nee, omdat mij dat verband nog nooit is opgevallen". Bij de antwoordmogelijkheid 'ja' zijn de volgende labels opgesteld: invloed voeding, hogere kans en hulpmiddel. Er wordt bijvoorbeeld gezegd: "Bij een slechte intake meer kans op decubitus". Zo wordt er 20 keer een antwoord gegeven dat de voedingstoestand invloed heeft op decubitus. Daarnaast zeggen 3 respondenten dat een hoge score ook een hogere kans op decubitus betekent.

Nog 3 andere respondenten geven aan dat zij het als hulpmiddel zien om alert te blijven en andere disciplines in te schakelen, “dit in het belang is van de patiënt en belangrijk is om mensen in te schakelen” of advies te vragen.

Decubitusprotocol

Vraag 19: Heeft de MC groep een protocol voor decubitus zorg?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ja	24	63,2	63,2	63,2
Nee	1	2,6	2,6	65,8
Weet ik niet	13	34,2	34,2	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Vraag 20: Weet u het protocol voor decubituszorg te vinden?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	2	5,3	5,3	5,3
Ja	16	42,1	42,1	47,4
Nee	20	52,6	52,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Vraag 21: Wat vindt u van het protocol?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	2	5,3	5,3	5,3
goed	3	7,9	7,9	13,2
Onvolledig	2	5,3	5,3	18,4
Niet bruikbaar	10	26,3	26,3	44,7
Ik ken het protocol niet	21	55,3	55,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

63,2% van de respondenten weet dat het ziekenhuis een decubitusprotocol heeft. 52,6 % weet het protocol alleen niet te vinden. De meningen over het protocol lopen verder uiteen. Opvallend aan deze tabel is dat 55,3% respondenten het protocol zelf niet kennen. 26,3% van de respondenten vindt het protocol niet bruikbaar. 5,3% zegt dat het protocol onvolledig is niet voldoende informatie verstrekt die ze nodig achten.

Motivatie antwoorden

Deze vraag was zowel kwantitatief als kwalitatief opgesteld. De respondenten konden kiezen uit 4 antwoordmogelijkheden en daarbij het antwoord motiveren. Er zijn 2 respondenten die hun positieve antwoord hebben gemotiveerd. Er wordt genoemd dat het protocol zorgt voor eenduidigheid en dat er duidelijke acties in staan: “Goed bruikbaar, omdat er precies staat welke acties je kunt ondernemen”. Bij de negatieve antwoorden zijn er 13 respondenten die het antwoord hebben gemotiveerd, zoals: “Niet bruikbaar, omdat het niet te openen is”. Er is onderscheid gemaakt in 3 labels: werkt niet, onvindbaar en overig. Onder overig staan de antwoorden verouderd en geen kennis van. Verder wordt er door 3 respondenten aangegeven dat het protocol niet of moeilijk te vinden is. De andere 8 respondenten geven aan dat het protocol niet geopend kan worden.

Verantwoordelijkheid en attitude

Vraag 22: Geeft u patiëntenvoorlichting over decubitus? (meerkeuzevraag)

	Altijd bij opname	Bij een verhoogd risico volgens de decubitus risicoscore lijst	Bij een verhoogd risico volgens klinische observatie	Bij eerste tekenen van decubitus	Bij ontstane decubitus wonden	Ik geef geen voorlichting	Anders
Valid	38	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Ja	2	11	22	24	13	3	1
Nee	36	27	16	14	25	35	37
Percent ja	5.3	28.9	57.9	63.2	34.2	7.9	2.6
Percent nee	94.7	71.1	42.1	36.8	65.8	92.1	97.4

28,9% van de respondenten geeft alleen voorlichting bij patiënten die een verhoogd risico hebben volgens de decubitus risicoscorelijst. 57,9% van de respondenten geeft alleen voorlichting bij een verhoogd risico volgens klinische observatie. 63,2% geeft voorlichting bij de eerste tekenen van decubitus. 34,2% doet dit bij reeds ontstane decubitus. 7,9% geeft geen voorlichting.

Anders namelijk

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' aan te kruisen. Dit is door 2 respondenten ingevuld met de antwoorden "situatieafhankelijk" en "zo nodig".

Vraag 23: Wie is er naar uw mening verantwoordelijk voor het nemen van preventieve maatregelen m.b.t. decubitus?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Verpleegkundigen	37	97,4	97,4	97,4
Verpleegkundige aanspreekpunt decu.	1	2,6	2,6	100,0
Wondverpleegkundigen	0	0,0	0,0	
Artsen	0	0,0	0,0	
Total	38	100,0	100,0	

97,4% vindt dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor het nemen van preventieve maatregelen m.b.t. decubitus.

Vraag 24: Hoe communiceert u uw bevindingen naar uw collega's bij overdracht van de dienst m.b.t. decubitus? (meerkeuzevraag)

	Mijn bevindingen staan in de vpk rapportage	Mijn bevindingen staan in het zorgplan	Mijn bevinding en draag ik mondeling over	Mijn bevindingen draag ik soms niet over doordat preventieve decubituszorg minder prioriteit heeft	Mijn bevindingen vergeet ik wel eens over te dragen doordat preventieve decubituszorg minder prioriteit heeft	Anders
Total	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0
Ja	37	20	22	0	1	1
Nee	1	18	16	38	37	37
Percent ja	97.4	52.6	57.9	0	2.6	2.6
Percent nee	2.6	47.4	42.1	100	97.4	97.4

97,4% van de respondenten zegt dat de bevindingen over decubitus in de verpleegkundige rapportage staan vermeld. 52,6% zegt dat deze bevindingen in het zorgplan vermeldt staan. 57,9% draagt de bevindingen mondeling over. Geen van de respondenten draagt decubitus bevindingen niet over vanwege een lage prioriteit.

Anders namelijk

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' aan te kruisen. Dit is door 1 respondent gedaan, met als antwoord: "Zelden of nooit decubitus bij ons op de afdeling" (intensive care).

Vraag 25: Wat vindt u van de rol die de wondverpleegkundige speelt m.b.t. decubituszorg?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	4	10,5	10,5	10,5
Goed	22	57,9	57,9	68,4
Voldoende	8	21,1	21,1	89,5
Matig	3	7,9	7,9	97,4
Onvoldoende	1	2,6	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

57,9% van de respondenten vindt de rol die de wondverpleegkundige speelt m.b.t. decubituszorg goed. 10,5% vindt deze rol matig tot onvoldoende.

Antwoorden gemotiveerd

Deze vraag was zowel kwantitatief als kwalitatief opgesteld. De respondenten konden kiezen uit 4 antwoordmogelijkheden en daarbij het antwoord motiveren.

Er zijn daarbij 33 antwoorden gemotiveerd die positief van aard zijn en 8 antwoorden gemotiveerd die negatief van aard zijn. Dit laatste heeft te maken met de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de wondverpleegkundige, zoals: "Het lastig is dat zij zelf soms in de zorg staan en niet langs kunnen komen". De positief gemotiveerde antwoorden zijn verdeeld in de volgende 3 labels: overkoepelend, expertise en advies geven. Voorbeelden van positieve antwoorden zijn: "Goed, omdat de zorg specifiek gegeven kan worden qua decubitus." en

“Goed, omdat ze ons als verpleegkundigen alert houdt en ook in drukte de decubitus score laat doen”. Bij het label overkoepelend wordt genoemd dat de wondverpleegkundige overzicht houdt op de patiënten met decubitus. Ook wordt genoemd dat de wondverpleegkundige tijd en aandacht heeft en oproepbaar inzetbaar is. Andere woorden die genoemd worden zijn continuïteit en samenwerking. Bij het label expertise worden antwoorden genoemd als geschoold, wond zorg en beleid afspreken. Onder het label ‘advies geven’ staan de antwoorden advies, vragen stellen en meedenken gegroepeerd.

Vraag 26: Hoe ervaart u als verpleegkundige de samenwerking tussen de volgende disciplines m.b.t. decubituszorg? (meerkeuzevraag)

	Wond vpk	Diëtiste	Fysiotherapeut	Teamleider	Arts
Valid	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0
Niet ingevuld	5	5	4	4	5
Goed	50%	47.4%	34.2%	21.1%	5.3%
Voldoende	31.6%	34.2%	36.8%	42.1%	23.7%
Matig	5.3%	7.9%	15.8%	15.8%	47.4%
Onvoldoende	0%	0%	2.6%	7.9%	10.5%

In deze tabel wordt duidelijk hoe de samenwerking tussen de bovengenoemde disciplines wordt ervaren. 47,4% van de respondenten zegt de samenwerking met de arts matig te vinden en 10,5% onvoldoende.

Vraag 27: Welke zaken belemmeren u in de samenwerking met andere disciplines m.b.t. decubituszorg?

De antwoorden op deze vraag zijn onderverdeeld in de labels: geen belemmering, werkdruk, niet actief, bereikbaarheid en overig. Er zijn 14 respondenten die hebben ingevuld dat zij geen belemmering ervaren. Onder het label ‘werkdruk’ vallen ook de woorden drukte en tijd, er zijn 6 respondenten die dit als belemmering aangeven. Een respondent zegt bijvoorbeeld: “Soms teveel drukte op de afdeling, zodat het wel eens vergeten wordt”. Bij het label ‘niet actief’ wordt als belemmering beschreven dat de arts niet actief is, ook de fysiotherapeut en de teamleider worden hierbij genoemd. Een respondent zegt het volgende: “Arts bemoeit zich niet met zorgtaken, fysio betekent t.n.t. weinig t.a.v. passief door bewegen e.d.”. Er zijn 7 respondenten die antwoorden bij het label ‘niet actief’ noemen. Het label ‘bereikbaarheid’ heeft te maken met de bereikbaarheid van de wondverpleegkundige, dit wordt door 4 respondenten genoemd, zoals: “De wondverpleegkundige is slecht te bereiken door te weinig beschikbare tijd”. Antwoorden die niet onder de genoemde labels passen zijn “patiënt ligt te kort op onze afdeling” (Intensive Care) en “misschien toch ondergeschoven kindje” deze zijn onder het label ‘overig’ gegroepeerd.

Vraag 28 A: Zijn er zaken die u belemmeren om preventieve interventies toe te passen bij decubitus? (meerkeuzevraag)

	Geen belemmeringen	Er is een tekort aan materiaal	Niet goed functioneren van materialen	Kennis tekort	Tekort aan financiën	Ontbreken van positieve stimulans van collega's	Ontbreken van medewerking van collega's
Valid	38	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Niet ingevuld	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%
Ja	13.2%	57.9%	34.2%	18.4%	5.3%	5.3%	0%
nee	84.2%	39.5%	63.2%	78.9%	92.1%	92.1%	97.4%

Vraag 28 is opgedeeld in twee tabellen A en B. 57,9% van de respondenten vindt dat er een tekort aan materialen is. 13,3% ziet geen belemmeringen. 18,4% geeft aan dat kennistekort een belemmering is om preventieve interventies toe te passen bij decubitus.

Vraag 28 B: Zijn er zaken die u belemmeren om preventieve interventies toe te passen bij decubitus? (meerkeuzevraag)

	Tijd gebrek	Personeelstekort	Minder prioriteit	Hoge werkdruk	Geen AD matras mogelijk bij gefixeerde patiënten	Alle bovenstaande oorzaken	Anders
Valid	38	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Niet ingevuld	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%
Ja	55.3%	39.5%	7.9%	60.5%	15.8%	2.6%	10.5%
nee	42.1%	57.9%	89.5%	36.8%	81.6%	94.7%	86.8%

55,3% van de respondenten geeft aan dat tijdsgebrek een belemmering is voor het geven van preventieve interventies bij decubitus. 39,5% vindt dat het personeelstekort hier een rol in speelt. 60,5% geeft aan dat een hoge werkdruk preventieve decubitus interventies belemmeren.

Anders namelijk

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' aan te kruisen. Dit is ingevuld door 3 respondenten, met als antwoorden: "kennistekort t.a.v. wondmateriaal", "dreigende dwarslaesie" en "wondverband op afdeling 2.0".

Vraag 29: Wanneer u niet zeker bent van beleid of interventies m.b.t. decubitus, wat doet u dan? (meerkeuzevraag)

	Raadpleeg collega vpk	Raadpleeg een vpk aanspreekpunt decubitus op de afdeling	Ik raadpleeg een wond vpk	Ik raadpleeg een leiding gevende	Ik raadpleeg een arts	Ik raadpleeg het protocol	Ik handel uit eigen ervaring	Ik doe niets	Anders
Valid	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Blanco	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%
Ja %	89.5	26.3	73.2	7.9	7.9	10.5	26.3	0	0
Nee %	7.9	71.1	23.7	89.5	89.5	86.8	71.1	97.4	97.4

89,5% van de respondenten raadpleegt een collega verpleegkundige als er geen zekerheid is van beleid of interventies m.b.t. decubitus. 73,2% raadpleegt de wondverpleegkundige. 26,3% handelt uit eigen ervaring. 26,3% vraagt de verpleegkundige aanspreekpunt decubitus van de afdeling.

Vraag 30 A: Als u constateert dat er bij een patiënt sprake is van een verhoogd risico op decubitus, welke acties onderneemt u dan? (meerkeuzevraag)

	Ik onderneem geen actie	Ik raadpleeg het protocol	Ik rapporteer het in de vpk overdracht	Ik stel een plan van zorg op met daarin de te ondernemen interventies	Ik leg de patiënt op een AD matras	Ik pas wissel-ligging toe
Valid	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0
Blanco	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%
Ja	2.6%	13.2%	78.9%	42.1%	86.8%	78.9%
nee	92.1%	81.6%	15.8%	52.6%	7.9%	15.8%

Vraag 30 B: Als u constateert dat er bij een patiënt sprake is van een verhoogd risico op decubitus, welke acties onderneemt u dan? (meerkeuzevraag)

	Ik inspecteer de huid dagelijks	Ik informeer de patiënt	Ik zorg dat de hielen vrij liggen	Ik beperk het aantal lagen waarop de patiënt ligt	Ik schakel andere disciplines in	Anders
Valid	38	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0	0
Blanco	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%
Ja	84.2%	57.9%	78.9%	42.1%	31.6%	7.9%
nee	10.5%	36.8%	15.8%	52.6%	63.2%	86.8%

Vraag 30 bestaat uit twee gedeelten namelijk A en B. In deze twee tabellen wordt duidelijk hoeveel procent van de respondenten een bepaalde actie onderneemt bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus.

Anders namelijk:

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheden 'schakel andere disciplines in, zoals...' en 'anders, namelijk...' aan te kruisen. Deze laatste is door 1 respondent ingevuld met 'situatieafhankelijk'.

De antwoorden bij het inschakelen van andere disciplines zijn verdeeld in de labels: wondverpleegkundige, diëtiste en overig. De wondverpleegkundige wordt 8 keer genoemd en de diëtiste 6 keer. Bij 'overig' horen de volgende disciplines: arts, dermatoloog, fysiotherapeut en diabetes verpleegkundige.

Structuur

Vraag 31: Wat vindt u van de organisatie rondom decubituszorg?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	6	15,8	15,8	15,8
Goed	2	5,3	5,3	21,1
Voldoende	19	50,0	50,0	71,1
Matig	10	26,3	26,3	97,4
Onvoldoende	1	2,6	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

50% van de respondenten vindt de organisatie rondom decubituszorg voldoende. 28,8% vindt deze organisatie matig tot onvoldoende.

Gemotiveerde antwoorden

Deze vraag was zowel kwantitatief als kwalitatief opgesteld. De respondenten konden kiezen uit 4 antwoordmogelijkheden en daarbij het antwoord motiveren. Er zijn daarbij 10 antwoorden gemotiveerd die positief van aard zijn en 17 antwoorden gemotiveerd die negatief van aard zijn. Positieve antwoorden die worden genoemd zijn gegroepeerd onder het label 'goed georganiseerd'. Code woorden die daarbij horen zijn scorelijsten, wondverpleegkundige, verpleegkundige actie, scholing, matrassen, aandacht, wond zorg goed, signaleren decubitus en verbetering mogelijk. Een gegeven antwoord is: "Voldoende, omdat de decubitus door de organisatie wel gesignaleerd wordt".

Gemotiveerde antwoorden bij de keuzemogelijkheden matig en slecht zijn verdeeld in 4 labels. De labels zijn als volgt: scorelijsten, materiaal, werkwijze en overig. Bij het label scorelijsten horen de antwoorden "dat er slecht tot niet gescoord wordt", dat er te veel scorelijsten zijn en dat het tijd kost om scorelijsten in te vullen. Dit wordt gezegd door 6 respondenten. Bij het label materiaal wordt door 3 respondenten een antwoord gegeven, weinig materialen, beschikbaarheid materialen en beschikbaarheid AD matrassen. Onder het label werkwijze horen de codewoorden protocol onbekend, geen zelfde werkwijze, geen plan dossier en uitvoering plan, er werd bijvoorbeeld gezegd "er is vaak geen plan te vinden in het dossier". De overige antwoorden die genoemd worden zijn dat er nog steeds decubitus ontstaat in het ziekenhuis, tijdsdruk en "er wordt weinig aandacht aan besteed als de patiënt nog geen decubitus heeft". Ook geeft een respondent aan hier geen kennis van te hebben.

Vraag 32: Wat kan er volgens u verbeterd worden in de organisatie?

De antwoorden op deze vraag zijn gegroepeerd in 6 labels: kennis, aandacht, materiaal, scorelijsten, weet niet en werkdruk. Er zijn 9 respondenten die een antwoord geven die past bij het label kennis. Zij noemen als mogelijke verbetering het specialiseren van

verpleegkundigen, het aanstellen van een aanspreekpunt en een betere afstemming tussen verschillende disciplines. Gezegd wordt bijvoorbeeld: “Een vast iemand er voor aanstellen om de afdeling te ontlasten”. Ook wordt genoemd het verbeteren van kennis wat betreft richtlijn, klinische blik, decubitusstadien en acties. Een respondent zegt het zo: “Meer info, kennis en aandacht voor protocol”. Gezegd wordt ook dat de wondverpleegkundige hier een rol in heeft. Bij het label aandacht horen de antwoorden dat er meer aandacht moet zijn voor preventie en dat dit consequent moet zijn, dit wordt gezegd door 8 respondenten. Door 7 respondenten wordt aangegeven dat er wat verbeterd kan worden wat betreft het materiaal. Een respondent zegt het volgende: “Minder gesjouw met AD matrassen, de zoektocht er naar is frustrerend”. Er wordt genoemd dat er meer matrassen en meer materiaal moet zijn, dat de zoektocht naar materiaal makkelijker moet worden en als suggestie wordt gegeven dat er een aanspreekpunt komt voor AD matrassen. Onder het label scorelijsten horen de antwoorden van 5 respondenten. De antwoorden zijn dat er geen verschillende lijsten moeten zijn, het scoren door 1 persoon moet gebeuren, er voorlichting moet zijn over de scorelijsten en dat scorelijsten niet altijd relevant zijn. Er zijn 3 respondenten die aangeven dat ze niet weten wat er verbeterd kan worden. 2 respondenten geven aan dat de werkdruk verminderd moet worden en dat er een werklustmeting moet plaatsvinden.

Logistiek

Vraag 33 Weet u waar u de antidecubitus materialen kunt vinden?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	3	7,9	7,9	7,9
Ja	31	81,6	81,6	89,5
Nee	4	10,5	10,5	100,0
Total	38	100,0	100,0	

81,6% van de respondenten weet de antidecubitusmaterialen te vinden.

Vraag 34: Zijn er volgens u genoeg antidecubitus materialen beschikbaar?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	3	7,9	7,9	7,9
Ja	5	13,2	13,2	21,1
Nee	25	65,8	65,8	86,8
Weet ik niet	5	13,2	13,2	100,0
Total	38	100,0	100,0	

65,8% van de respondenten vindt dat er niet genoeg antidecubitusmaterialen beschikbaar zijn.

Vraag 35: Is er voldoende foldermateriaal beschikbaar om de patiënt voor te lichten over decubitus?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	3	7,9	7,9	7,9
Ja	2	5,3	5,3	13,2
Nee	14	36,8	36,8	50,0
Weet ik niet	19	50,0	50,0	100,0
Total	38	100,0	100,0	

36,8% van de respondenten vindt niet dat er voldoende foldermateriaal beschikbaar is om de patiënt voor te lichten over decubitus. 50% weet het niet.

Vraag 36: Wat vindt u van de logistieke zorg rondom decubitus?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Niet ingevuld	9	23,7	23,7	23,7
Goed	3	7,9	7,9	31,6
Voldoende	14	36,8	36,8	68,4
Matig	9	23,7	23,7	92,1
Onvoldoende	3	7,9	7,9	100,0
Total	38	100,0	100,0	

36,8% van de respondenten vindt de logistieke zorg rondom decubitus voldoende. 31,6% vindt deze matig tot onvoldoende.

Gemotiveerde antwoorden

Deze vraag was zowel kwantitatief als kwalitatief opgesteld. De respondenten konden kiezen uit 4 antwoordmogelijkheden en daarbij het antwoord motiveren. Er zijn daarbij 7 antwoorden gemotiveerd die positief van aard zijn en 10 antwoorden gemotiveerd die negatief van aard zijn. Positieve antwoorden die worden genoemd zijn gegroepeerd onder het label 'goed georganiseerd', antwoorden die daarbij worden gegeven zijn: "Het zorg geven gaat goed.", "loopt goed, duidelijk. De andere antwoorden zijn verdeeld in de labels materiaal en overig. Er wordt door 6 respondenten wat genoemd over het materiaal. Namelijk dat er weinig materiaal is, weinig matrassen, weinig foldermateriaal en dat het verband op recept moet. Een respondent zegt het zo: "Vaak tekort aan materiaal, ook geen verbandmateriaal want alles moet op recept". Onder het label 'overig' horen de antwoorden: "Nachtdienst scoort vaak zonder patiënt te zien en dossier te lezen.", "Door drukte soms weinig/geen tijd om alle interventies te doen.", "Lijn is onduidelijk" en "Weet niet".

Vraag 37: Wat kan er volgens u verbeterd worden in de logistiek?

Er zijn 2 respondenten die aangeven dat ze niet weten wat er verbeterd kan worden. De andere antwoorden zijn gegroepeerd in de labels materiaal, matrassen, voorlichting en bereikbaarheid. Door 4 respondenten wordt genoemd dat er meer materiaal moet zijn, 1 daarvan zegt dat het materiaal ook beter moet zijn. Daarnaast is er een respondent die zegt: "Bijhouden waar matrassen beschikbaar zijn".

Bij het label matrassen zeggen 3 respondenten dat er meer AD matrassen moeten zijn, 2 respondenten geven aan dat het beter zou zijn om matrassen per afdeling in eigen beheer te hebben. Er zijn 3 respondenten die iets zeggen wat bij het label voorlichting hoort, namelijk dat er voorlichting over wondbeleid moet zijn, aandacht en communicatie. Ten slotte is er een respondent die noemt dat de aanwezigheid van de wondverpleegkundige verbeterd kan worden.

Vraag 38: Wat is volgens u de voornaamste oorzaak dat de interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?

Er is bij deze vraag onderscheid gemaakt in 5 labels: werk/tijdsdruk, kennistekort, personeelstekort, materiaal en werkwijze.

Een respondent zegt hierbij: "Werkdruk, niet beseffen het belang van de preventie, dus toch ook kennistekort onder verpleegkundigen". Er zijn 24 respondenten van de 38 respondenten die aangeven dat werk/tijdsdruk de voornaamste oorzaak is. Verder zijn er 8 respondenten die aangeven dat kennistekort de voornaamste oorzaak is, waarbij ook aandacht, kennis van materialen en besef worden genoemd. Door 3 respondenten wordt genoemd dat personeelstekort de voornaamste oorzaak is. 3 andere respondenten geven aan dat de oorzaak ligt bij de materialen die onvoldoende aanwezig zijn. Bij het label werkwijze zeggen 3 respondenten dat de werkwijze niet eenduidig is, er niet goed gescoord wordt en dat de terugkoppeling niet goed is. Er is 1 respondent die aangeeft dat de voornaamste oorzaak voor die persoon onbekend is.

Vraag 39: Wat is er volgens u voor nodig om te zorgen dat deze interventies wel toegepast worden?

Bij deze vraag zijn er 6 labels ontstaan: verlagen werkdruk, meer personeel, werkwijze, materiaal, kennis en overig.

Enkele voorbeelden van antwoorden die worden gegeven zijn: "Meer materiaal, meer prioriteit geven aan het voorkomen van decubitus.", "Beleid instrueren en ook na afloop evalueren met het team.", "Betere communicatie en elkaar alert houden." en "Minder werkdruk door meer personeel en meer AD matrassen".

Door 9 respondenten wordt aangegeven dat er een werkdrukmeting moet worden gedaan of dat de werkdruk verminderd moet worden om te zorgen dat interventies m.b.t. decubituszorg wel worden toegepast. Er zijn 6 respondenten die zeggen dat er meer personeel voor nodig is. Ook zijn er 6 respondenten die zeggen dat de werkwijze anders moet. Er moet beter gescoord worden, de communicatie, samenwerking, aandacht, alertheid moet verbeterd worden en decubitus moet meer prioriteit krijgen. Dan zijn er 5 respondenten die zeggen dat er meer materiaal moet zijn en dat de vindbaarheid van het materiaal moet verbeteren. Nog 5 respondenten zeggen dat er meer kennis nodig is, door middel van scholing, voorlichting of instructies. Dan zijn er 2 respondenten die antwoorden geven die bij het label overige horen. Een respondent geeft aan dat er wat gedaan moet worden aan het bewustmaken van de patiënt en een ander geeft aan dat het een idee is om gevarenstickers in te voeren.

