

Technologie doet wond(eren)

Een kwalitatief praktijkgericht onderzoek naar het gebruik van de Ons wond applicatie binnen Envida extramuraal

Technology works wonders

A qualitative practice-based study of the use of the Ons wound application within Envida extramural facilities



Mandy Lemmeliijn (2064154), Mel Jonkman (2063752) & Nicole Visser (2063946)

Hogeschool Zuyd, Heerlen

Hbo- verpleegkunde, VO421

Thesisbegeleider: S. Pieters

Tweede beoordelaar: M. Ruijschop

Praktijkbegeleiders: S. Penders, K. Mills, Y. Bovens, M. Pluijmakers en L. Noten

Thesis, afstuderen advies

Praktijkleerplek: Envida extramuraal

Opdrachtgever: S. Conings

Aantal woorden: 9.543

22 mei 2023 | Versie 1

Zuyd
Hogeschool **ZU**
YD

Envida
zorgthuis

Voorwoord

Voor u ligt de thesis 'Technologie doet wond(eren)'. Deze is geschreven in het kader van afstuderen advies tijdens de opleiding hbo-verpleegkunde, aan Hogeschool Zuyd te Heerlen. De thesis is uitgevoerd en geschreven van februari 2023 tot en met mei 2023.

Tijdens de thesis staat het geven van een advies over optimalisatiemogelijkheden bij het gebruik van de Ons wond applicatie in de extramurale zorg van Envida centraal. Gedurende de module afstuderen advies hebben wij, Mandy Lemmeliijn, Mel Jonkman en Nicole Visser, praktijkervaring opgedaan in de wijkzorg van Envida. Bij Envida staat centraal dat de cliënt zo lang mogelijk zelfredzaamheid is en blijft. Envida biedt ondersteuning bij de essentiële aspecten van het leven zoals zorg, wonen en welzijn. Envida richt zich op positieve gezondheid en samen beslissen. Dit houdt in dat gekeken wordt wat de cliënt wel kan, in plaats van wat de cliënt niet meer. Er wordt gekeken met een holistische mensvisie.

Graag willen wij onze praktijkbegeleidsters S. Penders, K. Mills, Y. Bovens, M. Pluijmakers en L. Noten bedanken voor de fijne samenwerking en de begeleiding gedurende de praktijkleerperiode. Daarnaast gaat onze dank uit naar S. Conings en D. Gijsen van de vakgroep wond- en stomazorg, voor het leveren van informatie tijdens onze onderzoeksperiode. Tevens willen wij onze tutor S. Pieters bedanken voor de begeleiding en het geven van waardevolle feedback. Tot slot willen wij onze medestudenten bedanken voor de samenwerking rondom de thesis.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Mandy Lemmeliijn, Mel Jonkman en Nicole Visser
Hbo-verpleegkundigen, leerjaar 4

Maastricht, 22 mei 2023

Samenvatting

Inleiding:

Wereldwijd neemt het aantal wonden toe, hierdoor wordt er steeds meer wondzorg verleend. In Nederland stijgt het aantal zorgvragers met wondzorg. Meer dan de helft van deze wonden bevinden zich in de thuissituatie. Om wonden te beoordelen en monitoren, worden wondzorgmodellen ingezet. Binnen thuiszorgorganisatie Envida wordt de Ons wond applicatie hiervoor gebruikt. De vakgroep wond- en stomazorg benoemt bij aanvang van het onderzoek geen inzicht te hebben in de inzet van de Ons wond applicatie en hoe deze wordt ervaren door medewerkers. De hoofdvraag luidt als volgt: 'Hoe kan het gebruik door medewerkers van Envida extramuraal (niveau 3 Individuele Gezondheidszorg, mbo- en hbo-verpleegkundigen) met betrekking tot de Ons wond applicatie geoptimaliseerd worden, zodat kwalitatief goede basis wondzorg gewaarborgd wordt'.

Methoden: In het kwalitatief onderzoek zijn onderzoeksgegevens verzameld door middel van retrospectief dossieronderzoek. Daarnaast hebben semigestructureerde interviews met een fenomenologische onderzoeksbenadering plaatsgevonden. De setting van het onderzoek betreft vier wijken. Deze werden opgedeeld in intensief en minder intensieve wijken. Er is een vergelijking gemaakt tussen objectieve gegevens uit het dossieronderzoek en subjectieve gegevens vanuit interviews.

Resultaten: Er was een verschil zichtbaar in gebruiksfrequentie tussen intensieve en minder intensieve wijken. Dit betrof het opstellen van de anamnese, wondbeleid, frequentie waarin gerapporteerd werd en de afwisseling in rapportagemogelijkheden. Uit de interviews bleek dat medewerkers het TIME- model als lastig ervoeren en er geen eenduidige afspraken waren omtrent rapporteren en verantwoordelijkheden. De Ons wond applicatie werd als gebruiksvriendelijk ervaren, waarbij alle informatie op één plaats gedocumenteerd werd.