Vraag 40: Heeft u verdere opmerkingen of adviezen als het gaat om decubituszorg in de MC groep?

Naast de antwoorden op deze vraag zijn hierbij ook de aanvullingen gegroepeerd die eerder in de enquête in de kantlijn worden genoemd. De antwoorden zijn opgedeeld in 4 labels: geen mening, scoren in nachtdienst, materiaal en overig.

Er zijn 11 respondenten die zeggen dat ze geen verdere opmerkingen of adviezen hebben. In de enquête staat vaak bij vraag14 in de kantlijn dan er wordt gescoord in de nachtdienst, waardoor respondenten het niet altijd zelf doen. Dit wordt door 6 respondenten aangegeven. Dan zijn er 2 respondenten die als opmerking nog wat plaatsen over het materiaal, er wordt genoemd dat er wel matrassen zijn maar niet genoeg ander materiaal zoals verband materiaal. Een andere respondent zegt het volgende: "De zorg voor en technisch onderhoud van AD matrassen is onduidelijk. Vaak grijp je mis, wel matras maar geen pomp". Bij het label overig horen de codewoorden foldermateriaal, zorg, invullen, tijdsdruk en niet makkelijk zijn. Een respondent geeft aan dat er onvoldoende of geen foldermateriaal aanwezig is. Er is een respondent die zegt: "Ik vind dat deze score niet meegenomen moet worden in het landelijk registreren. De zorg wordt perfect uitgevoerd, maar het invullen kost veel tijd en daar is het personeel te druk voor". Weer een ander zegt dat de mensen niet te makkelijk moeten zijn als het om decubitus zorg gaat.

4.3 Verwerking andere disciplines enquêtes

In totaal zijn er 19 enquêtes terug gekomen van de 28 enquêtes die uitgedeeld zijn onder de verschillende disciplines. Dit bedraagt een percentage van 68%.

Vraag 1: Op welke afdeling(en) bent u werkzaam?

	Chirurgie	Cardio	IC	Interne	Long	Neuro	Ortho	Uro	Ok
Valid	19	19	19	19	19	19	19	19	19
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ja	3	1	2	2	1	2	2	1	9
Percent ja	15,8	5,3	10,5	10,5	5,3	10,5	10,5	5,3	47,4

Vraag 2: Wat is uw functie?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Wondverpleegkundige	2	10,5	10,5	10,5
Diëtist	2	10,5	10,5	21,1
Operatieassistent	6	31,6	31,6	52,6
Verkoever verpleegkundige	3	15,8	15,8	68,4
Teamleider	6	31,6	31,6	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Vraag 3: Hoelang bent u werkzaam in deze functie?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 tot 2 jaar	2	10,5	10,5	10,5
2 tot 5 jaar	3	15,8	15,8	26,3
Langer dan 5 jaar	14	73,7	73,7	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Het aantal respondenten dat langer dan 5 jaar binnen hun betreffende functie werkt is 73.7%.

Vraag 4: Hoelang bent u werkzaam binnen dit ziekenhuis?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 tot 2 jaar	2	10,5	10,5	10,5
2 tot 5 jaar	1	5,3	5,3	15,8
Langer dan 5 jaar	16	84,2	84,2	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Het percentage van de disciplines die 1 tot 2 jaar binnen het MC Zuiderzee Ziekenhuis te Lelystad werken beslaat 10.5%. 5.3% is daarentegen tussen de 2 tot 5 jaar werkzaam binnen het ziekenhuis.

84.2 % geeft aan langer dan 5 jaar werkzaam te zijn binnen het betreffende ziekenhuis.

Kennis**Vraag 5: Hebt u behoefte aan scholing rondom preventie van decubitus?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ja	10	52,6	52,6	52,6
Nee	9	47,4	47,4	100,0
Total	19	100,0	100,0	

52.6 % van alle respondenten die te maken hebben met decubitus, geven aan behoefte te hebben aan scholing.

Vraag 6: Welke vorm van scholing sluit het beste bij uw behoefte aan?

	Voorlichting	Klinische lessen	Intervisie (casuïstieke kring gesprekken)	E-learning	Individuele instructie door wond vpk	Anders namelijk
Valid	19	19	19	19	19	19
Missing	0	0	0	0	0	0
Ja	2	6	0	7	2	1
Nee	11	7	13	6	11	12
Percent ja	10,5	31,6	0,0	36,8	10,5	5,3
Percent nee	57,9	36,8	68,4	31,6	57,9	63,2
Onbekend	6	6	6	6	6	6
Percent onb.	31,6	31,6	31,6	31,6	31,6	31,6

Over de vraag welke vorm van scholing het beste aansluit bij de behoefte van de respondenten gaf 10.5% aan voorlichting te willen hebben. 31.6% geeft aan meer baat te hebben bij klinische lessen.

36.8% geeft daarentegen aan wel scholing te willen hebben aan de hand van E-learning.

Anders namelijk

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' aan te kruisen. Er is 1 respondent, een operatieassistent, die dit heeft gedaan, met als antwoord "geen scholing nodig".

Protocol

Vraag 7: Heeft de MC groep een protocol voor decubituszorg?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ja	10	52,6	52,6	52,6
Nee	1	5,3	5,3	57,9
Onbekend	8	42,1	42,1	100,0
Total	19	100,0	100,0	

52.6 % van de respondenten geeft aan dat de MC groep een protocol heeft voor decubituszorg. 5.3% denkt dat de MC groep geen protocol heeft.

Vraag 8: Weet u het protocol voor decubitus zorg te vinden?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Onbekend	1	5,3	5,3	5,3
Ja	10	52,6	52,6	57,9
Nee	8	42,1	42,1	100,0
Total	19	100,0	100,0	

Vervolgens wordt de enquête vraag gesteld die gaat over de vindplaats van het decubitusprotocol. 52.6% van de respondenten gaf aan het protocol wel te kunnen vinden. Daarentegen kon 42.1% dit decubitus protocol niet vinden

Vraag 9: Wat vindt u van het protocol?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Onbekend	3	15,8	15,8	15,8
Goed bruikbaar	2	10,5	10,5	26,3
Onvolledig	3	15,8	15,8	42,1
Niet bruikbaar	0	0,0	0,0	0,0
Ik ken het protocol niet	11	57,9	57,9	100,0
Total	19	100,0	100,0	

10.5% geeft aan dat het protocol goed bruikbaar is. 15.8% vindt het protocol onvolledig. 57.9 % van de respondenten geeft daarentegen aan het decubitusprotocol niet te kennen.

Motivatie antwoorden

Deze vraag was zowel kwantitatief als kwalitatief opgesteld. De respondenten konden kiezen uit 4 antwoordmogelijkheden en daarbij het antwoord motiveren. Er is 1 respondent, een teamleider, die een positief antwoord heeft gemotiveerd, met "de behandeling is duidelijk". Er zijn 2 respondenten die antwoorden die negatief van aard zijn hebben gemotiveerd. Zij zeggen "het protocol is niet goed toegankelijk" (wondverpleegkundige) en "er is een update nodig" (diëtiste). Er is een respondent (teamleider) die aangeeft er geen kennis van te hebben.

Verantwoordelijkheid

Vraag 10: Wie is er naar uw mening verantwoordelijk voor het nemen van preventieve maatregelen met betrekking tot decubitus?

	Verpleegkundigen	Verpleegkundige aanspreekpunt decubituszorg op de afdeling	Wond-verpleegkundigen	Artsen
Valid	19	19	19	19
Missing	0	0	0	0
Ja	18	4	2	2
Nee	1	15	17	17
Percent ja	94,7	21,1	10,5	10,5
Percent nee	5,3	78,9	89,5	89,5
Onbekend	0	0	0	0
Percent onb	0,0	0,0	0,0	0,0

94.7% geeft aan dat de verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor het nemen van preventieve maatregelen als het gaat om de decubituszorg. 21.1% vindt dat het verpleegkundig aanspreekpunt voor decubituszorg hiervoor verantwoordelijk voor is. 10.5% van de respondenten vindt dat dit de taak is voor de wondverpleegkundigen. Terwijl 10.5% aangeeft dat dit de verantwoording van de artsen is.

Vraag 11: Hoe communiceert u uw bevindingen naar uw collega's of andere disciplines bij overdracht van de dienst m.b.t. decubitus? (meerkeuzevraag)

	Mijn bevindingen staan in de verpleegkundige zorgmap achter het desbetreffende tabblad	Mijn bevindingen draag ik mondeling over	Mijn bevindingen draag ik soms niet over doordat preventieve decubituszorg minder prioriteit heeft	Mijn bevindingen vergeet ik wel eens over te dragen doordat preventieve decubituszorg minder prioriteit heeft	Anders
Valid	19	19	19	19	19
Missing	0	0	0	0	0
Ja	4	2	0	0	9
Nee	11	13	15	15	6
Percent ja	21,1	10,5	0,0	0,0	47,4
Percent nee	57,9	68,4	78,9	78,9	31,6
Onbekend	4	4	4	4	4
Percent onb.	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1

21.1% van de respondenten geeft aan zijn bevindingen over decubitus achter het desbetreffende tabblad (van de discipline) te plaatsen. Dit is een onderdeel van de zorgmap. 10.5% geeft aan dit mondeling over te dragen. 47.4% van de respondenten geeft aan een ander communicatie middel te gebruiken om dit over te dragen.

Anders namelijk

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' aan te kruisen. Dit is door 10 respondenten aangekruist. De antwoorden zijn gegroepeerd in 3 labels: schriftelijk, niet van toepassing en overig. Er zijn 4 respondenten die aangeven dat zij hun bevindingen schriftelijk overdragen, "mijn bevindingen draag ik schriftelijk over". 2 operatieassistenten geven aan dit te doen d.m.v. het 'time-out formulier'. Een verpleegkundige geeft aan schriftelijk over te dragen. Een diëtiste zegt het volgende: "Het staat in mijn diëtistische diagnose (bevindingen uit dossier) mits dit benoemd wordt in het dossier, onderdeel van het behandelplan". Bij het label niet van toepassing zijn er 3 respondenten, 2 operatieassistenten en een teamleider die aangeven dat het overdragen van bevindingen m.b.t. decubitus voor hun niet van toepassing is. Bij het label 'overig' horen de antwoorden diëtistische diagnose (diëtiste) en overdragen aan aanspreekpunt op de afdeling (teamleider).

Vraag 12: Hoe ervaart u de samenwerking met de volgende disciplines met betrekking tot decubituszorg? Omcirkel het streepje.

	Vpk	Wond vpk	Diëtist	Fysio	Teamleider	Operatie assistenten	Artsen
Valid	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Missing	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Goed	5,3	15,8	10,5	5,3	5,3	5,3	5,3
Voldoende	31,6	21,1	15,8	5,3	21,1	15,8	26,3
Matig	10,5	10,5	5,3	15,8	0,0	0,0	10,5
Onvoldoende	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	10,5
Onbekend	52,6	52,6	68,4	73,7	73,7	68,4	47,4

5.3% van de respondenten geeft aan dat de samenwerking met de verpleegkundige goed is. 31.6% vindt dit voldoende terwijl 10.5% dit als matig ervaart. 15.8% geeft aan dat de samenwerking met de wond verpleegkundige goed is. 21.1% vindt dat deze samenwerking voldoende is. 10.5% vindt dit matig. De samenwerking met de diëtist wordt door 10.5% van de respondenten als goed ervaren. 15.8% vindt dit voldoende. Een matige samenwerking wordt door 5.3% van de respondenten gezegd. 5.3% van de respondenten vindt de samenwerking met de fysiotherapeuten goed. Ook 5.3 % vindt de samenwerking voldoende. 15.8% ervaart dit als matig. De samenwerking met de teamleider wordt door 5.3% als goed ervaren. Voor voldoende stemt 21.1% van de respondenten in.

De samenwerking met de operatieassistenten is goed voor 5.3%. Voor 15.8% van de respondenten is dit voldoende. 10.5% van de respondenten zegt onvoldoende.

5.3% van de respondenten vindt de samenwerking met de artsen goed. 26.3% vindt dit voldoende. Matig en onvoldoende worden beiden door 10.5% van de respondenten ervaren. Er kan geen uitspraak gedaan worden m.b.t. de tevredenheid over de samenwerking tussen specifieke disciplines. Wel laat het schema zien hoe de algemene samenwerking wordt ervaren.

Vraag 13: Welke zaken belemmeren u in de samenwerking met andere disciplines m.b.t. decubituszorg?

De antwoorden op deze vraag zijn gegroepeerd in 5 labels: slechte multidisciplinaire samenwerking, tijdsdruk, werkdruk, prioriteit en geen belemmeringen.

Er zijn 5 antwoorden die vallen onder het label slechte multidisciplinaire samenwerking. Een respondent zegt: "Er is weinig samenwerking!". Andere antwoorden die bij het label horen zijn dat het soms wordt vergeten om andere disciplines in te schakelen, dat er weinig contact en samenwerking is wat betreft decubitus en de veranderingen omtrent de decubitus/wondverpleegkundige. Dit laatste wordt als volgt gezegd: "De opzet is net veranderd, de wondverpleegkundige doet volgens mij nu meer met het vertrek van de decubitusverpleegkundige. We moeten elkaar nog vinden, moeten elkaar nog leren kennen, wat een ieder doet". Door 2 respondenten wordt de tijdsdruk genoemd en 2 andere respondenten noemen de werklust. Er zijn 2 respondenten die noemen dat decubitus minder prioriteit heeft en dat de voeding bij decubitus te weinig prioriteit krijgt.

Dan zijn er 4 respondenten die hebben ingevuld dat ze geen belemmeringen ervaren in de samenwerking. Daarvan zijn er 2 die zeggen dat ze weinig met decubitus te maken hebben door een lage ligduur.

Vraag 14a: Zijn er zaken die u belemmeren om preventieve interventies toe te passen bij decubitus?

	Geen belemmeringen	Er is een tekort aan materialen	Niet goed functioneren van materialen	Kennis tekort	Tekort aan financiën	Ontbreken van positieve stimulans van collega's	Ontbreken van medewerking door collega's
Valid	19	19	19	19	19	19	19
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Ja	9	5	2	3	1	1	4
Nee	9	13	16	15	17	17	14
Ja %	47,4	26,3	10,5	15,8	5,3	5,3	21,1
Nee %	47,4	68,4	84,2	78,9	89,5	89,5	73,7
Onbekend	1	1	1	1	1	1	1
% onb.	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3

Vervolg 14b: Zijn er zaken die u belemmeren om preventieve interventies toe te passen bij decubitus?

	Tijd gebrek	Personeel tekort	Minder prioriteit	Hoge werkdruk	Geen AD matras mogelijk bij gefixeerde patiënten	Alle boven genoemde oorzaken	Anders namelijk
Valid	19	19	19	19	19	19	19
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Ja	7	2	2	3	2	0	2
Nee	11	16	16	15	16	18	16
Ja %	36,8	10,5	10,5	15,8	10,5	0,0	10,5
Nee %	57,9	84,2	84,2	78,9	84,2	94,7	84,2
Onbekend	1	1	1	1	1	1	1
% onb.	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3

47,4% van de respondenten geeft aan geen belemmeringen te ervaren om preventieve interventies toe te passen. 26,3% zegt dat er een tekort is aan materialen. Het ontbreken van medewerking door collega's wordt voor 21,1% van de respondenten als een belemmering ervaren. Verder geeft 36,8% aan tijd gebrek te hebben om preventieve interventies toe te passen.

Anders namelijk

Deze vraag is kwantitatief verwerkt, waarbij er de mogelijkheid was om de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' aan te kruisen. Dit is door 2 respondenten gedaan (diëtisten). Een diëtiste zegt dat er onvoldoende aandacht is voor voeding als er sprake is van decubitus en een andere diëtiste zegt: "Soms is het niet duidelijk dat een patiënt decubitus heeft, of aan het ontwikkelen is, rapporteren hiervan is niet eenduidig".

Structuur

Vraag 15: Wat vindt u van de organisatie rondom decubituszorg? (binnenkomst patiënt - anamnese - bradenschaal - interventies - wondverpleegkundige - SNAQ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Onbekend	9	47,4	47,4	47,4
Goed	2	10,5	10,5	57,9
Voldoende	3	15,8	15,8	73,7
Matig	5	26,3	26,3	100,0
Onvoldoende	0	0,0	0,0	
Total	19	100,0	100,0	

10.5% van de respondenten geeft aan de organisatie rondom decubituszorg goed is. 15.8% vindt dit voldoende. 26.3% van de respondenten vindt dit matig.

Motivatie antwoorden

Deze vraag was zowel kwantitatief als kwalitatief opgesteld. De respondenten konden kiezen uit 4 antwoordmogelijkheden en daarbij het antwoord motiveren. Er zijn daarbij 5 antwoorden gemotiveerd die positief van aard zijn en 8 antwoorden gemotiveerd die negatief van aard zijn. Positieve antwoorden die worden genoemd zijn gegroepeerd onder het label 'goed georganiseerd'. Code woorden die daarbij horen zijn pre operatief scoren, maatregelen en interventies treffen, SNAQ score en geen decubitus. Een respondent zegt bijvoorbeeld: "Ik vind dat de interventies rondom decubitus patiënten voldoende plaatsvindt". De 8 gemotiveerde negatieve antwoorden zijn verdeeld in 4 labels: werkdruk, scorelijsten, ICT en samenwerking. Een antwoord dat gegeven is: "Werkdruk is vaak te hoog, scores invullen zijn te weinig computers voor en er is geen automatische terugkoppeling van scores". Een ander zegt: "In theorie goed, in praktijk moeizaam i.v.m. verouderde ICT! Veel werk om in te vullen". Er zijn 2 respondenten die aangeven dat de werkdruk hoog is. Ook zijn er 2 respondenten (diëtiste en wondverpleegkundige) die aangeven dat de scorelijsten niet adequaat en consequent worden ingevoerd. Wat betreft de ICT zijn er 3 respondenten die antwoorden geven die daarmee te maken hebben, namelijk te weinig computers, verouderde ICT en het niet mogelijk zijn van de automatische terugkoppeling van de score. Ten slotte is er een respondent (diëtiste) die aangeeft dat het niet duidelijk is wie de betrokkenen bij de behandeling zijn.

Vraag 16: Wat kan er volgens u verbeterd worden in de organisatie?

De antwoorden op deze vraag zijn onderverdeeld in 5 labels: materialen, samenwerking, kennis, werkwijze en ICT. Een respondent zegt het volgende: "Voldoende materialen en toezicht op kwaliteit van deze materialen, de mogelijkheid om bij materialen te komen zou eenvoudiger kunnen". Er zijn 6 respondenten die aangeven dat er verbeteringen mogelijk zijn wat betreft de materialen. Er wordt genoemd dat er meer materialen nodig zijn, toezicht op de materialen, meer AD matrassen, meer AD kussen, het materiaal moet beter te vinden zijn en de aanvraag van een matras moet eenvoudiger. Wat betreft de samenwerking zijn er 2 respondenten die zeggen dat dit beter kan en een respondent (wondverpleegkundige) die zegt dat verpleegkundigen moeten worden aangesproken op het scoren van decubitus. Er zijn 3 respondenten die aangeven dat de kennis, alertheid, scholing en preventie beter kan wat betreft decubitus. Er zijn 2 respondenten die zeggen dat er wat verbeterd kan worden in de werkwijze, namelijk het protocol en het verwerken in het actieplan. Een respondent zegt: "Goed protocol, waarin alle betrokkenen participeren". Ook wat betreft de ICT zijn er 2 respondenten (teamleiders) die zeggen dat dit beter kan, met als suggestie het elektronisch patiëntendossier.

Logistiek

Vraag 17: Zijn er volgens u genoeg antidecubitus materialen beschikbaar? (alleen voor de wondverpleegkundige)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Onbekend	14	73,7	73,7	73,7
Ja	2	10,5	10,5	84,2
Nee	3	15,8	15,8	100,0
Total	19	100,0	100,0	

10.5% van de respondenten geeft aan dat er genoeg antidecubitus materialen beschikbaar zijn. 15.8% vindt dit niet.

Vraag 18: Wat vindt u van de logistieke zorg rondom decubitus?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Onbekend	13	68,4	68,4	68,4
Goed	1	5,3	5,3	73,7
Voldoende	1	5,3	5,3	78,9
Matig	3	15,8	15,8	94,7
Onvoldoende	1	5,3	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	

5.3% van de respondenten vindt de logistieke zorg rondom decubitus goed.

Ook 5.3% vindt deze zorg voldoende.

15.8% vindt daarentegen dat dit matig is, terwijl 5.3% aangeeft dit onvoldoende te vinden.

Motivatatie antwoorden

Deze vraag was zowel kwantitatief als kwalitatief opgesteld. De respondenten konden kiezen uit 4 antwoordmogelijkheden en daarbij het antwoord motiveren. Er zijn daarbij 2 antwoorden gemotiveerd die positief van aard zijn en 7 antwoorden gemotiveerd die negatief van aard zijn. De positieve antwoorden zijn dat er geen klachten van verpleegkundigen komen (teamleider) en dat de matrassen goed zijn (wondverpleegkundige). De negatief omschreven antwoorden hebben te maken met materialen. Wat er wordt genoemd is dat er geen overzicht is, het kost tijd ook het zelf ophalen/brengen van de materialen, de bewaarplaats is onoverzichtelijk, materiaal is onvindbaar en zitkussens zijn niet goed. Een wondverpleegkundige zegt: "Materialen zwerven door het ziekenhuis, zonder dat wij weten waar (afdeling, technische dienst, inzet bij patiënten), opslagcapaciteit onvoldoende".

Vraag 19: Wat kan er volgens u verbeterd worden in de logistiek?

De verbeteringsuggesties die worden genoemd zijn verdeeld in 2 labels: materialen en overzicht van materialen. Er zijn 2 respondenten die noemen dat er tekort aan matrassen is en dat hielkussens onderbreken. En een respondent die zegt dat materiaal wel eens stuk is. Een wondverpleegkundige zegt: "Opslag, meer hulpmiddelen voor patiënten die uit bed komen en in de stoel zitten (zitkussens), meer glijzeilen, wisselgging moet inzichtelijker gemaakt worden". Er zijn 8 respondenten die antwoorden geven die te maken hebben met het overzicht en de opslag van materialen. Een teamleider zegt: "Wondmateriaal op een centrale plaats te halen, matrassen zijn te vaak stuk wat pas wordt opgemerkt als bed is opgemaakt / patiënt er op ligt". Een andere teamleider zegt: "Geen overzicht nu voor afdelingen waar decubitusmatrassen zijn en of ze stuk zijn, worden nu stuk teruggelegd, een uitgifte depot lijkt mij een verbetering".

Vraag 20: Wat is volgens u de voornaamste oorzaak dat de interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?

De antwoorden op deze vraag zijn verdeeld in 6 labels: tijdsdruk, kennis, werkwijze, materialen, communicatie en ICT. Er zijn 6 respondenten van de 19 respondenten die noemen dat tijdsdruk of werkdruk de voornaamste oorzaak is dat interventies m.b.t. decubitus niet effectief worden toegepast. Een respondent zegt: "Tijdsgebrek en irritante lijst in de computer". Een andere respondent zegt: "Tijdsgebrek en materialentekort". Iemand anders noemt "onbekendheid en tijdsdruk".

Er zijn 4 respondenten die de werkwijze noemen, er wordt daarbij gezegd dat wisselgging niet goed wordt toegepast, de patiënt niet gemobiliseerd, er geen aandacht is voor het verleden en decubitus weinig prioriteit krijgt. Wat betreft de kennis zeggen 4 respondenten dat er een kennistekort is wat betreft decubitus en dat er niet altijd correct wordt gescoord. 2 respondenten geven aan dat de voornaamste oorzaak te maken heeft met een tekort aan

materiaal. Een respondent geeft aan dat de voornaamste oorzaak is dat er geen goede communicatie is. En ten slotte is er een respondent (wondverpleegkundige) die aangeeft dat de scorelijsten in de computer lastig in te vullen zijn.

Vraag 21: Wat is er volgens u nodig om te zorgen dat deze interventies wel toegepast zullen worden?

De antwoorden op deze vraag zijn gegroepeerd in 7 labels: samenwerking, kennis, materialen, structuur, protocol, ICT en werkdruk. Een wondverpleegkundige geeft als antwoord: "Werkdruk verlagen, meer aandachtsvelders decubituszorg op de afdeling, overleg 1 x per maand met andere aandachtsvelders + wondverpleegkundige. Regelmatiger prevalentie meten en bekend maken binnen de verpleging. Protocol herzien en makkelijk toegankelijk". Een teamleider zegt: "Informatie geven en instructie, goed materiaal aanwezig, niet hoeven zoeken". De teamleider van de intensive care zegt: "Voor IC patiënten belangrijk om wisselgigging / mobilisatie toe te passen, zit mijns inziens nog onvoldoende in ieders systeem". Een andere teamleider zegt: "Verantwoordelijk uitgifte depot dat zorgt voor decubitusmaterialen + overzicht waar deze in gebruik zijn en scholing/voorlichting". Er worden 6 antwoorden gegeven die te maken hebben met een betere samenwerking, zoals multidisciplinair opzetten, aandachtsvelders inschakelen en overleg. Er zijn 4 respondenten die noemen dat er meer informatie en scholing nodig is. 3 respondenten noemen dat er verbetering nodig is in de materialen, zowel de voorraad als de kwaliteit van materialen. Er zijn ook 3 respondenten die aangeven dat er verbeteringen nodig zijn in de structuur, namelijk een verantwoordelijke aanwijzen voor de uitgifte depot, een overzicht van alle materialen en een regelmatige prevalentie meting met terugkoppeling. Er zijn 2 respondenten die aangeven dat er verbeteringen op ICT gebied nodig zijn, zoals een makkelijkere scorelijst om in te vullen en een elektronisch dossier. Dan zijn er nog 2 respondenten die zeggen dat het protocol aangepast moet worden. Verder is er een respondent die zegt dat de werkdruk verlaagd moet worden.