Discussie en conclusie: Er kan geconcludeerd worden dat de theoretische kennis van de medewerkers bevorderd dient te worden. Daarnaast is er behoefte aan eenduidige afspraken Envida breed. Het is noodzakelijk dat er binnen elk team een medewerker verantwoordelijk is over de borging van kwaliteit, betreffende de Ons wond applicatie.

Advies en inbedding: Het advies voor de vakgroep wond- en stomazorg is om het kennisniveau in kaart te brengen en een scholing te organiseren. Vervolgens een pocketversie ten aanzien van het TIME-model te ontwerpen en uit te delen. Daarnaast wordt geadviseerd een inzage te geven over onnodige kosten. Tevens is het advies een document op te stellen waarin werkafspraken en bevoegdheden van medewerkers beschreven staan. Tot slot worden de wijkverpleegkundigen, aandachtsvelders en de voorzitter van de vakgroep verantwoordelijk gesteld voor het borgen van kwaliteit.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
Inhoudsopgave.....	3
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	7
1.1 <i>De OWA ter ondersteuning van kwalitatief goede basiszorg bij wondzorg</i>	7
1.1.1 Categorie van wonden	7
1.1.2 Kwalitatief goede basiswondzorg.....	8
1.1.3 E-health in de wondzorg	9
1.1.4 Ons wond applicatie.....	10
1.2 <i>Gebruik OWA binnen Envida</i>	10
Hoofdstuk 2: Methoden.....	12
2.1 <i>Onderzoeksbenadering</i>	12
2.2 <i>Setting</i>	12
2.3 <i>Onderzoekspopulatie dossieronderzoek.....</i>	13
2.4 <i>Onderzoekspopulatie semigestructureerde interviews</i>	13
2.5 <i>Dataverzamelings technieken.....</i>	15
2.5.1 Dossieronderzoek.....	15
2.5.2 Semigestructureerd interview.....	16
2.6 <i>data-analyse.....</i>	16
2.6.1 Dossieronderzoek.....	16
2.6.2 Semigestructureerd interview.....	17
2.6.3 Verbinden onderzoeksresultaten.....	17
2.7 <i>Methodologische kwaliteit en ethische overwegingen</i>	17
Hoofdstuk 3: Resultaten	19
3.1 <i>Dossieronderzoek.....</i>	19
3.1.1 Resultaten dossieronderzoek.....	19
3.1.2 Algemene bevindingen dossieronderzoek.....	22

3.2 Resultaten interviews.....	23
3.2.1 Inhoud OWA	23
3.2.2 Implementatie OWA.....	24
3.2.3 Huidig kennisniveau.....	24
3.2.4 Oordeel OWA	25
3.2.5 Gebruiksfrequentie OWA	26
3.2.6 Beoordeling OWA	26
3.3 De gecombineerde bevindingen uit de gebruikte methoden.....	27
Hoofdstuk 4: Conclusie en discussie	29
4.1 Discussie	29
4.1.1 Belangrijkste resultaten in combinatie met literatuur	29
4.1.2 Sterken en zwakke punten.....	30
4.2 Conclusie.....	32
Hoofdstuk 5: Advies en inbedding	33
Literatuurlijst	35
Bijlagen	41
Bijlage: 1 Zoektermen.....	41
Bijlage 2: ALTIS- methode.....	43
Bijlage 3: TIME-model	44
Bijlage 4: WCS-classificatie	45
Bijlage 5: Berekening steekproef	46
Bijlage 6: Opzet tabel dossieronderzoek.....	47
Bijlage 7: Opzet topiclijst interview.....	48
Bijlage 8: Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit	52
Bijlage 9: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens	55
Bijlage 10: Proefpersonen informatie formulier	58
Bijlage 11: schematische weergave rapportages.....	62

Inleiding

Wereldwijd neemt het aantal mensen met wonden toe, waardoor er steeds meer wondzorg verleend wordt door zorgprofessionals (Jonkers, 2021; Van Esschoten, 2023). In Nederland zijn er jaarlijks circa 500.000 zorgvragers met wondzorg. Hiervan zijn 350.000 wonden in de thuissituatie (Nederlandse zorgautoriteit, 2014). Naar schatting krijgen jaarlijks 550.000 zorgvragers verpleging en/of verzorging in de thuissituatie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). De wereldwijde vergrijzing is de grootste oorzaak van de toename van wondzorg (Jonkers, 2021). Daarnaast is er sprake van een dubbele vergrijzing, wat wil zeggen dat er steeds meer 80-plussers zijn (Van Esschoten, 2023). De structuur van de huid verandert naarmate de mens ouder wordt. De huid verliest deels zijn functie waardoor een ouder wordende huid minder goed tegen infecties en andere huidaandoeningen bestandig is (Zelman et al., 2020). De genezingsduur van bijvoorbeeld een niet geïnfecteerde blaas bij mensen van 65 jaar of ouder is zes tot acht weken, terwijl dit bij jongvolwassenen drie tot vier weken duurt (Martini & Bartholomew, 2020).