Vraag 22: Heeft u verder opmerkingen of adviezen als het gaat om decubituszorg in de MC groep?

De opmerkingen en adviezen die worden gegeven zijn verdeeld in 5 labels, namelijk: scholing, meer prioriteit, andere disciplines, informeren patiënt en compliment. Een wondverpleegkundige zegt: "Prioriteit bij kwalitatief goede basiszorg! Dus hoge prioriteit bij decubituszorg en preventie. Informatiemateriaal voor patiënten, indien mogelijk en van toepassing voor opname geven m.b.t. voorkomen van decubitus!". Er zijn 4 respondenten die opmerkingen geven die te maken hebben met scholing, een teamleider zegt: "Met regelmaat klinische lessen geven door wondverpleegkundige en aandachtsvelder van de afdeling". Andere antwoorden die hieronder vallen zijn dat het goed positioneren van een patiënt belangrijk is, dat de ondergrond waarop een patiënt ligt glad moet zijn en dat het een belangrijk onderwerp is. Verder zijn er 3 respondenten die noemen dat decubitus meer prioriteit moet krijgen en dat er niet te makkelijk over moet worden gedacht. Dan is er nog een respondent die noemt dat de wondverpleegkundige een sleutelrol moet spelen in de decubituszorg en een respondent dat er meer informerend materiaal voor patiënten moet zijn. Ten slotte zijn er 2 respondenten die zeggen dat ze geen opmerkingen hebben en dat deze enquête motiverend heeft gewerkt.

4.4 Slot

De resultaten van het onderzoek zijn nu bekend. Dit is opgedeeld in het verpleegkundige deel en het deel van de overige disciplines. In het volgende hoofdstuk zullen hierin verbanden worden gelegd en conclusies uit worden getrokken.

Hoofdstuk 5 – Discussie en conclusie

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden conclusies verbonden aan de uitkomsten uit het onderzoek. Het doel van het gedane onderzoek is om een duidelijk beeld te krijgen van de knelpunten bij decubituszorg. Dit zodat de juiste maatregelen toegepast kunnen worden binnen de MC Groep om binnen een half jaar te komen tot een verlaging van het decubituspercentage. De centrale vraag die hierbij is opgesteld is: 'Wat zeggen de betrokken disciplines rondom decubitus zorg van verschillende afdelingen in het MC Zuiderzee ziekenhuis te Lelystad over de oorzaak dat de evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?'

In paragraaf 5.2 van dit hoofdstuk worden antwoorden gegeven op de deelvragen. Ten slotte wordt in paragraaf 5.3 een antwoord gegeven op de centrale vraag.

5.2 Antwoorden deelvragen

Deze paragraaf bevat de antwoorden op de deelvragen zoals die zijn opgesteld in hoofdstuk 2. De eerste vragen zijn algemeen van aard en kunnen beantwoord worden met behulp van de gedane literatuurstudie. De laatste vragen kunnen beantwoord worden door middel van het onderzoek dat is gedaan.

Deelvraag 1: Wat is decubitus?

Vanuit de literatuurstudie is een antwoord gezocht op deze deelvraag.

Decubitus is een vorm van weefselversterf dat wordt veroorzaakt door inwerkingen van druk-, schuif- en wrijfkrachten op het lichaam. Ook een combinatie van deze drie factoren kunnen voor decubitus zorgen. Dit is de definitie die is opgesteld door het CBO op basis van consensus (CBO, 2002).

De loodrecht kracht (druk) op de huid veroorzaakt meestal versterf van spieren. De bloedvaten die naar de spieren leiden worden hierbij ernstig aangetast. Dit leidt daarnaast tot het versterf van onderhuids vetweefsel en van de huid zelf.

Bij de schuifkrachten ligt de oorzaak anders. Hierbij worden de spieren nog wel voorzien van bloed, maar is het de huid zelf die door het schuiven dichtgedrukt worden. De horizontale bloedvaten knikken dubbel waardoor er problemen in de doorbloeding ontstaan.

Schuifkrachten spelen dan ook een grotere rol spelen in het ontstaan van decubitus dan alleen loodrecht uitgeoefende krachten (Marum e.a.,1994).

De tijdsduur in dit alles ook een grote rol. Het blijkt dat korte tijd hoge druk uitoefenen op de huid, hetzelfde effect heeft als langere tijd een lagere druk uitoefenen (CBO, 2002).

Ook de lichamelijke conditie van de patiënt draagt bij aan het al dan niet krijgen van decubitus. Er zijn verschillende intrinsieke factoren die de kans op decubitus ernstig verhogen. Denk hierbij aan het hebben van over –of ondergewicht, huidafwijkingen, incontinentieprobleem van faeces of mictie of een slechte voedingstoestand (de Vries, 2004). Wanneer er gelet wordt op de druk, schuif –en wrijfkrachten op het lichaam, kan decubitus grotendeels voorkomen worden. Meer informatie over decubitus kan gevonden worden in bijlage 1.

Deelvraag: 2 Wat zijn evidence-based interventies om decubitus te voorkomen?

Vanuit de literatuurstudie is een antwoord gezocht op deze deelvraag.

Er bestaan een aantal preventieve interventies die ertoe bijdragen dat decubitus kan worden voorkomen. De belangrijkste daarvan is het informeren van de patiënt zelf. Daarbij is het van belang te vertellen wat decubitus is, hoe het kan ontstaan en welke maatregelen er getroffen kunnen worden om decubitus te voorkomen.

Afwisselen van zit- en lighouding is een maatregel die genomen moet worden om de druk zoveel mogelijk te verdelen over het gehele lichaam. Er moet voorkomen worden dat er zich oneffenheden bevinden in het zit- of ligoppervlak. Dit zou decubitus in de hand werken

omdat de huid op sommige plekken meer druk te verduren zal krijgen. Daarnaast zou het gebruik van een antidecubitusmatras en –kussen al een uitkomst kunnen zijn voor patiënten met decubitus of patiënten die daar een verhoogd risico op hebben. Wanneer blijkt dat een patiënt incontinent is, moet voorkomen worden dat dit de mogelijkheid krijgt om lang op de huid in te werken. Dit kan zorgen voor verweking van de huid, waardoor er een grotere kans op decubitus ontstaat wanneer dit in combinatie gaat met druk-, schuif- of wrijfkrachten. Een andere belangrijke factor is een goede voedingstoestand van de patiënt. Als hiernaar gestreefd wordt, zal de kans op het krijgen van decubitus verminderen (Chel, e.a., 1999). Meer informatie over evidence-based interventies kan gevonden worden in bijlage 1.

Deelvraag: 3 Hoe is de zorg rondom decubitus georganiseerd binnen het MC-Zuiderzee?

Om een antwoord te verkrijgen op deze deelvraag is informatie gevraagd aan een wondverpleegkundige. De wondverpleegkundige heeft inzicht gegeven over de organisatie rondom decubituszorg binnen de MC groep.

In het MC Zuiderzee wordt gewerkt met een risico scorelijst volgens het CBO (2002). Het wordt gebruikt om hun voorspellende waarde m.b.t. het ontwikkelen van decubitus bij patiënten. Deze decubitus-risicoscorelijst moet bij opname worden ingevuld via een programma X-Hook op de computer. Om deze scorelijst in te vullen moeten er een aantal vragen worden beantwoord op het gebied van: de mentale toestand, neurologie, mobiliteit, voedingstoestand, voedingsinname, incontinentie, leeftijd, temperatuur, medicatie, diabetes en circulatie. Het risico om decubitus te ontwikkelen kan namelijk toenemen als de patiënt op één of meer van bovenstaande gebieden achteruit gaat. Na het invullen van de decubitus risico-scorelijst komt er een score uit. Er kan door op de score te klikken gezien worden welke interventies de verpleegkundige dient te nemen m.b.t. decubituszorg. Een voorbeeld van een interventie is bijv.: geef wisselgigging of zorg voor een AD-matras. Deze interventies zijn afhankelijk van de score. Het is de bedoeling dat deze interventies ook worden overgenomen in het zorgplan van de patiënt om de continuïteit van zorg te waarborgen.

In het programma X-hook moet er bij een opname ook de SNAQ-score worden ingevuld. SNAQ staat voor Short Nutritional Assessment Questionnaire. De SNAQ-score is een risicoscorelijst om ondervoeding zo snel mogelijk te herkennen. Patiënten kunnen een verminderde eetlust hebben door een bepaald ziektebeeld. Daarnaast komt het regelmatig voor dat patiënten nuchter moeten blijven voor een operatie of een onderzoek, terwijl het lichaam energie nodig heeft om te herstellen. Deze patiënten lopen het risico om ondervoed te raken wat decubitus in de hand kan werken (Asseldonk e.a., 2007). Als blijkt dat de SNAQ-score afwijkt, krijgt de diëtiste hier automatisch bericht van. Zij komt bij de patiënt kijken en spreekt verdere interventies af met de verpleegkundige. Daarnaast kan de verpleegkundige de diëtiste ook in consult vragen, net als de wondverpleegkundige, de fysiotherapeut en de ergotherapeut. Verder kan de verpleegkundige het decubitusprotocol raadplegen.

In het verleden is er getracht om op elke afdeling een verpleegkundige aan te wijzen die als aanspreekpunt over decubitus zou functioneren. Dit is niet van de grond gekomen. Op dit moment wordt er dan ook niet meer mee gewerkt. De verpleging geeft hiervoor verschillende oorzaken aan zoals:

- De financiële positie waarin het ziekenhuis zich destijds bevond
- Geen draagkracht binnen het team
- Geen afgewerkte implementatie

Samenvattend

Verpleegkundigen kunnen door gebruik te maken van de decubitus risico-scorelijst en de toegereikte interventies in dit programma de zorg rondom decubitus afstemmen. Verder kunnen ze het decubitusprotocol raadplegen en de ondersteunende disciplines als de

wondverpleegkundigen, de diëtisten, de fysiotherapeuten en de ergotherapeuten inschakelen om de zorg rondom decubitus te optimaliseren. Wanneer de SNAQ score verhoogd blijkt te zijn, zal de diëtiste langskomen om te kijken hoe het met de patiënt is. Als de decubitus risico-scorelijst is verhoogd zal de wondverpleegkundige langskomen.

Wondverpleegkundigen

Bij een score van 10 of hoger op de decubitus risico-scorelijst krijgt de wondverpleegkundige hiervan bericht. Ze gaat langs bij de patiënt en kijkt of deze een AD-matras heeft gekregen. Verder kan zij geraadpleegd worden bij het gebruiken van materialen om de wond te verzorgen. Zij loopt driemaal per week langs alle afdelingen om te kijken bij de patiënten en ondersteuning te bieden aan de verpleegkundigen. De wondverpleegkundige schrijft bij elke patiënt met een decubituswond een plan van aanpak voor de wondverzorging. Deze is dan te vinden achter tabblad D. Op dit moment zijn er drie wondverpleegkundigen werkzaam in het MC Zuiderzee. De wondverpleegkundigen monitoren naast de directe wond zorg ook het aantal AD-matrassen. Op dit moment heeft het MC Zuiderzee:

- 4 debut matrassen (Als deze stuk gaan worden ze vervangen door primo matrassen)
- 18 primo matrassen
- 6 duo matrassen

2 Duo matrassen zijn te vinden in de gang van de IC. De overige matrassen staan in de washokken op verdieping 2 en 3. Als blijkt dat het matras stuk is (gegaan), moet de afdeling hierover zelf bellen met de technische dienst.

Plannen in de toekomst MC Zuiderzee m.b.t. decubitus

- Er bestaat een wondbehandeling- en decubitusprotocol. Dit gaat nu veranderen. Er komt een wondbehandelingsprotocol als folder. Het decubitusprotocol zal alleen te vinden zijn op het intranet. Niet alle materialen voor wond zorg uit het decubitusprotocol zijn op de afdeling te krijgen. Deze zijn wel altijd in het magazijn te vinden.
- In 2011 worden alle matrassen vervangen voor een antidecubitus matras.

Aandachtspunten volgens de wondverpleegkundige m.b.t. decubitus

- Er bestaat geen standaard wisseliggings schema. Als de patiënt wisseliggings moet krijgen moet de verpleegkundige dit zelf maken en regelen om de continuïteit van zorg wel te kunnen waarborgen. Dit kost de verpleegkundigen veel tijd. Wordt dit dus wel gedaan?
- Is er wel genoeg foldermateriaal over decubitus beschikbaar voor de patiënt en wordt dit ook gegeven?
- Wordt de glij mat wel voldoende gebruikt, want bij het hoger leggen van de patiënt komt er veel schuifkracht kijken wat decubitus in de hand werkt.

Deelvraag: 4 Wat voor rol spelen de genoemde betrokken disciplines m.b.t. decubituszorg?

Vanuit de literatuurstudie is een antwoord gezocht op deze deelvraag.

Verpleegkundige

Er zijn verschillende taken die een verpleegkundige uitvoert. Hier volgt een definitie:

‘Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het voorkomen, signaleren en behandelen van decubitus. De verpleegkundige is samen met de zorgvrager verantwoordelijk voor het plannen, coördineren, bewaken, uitvoeren, evalueren en bijstellen van de afgesproken zorg’ (Leistra e.a., 2005). De verpleegkundige heeft de mogelijkheid om andere disciplines te raadplegen bij het uitvoeren van de zorg m.b.t. decubitus. Hieronder zal worden toegelicht welke verschillende disciplines een relatie hebben met decubitus en hoe dit tot uiting kan komen.

Wondverpleegkundige

De wondverpleegkundige heeft zich gespecialiseerd in (gecompliceerde) wond zorg en de zorg rondom decubitus. In samenwerking met andere zorgverleners bewaakt en begeleidt zij het afgesproken wond- en decubitusbeleid voor patiënten van het MC Zuiderzee ziekenhuis (Catharina Ziekenhuis, s.d.)

Teamleiders

Teamleiders behoren coördinerend en stimulerend actief te zijn naar hun team toe, ook met betrekking tot decubitus. Dit zodat de kennis systematisch wordt toegepast waardoor het percentage decubitus zal dalen (Beelen, 2006).

Diëtist

De diëtist kan door het opheffen van de verminderde voedingstoestand het risico op het ontwikkelen van decubitus verlagen. Bij iedere patiënt moet worden gekeken naar de voedingstoestand om eventuele voedingsmaatregelen te nemen. Voedingsadviezen zijn heel persoonlijk en verschillen per patiënt. Ondervoeding moet worden gecorrigeerd doormiddel van een afgestemd dieet. Ondervoeding kan leiden tot decubitus en een vertraagde wondgenezing (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2002).

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut kan zowel de verpleegkundige als de patiënt instructie geven over de houding en mobiliteit zodat de houding van de patiënt verbeterd wordt. Mobiliteit is een belangrijk aspect in het voorkomen van decubitus (Poot, e.a., 2008). Beweging bevordert de cardiovasculaire conditie van de patiënt, waardoor de wondgenezing wordt bevorderd. De fysiotherapeut kan de verpleegkundige helpen bij het voorkomen van puntbelastingen, het vrij leggen van wonden, en het beperken van immobilisatie (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2002).

Operatieassistenten

Bij elke operatie bestaat er een kans op het krijgen van decubitus. Dit kan gebeuren door een bepaalde tijdsduur van drukkracht en de weefseltolerantie. Decubitus die ontstaat in de postoperatieve periode, vindt vaak zijn oorzaak in de perioperatieve periode (Lindan, e.a. 1965). Operatieassistenten spelen een belangrijke rol in het positioneren van de patiënt voor de operatie om de kans op decubitus te minimaliseren.

Verder speelt de overdracht naar de verkoever verpleegkundige hierin een belangrijke rol.

Verkoever-verpleegkundigen

De verkoever-verpleegkundige draagt zorg voor de patiënt nadat deze van de operatie terug is gekomen. Zij is verantwoordelijk voor de overdracht, zowel mondeling als schriftelijk, naar de dienstdoende verpleegkundige van de desbetreffende afdeling (UMC St Radboud, 2011).

Deelvraag: 5 Wat zeggen de betrokkenen over de kennis die zij hebben over het voorkomen van decubitus?

Uit het onderzoek onder de verpleegkundigen blijkt dat 29% van de respondenten twijfelt aan hun kennis wat betreft decubitusinterventies en graag nog meer willen weten. Wat betreft de materialen geeft 55,2% van de respondenten aan dat zij twifelen en graag wat meer willen weten. Hieruit blijkt dat er met name behoefte is aan meer kennis over de materialen die ingezet kunnen worden bij decubitus en het voorkomen daarvan.

44,7% van de respondenten geeft aan dat zij wel behoefte hebben aan scholing. De klinische les is een vorm van scholing die het vaakst wordt genoemd, namelijk 52,6 %. Daarnaast geeft 28,9% van de respondenten aan dat zij individuele instructie door een wondverpleegkundige de juiste manier van scholing vinden.

Er blijkt ook uit het onderzoek dat 60% van de ondervraagde verpleegkundigen soms tot nooit een glij mat gebruiken bij het verplaatsen van een patiënt. Wel zeggen 97,4% van de

verpleegkundigen dagelijks de huid te inspecteren. Ook blijkt uit de antwoorden die de verpleegkundigen geven voor wat betreft het opstellen van een wisselgigging schema dat 97,4% aangeeft wel een schema te gebruiken. Echter bij de prevalentietelling blijkt dat er maar in 6 % van de gevallen waar wisselgigging nodig is, dit ook wordt gedaan en gedocumenteerd.

Uit deze gegevens kan de conclusie worden getrokken dat verpleegkundigen wel weten dat wisselgigging toegepast moet worden, maar dat het er in de praktijk vaak niet van komt.

Van de andere disciplines die te maken hebben met decubitus geeft 52,6 % aan dat zij behoefte hebben aan scholing. De scholingsvorm die het meest wordt genoemd is scholing d.m.v. e-learning, namelijk door 36,8 % van de respondenten. 31,6 % geeft aan dat zij het meeste baat hebben bij klinische lessen, daarnaast wordt door 10,5 % voorlichting als scholingsvorm genoemd.

Uit al deze gegevens kan worden geconcludeerd dat ongeveer de helft van de ondervraagden wel behoefte heeft aan scholing, met name wat betreft de materialen die ingezet kunnen worden. De manier van scholing die het beste bij de ondervraagden aansluit zijn klinische lessen en e-learning.

Uit het onderzoek blijkt verder dat 78,9% van de respondenten aangeeft dat zij bij elke patiënt de decubituscorelijst invullen. 21,1 % zegt dit niet bij elke patiënt te doen. Daarbij geeft 65,8% aan dat zij de score alleen invullen bij opname, 39,5 % vult de score nogmaals in bij verandering van de risicofactoren. Ook geeft 28,9 % van de respondenten aan dat zij de score later in te vullen, dus niet bij opname. Hierbij wordt aangegeven dat dit dan in de nachtdienst gebeurt. Doordat het invullen van de scorelijst in de nachtdienst gebeurt, kan het zijn dat er wat wordt ingevuld over patiënten waar de verpleegkundige niet voldoende van af weet. 60,5 % zegt dat dit soms het geval is. 18,4% zegt vaak decubituscorelijsten in te vullen van patiënten waar ze zelf niet voldoende van af weten.

Aan de hand van de uitkomsten van de decubituscorelijst kunnen er acties worden ondernomen. 68,4% van de ondervraagde verpleegkundigen zegt te handelen naar de interventies die het programma hen aanreikt. 47,4 % handelt naar eigen inzicht en 60,5 % overlegt met collega's over de te ondernemen interventies.

Wat betreft de SNAQ scorelijst geeft 84,2% van de ondervraagden aan dat die bij elke patiënt wordt ingevuld. De uitkomst van de SNAQ scorelijst is bij 73,7% van de respondenten van invloed op de interventies die ondernomen worden m.b.t. de decubituszorg.

Hieruit blijkt dat de mogelijkheden van de scorelijsten nog niet optimaal worden benut doordat ze niet consequent op tijd worden ingevuld en soms door verpleegkundigen die de patiënt niet voldoende kennen. De meerderheid van de ondervraagde verpleegkundigen zegt wel dat de uitkomsten van de scorelijsten invloed hebben op de interventies die worden toegepast, maar dit is dus nog niet bij alle verpleegkundigen het geval.

Deelvraag: 6 Wat zeggen de betrokkenen over het bestaande protocol voor decubitus zorg?

2.6% van de verpleegkundigen denken dat de MC groep geen protocol heeft. En 34.2% weet het niet. 52.6% van de verpleegkundigen kan het protocol niet vinden. 55.3% van de verpleegkundigen werken niet met protocol, omdat ze zeggen het niet te kennen. 26.3% vindt het protocol niet bruikbaar. Meer dan de helft van de verpleegkundigen geven aan dat er een protocol bestaat en weten deze ook te vinden, toch blijkt dat de meerderheid het protocol niet inhoudelijk kent. Een verklaring van deze tegenstrijdigheid kan zijn dat men wel weet dat er een protocol is maar het niet gebruikt.

De conclusie die uit deze percentages kan worden getrokken is dat bijna de helft van de verpleegkundigen het decubitusprotocol niet kunnen vinden. 52,6% weet wel dat er een protocol is, maar meer dan de helft van de verpleegkundigen kent het protocol niet en kan hier dus ook geen informatie uithalen m.b.t. decubituszorg. Bij de kwalitatieve uitkomsten

zegt één wondverpleegkundige dat het protocol niet toegankelijk is. Een diëtiste stelt dat er een update nodig is. Een protocol is een document dat tot doel heeft de verpleegkundige te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen. Ze vormen een hulpmiddel om kwalitatief goede zorg te bieden (Leytens e.a., 1999). Het protocol voor decubituszorg is dus niet alom bekend onder de verpleegkundigen in het MC Zuiderzee ziekenhuis.

Deelvraag: 7 Wat zeggen de betrokkenen over de verantwoordelijkheid en attitude rondom het voorkomen van decubitus?

Van de ondervraagde verpleegkundigen en de ondervraagde andere disciplines zeggen respectievelijk 97,4 % en 94,7 % dat de verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor het nemen van preventieve maatregelen m.b.t. decubitus.

Rapportage

Uit de enquêtes blijkt dat 97,4% van de ondervraagde verpleegkundigen bevindingen over decubitus vermelden in de verpleegkundige rapportage. Zij zijn zich dus bewust van het belang dat bevindingen over decubitus genoteerd moeten worden. 52,6% geeft aan dat de bevindingen ook of alleen in het zorgplan worden vermeld. Ook mondeling wordt decubitus overgedragen. Dit wordt door 57,9% van de verpleegkundigen gedaan.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de verpleegkundigen het belang van het vermelden van decubitus inzien. Iets meer dan de helft ziet de noodzaak ervan om dit mondeling te vermelden. 57,9% van de ondervraagde disciplines geven aan geconstateerde decubitus schriftelijk over te dragen.

Samenwerking

Van de verpleegkundige respondenten gaf 57,9% aan de samenwerking met de wondverpleegkundige m.b.t. decubituszorg goed te vinden. 10,5% vindt deze rol matig tot onvoldoende. De reden voor dit laatste is dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de wondverpleegkundige niet voldoende is.

Positieve aspecten (87%) zijn dat de wondverpleegkundigen advies geven, overzicht hebben op de patiënten met decubitus en geschoold zijn dus weet wat ze doet en welk beleid nageleefd moet worden.

De conclusie die hierbij naar voren komt is dat de verpleegkundigen positief gestemd zijn over de functie die de wondverpleegkundige uitvoert.

De ondervraagde verpleegkundigen gaven in de enquête aan dat samenwerking met de arts als matig tot onvoldoende wordt ervaren, namelijk door 58,1%.

23% van de overige disciplines vindt het contact met de artsen matig of onvoldoende. Hierbij komt naar voren dat dit te maken heeft met werkdruk en tijdsdruk. Verder wordt er genoemd dat er te weinig wordt gedacht aan het inschakelen van andere disciplines als het gaat om decubitus.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat men wel wil samenwerken maar dat tijdsdruk en werkdruk een grote rol innemen. Disciplines die een belangrijke rol spelen worden vergeten zoals de diëtist. Ook komt duidelijk naar voren dat het contact en samenwerking met de arts, fysiotherapeut en teamleider als negatief wordt ervaren. Er blijkt onvoldoende samenwerking met hen. De multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot decubituszorg moet worden verbeterd.

Interventies

Het overgrote deel van de ondervraagde verpleegkundigen, namelijk 89,5% en 73,2%, hebben in de enquête te kennen gegeven meestal een andere collega of de wondverpleegkundige er bij te roepen om beleid of interventies te bespreken. 26,3% handelt uit eigen ervaring wanneer zij niet zeker is van het beleid of interventies. Hierin komt naar voren dat men meestal gebruik maakt van de kennis van een collega.

Wanneer er sprake is van een verhoogd risico op decubitus raadpleegt 81,6% van de

verpleegkundige respondenten het protocol niet. 86,8% zorgt er voor dat de patiënt op een AD matras komt te liggen. 78,9% zal wisselgigging toe passen en in de verpleegkundige overdracht rapporteren. Het dagelijks inspecteren van de huid wordt door 84,2% van de verpleegkundigen gedaan terwijl slechts 57,9% de patiënt informeert over het risico op decubitus. Een andere actie die door veel verpleegkundigen (78,9%) wordt toegepast is het vrij leggen van de hielen en 31,6% schakelt een andere discipline in, zoals wondverpleegkundige of diëtiste.

Opvallend is dat het protocol niet of nauwelijks wordt geraadpleegd bij een risicopatiënt. Verder wordt de patiënt niet veel betrokken bij de decubituszorg en worden andere disciplines nog wel eens vergeten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de verpleegkundigen zeggen interventies wel toe te passen zoals een AD matras neerleggen, wisselgigging toepassen en dagelijks de huid inspecteren, maar dat deze informatie niet of nauwelijks uit het protocol wordt gehaald.

Uit de prevalentietelling van het eerste kwartaal van 2011(MC groep, 2011) blijkt dat er maar in 6 % van de gevallen dat wisselgigging nodig is, dit ook wordt gedaan en gedocumenteerd.

Uit deze gegevens kan de conclusie worden getrokken dat verpleegkundigen wel weten dat wisselgigging toegepast moet worden, maar dat het er in de praktijk vaak niet van komt.

Voorlichting

Het blijkt uit de enquête dat de patiënten worden voorgelicht over decubitus, vaak gebeurt dit alleen als een patiënt een verhoogd risico op decubitus heeft volgens de decubituscorelijst of op basis van klinische observatie. Toch is het nog in 63,2% van de gevallen zo dat er pas voorlichting wordt gegeven als de eerste tekenen van decubitus zichtbaar worden en in 34,2% van de gevallen zelfs pas als er decubituswonden zijn ontstaan.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de patiëntenvoorlichting niet altijd op tijd wordt gegeven om decubitus te kunnen voorkomen.

Belemmeringen

Uit de enquête blijkt dat de respondenten enkele belemmeringen ervaren omtrent het toepassen van preventieve decubitusinterventies. Meer dan de helft van de verpleegkundigen zeggen een tekort aan materialen te hebben, tijdsgebrek te hebben voor het geven van preventieve interventies en dat personeelstekort meespeelt. Ook wordt een hoge werkdruk ervaren. Verder wordt genoemd dat er onvoldoende kennis is wat betreft het wondmateriaal. 47,4% van de overige disciplines geeft aan geen belemmeringen te ervaren. Opvallend is wel dat 21,1% van de overige disciplines belemmeringen ervaart doordat medewerking van andere collega's niet voldoende is. Ook hierin komt een tekort aan materialen en tijdgebrek aan de orde.

De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat men veel externe belemmeringen ervaart om goede preventieve interventies toe te passen, zoals kennis, tijdgebrek, personeelstekort en tekort aan materialen.

Deelvraag: 8 Wat zeggen de betrokkenen over de structuur van de decubitus zorg binnen het ziekenhuis?

De helft van de verpleegkundigen vindt de structuur van de decubituszorg voldoende. 28,8% vindt deze organisatie matig tot onvoldoende. De voornaamste redenen van deze onvrede hebben te maken met te veel scorelijsten die ingevuld moeten worden, beschikbaarheid van decubitusmaterialen en het ontbreken van eenzelfde werkwijze. Hier wordt ook als reden gegeven dat het decubitusprotocol onvoldoende wordt gebruikt.

26,3% van de overige disciplines vindt de structuur rondom decubituszorg voldoende tot goed. 26,3% vindt deze structuur matig. Er wordt gezegd dat de werkdruk van invloed kan zijn op de decubituszorg. Een diëtiste en wondverpleegkundige zeggen verder dat de decubituscorelijst vaak niet adequaat en consequent worden ingevoerd. Ook worden er problemen aangegeven m.b.t. ICT en computers. Zo zijn er volgens 3 respondenten te

weinig computers, verouderde ICT en een gebrek in het niet automatisch terugkoppelen van de score van de decubitus scorelijst in het programma.

Er kan worden geconcludeerd dat de respondenten matig tevreden zijn over de structuur rondom decubituszorg.

Volgens verpleegkundigen kunnen een aantal zaken worden verbeterd in de structuur van de decubituszorg. Zo wordt er genoemd dat er meer kennis en aandacht moet komen voor decubituszorg. Dit kan zich uiten in het specialiseren van 1 verpleegkundige op elke afdeling in decubituszorg en een betere afstemming tussen de verschillende disciplines. Ook wordt genoemd het verbeteren van kennis wat betreft richtlijn, klinische blik, decubitusstadia, acties en materiaal. Verder wordt het decubitusmateriaal genoemd, deze moet beter beschikbaar zijn. Volgens de overige disciplines zijn er ook een aantal dingen die kunnen worden verbeterd. Hierbij wordt gedacht aan dat er meer materialen nodig zijn, toezicht op de materialen, meer AD matrassen, meer AD kussens, het materiaal moet beter te vinden zijn en de aanvraag van een matras moet eenvoudiger. Net als bij de verpleegkundigen wordt ook bij de andere disciplines aangegeven dat de kennis, alertheid, scholing en preventie beter kan wat betreft decubitus. Er moet een algemene werkwijze komen volgens protocol die ook goed wordt gedocumenteerd.

Concluderend zijn er nogal wat punten die genoemd worden m.b.t. de structuur van de decubituszorg. Er heerst onder de respondenten onduidelijkheid over de werkwijze bij decubituszorg. Dit komt naar voren bij zowel de verpleegkundigen als de overige disciplines. De belangrijkste belemmerende factoren die genoemd worden zijn gebrek aan kennis over decubitus als over de decubitusmaterialen, het gebruik van de decubituscorelijst en het ontbreken van een eenduidige effectieve werkwijze m.b.t. decubitus.

Deelvraag: 9 Wat zeggen de betrokkenen over de logistiek rondom het voorkomen van decubitus?

Wat betreft de logistiek vindt 36,8 % van de ondervraagde verpleegkundigen dat deze voldoende is, echter 31,6 % vindt deze matig tot onvoldoende. Van de andere disciplines geeft 20,1 % aan dat de logistieke zorg rondom decubitus matig tot onvoldoende is. Als reden dat de logistieke zorg niet goed genoeg is geven respondenten aan dat dit voornamelijk komt door het materiaal. 65,8 % van de ondervraagde verpleegkundigen geeft aan dat er onvoldoende anti decubitus materialen zijn, zoals matrassen, hielkussens en verbandmaterialen. Ook zeggen 26,8% van de ondervraagde verpleegkundigen dat er onvoldoende foldermateriaal voor de patiënten is, 50% zegt niet te weten of er voldoende foldermateriaal is. Wel geven 81,6% van de ondervraagde verpleegkundigen aan dat zij de antidecubitus materialen weten te vinden.

Als verbeter suggesties voor de logistieke zorg wordt genoemd dat er meer en beter materiaal moet zijn en dat het overzichtelijker moet zijn wat voor materialen er beschikbaar zijn en waar die te vinden zijn. Ook wordt gezegd dat meer aandacht en communicatie wat betreft decubitus moet zijn.

Concluderend kan worden gezegd dat ongeveer een derde van de ondervraagden aangeeft dat de logistieke zorg wat betreft decubitus onvoldoende is. Als voornaamste oorzaak wordt gezegd dat dit komt door de beschikbaarheid en bruikbaarheid van antidecubitusmateriaal.

5.3 Antwoord centrale vraag

Na het beantwoorden van de opgestelde deelvragen zal er nu antwoord worden gegeven op de centrale vraag: 'Wat zeggen de betrokken disciplines rondom decubitus zorg van verschillende afdelingen in het MC Zuiderzee ziekenhuis te Lelystad over de oorzaak dat de evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?'

Aan het einde van de enquête zijn er overkoepelende vragen gesteld, waaruit de volgende

conclusies geformuleerd kunnen worden. Van de ondervraagde verpleegkundigen geeft 63% aan dat de werkdruk de voornaamste oorzaak is dat evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast. 21% zegt dat dit te maken heeft met het tekort aan kennis m.b.t. decubitus waarbij ook aandacht, kennis van materialen en besef worden genoemd. 7% noemt hierbij personeelstekort als voornaamste oorzaak. 32% van de overige disciplines vinden ook werkdruk de voornaamste oorzaak dat de evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast. Ook kennistekort over decubitus en decubitusmaterialen, tekort aan materialen en geen eenduidige werkwijze worden genoemd. Verder komt de decubituscorelijst steeds terug in verschillende antwoorden. Hierbij wordt gezegd dat de hoeveelheid lijsten om in te vullen als veel wordt ervaren.

Uit de antwoorden op de deelvragen kunnen ook conclusies worden getrokken. Zo blijkt dat 44,7% van de respondenten aangeven dat er behoefte is aan kennis wat betreft decubitus, de materialen die daarbij ingezet kunnen worden en aan overzicht wat betreft waar de materialen te vinden zijn en wie daarvoor zorgt. De respondenten geven daarbij aan dat scholing in de vorm van klinische lessen of e-learning het beste bij hun behoefte past. Er kan geconcludeerd worden uit de enquête en de prevalentiemeting dat preventieve maatregelen als het gebruik van een glij mat en wisselligging niet effectief worden ingezet en dat er geen wisselliggingsschema wordt opgesteld. Het protocol dat in gebruik is in het MC Zuiderziekenhuis blijkt niet goed beschikbaar te zijn en is daardoor niet bij alle respondenten bekend. Dit zorgt er ook voor dat er geen eenduidige werkwijze is in de decubituszorg waardoor er onduidelijkheid is in de structuur en in de samenwerking.

De samenwerking met de wondverpleegkundige wordt door het merendeel van de respondenten als positief ervaren, echter er wordt wel genoemd dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de wondverpleegkundigen verbeterd moet worden. De samenwerking met andere disciplines wordt ook voor het merendeel als positief ervaren, echter de samenwerking met de arts wordt als matig tot onvoldoende ervaren. Het blijkt ook dat verpleegkundigen niet eenduidig zijn in het moment waarop zij patiënten voorlichting geven over decubitus, regelmatig is het zo dat dit pas gebeurt als er tekenen van decubitus ontstaan. Een factor die daarbij ook meespeelt is de beschikbaarheid van foldermateriaal, het blijkt dat de helft van de ondervraagden niet weet of er voldoende foldermateriaal aanwezig is.

Ook wordt door een aantal respondenten genoemd dat het invullen van de scorelijsten op de computer veel tijd vergt en dat er soms onvoldoende computers beschikbaar zijn. Hierdoor worden de scorelijsten in de nachtdienst ingevuld, waarbij 78,9% van de verpleegkundigen aangeven soms tot vaak de scorelijst invullen zonder voldoende kennis van een patiënt. Werkdruk, tijdsdruk en personeelstekort worden dan ook vaak genoemd als oorzaak dat de interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast. Een andere oorzaak die wordt genoemd is de aandacht die decubitus krijgt. Door de werkdruk die een groot aantal respondenten zeggen te ervaren krijgt de preventie van decubitus niet de aandacht die het verdient.

5.4 Slot

De deelvragen en de centrale vraag zijn nu beantwoord. Er is duidelijk geworden wat de betrokken disciplines zeggen over de decubituszorg. Vanuit de conclusies die zijn geformuleerd zullen in hoofdstuk 6 aanbevelingen worden gegeven om de zorg rondom decubitus te verbeteren.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de resultaten en conclusies verschillende aanbevelingen gevormd. Deze maatregelen kunnen een hulpmiddel zijn voor de MC-groep bij het verbeteren van de decubituszorg.

6.2 Aanbevelingen

Protocol

Vanuit de getrokken conclusie dat het protocol niet goed bekend en beschikbaar is wordt de volgende aanbeveling gedaan. Er moet een eenduidige werkwijze komen door het protocol goed te laten implementeren. Dit protocol moet makkelijk te vinden zijn, overzichtelijk en toegankelijk. Verder moet duidelijk zijn bij wie men terecht kan voor vragen. De onderdelen van het zorgproces zijn eenduidig en, voor zover relevant, beschreven. Er moet dus kritisch gekeken worden naar de inhoud van het bestaande decubitusprotocol binnen de MC groep en de plaats waar het protocol te vinden is. Verpleegkundigen en andere disciplines moeten in het protocol informatie kunnen vinden die hen op een effectieve wijze ondersteunt in het voorkomen van decubitus en bij bestaande decubitus advies geeft over wat te doen. Het protocol moet onder al het personeel bekend zijn voor een optimaal gebruik. Er moet duidelijk naar het personeel worden gecommuniceerd dat er een nieuw protocol beschikbaar is.

Kennis

Vanuit de getrokken conclusie dat er behoefte is aan kennis wat betreft decubitus, de materialen die daarbij ingezet kunnen worden en aan overzicht wat betreft waar de materialen te vinden zijn en wie daarvoor zorgt is, worden de volgende aanbevelingen gedaan. Vanuit het onderzoek kwam naar voren dat klinische lessen en e-learning het beste aansluiten bij de behoeften van de respondenten. Daarom is er gekozen om structureel klinische lessen te introduceren waarin de volgende punten aan bod komen namelijk:

- algemene kennis over decubitus (meer besef en aandacht)
- evidence based interventies (belang van wisselligging a 4 uur, gebruik glij mat, tijdig voorlichting geven)
- decubitusmaterialen (hoe te gebruiken en waar het voor dient)
- belang en gebruik van scorelijsten (niet invullen bij te weinig kennis over patiënt)
- gebruik en bestaan protocol
- taken verschillende disciplines m.b.t. decubitus

De aanbeveling is om een themawEEK te organiseren. In deze themawEEK is er ruimte om verschillende klinische lessen te organiseren, zodat de verpleegkundigen en andere disciplines op meerdere momenten de kans krijgen hier aan deel te nemen. Vanuit het onderzoek komt naar voren dat de samenwerking met de wondverpleegkundige door het merendeel van de respondenten als positief wordt ervaren, er wordt echter wel genoemd dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de wondverpleegkundigen verbeterd moet worden. De samenwerking met de arts wordt als matig tot onvoldoende ervaren. Er kan in deze themawEEK worden stil gestaan bij de rollen die verschillende disciplines kunnen spelen in de decubituszorg. Op deze manier worden alle onderwerpen belicht. De themawEEK kan jaarlijks terugkomen en een vaste plaats op de kalender krijgen. Op deze manier blijft het onderwerp decubitus actueel. Elk jaar kan er in de lessen terug worden gekomen op de laatste ontwikkelingen m.b.t. evidence based decubituszorg en uitkomsten van de prevalentie-meting. Zo blijft iedereen op de hoogte en betrokken bij het onderwerp. Ook e-learning kan een uitkomst bieden bij het ontwikkelen van kennis over decubituszorg.

Vanuit het onderzoek komt naar voren dat er veel onduidelijkheid heerst over de structuur m.b.t. decubitusmaterialen. Aanbevolen wordt om in de vorm van een voorlichting het personeel meer inzicht te bieden in de structuur rondom decubituszorg. Ook dit kan terugkomen in de themawEEK. In deze voorlichting moet aandacht besteed worden aan de

volgende punten:

- Overzicht aan beschikbare materialen
- Inzicht opslagplaats AD-materialen
- Distributie AD matrassen
- Wie verantwoordelijk is bij niet functionerende AD-materialen

Er zou kunnen worden gedacht aan het geven van klinische lessen aan alleen de personen die hebben aangegeven daar behoefte aan te hebben. Dit om te voorkomen dat mensen scholings moe worden. Maar aangezien het feit dat er uit het onderzoek blijkt dat op cruciale punten zoals het geven van voorlichting aan de patiënt, wisselgeving, en kennis over decubitusmateriaal scholing nodig is, wordt er aangeraden structureel scholing te geven onder al het personeel.

Wisselgevingsschema

Uit de resultaten is de conclusie getrokken dat verpleegkundigen wel weten dat wisselgeving toegepast moet worden, maar dat het er in de praktijk vaak niet van komt. Er bestaat in de MC-groep geen standaard wisselgevingsschema. Als aanbeveling wordt gegeven om een standaard wisselgevingsschema te ontwikkelen die voor alle verpleegkundigen toegankelijk is. Deze moet makkelijk te vinden zijn. Door deze aanbeveling wordt er tijd bespaard op het zelf maken van een schema. De verpleegkundige moet dit ook kunnen halen uit de aangereikte interventies vanuit de digitale decubituscorelijst. Het schema kan zorgen voor overzicht en in het zorgdossier worden opgenomen. Dit bevordert de continuïteit van zorg en de bewustwording van wisselgeving. Het wisselgevingsschema moet in een bakje bij de andere formulieren te vinden zijn. Er moet duidelijk naar het personeel worden gecommuniceerd dat er een wisselgevingsschema beschikbaar is.

Werkdruk en tijdsdruk

Van de ondervraagde verpleegkundigen geeft het merendeel aan dat de werk- en tijdsdruk de voornaamste oorzaak is dat evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast. Als aanbeveling wordt een werkdrukmeting geadviseerd. Deze werkdrukmeting kan inzicht verschaffen over de daadwerkelijke ervaren werkdruk onder het personeel. Hier kunnen in een later stadium de juiste maatregelen op worden toegepast. In het verleden zijn er verschillende aandachtsvelders aangewezen op de afdeling. Zoals eerder in paragraaf 5.2 is te lezen, is om meerdere redenen dit niet van de grond gekomen. Als aanbeveling wordt er geadviseerd om een werkgroep in het leven te roepen die zich bezig houdt met de implementatie van de aandachtsvelders m.b.t. decubitus op verschillende afdelingen. De aandachtsvelders kunnen hun collega's ondersteunen en attenderen wat betreft decubituszorg.

Informatiefolder

Uit het onderzoek blijkt dat verpleegkundigen niet eenduidig zijn in het moment waarop zij patiënten voorlichting geven over decubitus. Een reden die hierbij wordt gegeven heeft te maken met de beschikbaarheid van foldermateriaal. De helft van de ondervraagden weet niet of er voldoende foldermateriaal aanwezig is. Verder is de informatiefolder over decubitus in de MC groep verouderd. De volgende aanbeveling wordt hierbij gedaan: er moet een vernieuwde informatiefolder worden opgesteld. Hierin moet de patiënt worden voorgelicht over decubitus. Hierin moet ook worden opgenomen wat de patiënt zelf kan doen tegen decubitus. Verder moet deze folder op elke afdeling beschikbaar zijn. Hiernaast moet bij de uitkomst van een verhoogd risico op decubitus standaard een informatiefolder aan de patiënt gegeven worden. De verpleegkundige moet dit ook kunnen halen uit de aangereikte interventies vanuit de digitale decubituscorelijst. Er moet duidelijk naar het personeel worden gecommuniceerd dat er vernieuwde informatiefolder beschikbaar is.

ICT

Uit het onderzoek komt naar voren dat een tekort aan computers een reden kan zijn voor het niet invoeren van de decubituscorelijst. Als aanbeveling wordt een rustige werkplek geadviseerd, waarbij genoeg computers beschikbaar zijn.

6.3 Slot

In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen gegeven, gebaseerd op de conclusies van het onderzoek. In het volgende hoofdstuk zal worden gekeken naar de sterke en zwakke punten van het onderzoek, zowel methodologisch als inhoudelijk.

Hoofdstuk 7 Discussie

7.1 Inleiding

Nadat alle resultaten zijn uitgewerkt en de conclusies getrokken, is het van belang om terug te kijken op het onderzoek. De sterke en zwakke punten worden in dit hoofdstuk duidelijk belicht. Dit hoofdstuk is opgedeeld in twee delen namelijk de methodologische en inhoudelijke aspecten.

7.2 Methodologische aspecten

De sterke punten van het onderzoek hebben te maken met het verhogen van de respons. Er zijn hierbij verschillende activiteiten ondernomen.

Allereerst is de enquête door verschillende mensen kritisch bekeken en geanalyseerd. Zowel door de decubituswerkgroep als door de docent. Dit heeft ertoe bijgedragen de kwaliteit van de vragen te verhogen. Er is geprobeerd te voorkomen dat er verkeerde vragen werden gesteld die niet zouden leiden tot de beantwoording van de hoofdvraag. Achteraf zijn er wel een aantal vragen die anders opgesteld hadden moeten worden, omdat een aantal respondenten antwoorden gaven die niet strookten met de vraag. Wellicht waren deze vragen onduidelijk gesteld. Deze antwoorden zijn wel kwalitatief verwerkt.

Alvorens de enquêtes uitgedeeld werden aan de verpleegkundigen en verschillende disciplines, is deze als proef uitgedeeld. Er zijn voor de verpleegkundige enquête drie proef enquêtes uitgedeeld waarvan er twee zijn terug gekomen met op –en aanmerkingen. Deze punten zijn verwerkt voor de definitieve versie.

Hierbij is nadrukkelijk bij de proefpersonen aangegeven hier niet met een ander over te spreken. Voorkomen moest worden dat men elkaar zou beïnvloeden wat betreft de te geven antwoorden op de enquête vragen.

Ook de enquête voor de overige disciplines die te maken hebben met decubitus, is er een proef enquête uitgedeeld. Deze is helaas niet terug gekomen, waardoor er mogelijke feedback niet kon worden verwerkt. Daarnaast is er een inleidende brief persoonlijk gebracht aan het personeel om hen op de hoogte te stellen van de komende enquête. Ook is er een email gestuurd, met de begeleidende brief daarin, naar alle teamleiders van de afdelingen. De onderzoekers hebben persoonlijk alle enquêtes rondgedeeld en weer opgehaald. Op de enquête dag zelf waren de onderzoekers aanwezig voor eventuele vragen. Dit is ook gecommuniceerd naar de afdelingen. Door dit directe contact is er getracht een zo hoog mogelijk respons te verwezenlijken.

Voor enkele disciplines was het niet mogelijk om aanwezig te zijn op de enquêtedag. Om de respons te optimaliseren, kregen zij de kans om de enquête op een later moment in te leveren. Dit is ook duidelijk naar hen gecommuniceerd.

Voor de verpleegkundigen is deze uitzondering niet gemaakt, omdat zij in grotere getale aanwezig zijn in het ziekenhuis.

De zwakke methodologische aspecten van dit onderzoek hebben voornamelijk te maken met de lengte van de enquête. Een aantal respondenten hadden onderaan de enquête vermeld dat deze meer tijd innam dan in de inleiding van de enquête stond beschreven.

Dit had als consequentie dat verschillende respondenten een aantal vragen hadden overgeslagen of niet volledig hadden ingevuld. Er is hierbij vaak geantwoord met één woord waardoor de interpretatie van het antwoord moeilijk in te schatten was.

Bij het verwerken van de resultaten is er ook rekening gehouden met vragen die niet ingevuld zijn. Hier is zowel binnen het data verwerkingsprogramma SPSS als bij de kwalitatieve verwerking rekening mee gehouden.

7.3 Inhoudelijke aspecten

Naast alleen de verpleegkundigen te vragen om hun mening via een enquête, is besloten om ook de andere disciplines erbij te betrekken die te maken hebben met decubitus. Dit om een zo volledig mogelijk beeld te geven van de decubituszorg en iedereen die daar een rol in heeft. In dit licht zijn ook inhoudelijke vragen gesteld over structurele en logistieke aspecten van decubituszorg.

Bij het opstellen van de enquête is er gekozen een aantal afdeling niet mee te nemen in het onderzoek. Hierbij is gekeken naar de relevantie voor de afdelingen en naar het aantal patiënten dat mogelijk te maken zou kunnen krijgen met decubitus.

Daarop is besloten om de kinderafdeling, kort verblijf, spoed eisende hulp en de gynaecologie en obstetrie afdeling niet mee te nemen in de enquêtering. Achteraf gezien zijn de onderzoekers tot de conclusie gekomen dat deze enquête wellicht van toepassing was geweest op de afdeling gynaecologie en obstetrie. Ook op deze afdeling kan decubitus voorkomen.

In de eerste instantie waren de operatiekamers niet meegenomen in het onderzoek met de reden dat zij mogelijk verminderd te maken hadden met decubitus.

Vanuit de literatuur kwam echter naar voren dat decubitus juist kan ontstaan na het langdurig stilliggen op de operatietafel. Dit betekent dat de operatieassistenten en verpleegkundigen weldegelijk te maken hebben met decubituszorg met betrekking tot overdracht en positionering van de patiënt.

Daarnaast was het meedoen aan de enquête van belang van de bewustwording van het effectief bestrijden van decubitus. Niet alleen de uitkomsten van meten kunnen bijdragen aan een effectiever en efficiëntere zorg, ook het proces van meten kan dit doen. Meten heeft zo de volgende functies (Veerman 1999):

- Sensitiserende werking: Door bijv. het verspreiden van een enquête, wordt het personeel bewust van decubituszorg.
- Structurerende werking: Door er mee bezig te zijn, wordt de kennis vergroot.
- Stimulerende werking: Personeel voelen zich wederzijds gerespecteerd en raken gemotiveerd. Er wordt namelijk naar hun mening gevraagd.
- Profilerende werking: Personeel kan laten zien met goede dingen bezig te zijn en dit goed te doen.

Zelfs wanneer er niet gekeken wordt naar de meetresultaten, dan heeft alleen al het doen van de meting effect gehad. Dus alleen door het meten, kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden (Veerman, 2008).

Een sterk punt aan dit onderzoek was de grote respons van de enquêtes. Hierdoor is er een helder beeld geschetst over de situatie zoals deze nu wordt ervaren en waar mogelijk aan gewerkt kan worden. Helaas is hierin niet de respons van de fysiotherapeuten opgenomen. De reden hiervoor is dat er niets van deze groep disciplines is terug gekomen.

Uit de resultaten bleek dat op de interne afdeling als op de urologie een grotere respons was. Op de orthopedie was de respons het laagst. Dit kan te maken hebben met verschillende zaken zoals afdelingscultuur, aandacht, werkdruk, grootte afdeling enz. Hieraan kunnen op dit moment geen directe conclusies worden verbonden met betrekking tot dit onderzoek.

De zwakke inhoudelijke aspecten van dit onderzoek hebben te maken met de omgeving waarin de respondenten zich bevonden. De enquête is binnen de verpleegkundige dagdienst gehouden waardoor zij zich nog in hun functie bevonden. Hierdoor kon niet geheel voorkomen worden dat verpleegkundigen ongestoord de enquête invulden. Mogelijk is dit ten koste gegaan aan de kwaliteit van de antwoorden.

In elk onderzoek bestaat er een kans dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven. Mogelijk is hiervan in dit onderzoek ook sprake. Om dit toch zoveel mogelijk te beperken is ervoor gekozen de enquêtes anoniem te houden. In de inleiding op de enquête is dit ook nog eens duidelijk genoemd.

Uit de analyse kwamen veel verschillende aspecten naar voren, die voor de respondenten meespeelden tot het niet toepassen van interventies om decubitus te voorkomen. De uitkomsten van enkele meerkeuze vragen waren in percentage ongeveer gelijk aan elkaar, waardoor het lastig was hieruit harde conclusies te trekken.

Om het onderzoek te bespoedigen is er nauw contact geweest met de opdrachtgever. Met deze opdrachtgever zijn er meerdere bijeenkomsten gehouden om verslag te doen van de stand van zaken. Verder hebben aspecten als evaluatie en advies over het product een plaats gekregen. Met de onderzoeksbegeleider vanuit school is er daarentegen minder vaak contact geweest. Na een verhelderend gesprek is gebleken dat dit niet ten koste is gegaan van de kwaliteit van het onderzoek.

7.4 Slot

In dit hoofdstuk zijn de discussiepunten aan de orde gekomen die van toepassing zijn op dit onderzoek. Dit was het laatste hoofdstuk van dit onderzoek.

Nawoord

Het verslag is afgerond en de resultaten zijn bekend. We kijken tevreden terug op het gehele proces met hierbij de voorbereiding, de uitvoering, het verwerken van de resultaten en tenslotte de verslaglegging. We hebben door middel van het afnemen van een enquête en hierbij een goede respons een antwoord kunnen geven op de centrale vraag. We hopen dat dit verslag een duidelijk inzicht geeft in de knelpunten rondom decubituszorg. We hopen dat de MC Groep onze aanbevelingen kan gebruiken om binnen een half jaar te komen tot een verlaging van het decubituspercentage.

In dit nawoord willen we een aantal mensen bedanken die ons hebben geholpen en gestimuleerd bij het gehele onderzoeksproces. Allereerst dank aan alle leden van de decubituswerkgroep. In de verschillende bijeenkomsten hebben zij ons richting gegeven en goede feedback. In het bijzonder willen we hier Karin Blaauwbroek bedanken, Manager Kwaliteit en Veiligheid, die ons gedurende het onderzoek heeft geadviseerd. Ook willen we graag onze begeleidend docent Rudolf Schaaf bedanken voor zijn inzet en advies. Verder willen we onze hartelijke dank uitspreken naar René van Leeuwen bij het geven van advies bij het data analyse programma SPSS.

Verder willen we alle medewerkers van de MC Groep bedanken en iedereen die op ons op enige wijze hebben geholpen bij ons onderzoek en verslag.

Zwolle, mei 2011

Daniëlle Dickhof
Hanna Buis
Maria Roth

Literatuurlijst

Boeken

- Asseldonk, G.A.E.G, Duinen, van J.J., Former-Boon, M., Nuland, van R. (2007) *Zakboek ziekte gerelateerde ondervoeding bij volwassenen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. (2001) *Basisboek methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de , Teunissen, J. (1995) *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese / Educatieve Partners Nederland.
- Boog, W, de Jong J.H.J., Kerstens, J, (2002), *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gregoire, L., van Straaten-Huygen, A., Trompert, R. (2007) *Anatomie en Fysiologie van de mens*. (Derde druk) Berchem: De Boeck.
- Grotenhuis, M. te, Matthijssen, A. (2006) *Basiscursus SPSS versie 10-14*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Halfens R.J.G, Meijers J.M.M., Neyens, J.C.M., Schols J.M.G.A. (2009) *Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hunink, G.H., v/d Bijl, J.J., Cusveller, B.S., Leenaarts-Gunnewijk, E., van Linge, R.H. van Swieten-Duifjes, E. (2000) *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Kempen, P., Keizer, J. (2006) *Competent afstuderen en stagelopen, een advieskundige benadering*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Kerstens, J.A.M., Sesink, E.M., (2007) *Basisverpleegkunde*. (derde herziene druk) Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, (2002) *Decubitus*. (Tweede herziening) Utrecht: Van Zuiden.
- Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M., Hens, H. (2005) *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Leytens J, Wagner C. (1999) *Inventarisatie en beoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en de verzorging*. Utrecht: Nivel
- Offringa, M ,W.J.J. Assendelft, Scholten, R.J.P.M. (2000) *Inleiding evidence-based medicine*, Bohn Stafleu van Loghum.
- Poot. E, Mintjes-de Groot, J., Weststrate, J., van der Eerden, L. (2008) *Decubitus te lijf, Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Verhoeven, N. (2007) *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. (2^e druk) Amsterdam: Boomonderwijs.

Tijdschriften

- Veerman, J.W. (2008) *Het mooie van meten*. Maandblad geestelijke volksgezondheid. Jaargang 63, nummer 12, p. 1019 -1024.
- Barbenel J.C., Jordan M.M., Nicol S.M., Clark M.O. (1977) *Incidence of pressure sores in the Greater Glasgow Health Board*. Area. Lancet 1977; 2: 548-50.
- Beelen, A. (2008) *Bijzijn, Decubituspreventie gebaat bij goede leiding*. Jaargang ?, nummer 3, pagina 20-21.
- Chel VGM, Germs PH, Van der Wal J, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM (1999) *NHGStandaard decubitus* [online] <http://nhg.artsennet.nl> (Geraadpleegd op 15-02-2011)
- Defloor T. (2000) *Drukreductie en wisselhouding in de preventie van decubitus*. Proefschrift Universiteit Gent.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) *Pressure ulcer prevention. Quick reference guide*. Washington: Advisory Panel.
- Haalboom, J.R.E. (1988) Ned. Tijdschrift Geneeskunde, *Decubitus in het ziekenhuis, 4 jaar later*. 132:1544-5.
- Halfens RJG, Eggink M. (1995) *Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals*. International Journal of Nursing Studies 32(1): 16-26.
- Lindan, O., R. Greenway (1965) *Pressure distribution on the surface of the human body*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 46 pp. 378–385.
- Marum R.J. van, Schut G.L., Ribbe M.W., Meijer J.H. (1994) *Pathofysiologie en klinische kenmerken van decubitus*. NTvG 138: 66-71.

Internet

- ABVAKABO FNV(2009 – 2010) *Beroepscode verpleging en verzorging* [online] <http://www.abvakabofnv.nl/docs/drukwerk/beroepscode.pdf> (geraadpleegd 30-01-2011)
- Alting Siberg, M. (2009) *Faculty of Medicine Theses* [online] Universiteit Utrecht www.uu.nl (geraadpleegd 30-1-2011)
- Anneville werkgroep decubitusprotocol (2006) *Decubitusbehandelprotocol* [online] www.annevillegroep.nl (geraadpleegd 30-01-2011)
- BTSG innovatie in ouderenzorg (s.d.) *Risico-scorelijsten decubitus* [online] www.btsg.nl (geraadpleegd op 15-02-2011)

- Catharina Ziekenhuis (s.d.) *Functieomschrijving wondverpleegkundige* [online] www.catharina-ziekenhuis.nl (geraadpleegd op 14-02-2011)
- Decubitus, Stichting Oostelijk Zuid-Limburg (s.d.) *Decubitus gangraena et sphaleco tractatus methodicus* [online] <https://www.decubitusozl.nl/> (geraadpleegd op 30-01-2011)
- V&vn, 2010, Richtlijn Decubitus preventie en behandeling, [Online], nvvh.artsennet.nl (geraadpleegd op 20-05-2011)
- IGZ, Inspectiedienst voor de gezondheidssector, ministerie van volksgezondheid en sport (2010) *Decubitus percentage* [online] www.igz.nl (geraadpleegd 30-1-2011)
- IGZ Inspectie voor de gezondheidszorg, NVZ Vereniging van ziekenhuizen, NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, OMS Orde van Medisch Specialisten (2011) *Kwaliteitsindicatoren basisset ziekenhuizen* [online] www.igz.nl (geraadpleegd 30-1-2011)
- Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (2011) *LPZ* [online] www.lpz-um.eu (geraadpleegd 15-02-2011)
- Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam (2010) *Decubitus* [online] www.olvg.nl (geraadpleegd op 30-01-2011)
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (2007) *Decubitus* [online] www.sintlucasandreasziekenhuis.nl (geraadpleegd 30-01-2011)
- Trimbos instituut (2011) *Wat is preventie?* [online] <http://www.trimbos.nl> (geraadpleegd op 26-04.-2011)
- UMC Utrecht (2011) *Decubitus* [online] www.umcutrecht.nl (geraadpleegd 30-01-2011)
- UMC st Radboud (2011) *Functie inhoud verkoever-verpleegkundige* [online] www.umcn.nl (geraadpleegd op 14-02-2011)
- Vries, M. de (2004) *Peroperatieve decubituspreventie* [online] www.erasmusmc.nl (Geraadpleegd op 15-02-2011)
- Ziekenhuis Gelderse Vallei (2008) *Decubitus* [online] www.geldersevallei.nl (geraadpleegd 30-01-2011)

Anders

- MC Zuiderzee (2010) *Prevalentiemeting decubitus, derde kwartaal*
- MC Zuiderzee (2011) *Prevalentiemeting decubitus, eerste kwartaal*
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2002) *Decubitus*. (Tweede herziening) Van Zuiden Communications B.V.

Bijlagen

1. Literatuurstudie decubitus (volledige versie)	68
2. Eerste opzet	74
3. Inleidende brief	75
4. Enquête verpleegkundigen	76
5. Enquête andere disciplines	84
6. Stappenplan kwalitatieve analyse	89
7. Uitwerking kwalitatieve analyse verpleegkundigen	91
8. Uitwerking kwalitatieve analyse andere disciplines	116

Bijlage 1

Literatuurstudie decubitus (volledige versie)

Inleiding

Decubitus is een probleem wat zich al vele jaren voordoet. In de oudheid hield men zich namelijk ook al bezig met het genezen van doorligwonden. Zij gebruikten daarvoor honing en smeerden dit op de huid. Dit zou de genezing bespoedigen (Poot e.a., 2008). Tegenwoordig is er meer bekend over wat decubitus inhoudt en hoe het ontstaat.

Definitie

In 1777 heeft Wohlleben als eerst het nieuwe woord decubitus geïntroduceerd. Hij sprak namelijk van: 'gangraena per decubitum' wat 'weefselversterf door te gaan liggen' betekent. Daarbij noemde hij drie oorzaken die daarmee te maken hadden namelijk de uitwendige natuurlijke factoren, de inwendige bovennatuurlijke factoren en de onderbreking van toevoer van bloed en voedingsstoffen naar het betreffende deel (Poot e.a., 2008).

In dezelfde tijd werd de Franse chirurg Ambrose Paré bekend vanwege belangrijke aanbevelingen die hij had gedaan om decubitus op te heffen. Deze waren: gezonde voeding, onderliggende aandoeningen behandelen, druk opheffen, psychologische ondersteuning en eventuele chirurgische behandeling van de wond (Poot e.a., 2008).

Hierna volgden verschillende onderzoeken naar het ontstaan en de behandeling van decubitus.

In 2010 werd door het v&vn een duidelijke definitie voor decubitus opgesteld. Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht. Deze definitie is vastgesteld op basis van consensus. Dit houdt in dat meningen hierbij ten grondslag liggen. Men is het met elkaar overeengekomen dat dit de definitie is die gebruikt moet worden en de juiste waarde bevat. Dit betekent dat dit dus niet op basis van feiten is vastgesteld.

Decubitus wordt wel weefselversterf genoemd. Dit ontstaat door een slechte doorbloeding van de huid en door de inwerking van exogene factoren druk-, schuif- en wrijfkrachten.

Zonder druk zal er geen decubitus ontstaan (CBO, 2002).

Schuifkrachten zijn krachten die in lengterichting uitgeoefend worden op de huid. Veelal bij oudere mensen ziet men dat zij na verloop van tijd onderuit zakken in bed of in hun stoel. Dit zijn schuifkrachten.

Wrijfkrachten zijn krachten die dwars op de huid worden uitgeoefend, zoals wanneer iemand bijvoorbeeld van de operatietafel op een bed wordt verplaatst.

Deze drie factoren zijn te herleiden in één risicofactor namelijk druk (Kersten, 2007). In dit document zal dan ook verder worden gesproken over het woord 'druk'. Hiermee worden ook de woorden schuif –en wrijfkrachten mee bedoeld.

Er is een classificatie ontwikkeld waar iedereen zich aan moet houden. Dit zorgt ervoor dat patiëntengroepen en behandelingen met elkaar vergeleken kunnen worden. Ook eenduidigheid moet ervoor zorgen dat iedereen dezelfde gedachten bij het indelen van een wond heeft.

De volgende classificatie wordt daarbij gebruikt:

Graad 1: Roodheid van de intacte huid, die niet wegdrukbaar is. Daarnaast kan verkleuring van de huid optreden, oedeem, warmte en verharding (induratie).

Graad 2: De huid is oppervlakkig ontveld of er vertoont zich een blaas. Daarbij is dus de opperhuid defect, wat zelfs de daaronder gelegen huidlaag (lederhuid) ook beschadigd heeft.

Graad 3: Dit houdt in dat er een defect van de huid is waarbij schade of necrose is opgetreden van de huid en onderhuids bindweefselvlies.

Graad 4: Weefselschade of –versterf dat is aangericht aan spieren, botweefsel en andere ondersteunende weefsels. Dit kan ontstaan door schade aan met of zonder schade aan de opperhuid en lederhuid.

Deze indeling in graden is vooral gebaseerd op de ernst van decubitus. (Kersten, 2007)

Pathofysiologie

Zoals ook al eerder is genoemd ontstaat decubitus ten gevolge van druk-, schuif- en/of wrijfkraften. Door lokale druk op het lichaamsdeel zal de huid aangetast worden op verschillende plaatsen. Er zijn een aantal lichaamsdelen die extra gevoelig zijn voor het ontstaan van decubitus omdat het lichaam zijn druk verdeelt over deze punten. Plekken zijn onder meer de schouderbladen, hielen, ellebogen en stuit (Kersten, 2007).

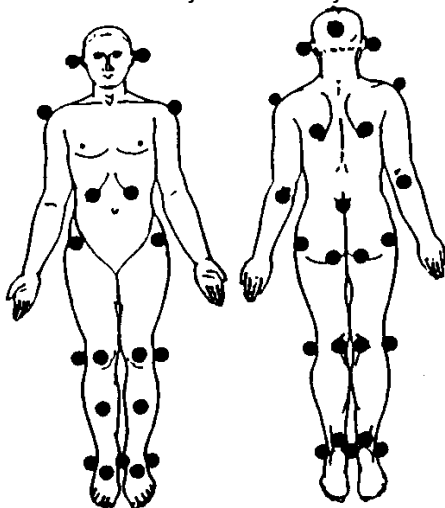
Het lichaam bestaat uit verschillende lagen zoals de huid en het onderhuids bindweefsel. Deze lagen kunnen weerstand bieden tegen uitwendige druk. Dieper gelegen structuren worden beschermd door dit onderhuids bindweefsel, maar soms is dit niet voldoende. Beschadigingen aan het vaatweefsel van arteriën, arteriole en capillairen zorgen veelal voor het ontstaan van decubitus (Grégoire, 2007).

Normaal gesproken heeft de huid een goede bloedvoorziening. Deze is zelfs zo goed dat zij groter is dan voor de huid noodzakelijk is. Een andere functie hiervan is dat de lichaamstemperatuur goed gereguleerd kan worden. Naarmate men ouder wordt neemt het aantal bloedvaatjes per huidoppervlakte af. Op oudere huid worden minder haren, zweetklieren en vetweefsel aangetroffen wat ook invloed heeft op de weerstand van exogene factoren op de huid (CBO, 2002). Daarnaast heeft de oudere huid minder weerstand tegen loodrecht -en schuifkrachten. Doordat de oudere huid minder goed doorbloed is, zorgt dit ervoor dat de huid wanneer deze eenmaal is aangetast, minder makkelijk zal genezen.

De loodrecht kracht op de huid veroorzaakt veelal versterf van spieren omdat de bloedvaten die naar de spieren leiden hierbij ernstig worden aangetast. Daarnaast leidt dit tot versterf van onderhuids vetweefsel en van de huid zelf. Bij de schuifkrachten ligt de oorzaak anders. Hierbij zijn het niet de spieren die worden ontdaan van bloed, maar is het de huid zelf die door het schuiven dichtgedrukt worden. De horizontale bloedvaten knikken dubbel waardoor er problemen in de doorbloeding ontstaan.

Het is dan ook bekend dat schuifkrachten een grotere rol spelen in het ontstaan van decubitus dan loodrecht uitgeoefende krachten (Marum e.a.,1994).

Decubitus plekken komen voornamelijk voor bij mensen die veelal in bed liggen of in een (rol)stoel zitten. Zij veranderen minder van houding en zijn minder beweeglijk dan anderen. Het lichaam heeft altijd een aantal plaatsen waarbij de druk het grootste is. Op de afbeelding hieronder zal duidelijk te zien zijn wat de grootste risicoplakken zijn.



Figuur 1: Drukplaatsen rugligging en buikligging (www.olvg.nl)

Vanuit de literatuur wordt gezien dat er drie soorten (ontstaans) decubitus worden onderscheiden namelijk:

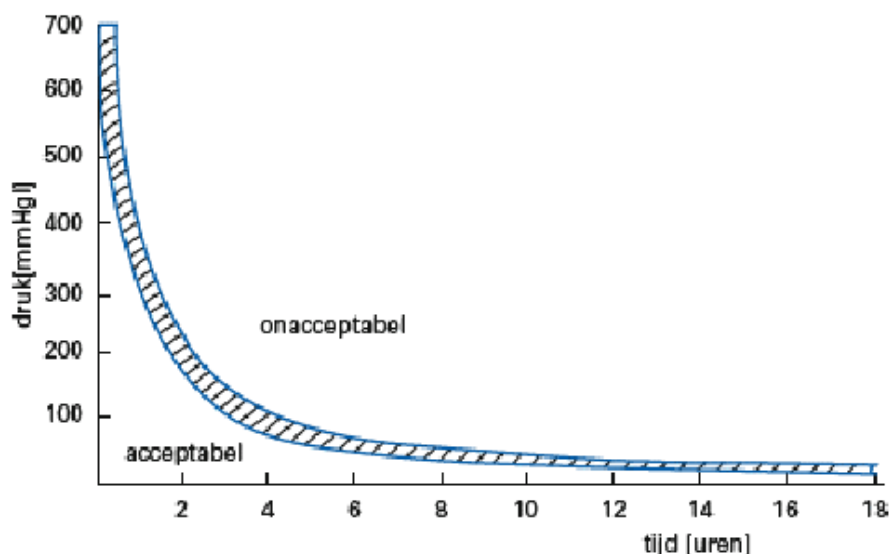
- “weefselversterf van lederhuid of opperhuid die zich wel of niet kan uitbreiden in de diepere lagen;
- weefselversterf dat ontstaat in de diepere weefsellagen als subcutaan vetweefsel of spieren en zich een weg naar de oppervlakte baant; deze vorm wordt ook wel ‘maligne decubitus’ genoemd;
- weefselversterf van alle huidlagen die zich kenmerkt door zwarte necrose”(CBO, 2002).

Oppervlak en tijdsduur

Wanneer er een bepaalde druk uitgeoefend wordt op het lichaam van de patiënt, dan maakt het uit of dit op een klein huidoppervlak gebeurt of een groter oppervlak betreft. Hoe kleiner het oppervlak hoe eerder de kans op decubitus ontstaat (Barbenel, 1977).

De huid moet een bepaald gewicht verdelen. Hoe groter deze druk, hoe sneller de kans ontstaat dat er een bloedvat wordt dichtgedrukt of afgesneden wordt.

Ook de tijdsduur speelt hierin een grote rol. Het blijkt dat korte tijd hoge druk uitoefenen op de huid hetzelfde effect heeft als langere tijd een lagere druk uitoefenen (CBO, 2002). Er bestaat een curve die het verband tussen druk en tijd aangeeft en daarbij het risico op het krijgen van decubitus. Dit is de Reswick & Rogers-curve (Poot e.a., 2008). Er bestaat geen eenduidige regel waarbinnen decubitus zal ontstaan. Reswick & Rogers hebben wel een onderzoek gedaan met 800 gezonde mensen en patiënten. Daarin werd de druk tussen de huid en het kussen gemeten. Aan de hand van de drukwonden werd een curve bepaald. Deze staat hieronder genoteerd. Hierin Belangrijk is wel om te weten dat andere risicofactoren zoals leeftijd, huidtoestand en lichamelijk conditie hierin niet zijn opgenomen.



Afbeelding 2: Reswick & Rogers-curve (Poot e.a., 2008)

Extrinsieke factoren

Extrinsieke factoren zijn factoren die van buiten het lichaam komen. Bij decubitus zijn dit met name de druk-, wrijf- en schuifkrachten. Drukkracht alleen kan ervoor zorgen dat er weefsel of vaatschade ontstaat, maar ook samen met de wrijf- of schuifkracht brengt dit grote risico's met zich mee. Deze krachten werken namelijk meer in op de directe mechanische schade (CBO, 2002).

Ook vochtletsel ontstaat door factoren van buitenaf, maar behoort niet tot de categorie van decubitus. Vochtletsel wordt ook wel maceratio cutis genoemd. Dit betekent verweking van de huid door inwerking van vocht. Dit vocht kan urine, dunne ontlasting, water, zweet, wondvocht etc. zijn.

Wanneer het vocht lang de mogelijkheid krijgt in te werken op de huid, gaat het er rimpelig uitzien en wordt het stratum corneum (hoornlaag) wit. Bacteriën en schimmels zien dit als een ideale omstandigheid en zal de huid doen aantasten (www.huidziekten.nl). Vocht zorgt ervoor dat de huid stroever wordt waardoor er meer wrijving optreedt wanneer de persoon zich verschuift.

Het zegt dus iets over de slechte algemene conditie van de huid. Dit in het bijzonder bij oudere mensen (CBO, 2002).

Intrinsieke factoren

Intrinsieke factoren zijn factoren die patiëntgebonden zijn. Iedereen heeft in principe kans om decubitus te krijgen, maar voor een aantal patiënten is dit risico verhoogd. Dit kan te maken hebben met over –of ondergewicht, huidafwijkingen, incontinentieprobleem van feces of mictie. Ook neurologische afwijkingen spelen een rol in het eerder ontwikkelen van decubitus. Doordat zij veelal immobiel zijn, zullen zij minder gebruik maken van hun spieren waardoor de doorbloeding van deze spieren ook verminderd zal zijn.

Ook een slechte voedingstoestand van een patiënt, bloed of circulatiestoornissen en bepaald medicijngebruik kunnen het risico verhogen. De oudere patiënt en transpireren tijdens de operatie vallen hier ook nog onder (de Vries, 2004).

Deze bovenstaande factoren kunnen de ontwikkeling van decubitus vergroten en de wondgenezing vertragen. Het begrip weefseltolerantie wordt hierbij vaak gebruikt.

‘Weefseltolerantie kan worden beschouwd als de verzameling van factoren, waarvan de mate van invloed op het ontstaan van decubitus niet steeds duidelijk per situatie bekend is.’(CBO 2002).

Het is mogelijk dat iemand nooit problemen heeft gehad met decubitus, maar vervolgens door ziekte slechter eet, koorts krijgt en verzwakt raakt. Op dat moment is de weefseltolerantie verlaagd en is de kans op decubitus vergroot. Invloeden van binnenuit spelen dus ook een belangrijke rol (Decubitus Stichting Oostelijk Zuid-Limburg, s.d.).

Preventieve maatregelen

Informereren van de patiënt

Er zijn verschillende verpleegkundige maatregelen die ingezet kunnen worden ter preventie van decubitus. Het informeren van de patiënt is daar één van. Wanneer de verpleegkundige met de patiënt bezig is kan zij kort vertellen wat zij doet en waarom. Daarin wordt dus al een klein gedeelte van de voorlichting meegenomen. Ook kan de patiënt gevraagd worden om zelf preventieve maatregelen toe te passen wanneer hij in de gevarenzone zit zoals het toepassen van de wisselgigging.

Wanneer de patiënt en/of mantelzorger betrokken worden bij de zorg die gegeven wordt kunnen zij al wat doen ter preventie.

Er bestaan volgens het CBO (2002) drie categorieën waarbinnen het geven van een voorlichting van toepassing is namelijk:

- ‘voorlichting over de verschijnselen van decubitus, risicofactoren en plekken waar decubitus kan ontstaan;
- voorlichting over preventieve maatregelen;
- voorlichting over behandeling.’

Het geven van voorlichting blijkt dus essentieel voor het voorkomen van decubitus.

Gebruik van risicoscorelijsten

Vroegtijdige herkenning van decubitus is van groot belang. Naast de klinische blik van de verpleegkundige is het van belang dat er gewerkt wordt met een hulpmiddel. Dit hulpmiddel kan een risicoscorelijst zijn. De meest bekende risico-scorelijsten zijn de Nortonschaal en de

Bradenschaal. Beide risico-scorelijsten moeten door de verpleegkundige digitaal worden ingevuld bij opname van de patiënt. Ook wanneer de situatie of conditie van de patiënt verandert, moet de risico-scorelijst opnieuw ingevuld worden.

Het digitale programma geeft altijd een score aan wanneer deze lijst geheel is ingevuld. Hoe lager de score, hoe groter het risico op het krijgen van decubitus. Hierop zullen de verpleegkundigen actie moeten ondernemen zoals het neerleggen van een antidecubitus matras of het inschakelen van andere disciplines zoals de diëtist etc. Op de volgende kenmerken moet er gescoord worden: algemene lichamelijke conditie, psychische toestand, activiteitsniveau, mobiliteit en incontinentie. Elke schaal geeft een score aan die iets zegt over de toestand van de patiënt en of er daadwerkelijk acties ondernomen moeten worden om het risico op decubitus zo laag mogelijk te houden (BTSG, s.d.).

Er bestaat helaas geen goed wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van andere risicoscorelijsten. Het wordt dan ook afgeraden om met andere lijsten dan de Norton-scorelijst te werken. Deze Nortonschaal is ontwikkeld in 1962 en wordt in verschillende ziekenhuizen binnen Nederland gebruikt. Enkele jaren later is de Bradenschaal ontwikkeld. Deze is voor het eerst geïntroduceerd in 1985 en bevat zes items die ingevuld moeten worden om de toestand van de patiënt te kunnen beoordelen. In principe werkt de Bradenschaal op dezelfde manier als de Nortonschaal (Chel, e.a., 1999).

Wisselgigging en -houding

Bij het ontstaan van decubitus zijn er krachten van buitenaf die invloeden hebben op het lichaam van de patiënt. Hoe langer de patiënt in dezelfde houding zit of ligt, hoe groter het risico wordt dat er decubitus zal ontstaan. Om dit te voorkomen is het mogelijk om wisselgigging en -houding te geven. Doordat iemand gebruik maakt van deze methode zal het tekort aan bloedtoevoer beperkt worden waardoor weefselschade voorkomen kan worden. Uit Belgisch onderzoek blijkt dat de decubitus incidentie het laagst is wanneer er wisselgigging wordt toegepast om de vier uur. Daarnaast blijkt het gebruik van een sico-elastisch matras ook druk-reducerend te zijn.

Het verplegen van patiënten onder bepaalde houdingen is ook decubitus verlagend.

Wanneer iemand vrijwel rechtop zit, is het gewicht van het lichaam verdeeld over een klein oppervlak namelijk de stuit. Wanneer de benen vervolgens omhoog worden gebracht, zal dit de druk meteen van de stuit verlagen. De benen zullen vervolgens meer draagvlak ondervinden. Zo zijn er nog meer houdingen die de druk op bepaalde lichaamsdelen kunnen verminderen en beter doen laten verdelen.

Wisselgigging wordt dus aanbevolen. Let wel, het is belangrijk dat de patiënt tussen de zijliggingen ook op de rug gelegd wordt (Defloor, 2000).

Hiel decubitus preventie

Uit onderzoek blijkt dat decubitus op de hielen veel voorkomt. 32,6% van alle geconstateerde decubitus was te vinden op de hielen (CBO 2002). Soms wordt er gedacht dat het vergroten van het oppervlak bij de hielen ook positieve uitkomsten kan geven om decubitus te voorkomen. Dit blijkt echter niet zo te zijn. De enige manier om druk te verlagen is door het aanbrengen van een kussen onder de onderbenen waarbij de hielen zweven. Op dat moment hebben de hielen geen hinder van de wrijf-, -druk –en schuifactor.

Inspectie van de huid

Wanneer de patiënt pijn of gevoeligheid aangeeft, moet de huid geïnspecteerd worden. Door het observeren van de huid kan de toestand worden gezien waarin de huid zich verkeert.

Bij niet rood drukwegbare plekken op het lichaam moeten er meteen preventieve maatregelen ondernomen worden om necrose van de huid te voorkomen.

Aandacht voor de onderlaag

Lakens zijn veelal ook de boosdoeners voor het ontstaan van decubitus. Voornamelijk bij de schuifkrachten speelt dit een grote rol. De ruwe laag van de lakens kunnen ervoor zorgen dat

de huid wordt aangetast. Ook rimpels, plooien van lakens, opgetrommelde incontinentiematjes, katheterslangen die onder het been door lopen of kruimels in bed kunnen ertoe bijdragen dat decubitus zal ontstaan (Chel, e.a., 1999).

Dekenboog

Dekens kunnen soms een extra druk geven op de benen of voeten van de patiënt. Een dekenboog kan deze extra druk weghalen. Maar daarbij is het wel belangrijk dat er goed gelet wordt op de voet, omdat deze snel kan afkoelen binnen deze grote ruimte (www.nhg.artsennet.nl).

Incontinentie van feces

Diarree kan een extra belangrijke factor zijn die ertoe bij kan dragen dat er sneller decubitus zal ontstaan. Om verweking van de huid te voorkomen, moet er zo snel mogelijk de patiënt verschonen bij incontinentie. Daarnaast moet Om deze decubitus tegen te gaan kan er gebruik gemaakt worden van zinkolie of barrièrespray. De werking hiervan is dat het de huid licht indroogt en daardoor sneller zal kunnen genezen. Ook kan folieverband of dun hydrocolloïd verband van toepassing zijn op deze gevallen (CBO, 2002).

Behandeling

Het lichaam is een mooi geheel waarin het in staat is om zelf wonden weer te laten genezen. Ook decubitus wonden kan het lichaam zelf weer helen zonder hulp van buitenaf. Soms komen er ernstige complicaties bij waardoor er ingegrepen moet worden door bijvoorbeeld de chirurg, maar veelal is het scheppen van ideale omstandigheden genoeg.

Hierbij moet gedacht worden aan het voorkomen dat er nog druk wordt uitgeoefend op de wond. Een behandeling kan vervolgens gericht zijn op drie belangrijke pijlers namelijk: 'zorg voor een vochtig wondmilieu, verwijder necrose (met uitzondering van droge necrose op de hiel) en bestrijdt ernstige infectie' (CBO, 2002).

Soms is het al voldoende om de wond goed schoon te spoelen en hygiënisch te werk te gaan. Ook speciale verbandmiddelen kunnen de genezing van decubitus bevorderen. Deze verbandmiddelen zorgen voor de vochtige wondgenezing en daarnaast ook voor een droge omgeving. Dit heeft als extra voordeel dat zij niet kan uitharden in de wond en de wondgenezing kan bevorderen (Poot, 2008).

Omdat een decubituswond uit verschillende stadia kan bestaan, is de behandeling ook per fase verschillend.

In stadium I is er een lokale, niet wegdrubbare roodheid. Hierbij is het meteen belangrijk dat er gezorgd wordt dat de druk wordt weggenomen. Er wordt verder nog geen therapie toegepast. Het lichaam is in staat zichzelf weer te helen.

In stadium II is het mogelijk dat er een blaar is ontstaan of excoriaties (oppervlakkig huiddefect/schaafwond). De intacte of kapotte blaar moet in deze fase verzorgd worden met hydrofiele gazen. Stadium III houdt een ulcus in. Er bestaan twee soorten ulcus namelijk de rode of gele/zwarte. Bij een ulcus met meerdere kleuren, heeft het beleid rondom de gele en zwarte wond altijd voorrang. Dit is een zweer die behandeld moet worden. Bij het verwisselen van het verband bij een rode ulcus moeten eventueel oude gazen losgeweekt worden en de wond moet gespoeld worden wanneer er exsudaat of debris aanwezig is. De wondranden moet met zinkolie ingesmeerd worden waarna er gazen losjes op de wond worden gelegd.

Bij een gele of zwarte ulcus moet er overgegaan worden op een andere behandeling. Necrose (geel of zwart) moet verwijderd worden tot op het gezonde weefsel. Vervolgens moet daarop paraffinegazen en hydrofiel gazen aangebracht worden.

Stadium IV houdt een diepe ulcus in. Dit moet bij een roodheid opgevuld worden met paraffinegaen of schuimverband. Bij veel exsudatie moeten natte gazen worden uitgeknepen en drie tot vier keer daags op de wond gelegd worden. Verder kan er gebruik gemaakt worden van sterk absorberende verbanden als hydrofiber of schuimverband (Chel, e.a., 1999).

Bijlage 2

Eerste opzet

Afstudeeronderzoek

Onderwerp: Onderzoek decubitus binnen het Zuiderzee Ziekenhuis Lelystad

Inleiding

Binnen het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad is in februari 2010 een prevalentiemeting gedaan naar het decubitus in het huis. In september 2010 zijn de resultaten gepresenteerd. Hieruit bleek dat het percentage zorgvragers met decubitus in het Zuiderzeeziekenhuis hoger ligt dan de gemiddelde waarden van ziekenhuizen in Nederland. De MC Groep wil hier graag wat aan doen maar vraagt zich af wat de oorzaak is van het hoge decubituspercentage. In de prevalentiemeting is al naar voren gekomen wat er wel en niet wordt gedaan om decubitus te voorkomen, zo blijkt bijvoorbeeld dat in 84 % geen wisselgigging is toegepast volgens ziekenhuisprotocol. Wij willen gaan onderzoeken wat de oorzaken zijn dat de evidence-based interventies om decubitus te voorkomen niet worden toegepast en wat de MC Groep kan doen om het decubitus te verlagen.

Probleemstelling

Welke interventies moet de MC Groep toepassen om binnen een half jaar te komen tot een verlaging van het decubitus?

Doelstelling

Het doel is om te ontdekken waardoor het decubitus in het Zuiderzeeziekenhuis hoger is dan in andere ziekenhuizen, zodat de juiste interventies ingezet kunnen worden zodat minder zorgvragers decubitus ontwikkelen.

Verpleegkundige relevantie

In het Zuiderzeeziekenhuis heb je als verpleegkundige op een klinische afdeling te maken met zorgvragers die korte of lange tijd zijn opgenomen. Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het voorkomen, signaleren en behandelen van decubitus. Als verpleegkundige heb je de taak om de zorgvrager goed te observeren en eventueel risico op decubitus te signaleren en daar interventies op toe te passen. Nu blijkt dat deze interventies niet altijd worden toegepast, de vraag is waar dit probleem ligt. Hebben de verpleegkundigen niet de juiste kennis om het risico op decubitus te signaleren? Zijn verpleegkundigen onvoldoende op de hoogte van het protocol dat gevolgd moet worden? Of ligt de oorzaak ergens anders bijvoorbeeld doordat materialen niet juist worden ingezet. In dit onderzoek gaan we ook kijken hoe verpleegkundigen te werk gaan als het gaat om decubitus en wat zij eventueel nog kunnen verbeteren in de zorg op hun afdeling.

Instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd

De instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd is in het Zuiderzee Ziekenhuis Lelystad.

Resultaten gesprek/onderhandeling met instelling

Binnen de instelling hebben we navraag gedaan naar mogelijke onderwerpen voor ons afstudeeronderzoek. Eerst bleek er niet wat te zijn, maar na contact te hebben opgenomen met de juiste personen kregen we het onderwerp decubitus toegewezen. We zijn in gesprek geweest met de kwaliteitsfunctionaris van de MC Groep, Karin Blaauwbroek, en de opleidingsfunctionaris, Michealine Rombley. Uiteindelijk heeft Karin Blaauwbroek ons een document gestuurd met de opdracht vanuit de instelling, waarna wij deze onderzoeksopzet hebben gemaakt.

Samenstelling afstudeergroepje

Het afstudeergroepje bestaat uit: Daniëlle Dickhof, Maria Roth en Hanna Buis

Bijlage 3

Inleidende brief t.a.v. enquête d.d. 17 maart 2011

Beste medewerkers.

Wij zijn drie studenten die bezig zijn met een afstudeeronderzoek ter afronding van onze opleiding, hbo-v. We hopen samen met de MC Groep een onderzoek te voltooien die bij zal dragen aan de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis.

Door middel van deze brief willen wij u op de hoogte stellen van een enquête die binnenkort op verschillende afdelingen wordt gehouden. Deze enquête gaat over decubitus. We hopen dat deze enquête ertoe bij zal dragen meer inzicht te krijgen in wat u nodig hebt om de juiste zorg te kunnen bieden aan patiënten met decubitus.

Het doel van het MC Zuiderzee Ziekenhuis te Lelystad is om het aantal decubitus gevallen te reduceren. Maar daarvoor is allereerst informatie nodig van u als professionals.

Donderdag 17 maart 2011 zullen wij deze enquêtes in de morgen langs komen brengen. Aan het einde van de dag zullen wij opnieuw langs komen om de ingevulde enquêtes op te halen. Op deze manier krijgt u een dag de tijd om de enquête individueel in te vullen. Er zal vertrouwelijk met uw gegevens worden omgegaan.

Wij hopen op uw medewerking zodat we samen kunnen werken aan een verbetering van zorg rond decubitus.

Met vriendelijke groet,

Maria Roth
Daniëlle Dickhof
Hanna Buis

Enquête: decubitus

Beste verpleegkundige!

Voor u ligt een enquête over de decubitus zorg binnen het MC Zuiderzee Ziekenhuis. Door het invullen van deze enquête kunt u een bijdrage leveren aan de verbetering van kwaliteit van zorg rondom decubitus. Graag vragen wij daarom om uw medewerking! De enquête bestaat uit een aantal open en gesloten vragen. Het invullen van de enquête duurt ± 10 minuten.

Ten behoeve van het onderzoek vragen wij u om de enquête naar persoonlijke inzichten en individueel in te vullen. Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.

U kunt de enquête na het invullen bij de secretaresse op uw afdeling inleveren. Aan het eind van de dagdienst zullen de enquêtes worden verzameld.

Voor vragen kunt u terecht bij de secretaresse. Bij voorbaat dank!

Namens Daniëlle Dickhof, Maria Roth en Hanna Buis

Algemene vragen

1. Op welke afdeling(en) bent u werkzaam? (meerdere antwoorden mogelijk):

- ☐ Algemene chirurgie
- ☐ Cardiologie
- ☐ Intensive care
- ☐ Interne afdeling
- ☐ Long afdeling
- ☐ Neurologie
- ☐ Orthopedie
- ☐ Urologie
- ☐ Operatiekamer

2. Hoelang bent u werkzaam in deze functie?

- ☐ Minder dan 1 jaar
- ☐ 1 tot 2 jaar
- ☐ 2 tot 5 jaar
- ☐ Langer dan 5 jaar

3. Hoelang bent u werkzaam binnen dit ziekenhuis?

- ☐ Minder dan 1 jaar
- ☐ 1 tot 2 jaar
- ☐ 2 tot 5 jaar
- ☐ Langer dan 5 jaar

Kennis

4. Hebt u kennis over de mogelijke interventies om decubitus te voorkomen?

- ☐ Ik heb kennis om adequate preventie toe te kunnen passen
- ☐ Ik twijfel of ik voldoende kennis heb
- ☐ Ik zou graag nog wel wat meer willen weten
- ☐ Ik heb onvoldoende kennis om decubitus te voorkomen

5. Wat is voor u doorslaggevend dat de patiënt behoort tot een verhoogde risicogroep om decubitus te ontwikkelen?

.....

.....

6. Wat is de eerste actie die u onderneemt als u merkt dat de patiënt behoort tot een verhoogde risicogroep om decubitus te ontwikkelen?

.....

.....

7. Inspecteert u de huid dagelijks bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

8. Hebt u kennis over de materialen die u kunt gebruiken om decubitus te voorkomen?

- ☐ Ik heb kennis om de juiste materialen te gebruiken
- ☐ Ik twijfel of ik voldoende kennis heb
- ☐ Ik zou er nog wel graag wat meer over willen weten
- ☐ Onvoldoende kennis over materialen om decubitus te voorkomen

9. Maakt u gebruik van een glij mat bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus?
- ☐ Altijd
 - ☐ Vaak
 - ☐ Soms
 - ☐ Nooit
10. Er bestaat geen standaard wisselgigging schema in het MC Zuiderzee ziekenhuis. Hoe zorgt u voor continuïteit van zorg bij wisselgigging? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Ik stel zelf een wisselgigging schema op
 - ☐ Ik noteer het in de verpleegkundige rapportage
 - ☐ Ik neem het op in het zorgplan
 - ☐ Ik draag het mondeling over bij de verpleegkundige overdracht
 - ☐ Ik gebruik geen wisselgigging schema
 - ☐ anders, namelijk:.....
 -
 -
11. Hebt u behoefte aan scholing rondom preventie van decubitus?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
12. Welke vorm van scholing sluit het beste bij uw behoefte aan?
- ☐ Voorlichting
 - ☐ klinische lessen
 - ☐ intervisie (casuïstieke kringgesprekken)
 - ☐ e-learning
 - ☐ individuele instructie door wondverpleegkundige
 - ☐ anders, namelijk:.....
 -
 -

Decubitusscorelijst

13. Vult u de decubitusscorelijst bij iedere patiënt in?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
14. Op welk moment vult u de decubitusscorelijst in? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Ik vul het niet in
 - ☐ Ik vul het alleen in bij opname
 - ☐ Ik vul het niet in bij opname maar later
 - ☐ Ik vul de score nogmaals in bij verandering van de risicofactoren
 - ☐ Ik vul het in bij ontslag
15. Vult u de decubitusscorelijst in over patiënten waar u zelf niet voldoende van af weet?
- ☐ Altijd
 - ☐ Vaak
 - ☐ Soms
 - ☐ Nooit

16. Wat doet u met de uitkomst van de decubituscorelijst? Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Ik onderneem geen acties
- ☐ Ik handel naar de interventies die het programma mij aanreikt
- ☐ Ik handel naar eigen inzicht
- ☐ Ik overleg met mijn collega's
- ☐ Ik schakel een andere discipline in

17. Vult u de SNAQ-scorelijst bij iedere patiënt in?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

18. Is de uitkomst van de SNAQ scorelijst van invloed op de interventies die u onderneemt m.b.t. decubituszorg.

- ☐ Ja, omdat.....
.....
- ☐ Nee, omdat.....
.....

Protocol

19. Heeft de MC groep een protocol voor decubituszorg?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

20. Weet u het protocol voor decubitus zorg te vinden?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

21. Wat vindt u van het protocol?

- ☐ Goed bruikbaar, omdat.....
- ☐ Onvolledig, omdat.....
- ☐ Niet bruikbaar, omdat.....
- ☐ Ik ken het protocol niet

Verantwoordelijkheid en attitude

22. Geeft u patiëntenvoorlichting over decubitus? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Altijd bij opname
- ☐ Alleen bij een verhoogd risico volgens de decubitus risicoscorelijst
- ☐ Alleen bij een verhoogd risico volgens klinische observatie
- ☐ Bij eerste tekenen van decubitus
- ☐ Bij ontstane decubitus wonden
- ☐ Ik geef geen voorlichting
- ☐ Anders namelijk:.....
.....
.....

23. Wie is er naar uw mening verantwoordelijk voor het nemen van preventieve maatregelen met betrekking tot decubitus?

- Verpleegkundigen
- Verpleegkundige aanspreekpunt decubitus zorg op de afdeling
- Wondverpleegkundigen
- Artsen

24. Hoe communiceert u uw bevindingen naar uw collega's bij overdracht van de dienst m.b.t. decubitus? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Mijn bevindingen staan in de verpleegkundige rapportage
- Mijn bevindingen staan in het zorgplan
- Mijn bevindingen draag ik mondeling over
- Mijn bevindingen draag ik soms niet over doordat preventieve decubituszorg minder prioriteit heeft
- Mijn bevindingen vergeet ik wel eens over te dragen doordat preventieve decubituszorg minder prioriteit heeft
- Anders, namelijk.....
.....
.....

25. Wat vindt u van de rol die de wondverpleegkundige speelt m.b.t. decubitus zorg?

- Goed, omdat.....
- Voldoende, omdat.....
- Matig, omdat.....
- Onvoldoende, omdat.....

26. Hoe ervaart u als verpleegkundige de samenwerking tussen de volgende disciplines met betrekking tot decubituszorg? Omcirkel het streepje dat van toepassing is.

	Goed	Voldoende	Matig	Onvoldoende
Wondverpleegkundige	-	-	-	-
Diëtist	-	-	-	-
Fysiotherapeut	-	-	-	-
Teamleider	-	-	-	-
Arts	-	-	-	-

27. Welke zaken belemmeren u in de samenwerking met andere disciplines m.b.t. decubituszorg?

.....
.....
.....

28. Zijn er zaken die u belemmeren om preventieve interventies toe te passen bij decubitus? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Er zijn geen belemmeringen○ Er is een tekort aan materialen○ Niet goed functioneren van materialen○ Kennistekort○ Tekort aan financiën○ Ontbreken van positieve stimulans van collega's○ Ontbreken van medewerking door collega's○ Tijdsgebrek | <ul style="list-style-type: none">○ Personeelstekort○ Minder prioriteit○ Hoge werkdruk○ Geen AD matras mogelijk bij gefixeerde patiënten○ Alle bovengenoemde oorzaken○ Anders, namelijk:............... |
|---|--|

29. Wanneer u niet zeker bent van beleid of interventies m.b.t. decubitus, wat doet u dan? (meerdere antwoorden mogelijk)

Ik:

- raadpleeg collega verpleegkundige
- raadpleeg verpleegkundige aanspreekpunt decubitus op de afdeling
- raadpleeg wondverpleegkundige
- raadpleeg leidinggevende
- raadpleeg arts
- raadpleeg het protocol
- handel uit eigen ervaring
- doe niets
- anders, namelijk.....
-

30. Als u constateert dat er bij een patiënt sprake is van een verhoogd risico op decubitus, welke acties onderneemt u dan? (meerdere antwoorden mogelijk)

Ik:

- onderneem geen acties
- raadpleeg het protocol
- rapporteer het in de verpleegkundige overdracht
- stel een plan van zorg op met daarin de te ondernemen interventies
- leg de patiënt op een antidecubitus matras
- pas wisselgigging toe
- inspecteer dagelijks de huid
- informeer een patiënt
- zorg dat de hielen vrij liggen
- beperk het aantal lagen waarop de patiënt ligt
- schakel andere disciplines in zoals.....
- anders namelijk.....
-

Structuur

Onder structuur verstaan we de wijze waarop de decubituszorg is georganiseerd binnen de MC groep.

31. Wat vindt u van de organisatie rondom decubituszorg? (binnenkomst patiënt –anamnese – bradenschaal – interventies – wondverpleegkundige - SNAQ)

- ☐ Goed, omdat.....
- ☐ Voldoende, omdat.....
- ☐ Matig, omdat.....
- ☐ Onvoldoende, omdat.....

32. Wat kan er volgens u verbeterd worden in de organisatie?

.....

.....

.....

Logistiek

Onder logistiek verstaan we het plannen, besturen en aanvoeren van bijvoorbeeld antidecubitus materialen of verbandmateriaal.

33. Weet u waar u de antidecubitus materialen kunt vinden?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

34. Zijn er volgens u genoeg antidecubitus materialen beschikbaar?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

35. Is er voldoende foldermateriaal beschikbaar om de patiënt voor te lichten over decubitus?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

36. Wat vindt u van de logistieke zorg rondom decubitus?

- ☐ Goed, omdat.....
- ☐ Voldoende, omdat.....
- ☐ Matig, omdat.....
- ☐ Onvoldoende, omdat.....

37. Wat kan er volgens u verbeterd worden in de logistiek?

.....

.....

.....

Tot slot

38. Wat is volgens u de voornaamste oorzaak dat de interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?

.....
.....
.....

39. Wat is er volgens u nodig om te zorgen dat deze interventies wel toegepast zullen worden?

.....
.....
.....

40. Heeft u verdere opmerkingen of adviezen als het gaat om decubituszorg in de MC groep?

.....
.....
.....

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze enquête!

Enquête: decubitus

Beste medewerkers!

Voor u ligt een enquête over de decubitus zorg binnen het MC Zuiderzee Ziekenhuis. Door het invullen van deze enquête kan u een bijdrage leveren aan de verbetering van kwaliteit van zorg rondom decubitus. Graag vragen wij daarom om uw medewerking! De enquête bestaat uit een aantal open en gesloten vragen en het invullen van de enquête duurt ± 15 minuten.

Ten behoeve van het onderzoek vragen wij u om de enquête naar persoonlijke inzichten en individueel in te vullen. U kunt de enquête na het invullen in uw kantoor leggen. Aan het eind van de dagdienst zullen de enquêtes worden verzameld.

Voor vragen kunt u deze dag telefonisch contact met ons opnemen. Bij voorbaat dank!

Namens Daniëlle Dickhof, Maria Roth en Hanna Buis (06-27142604)

Algemene vragen

1. Op welke afdeling(en) bent u werkzaam? (meerdere antwoorden mogelijk):
 - ☐ Algemene chirurgie
 - ☐ Cardiologie
 - ☐ Intensive care
 - ☐ Interne afdeling
 - ☐ Long afdeling
 - ☐ Neurologie
 - ☐ Orthopedie
 - ☐ Urologie
 - ☐ Operatiekamer
2. Wat is uw functie?
 - ☐ Wondverpleegkundige
 - ☐ Diëtist
 - ☐ Fysiotherapeut
 - ☐ Operatieassistent
 - ☐ Teamleider
3. Hoelang bent u werkzaam in deze functie?
 - ☐ Minder dan 1 jaar
 - ☐ 1 tot 2 jaar
 - ☐ 2 tot 5 jaar
 - ☐ Langer dan 5 jaar
4. Hoelang bent u werkzaam binnen dit ziekenhuis?
 - ☐ Minder dan 1 jaar
 - ☐ 1 tot 2 jaar
 - ☐ 2 tot 5 jaar
 - ☐ Langer dan 5 jaar

Kennis

5. Hebt u behoefte aan scholing rondom preventie van decubitus?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
6. Welke vorm van scholing sluit het beste bij uw behoefte aan?
 - ☐ Voorlichting
 - ☐ klinische lessen
 - ☐ intervisie (casuïstieke kringgesprekken)
 - ☐ e-learning
 - ☐ individuele instructie door wondverpleegkundige
 - ☐ anders, namelijk.....

Protocol

7. Heeft de MC groep een protocol voor decubituszorg?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Weet ik niet

8. Weet u het protocol voor decubitus zorg te vinden?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
9. Wat vindt u van het protocol?
- ☐ Goed bruikbaar, omdat.....
 - ☐ Onvolledig, omdat.....
 - ☐ Niet bruikbaar, omdat.....
 - ☐ Ik ken het protocol niet

Verantwoordelijkheid en attitude

10. Wie is er naar uw mening verantwoordelijk voor het nemen van preventieve maatregelen met betrekking tot decubitus?
- ☐ Verpleegkundigen
 - ☐ Verpleegkundige aanspreekpunt decubitus zorg op de afdeling
 - ☐ Wondverpleegkundigen
 - ☐ Artsen
11. Hoe communiceert u uw bevindingen naar uw collega's of andere disciplines bij overdracht van de dienst m.b.t. decubitus? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Mijn bevindingen staan in de verpleegkundige zorg map achter het desbetreffende tabblad
 - ☐ Mijn bevindingen draag ik mondeling over
 - ☐ Mijn bevindingen draag ik soms niet over doordat preventieve decubituszorg minder prioriteit heeft
 - ☐ Mijn bevindingen vergeet ik wel eens over te dragen doordat preventieve decubituszorg minder prioriteit heeft
 - ☐ Anders, namelijk.....
12. Hoe ervaart u de samenwerking tussen de volgende disciplines met betrekking tot decubituszorg? Omcirkel het streepje. (alleen invullen indien van toepassing)

	Goed	Voldoende	Matig	Onvoldoende
Verpleegkundige	-	-	-	-
Wondverpleegkundige	-	-	-	-
Diëtist	-	-	-	-
Fysiotherapeut	-	-	-	-
Teamleider	-	-	-	-
Operatieassistenten	-	-	-	-
Arts	-	-	-	-

13. Welke zaken belemmeren u in de samenwerking met andere disciplines m.b.t. decubituszorg?
-
-
-

14. Zijn er zaken die u belemmeren om preventieve interventies toe te passen bij decubitus? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Er zijn geen belemmeringen
- ☐ Er is een tekort aan materialen
- ☐ Niet goed functioneren van materialen
- ☐ Kennistekort
- ☐ Tekort aan financiën
- ☐ Ontbreken van positieve stimulans van collega's
- ☐ Ontbreken van medewerking door collega's
- ☐ Tijdsgebrek
- ☐ Personeelstekort
- ☐ Minder prioriteit
- ☐ Hoge werkdruk
- ☐ Geen AD matras mogelijk bij gefixeerde patiënten
- ☐ Alle bovengenoemde oorzaken
- ☐ Anders,

namelijk:.....

Structuur

Onder structuur verstaan we de wijze waarop de decubituszorg is georganiseerd binnen de MC groep.

15. Wat vindt u van de organisatie rondom decubituszorg? (binnenkomst patiënt – anamnese – bradenschaal – interventies – wondverpleegkundige - SNAQ)

- ☐ Goed omdat.....
- ☐ Voldoende omdat.....
- ☐ Matig omdat.....
- ☐ Onvoldoende omdat.....

16. Wat kan er volgens u verbeterd worden in de organisatie?

.....
.....
.....

Logistiek

Onder logistiek verstaan we het plannen, besturen en aanvoeren van bijvoorbeeld antidecubitus materialen of verbandmateriaal.

17. Zijn er volgens u genoeg antidecubitus materialen beschikbaar? (alleen voor de wondverpleegkundige)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

18. Wat vindt u van de logistieke zorg rondom decubitus?

- ☐ Goed, omdat.....
- ☐ Voldoende, omdat.....
- ☐ Matig, omdat.....
- ☐ Onvoldoende, omdat.....

19. Wat kan er volgens u verbeterd worden in de logistiek?

.....
.....

Tot slot

20. Wat is volgens u de voornaamste oorzaak dat de interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?

.....
.....
.....

21. Wat is er volgens u nodig om te zorgen dat deze interventies wel toegepast zullen worden?

.....
.....
.....

22. Heeft u verdere opmerkingen of adviezen als het gaat om decubituszorg in de MC groep?

.....
.....
.....

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze enquête!

Bijlage 6

Stappenplan kwalitatieve gegevensanalyse

Deze stappen zijn gebaseerd op de V&O lessen in leerjaar 3 en het boek: Wat is onderzoek? Geschreven door Nel Verhoeven, 2007.

Stap 1: <i>Enquêtes nummeren</i>	Alle enquêtes worden genummerd. Hierbij moet een volgorde worden aangebracht zodat verschillende afdelingen / disciplines gegroepeerd worden.
Stap 2: <i>Individueel analyseren</i>	Alle enquêtes worden door 2 personen geanalyseerd om de betrouwbaarheid te vergroten.
Stap 3:	Lees de hele ingevulde enquête goed door.
Stap 4: <i>Arceren</i> <i>Fragmenteren</i> <i>Fragmenten nummeren</i>	- Arceer met een markeerstift per antwoord die in de enquête staat alleen de relevante informatie voor ons onderwerp. - Je verdeelt de gegevens (het antwoord) in kleine stukjes (fragmenten) die je in één woord kunt samenvatten. - Ga hierbij na waarom je precies dat stukje tekst selecteert en schrijf dit op een apart blad/schriftje. Dit doe je om het later te kunnen beargumenteren wanneer je groepsgeenoot het gaat analyseren en jullie het gaan vergelijken. - Elk fragment geef je een nummer. Heb je dus bijv. bij vraag 6 de derde zin gearceerd. En kun je deze zin in één woord samenvatten dan zet je links aan de zijlijn van het enquêteformulier nummer 1 naast de zin die je als fragment beschouwt. Je kunt 1 fragment per antwoord hebben maar ook meer relevante fragmenten vinden in een antwoord.
Stap 5: <i>Coderen</i>	Dan bedenk je met welk woord je het fragment het beste kunt omschrijven. Dit woord wordt de code genoemd (coderen). Zet de code aan de linker kantlijn onder het fragmentnummer. Gebruik het liefst één code (woord) voor de omschrijving van je fragment. (Coderen is bedoeld om het materiaal samen te vatten).
Stap 6: <i>Waarde toekennen</i>	Je kijkt per code of deze negatief of positief van toonzetting is. Dit duidt je aan met een + = positief en een -- = negatief. Zet het positieve of negatieve teken onder je code. (Welke waarde kennen de onderzochte personen aan de gebruikte fragment/code; positief of negatief?)
Stap 7:	Ga naar de volgende enquête. Laat je groepsgeenoot nu dezelfde enquête als die jij net hebt geanalyseerd nu analyseren (via bovengenoemde stappen).
Stap 8: <i>Vergelijken</i> <i>Beargumenteren</i> <i>Definitieve fragmenten en codes bepalen.</i>	Vergelijk de fragmenten en codes met elkaar van de enquête die door jullie afzonderlijk is geanalyseerd. Komt dit overeen? Lijken de codes op elkaar en komt het op hetzelfde neer? Dan kun je de fragmenten en codes aanhouden van één van beide. Zitten er veel verschillen tussen de gekozen fragmenten en codes en beoordeling van toonzetting dan gaan jullie aan elkaar beargumenteren waarom je hebt gekozen voor dat fragment en code (hier zijn de aantekeningen die je bij stap 4 hebt gemaakt nodig)

	en bekijk samen kritisch naar wat volgens jullie relevant en niet relevant is. Ondanks de verschillen is het wel de bedoeling dat jullie gezamenlijk tot fragmenten en codes komen die de kern van het onderwerp pakken in die enquête (het moet dus weer per enquête één geheel worden en niet twee afzonderlijke analyses).
Stap 9:	Per enquête moeten de fragmenten, codes en waarden overzichtelijk in kaart worden gebracht. Tijdens het analyseproces zelf doe je dit in het enquêteformulier aan de linkerkantlijn. Als je t/m stap 8 hebt doorlopen dan zet je de gegevens in onderstaande tabel. (Dit is om het voor degene die de verdere analyse gaan doen overzichtelijk te maken).

Enquête nummer	Vraag nummer	Fragment nummer	Code	Waarde toekenning: + of – van toonzetting	Evt. bijzonderheden/opmerkingen.
<i>Voorbeeld</i> 1	<i>Voorbeeld</i> 5	<i>Voorbeeld</i> 1 2 3	<i>Voorbeeld</i> Voedingstoestand Mobiliteit leeftijd	<i>Voorbeeld</i> - - -	

De volgende stappen moeten worden doorlopen door de gehele groep.

Stap 10:	- De codes (vanuit alle enquêtes) worden gegroepeerd. Wat hoort bij elkaar? Codes die elkaar overlappen worden in één groep samengevoegd. Zoek naar verbanden/ associaties en/of combinaties tussen de codes. Bedenk de reden waarom je begrippen groepeer, zoek bewijs voor je groepering in de tekst. - Er worden hoofdgroepen en subgroepen gemaakt door te kijken welke woorden er bij elkaar horen en op welke wijze ze kunnen worden geordend. Er moet wel opgelet worden dat de code vanuit het fragment nu niet op een andere manier wordt geïnterpreteerd. Om structuur aan te brengen in deze groepering kun je de methode mindmapping gebruiken (voorbeeld is te vinden op blz. 255 van het boek: Wat is onderzoek? Van Verhoeven, 2007).
Stap 11:	Er wordt structuur aangebracht in de begrippen, zoek naar relaties tussen begrippen en beantwoordt de vraag waarom je bepaalde begrippen en bepaalde volgordes van begrippen hebt aangetroffen. Deze verbanden en volgorde breng je samen in een model, of een (boom) diagram.
Stap 12:	Breng het model in verband met het onderwerp. - Kan er een antwoord op de vraag gegeven worden? - Zijn er aanvullende vragen? - Ontbreekt er nog informatie?

Bijlage 7

Kwalitatieve verwerking enquêtes ingevuld door verpleegkundigen

Enquête nummer	Vraag nummer	Fragment nummer	Code	Waarde toekenning: + of – van toonzetting	Evt. bijzonderheden/opmerkingen.
1 alg. chir.	5	1	Leeftijd	-	
		2	Mobilisatie	-	
		3	Intake	-	
	6	4	Scorelijst	+	
	10	-		-	
	12	-		-	
	18	5	Intake	-	
	21	6	Niet openen	-	
	22	-		-	
	24	-		-	
	25	7	Advies	+	
	27	-		-	
	28	-		-	
	29	-		-	
	30	-		-	
	31	8	Scorelijsten	-	
	32	9	Werkdruk	-	
	36	-		-	
	37	-		-	
	38	10	Werkdruk	-	
	39	11	Meer personeel	+	
	40	12	Scorelijst nachtdienst	-	
2 alg. chir.	5	1	Mobiliteit	-	
		2	patiënt beperkt	-	
	6	3	Adviseren	+	
	10	-		-	
	12	-		-	
	18	4	voedingstoestand	-	
	21	5	Niet openen	-	
	22	-		-	
	24	-		-	
	25	6	Inzetbaar	+	
	27	7	Geen	+	
	28	-		-	
	29	-		-	
	30	8	Wondvpk.	+	
	31	-		-	
	32	-		-	
	36	9	Zorg geven	+	
	37	10	Meer materiaal	-	
	38	11	Tijdsdruk	-	
	39	12	Verminderen tijdsdruk	-	
	40	-		-	
3 alg. chir.	5	1	Voedingstoestand	-	
		2	Ziekte	-	
	6	3	AD mastras	+	
	10	-		-	

	12	-			
	18	4	Voedingstoestand	-	
	21	5	Niet lukt	-	
	22	-			
	24	-			
	25	6	Geschoold	+	
	27	7	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	8	Scorelijsten	+	
	32	-			
	36	9	Scorelijsten	+	
	37	-			
	38	10	Werkdruk	-	
	39	11	Meer materiaal	-	
	40	12	nee	+	
4 alg. chir.	5	1	Scorelijst	+	
		2	Voedingstoestand	-	
		3	Leeftijd	-	
		4	Huidconditie	-	
		5	Mobiliteit	-	
	6	6	AD matras	+	
		7	Diëtiste i.c.	+	
	10	-			
	12	-			
	18	8	Voedingstoestand	-	
	21	9	Eenduidigheid	+	
	22	-			
	24	-			
	25	10	Tijd	+	
	27	11	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	12	Te veel	-	
		13	Tijdsdruk	-	
	32	14	Persoon aanstellen	+	
	36	15	Belangrijk	+	
	37	-			
	38	16	Werkdruk	-	
	39	17	Personeel	-	
	40	18	Zorg	+	
		19	Invullen	-	
		20	Tijdsdruk	-	
5 alg. chir. / urologie	5	1	Voedingstoestand	-	Veel vragen zijn niet ingevuld
	6	2	Scorelijst	+	
		3	AD matras	+	
	10	-			
	12	-			
	18	4	Voedingstoestand	-	
	21	-			
	22	-			
	24	-			

	39	-			
	40	-			
8 alg. chir. / urologie	5	1	Bedlegerig	-	
		2	Voedingstoestand	-	
	6	3	Kijken	+	
	10	-			
	12	-			
	18	4	Disciplines inschakelen	+	
	21	5	Niet openen	-	
	22	-			
	24	-			
	25	6	Aandacht	+	
	27	7	Werkdruk	-	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	8	Aandacht	+	
	32	9	Consequent	-	
	36	10	Beter	+	
	37	-			
	38	11	Druk	-	
	39	12	Tijd	-	
	40	13	Scorelijst nachtdienst	+	
9 alg. chir. / urologie	5	1	Bedlegerig	-	bij vraag 6: noemt veel acties, alleen 1 ^e gecodeerd
		2	Voedingstoestand	-	
	6	3	Scorelijst	+	
	10	-			
	12	-			
	18	4	Advies	+	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	-			
	27	5	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	6	Diëtiste	+	
	31	7	Scholing	+	
		8	AD matrassen	-	
	32	-			
	36	-			
	37	-			
	38	9	Tijdgebrek	-	
		10	Werkdruk	-	
	39	11	Werkdrukmeting	-	
	40	12	Scorelijst nachtdienst	-	
10 alg. chir. / urologie	5	1	Voedingstoestand	-	
		2	Bedlegerig	-	
	6	3	AD matras	+	
	10	-			
	12	-			
	18	4	Verhoogde kans	-	
	21	5	Niet openen	-	
	22	-			

	24	-			
	25	6	Overzicht	+	
		7	Actie	+	
	27	8	Drukke	-	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	9	AD matras	+	
		10	Wond vpk	+	
	32	11	AD matrassen	-	
	36	-			
	37	-			
	38	12	Drukke	-	
		13	Materialen	-	
	39	14	Personeel	-	
		15	Ad matrassen	-	
	40				
11					
alg. chir.	5	1	Leeftijd	-	
/ urologie		2	Voedingstoestand	-	
		3	Bedlegerig	-	
	6	4	Matras	+	
	10	-			
	12	-			
	18	5	Voedingstoestand	+	
	21	6	Niet openen	-	
	22	-			
	24	-			
	25	7	Controle	+	
	27	8	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	-			
	32	-			
	36	-			
	37	-			
	38	9	Tijdsdruk	-	
	39	-			
	40	10	Scorelijst nachtdienst	-	
12					
cardiologie	5	-			
	6	1	Scorelijst	+	
	10	-			
	12	-			
	18	-			
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	2	Specifiek	+	
	27	3	Drukke	-	
	28	-			
	29	-			
	30	4	Arts	+	
		5	Dermatoloog	+	
	31	-			

	32	6	Weet niet	-	
	36	-			
	37	7	Aandacht	-	
	38	8	Drukke	-	
		9	Tijdsgebrek	-	
		10	Kennistekort	-	
	39	11	Werkdruk	-	
	40	12	Nee	+	
13 cardiologie	5	1	Voedingstoestand	-	
		2	Bedlegerig	-	
	6	3	Screenen	+	
		4	AD matras	+	
	10	-			
	12	-			
	18	5	Voedingstoestand	+	
	21	6	Niet vinden	-	
	22	-			
	24	-			
	25	7	Alert	+	
	27	8	Drukke	-	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	9	Ontstaan decubitus	-	
	32	10	Kennis	-	
		11	Aandacht	-	
	36	12	Drukke	-	
	37	-			
	38	-			
	39	-			
	40	-			
14 cardiologie	5	1	Voedingstoestand	-	
		2	Dehydratie	-	
	6	3	Matras	+	
	10	-			
	12	-			
	18	-			
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	4	Actief	+	
		5	Oproepbaar	+	
		6	Zorg	-	
	27	7	Arts	-	
		8	Bemoeien	-	
		9	Fysiotherapeut	-	
		10	Passief door bewegen	-	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	11	Bradenschaal	-	
	32	12	AD matrassen	-	
		13	Zoektocht	-	
	36	14	Onduidelijk	-	

	37 38 39 40	- 15 - 16 17 18 19 20	Terugkoppeling Technisch onderhoud Misgrijpen Pomp Verbandmaterialen foldermateriaal	- - - - - -	
15 cardiologie	5 6 10 12 18 21 22 24 25 27 28 29 30 31 32 36 37 38 39 40	- 1 - - 2 - - - 3 4 - - - - 5 - - - - - -	AD matras Invloed Wond plan Weinig zien Wond vpk	+ + + - +	enquête ingevuld tot vraag 30
16 Intensive Care	5 6 10 12 18 21 22 24 25 27 28 29 30 31 32 36 37 38 39 40	1 2 3 4 - - 5 - - 6 7 - - 8 9 10 - 11 12 13 14 15	Mobiliteit Gewicht Wisselligging Matras Voedingstoestand Weinig zien Geen Dec. verpleegkundige Slecht scoren Afstemming disciplines Communicatie Bewustzijn Communicatie Alertheid nee	- - + + + - + + - + + + +	
17 Intensive	5	1 2	Doorbloeding Diabetes mellitus	- -	

Care	6	3	Voedingstoestand	-	
		4	AD matras	+	
		5	Wisseligging	+	
	10				
	12				
	18				
	21	6	Niet openen	-	
	22				
	24				
	25				
	27	7	Ligduur patient	-	
	28				
	29				
	30				
	31				
	32				
	36				
	37				
	38				
	39				
	40				
18 Intensive Care	5	1	Doorbloeding	-	
		2	Voedingstoestand	-	
	6	3	AD matras	+	
	10				
	12				
	18	4	Zinvol	+	
	21	5	Niet openen	-	
	22				
	24	6	Zelden decubitus	+	
	25				
	27				
	28				
	29				
	30	7	diëtiste	+	
	31				
	32				
	36				
	37				
	38				
	39				
	40				
19 Intensive Care	5	1	Mobiliteit	-	
	6	2	AD matras	+	
	10				
	12				
	18	3	Gewichtsverlies	-	
	21				
	22				
	24				
	25	4	Geen consult	-	
	27				
	28				
	29				

	30	5	Wondvpk	+	
	31	6	Scorelijsten	-	
	32	7	Voorlichting scorelijsten	+	
	36	-			
	37	-			
	38	8	Tijdsdruk	-	
		9	Kennistekort	-	
	39	10	Scholing	+	
		11	werkdruk	-	
	40	-			
20 Interne afd.	5	1	Bedlegerig	-	
		2	Conditie	-	
		3	Leeftijd	-	
	6	4	Controle huid	+	
	10	-			
	12	-			
	18	-			
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	-			
	27	-			
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	5	Zelfde werkwijze	-	
	32	6	Richtlijn	+	
	36	7	Beschikbaarheid matras	-	
	37	8	Beschikbaarheid matras	+	
	38	9	Eenduidige werkwijze	-	
	39	10	Beleid instructie	+	
	40	-			
21 Interne afd.	5	1	Bedlegerig	-	
		2	Incontinentie	-	
	6	3	Scorelijst	+	
		4	AD matras	+	
	10	5	Wisselliging per dienst	+	
	12	-			
	18	6	Niet opgevallen	-	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	7	Observatie patiënten	+	
	27	-			
	28	8	Kennis wondmateriaal	-	
	29	-			
	30	9	Wondvpk	+	
	31	10	Scorelijsten invullen	-	
	32	11	Klinische blik	+	
		12	Scorelijsten	+	
		13	Acties	+	
	36	14	Weet niet	-	
	37	15	Weet niet	-	
	38	16	Werkdruk	-	

	39 40	17 18 19	Werkdruk Nee Scorelijst nachtdienst	- + -	
22 Interne afd.	5 6 10 12 18 21 22 24 25 27 28 29 30 31 32 36 37 38 39 40	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 -	Huid Voedingstoestand Gewicht Bedlegerig Plekken vrij Wisselliging Geen kennis Geen kennis Beleid afspreken Geen kennis Geen kennis samenwerking	- - - - + + - - - + - - - + -	Ingevuld door iemand die nog met de inwerkperiode bezig is
23 Interne afd.	5 6 10 12 18 21 22 24 25 27 28 29 30 31 32 36 37 38 39 40	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 -	Mobiliteit AD matras Wisselliging N.V.T. Moeilijk vindbaar Advies Geen arts advies Fysiotherapeut Uitvoering plan Geen verschillende lijsten Beschikbaarheid materiaal	- + + - - + - + - - - - -	Glijmat niet altijd aanwezig score nd
24 Interne afd.	5 6 10	1 2 3 4 -	Bedlegerig Gewicht AD matras Wisselliging	- - + +	

	12	-			
	18	5	Invloed voeding	+	
	21	6	Verouderd	-	
	22	-			
	24	-			
	25	7	Wondzorg	+	
	27	8	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	9	Vpk actie	+	
	32	10	Aanspreekpunt AD	+	
	36	-	matras		
	37	11	Eigen beheer AD matras	+	
	38	-			
	39	-			
	40	12	nee	+	
25 Interne afd.	5	1	Bedlegerig	-	
		2	Conditie	-	
	6	3	AD matras	+	
		4	Wisselligging	+	
	10	-			
	12	-			
	18	-			
	21	-			
	22	5	Zo nodig	-	
	24	-			
	25	6	Overzicht	+	
	27	7	Tijd	-	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	-			
	32	8	Attentie	+	
	36	-			
	37	-			
	38	9	Werkdruk	-	
	39	10	Meer personeel	-	
	40	11	Niet makkelijk zijn	-	
26 Interne afd.	5	1	Voedingstoestand	-	
		2	Bedlegerigheid	-	
	6	3	Wisselligging	+	
		4	AD matras	+	
	10	-			
	12	-			
	18	5	Eiwitten	+	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	6	Continuïteit	+	
		7	Samenwerking	+	
	27	-			
	28	-			
	29	-			

	30	-			
	31	-			
	32	8	Werklastmeting	-	
	36	-			
	37	-			
	38	9	Werkdruk	-	
	39	10	Verlaging werkdruk	-	
	40	-			
27 Interne afd.	5	1	Voedingstoestand	-	
		2	Bedlegerigheid	-	
	6	3	Observatie huid	+	
	10	-			
	12	-			
	18	4	Alertheid	+	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	5	Voorschrijven wond zorg	+	
		6	Advies	+	
	27	7	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	9	Wond vpk	+	
	31	10	Signaleren decubitus	+	
	32	11	Scoren door 1 persoon	+	
	36	12	Duidelijk	+	
	37	-			
	38	13	Tijdsdruk	-	
		14	Personeelstekort	-	
	39	15	Personeel	-	
	40	16	nee	+	
28 long afd.	5	1	Ondervoeding	-	
		2	Bedlegerig	-	
	6	3	AD matras	+	
		4	Diëtist ic	+	
	10	-			
	12	-			
	18	5	Ondervoeding	+	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	6	Zorg prima	+	
		7	beschikbaarheid slecht'	-	
	27	8	Bereikbaarheid wondvpk	-	
	28	-			
	29	-			
	30	9	Diëtiste	+	
	31	-			
	32	-			
	36	-			
	37	-			
	38	10	Personeelstekort LD	-	
	39	-			
	40	-			
					vr 28 Materialen te kort: AD zitkussens en glijmatten LD = late dienst

29 long afd.	5	1	Klinische blik	+	Onvoldoende zitkussens, stoelen zijn hard.
	6	2	AD matras	+	
	10	-			
	12	-			
	18	3	Score	+	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	-			
	27	4	Aanwezigheid	-	
	28	-			
	29	-			
	30	5	Diabetes vpk	+	
	31	-			
	32	6	Scorelijst niet relevant	-	
	36	7	Tekort materiaal	-	
		8	Verband op recept	-	
	37	9	Meer / beter materiaal	-	
	38	10	Niet scoren	-	
		11	Tijdgebrek	-	
		12	Onvoldoende materiaal	-	
30 long afd.	39	13	Scoren	-	bij vraag 6: noemt veel acties, alleen 1 ^e gecodeerd
		14	materiaal	-	
	40	-			
	5	1	Bedlegerig	-	
		2	Voedingstoestand	-	
		3	Leeftijd	-	
		4	Huidconditie	-	
	6	5	AD matras		
	10	-			
	12	-			
	18	-			
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	-			
	27	-			
	28	-			
	29	-			
	30	6	Diëtiste	+	
	31	7	Protocol onbekend	-	
	32	8	Specialiseren vpk	+	
31		9	Aanspreekpunt	+	
		10	Aandacht	+	
	36	-			
	37	-			
	38	11	Tijdgebrek	-	
		12	Kennis materialen	-	
	39	13	Vindbaarheid materiaal	+	
		14	Instructies	+	
		15	aanspreekpunt	+	
	40	-			
31	5	1	Bedlegerig	-	

long afd.	6	2	Scorelijst invullen	+	
		3	AD matras	+	
		4	Vpk actieplan noteren	+	
	10	-			
	12	-			
	18	5	Ondervoeding	+	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	6	Advies	+	
		7	Bereikbaarheid	-	
	27	8	Bereikbaarheid wondvpk	-	
		9	Samenwerking wondvpk	+	
		10	Teamleider meerwaarde	-	
		11	Arts behandeling	-	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	12	Beschikbaarheid wondvpk	-	
	32	13	Meer matrassen	+	
		14	Bereikbaarheid wondvpk	-	
	36	15	Loopt goed	+	
		16	Weinig materiaal	-	
	37	17	Meer matrassen	+	
	38	18	Werkdruk	-	
		19	Weinig matrassen	-	
	39	20	Materiaal	+	
		21	Prioriteit geven	+	
	40	-			
32 long afd.	5	1	Bedlegerig	-	
	6	2	AD matras	+	
		3	Wisselligging	+	
	10	-			
	12	-			
	18	4	Ondervoeding	+	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	5	Aanwezigheid	-	
	27	6	Bereikbaarheid wondvpk	-	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	7	Wondzorg goed	+	
	32	-			
	36	8	Aanwezigheid	+	
	37	9	Overzicht materialen bekend maken	+	
	38	10	Personeelstekort	-	
	39	11	Werkdruk verlagen	-	
		12	Meer personeel	+	
	40	13	geen	+	
33	5	1	Bedlegerig	-	Vult decubituscore in

neurologie	6	2	AD matras	+	bij opname en na 7 dagen
		3	Wisselligging	+	
	10	-			
	12	-			
	18	-			
	21	-			
	22	4	Situatieafhankelijk	+	
	24	-			
	25	5	Overzicht	+	
		6	Advies	+	
	27	7	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	8	Scorelijsten	+	
	32	9	Goede preventie	+	
		10	Decubitusstadia	-	
	36	-			
	37	-			
	38	11	Drukte	-	
	39	-			
	40	12	nee	+	
34 neurologie	5	1	Bedlegerig	-	Vult decubituscore in bij opname en na 7 dagen
		2	Voedingstoestand	-	
	6	3	Mobiliseren	+	
		4	AD matras	+	
		5	Wisselligging	+	
	10	-			
	12	-			
	18	6	Geen verband decubitus	-	
	21	-			
	22	-			
	24	-			
	25	7	Signaleren	+	
		8	Terugkoppelen	+	
		9	Meedenken	+	
	27	10	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	11	Situatieafhankelijk	+	
	31	12	Aandacht	-	
	32	13	Aandacht preventie	-	
	36	14	Weinig matrassen	-	
		15	Weinig foldermateriaal	-	
	37	16	Matrassen per afdeling	+	
	38	17	Aandacht	-	
	39	18	Voorlichting	+	
		19	Bewustmaken patiënt	+	
	40	20	nee	+	
35 neurologie	5	1	Bedlegerig	-	Kent protocol niet, alleen lijst van matrassen
		2	Voedingstoestand	-	
		3	Mobiliteit	-	
		4	Probleemhuid	-	
	6	5	Scorelijst invullen	+	

	10	6	AD matras	+	
	12	7	Wisselliging a 3 uur	+	
	18	-			
	21	8	Slechte intake	+	
	22	-			
	24	-			
	25	9	Geschoold	+	
	27	10	Geen	+	
	28	-			
	29	-			
	30	-			
	31	-			
	32	11	Geen idee	+	
	36	-			
	37	12	Beschikbaarheid materiaal	-	
		13	Voorlichting wondbeleid	-	
		14	Aanwezigheid wondvpk	-	
		15	Kennis vpk	-	
	38	16	Werkdruk	-	
		17	Aanwezigheid materiaal	-	
	39	-		+	
	40	18	nee		
36 neurologie	5	1	Bedrust	-	
		2	Slechte eetlust	-	
		3	Geen pijn voelen	-	
		4	Onderuitgezakt zitten	-	
	6	5	AD matras	+	
		6	Hakken vrijdag	+	
		7	Diëtiste ic	+	
	10	8	Noteren werkbriefje	+	
	12	-			
	18	9	Invloed voeding	+	
	21	10	Duidelijke acties	+	
	22	-			
	24	-			
	25	11	Bijhouden scores	+	
		12	Vragen stellen	+	
	27	13	Ondergeschoven kindje	-	
	28	14	Dreigende dwarslaesie	-	
	29	-			
	30	15	Diëtiste & dec. Vpk	+	
	31	16	Geen plan dossier	-	
	32	17	Aandacht/bekendheid	+	
		18	Verbetering preventie	+	
	36	-			
	37	19	Voldoende AD matrassen	+	
	38	20	Werkdruk	-	
		21	Besef	+	
		22	Kennistekort	-	
	39	23	Aandacht	+	
		24	Gevarenstickers	+	

Vraag 5. Wat is voor u doorslaggevend dat de patiënt behoort tot een verhoogde risicogroep om decubitus te ontwikkelen?

Bedlegerig

Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerig
Bedlegerigheid
Bedlegerigheid
Bedlegerig
Bedrust
Langliggers

Voedingstoestand

Intake
Slechte eetlust
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand

Ondervoeding
Dehydratie

Mobilisatie

Mobilisatie
Mobiliteit
Mobiliteit
Mobiliteit
Mobiliteit
Mobiliteit
Mobiliteit
patiënt beperkt

Gezondheidstoestand

Leeftijd
Leeftijd
Leeftijd
Leeftijd
Leeftijd
Gewicht
Gewicht
Gewicht
Conditie
Conditie
Ziekte
Ziekte
Diabetes mellitus
Incontinentie
Geen pijn voelen
Onderuitgezakt zitten
Scorelijst
Decubitus score

Huid

Doorbloeding
Doorbloeding
Huidconditie
Huid
Huidconditie
Probleemhuid

Klinische blik

Klinische blik
Klinische blik

109

Vraag 18. Is de uitkomst van de SNAQ scorelijst van invloed op de interventies die u onderneemt m.b.t. decubituszorg?

Ja, omdat:

Invloed voeding

voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Voedingstoestand
Ondervoeding
Ondervoeding
Ondervoeding
Invloed voeding
Invloed voeding
Invloed
Intake
Slechte intake

Gewichtsverlies

Eiwitten

Hogere kans

Score

Verhoogde kans

Zinvol

Hulpmiddel

Alertheid

Disciplines inschakelen

Advies

Nee, omdat:

Geen verband

Niet opgevallen

Geen kennis

Geen verband decubitus

N.V.T.

Vraag 21. Wat vindt u van het protocol?

+

Duidelijk

Eenduidigheid
Duidelijke acties

-

Werkt niet

Niet openen
Niet openen
Niet openen
Niet openen
Niet openen

Niet openen

Niet openen

Niet lukt

Onvindbaar

Niet vinden

Moeilijk vindbaar

Moeilijk vindbaar

Overig

Verouderd

Geen kennis van

Vraag 22. Geeft u patiëntenvoorlichting bij decubitus?

Anders, namelijk:

Z.N.

Zo nodig

Situatieafhankelijk

Vraag 24. Hoe communiceert u uw bevindingen naar uw collega's bij overdracht van de dienst m.b.t. decubitus?

Anders, namelijk:

Zelden decubitus

+	Voorschrijven wond zorg
<u>Overkoepelend</u>	Beleid afspreken
Overzicht	Wondzorg
Overzicht	Wondzorg
Overzicht	Wond plan
Bijhouden scores	
Observatie patiënten	
Oproepbaar	<u>Advies geven</u>
Inzetbaar	Advies
Continuïteit	Advies
Samenwerking	Advies
Signaleren	Advies
Terugkoppelen	Vragen stellen
Tijd	Meedenken
Aandacht	
Controle	-
<u>Expertise</u>	<u>Beschikbaarheid</u>
Geschoold	beschikbaarheid slecht'
Geschoold	Weinig zien
Zorg prima	Weinig zien
Actie	Bereikbaarheid
Alert	Aanwezigheid
Actief	Betrokkenheid
Specifiek	Zorg
	Geen consult

+		Drukke
<u>Geen belemmering</u>		Tijd
Geen		Tijd
Geen		
Geen		<u>Niet actief</u>
Geen		Arts
Geen		Geen arts advies
Geen		Arts behandeling
Geen		Bemoeien
Geen		Fysiotherapeut
Geen		Passief door bewegen
Geen		Teamleider meerwaarde
Geen		
Geen		<u>Bereikbaarheid</u>
Samenwerking wondvpk		Aanwezigheid
Weet niet		Bereikbaarheid wondvpk
		Bereikbaarheid wondvpk
-		Bereikbaarheid wondvpk
<u>Werkdruk</u>		
Werkdruk		<u>Overig</u>
Drukke		Ondergeschoven kindje
Drukke		Ligduur patiënt

Vraag 28. Zijn er zaken die u belemmeren om preventieve interventies toe te passen bij decubitus?

Anders, namelijk:

Kennis wondmateriaal
Dreigende dwarslaesie
Wondverband op 2.0

Vraag 29. Wanneer u niet zeker bent van beleid of interventies m.b.t. decubitus, wat doet u dan?

Anders, namelijk:

-

Vraag 30. Als u constateert dat er bij een patiënt sprake is van een verhoogd risico op decubitus, welke acties onderneemt u dan?

Schakel andere disciplines in zoals:

Wondverpleegkundige

Wond vpk.
Wond vpk
Wond vpk
Wond vpk
Wond vpk
dec. Vpk
Dec. Verpleegkundige
Aandachtsvelder

diëtiste
Diëtiste
Diëtiste z.n.
Diëtiste

Overig

Arts
Dermatoloog
Fysiotherapeut
Diabetes vpk

Diëtiste

Diëtiste
Diëtiste

Anders namelijk:
Situatieafhankelijk

Vraag 31. Wat vindt u van de organisatie rondom decubituszorg?

+

Goed georganiseerd

Scorelijsten
Scorelijsten
Wond vpk
Vpk actie
Scholing
AD matras
Aandacht
Wondzorg goed
Signaleren decubitus
Verbetering mogelijk

Bradenschaal
Te veel

Materiaal

Weinig materialen
Beschikbaarheid
AD matrassen

Werkwijze

Protocol onbekend
Zelfde werkwijze
Geen plan dossier
Uitvoering plan

-

Scorelijsten

Scorelijsten
Scorelijsten
Scorelijsten invullen
Slecht scoren

Overig

Ontstaan decubitus
Geen kennis
Aandacht
Tijdsdruk

Vraag 32. Wat kan er volgens u verbeterd worden in de organisatie?

Kennis

Specialiseren vpk
Aanspreekpunt
Afstemming disciplines
Wond vpk
Kennis
Richtlijn
Klinische blik
Decubitusstadia
Acties

Aandacht

Aandacht preventie
Aandacht/bekendheid
Aandacht
Aandacht
Attentie
Goede preventie
Verbetering preventie
Consequent

Materiaal

Zoektocht

Meer matrassen
AD matrassen
AD matrassen
Weinig materialen
Persoon aanstellen
Aanspreekpunt AD matras

Scorelijsten

Geen verschillende lijsten
Scoren door 1 persoon
Scorelijsten
Scorelijst niet relevant
Voorlichting scorelijsten

Weet niet

Weet niet
Geen idee
Geen kennis

Werkdruk

Werkdruk
Werklastmeting

Vraag 36. Wat vindt u van de logistieke zorg rondom decubitus?

+

Goed georganiseerd

Zorg geven
Scorelijsten
Belangrijk
Beter
Duidelijk
Loopt goed
Aanwezigheid

-

Materiaal

Weinig materiaal
Beschikbaarheid matras
Tekort materiaal
Weinig matrassen
Weinig foldermateriaal
Verband op recept

Overig

Kennis patiënt
Drukte
Onduidelijk
Weet niet

Vraag 37. Wat kan er volgens u verbeterd worden in de logistiek?

Weet niet
Weet niet

Materiaal

Meer materiaal
Beschikbaarheid materiaal
Beschikbaarheid materiaal
Meer / beter materiaal
Overzicht materialen bekend maken

Matrassen

Beschikbaarheid matras
Meer matrassen
Voldoende AD matrassen
Eigen beheer AD matras
Matrassen per afdeling

Voorlichting

Voorlichting wondbeleid
Aandacht

Communicatie

Bereikbaarheid

Aanwezigheid wondvpk

Vraag 38. Wat is volgens u de voornaamste oorzaak dat de interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?

Werk/tijdsdruk

Werkdruk

Werkdruk

Werkdruk

Werkdruk

Werkdruk

Werkdruk

Werkdruk

Werkdruk

Werkdruk

Werkdruk

Druk

Drukke

Drukke

Drukke

Tijdsdruk

Tijdsdruk

Tijdsdruk

Tijdsdruk

Tijdgebrek

Tijdsgebrek

Tijdsgebrek

Tijdgebrek

Tijdgebrek

Tijdgebrek

Personeelstekort

Personeelstekort

Personeelstekort

Personeelstekort LD

Kennistekort

Kennistekort

Kennistekort

Kennistekort

Kennis vpk

Kennis materialen

Bewustzijn

Aandacht

Besef

Materiaal

Materialen

Onvoldoende materiaal

Weinig matrassen

Werkwijze

Eenduidige werkwijze

Niet scoren

Terugkoppeling

onbekend

Vraag 39. Wat is er volgens u voor nodig om te zorgen dat deze interventies wel toegepast worden?

Meer personeel

Personeel

Personeel

Personeel

Meer personeel

Meer personeel

Meer personeel

Verlagen werkdruk

Verminderen tijdsdruk

Tijd

Aanspreekpunt

Werkdrukmeting

Werkdruk verlagen

Werkdruk

werkdruk

Werkdruk

Verlaging werkdruk

Materiaal

Meer materiaal

Ad matrassen

Materiaal

materiaal

Vindbaarheid materiaal

Werkwijze

Scoren

Communicatie

Samenwerking

Aandacht

Alertheid

Prioriteit geven

Kennis

Scholing

Scholing

Voorlichting

Instructies

Beleid instructie

Overig

Bewustmaken patiënt

Gevarenstickers

Vraag 40. Heeft u verdere opmerkingen of adviezen als het gaat om decubituszorg in de MC groep?

Geen mening

nee

Nee

nee

Nee

nee

nee

nee

nee

nee

nee

geen

Scorelijst nachtdienst

Scorelijst nachtdienst

Scorelijst nachtdienst

Materiaal

Verbandmaterialen

Matras

Ander materiaal

Technisch onderhoud

Misgrijpen

Pomp

Overig

Foldermateriaal

Zorg

Invullen

Tijdsdruk

Niet makkelijk zijn

Scoren in nachtdienst

Scorelijst nachtdienst

Scorelijst nachtdienst

Scorelijst nachtdienst

Bijlage 8

Kwalitatieve verwerking enquêtes ingevuld door andere disciplines

Enquête nummer	Vraag nummer	Fragment nummer	Code	Waarde toekenning: + of – van toonzetting	Evt. bijzonderheden/opmerkingen.
1 verkoever vpk.	6 9 11 13 14 15 16 18 19 20 21 22	- - - - - - - - - - - 1	 Ondergrond glad	 +	Niet alle vragen zijn ingevuld
2 verkoever vpk.	6 9 11 13 14 15 16 18 19 20 21 22	- - - 1 - - - - - - - -	 weinig contact 	 - 	Niet alle vragen zijn ingevuld
3 verkoever vpk.	6 9 11 13 14 15 16 18 19 20 21 22	- - 1 - - - - - - - - -	 Schriftelijk 	 + 	
4 operatie assistent	6 9 11 13 14 15	- - - - - 1	 Geen decubitus	 +	

	16 18 19 20 21 22	- - - - - -			
5 operatie assistent	6 9 11 13 14 15 16 18 19 20 21 22	1 - - 2 - - 3 - - 4 5 6	Geen scholing Weinig samenwerking Samenwerking ok Communicatie Communicatie Nee	+ - - - + +	Er wordt al aan decubituspreventie gedaan, ook krijgen patiënten al standaard gel matrassen om op te liggen Wil meer samenwerking zien met de ok.
6 operatie assistent	6 9 11 13 14 15 16 18 19 20 21 22	- - 1 - - - - - - - 2	Time-out formulier Goed positioneren	+ -	Zijligging werd genoemd net als steensnede, maar het is onduidelijk waar dit over gaat. Veel vragen waren ook niet van toepassing zo blijkt
7 operatie assistent	6 9 11 13 14 15 16 18 19 20 21 22	- - 1 - - - - - - - -	Niet toepassing	-	
8 operatie assistent	6 9 11 13 14 15	- - 1 - - -	Niet	-	

	16	-			
	18	-			
	19	-			
	20	-			
	21	-			
	22	-			
9 operatie assistent	6	-			
	9	-			
	11	1	Time-out formulier	+	
	13	2	Contact	-	
	14	-			
	15	-			
	16	-			
	18	-			
	19	-			
	20	3	kennistekort	-	
		4	materiaal afwezig	-	
	21	5	informatie	+	
		6	wondverzorgingss	+	
	22	-	pullen		
10 teamleider	6	-			
	9	1	Kennistekort	-	
	11	2	Aanspreekpunt	+	
	13	3	afdeling	+	
	14	-	Geen		
	15	4		+	
	16	-	Interventies		
	18	5		+	
	19	6	Geen klachten	-	
	20	-	vpk		
	21	-	Matrassen		
	22	7		-	
		8		+	
			Makkelijk denken		
			Enquête motiveert		
11 teamleider	6	-			
	9	-			
	11	-			
	13	1	Lage ligduur	+	
		2	Weinig decubitus	+	
		3	Alertheid	+	
	14	-	stimuleren		
	15	4		-	
		5	Werkdruk hoog	-	
		6	Weinig computers	-	
			Automatische		
	16	7	terugkoppeling	-	
		8	score	-	
			Meer materialen		

	15 16 18 19 20 21 22	4 5 - - - 6 -	voeding Niet adequaat invullen Protocol protocol	- - +	
17 diëtist	6 9 11 13 14 15 16 18 19 20 21 22	- - 1 2 3 4 5 6 7 8 - - 9 10 11 12 13	Dietistische diagnose Behandelplan Veranderingen omtrent decubitusvpk Rapporteren decu. niet eenduidig Betrokken behandeling onduidelijk Samenwerking Alertheid Preventie Aandacht verleden Multidisciplinair opzetten Overleg Belangrijk onderwerp Sleutelrol wondvpk	+ + - - - - - - - - - + + + +	Veranderingen geweest omtrent wondverpleegkundi ge en decubitusverpleegk undige
18 wond vpk.	6 9 11 13 14 15 16 18 19	- 1 - 2 3 - 4 5 6 7 8 9	Niet toegankelijk Hoge werkdruk vpk Minder prioriteit Scores invullen Vpk aanspreken op scoren decu. Materiaal onvindbaar Opslag	- - - - - - - - - - + +	Hulpmiddelen als glijzeilen, zitkussens.

		10	Meer hulpmiddelen	-		
	20	11	Wisselligging	+		
		12	overzichtelijk	-		
		13	Hielkussens	-		1 keer per maand overleg met andere aandachtsvelders wond/dec vpk.
		14	ontbreken	-		
	21	15	Registratie	-		
		16	middelen	+		
		17	Weinig prioriteit	+		
		18	Tijd gebrek	+		Informatie
			Kennis tekort			materiaal voor patiënten. Indien mogelijk en van toepassing, voor opname geven m.b.t. voorkomen van decubitus
		19	Correct scoren	+		
			Werkdruk			
	22	20	verlagen	+		
		21	Meer	-		
		22	aandachtsvelders	-		
		23	Overleg andere aandachtsvelders	+		
			Regelmatig prevalentie meten en terugkoppelen			
			Protocol aanpassen			
			Prioriteit basiszorg			
			Prioriteit decubituszorg			
			Informatie materiaal patiënten			
19 wond vpk.	6	-				
	9	1	Update nodig	-		
	11	-				
	13	2	Tijd	-		
	14	-				
	15	3	Pre operatief	+		
	16	4	scoren	-		
		5	Scholing	-		
	18	6	AD kussens	+		
		7	Matrassen goed	-		
	19	-	Zitkussens slecht			
	20	8		-		
		9	Tijdsgebrek	-		
	21	10	Lastige lijst	+		
	22	-	computer			
			Makkelijkere lijst			

Vraag 6: Welke vorm van scholing sluit het beste bij uw behoefte aan?

Niet nodig

Geen scholing +

Vraag 9: Wat vindt u van het protocol?

Niet duidelijk

Niet toegankelijk -

Update nodig -

Overig

Kennistekort -

Behandeling duidelijk +

Vraag 11: Hoe communiceert u uw bevindingen naar uw collega's of andere disciplines bij overdracht van de dienst m.b.t. decubitus?

Schriftelijk

Schriftelijk +

Time-out formulier +

Time-out formulier +

Tab 3: voedingsadviezen +

Behandelplan +

Niet van toepassing

Niet -

Niet van toepassing -

Niet van toepassing –

Overig

Dietistische diagnose +

Aanspreekpunt afdeling +

Vraag 13: Welke zaken belemmeren u in de samenwerking met andere disciplines m.b.t. decubituszorg?

Slechte multidisciplinaire samenwerking

Disciplines worden vergeten -

Weinig contact -

Contact -

Weinig samenwerking –

Veranderingen omtrent decubitusverpleegkundige –

Tijdsdruk

Tijd -

Tijdsdruk -

Werklast

Werkdruk/last verpleegafdelingen –

Hoge werkdruk vpk -

Prioriteit

Aandacht voeding -

Minder prioriteit decubitus-

Geen belemmeringen

Lage ligduur +

Weinig decubitus +

Alertheid stimuleren +

Geen +

Vraag 14: Zijn er zaken die u belemmeren om preventieve interventies toe te passen bij decubitus?

Aandacht

Onvoldoende aandacht voeding -

Eenduidigheid

Rapporteren decubitus niet eenduidig -

Vraag 15: Wat vindt u van de organisatie rondom decubituszorg?

Goede organisatie

Pre operatief scoren +

Snaq gelijk afgenomen +

Maatregelen getroffen +

Interventies +

Geen decubitus +

Werkdruk

Werkdruk hoog -

Kost tijd -

Score lijsten

Adequaate snaq invullen -

Scores invullen -

ICT

Weinig computers -

Verouderde ICT -

Automatische terugkoppeling score -

Samenwerking

Betrokkenen behandeling onduidelijk -

Vraag 16: Wat kan er volgens u verbeterd worden in de organisatie?

Samenwerking

Verpleegkundigen aanspreken op scoren decubitus -

Samenwerking -

Samenwerking ok -

Materialen

Meer materialen -

Toezicht kwaliteit materialen -

Materiaal vinden -

Meer matrassen -

Aanvraag matras eenvoudiger -

AD kussens -

Werkwijze

Verwerken in actieplan -

Protocol -

Kennis

Alertheid -

Preventie -

Scholing -

ICT

Elektronisch patiëntendossier +

ICT verbeteringen -

Vraag 18: Wat vindt u van de logistieke zorg rondom decubitus?

Zorgverleners

Geen klachten verpleegkundigen +

Matrassen

Matrassen goed +

Materialen

Materiaal overzicht -

Zelf materialen ophalen/brengen -

Kost tijd -

Alles moet te snel -

Bewaarplaats matras onoverzichtelijk -

Materiaal onvindbaar -

Zitkussens slecht -

Vraag 19: Wat kan er volgens u verbeterd worden in de logistiek?

Materialen

Matrassen -
Stuk materiaal -
Hielkussens ontbreken -

Overzicht materialen

Overzicht matrassen -
Bergplaats matras -
Opslag -
Wondmateriaal centraal -
Meer hulpmiddelen +
Wisselgeving overzichtelijk +
Registratie middelen +
Uitgifte depot +

Vraag 20: Wat is volgens u de voornaamste oorzaak dat de interventies om decubitus te voorkomen niet effectief worden toegepast?

Communicatie

Communicatie -

Materialen

Materiaal afwezig -
Materiaaltekort -

Werkwijze

Wisselgeving -
Mobiliseren patiënt -
Aandacht verleden -
Weinig prioriteit -

Tijdsdruk

Tijd gebrek -
Tijdsgebrek -
Tijdsgebrek -
Invullen plannen -
Tijdsdruk -
Werkdruk -

Kennis

Kennistekort -
Kennistekort -
Onbekendheid -
Correct scoren -

ICT

Lastige lijst computer -

Vraag 21: Wat is er volgens u nodig om te zorgen dat deze interventies wel toegepast zullen worden?

Samenwerking

Communicatie +
Overleg +
Multidisciplinair opzetten +
Meer aandachtsvelders +
Overleg andere aandachtsvelders +
Inbreng aandachtsvelder –

Kennis

Informatie +
Scholing/voorlichting +
Informatie/instructie +
Klinische les -

Materialen

Wondverzorgingsspullen +
Goed materiaal -
Zoeken materiaal -

Structuur

Verantwoordelijk uitgifte depot +
Overzicht materialen +
Regelmatig prevalentie meten en terugkoppelen +

ICT

Elektronisch dossier +
Makkelijkere lijst +

Protocol

Protocol +
Protocol aanpassen +

Werkdruk

Werkdruk verlagen +

Vraag 22: Heeft u verder opmerkingen of adviezen als het gaat om decubituszorg in de MC groep?

Compliment

Nee +
Enquête motiveert +

Scholing

Klinische lessen regelmaat +
Goed positioneren -
Ondergrond glad +
Belangrijk onderwerp +

Andere disciplines

Sleutelrol wondverpleegkundige +

Informereren patiënten

Informatie materiaal patiënten +

Meer prioriteit

Prioriteit basiszorg -

Prioriteit decubituszorg -

Makkelijk denken -