Wegens het stijgende aantal zorgvragen, kampt de zorgsector met personeelstekorten. Dit kan consequenties hebben voor de zorgvragen waarbij wondzorg nodig is. Een gevolg van het te laat opstarten van wondzorg, kan leiden tot een infectie. Wegens het personeelstekort wordt er steeds vaker een beroep gedaan op de cliënt zelf en/ of naasten (Van Schaik, 2019; Woittiez et al., 2021). Door de oplopende zorgvragen en te weinig zorgprofessionals, worden er onder anderen wondzorgmodellen ontwikkeld om de werkdruk van zorgprofessionals te verlichten (Zorg voor Beter, 2022). Bij het verlenen van wondzorg worden wondzorgmodellen ingezet om de voortgang van de wondgenezing te beoordelen en monitoren. In de systematische review van Ousey et al. (2018) bleek dat 40% van de wondbehandelaren, zoals verpleegkundigen, aangaven kennis te hebben van de wondbeoordelingsmodellen, maar deze niet toepassen. Hier werd geen reden voor benoemd.

Bij Envida extramuraal zijn er 708 verpleegkundigen en verzorgenden met een vast contract (Envida, persoonlijke communicatie, 7 maart 2023). Envida extramuraal is een organisatie waar zorg wordt verleend in de thuissituatie van de cliënt. Centraal staat dat de cliënt zo lang mogelijk zelfredzaam is en blijft (Envida, 2023). Er wordt solistisch gewerkt waardoor het rapporteren, monitoren en evalueren via wondbeoordelingsmodellen van belang is (Chan & Lo, 2020). Binnen Envida wordt sinds februari 2022 gebruik gemaakt van de Ons Wond applicatie (OWA), voor het beoordelen en monitoren van een wond. Hierdoor wordt informatie snel en overzichtelijk vastgelegd (Nedap Healthcare, 2022).

Op 7 maart 2023 heeft er een cliëntentelling plaatsgevonden. In totaal heeft Envida extramuraal 4.691 cliënten in zorg, verdeeld over 51 wijkteams. Dit betreft cliënten die persoonlijke en verpleegkundige zorg ontvangen (Envida, 2023). Er staan 714 wonden geregistreerd in de OWA. Naar schatting zijn 300 wonden niet meer in behandeling, deze dienden afgesloten te zijn. Dit betekent dat momenteel 414 wonden behandeld worden en geregistreerd staan (Envida, persoonlijke communicatie, 1 maart 2023).

De vakgroep wond- en stomazorg benoemt bij aanvang van het onderzoek geen inzicht te hebben in de inzet van de OWA en hoe deze ervaren wordt door medewerkers (Envida, persoonlijke communicatie, 1 maart 2023). Deze onderwerpen staan centraal in de thesis. Naar aanleiding van dit praktijkprobleem luidt de doelstelling als volgt: 'Er is een advies opgesteld over optimalisatiemogelijkheden voor het gebruik van de Ons wond applicatie in de extramurale zorg van Envida'. De vraagstelling luidt: 'Hoe kan het gebruik door medewerkers van Envida extramuraal (niveau 3 IG, mbo- en hbo-verpleegkundigen) met betrekking tot de Ons wond applicatie geoptimaliseerd worden, zodat kwalitatief goede basis wondzorg gewaarborgd wordt?'

In hoofdstuk één wordt relevante en gerealiseerde theorie omtrent de OWA beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk twee de onderzoeksmethoden beschreven en worden de resultaten weergegeven in hoofdstuk drie. Daaropvolgend geeft hoofdstuk vier de discussie en conclusie weer. In hoofdstuk vijf staat het advies beschreven naar aanleiding van het literatuur- en praktijkgericht onderzoek. Hierna volgt een literatuurlijst en wordt afgesloten met de bijlagen.

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

In het theoretisch kader wordt door middel van (d.m.v.) theoretische onderbouwing, belangrijke kernbegrippen, bestaande onderzoeken en relevante modellen met betrekking tot de OWA nader toegelicht. Hierdoor wordt duidelijk welke definities bij de kernbegrippen gehanteerd worden gedurende dit praktijkgericht onderzoek. Voor de zoektermen en de gebruikte literatuur van het theoretisch kader wordt verwezen naar Bijlage 1. Literatuur die niet passend werd geacht, is niet meegenomen in de zoekstrategie.

1.1 De OWA ter ondersteuning van kwalitatief goede basiszorg bij wondzorg

1.1.1 Categorie van wonden

Een wond wordt volgens Woundcare Consultant Society (2020) als volgt gedefinieerd: “Een wond is een verbreking van de continuïteit van weefsel, veroorzaakt door een trauma of pathologische aandoening” (Collins et al., 2002). Een wond kan ingedeeld worden in complexe- en niet-complexe wonden. Een complexe wond heeft naar verwachting een genezingstijd langer dan drie weken, waarbij een verstoorde genezingstendens ten gevolge van pathofysiologische factoren optreedt en er multidisciplinair gewerkt wordt (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022). Vanuit Envida wordt een complexe wond beschreven als een wond die langer dan drie weken aanhoudt, met weinig tot geen genezingstendens. Een niet-complexe wond wordt omschreven als een wond met een normaal, ongestoord genezingsproces, korter dan drie weken (Envida, persoonlijke communicatie, 1 maart 2023). Bij niet-complexe wonden wordt monodisciplinair gewerkt, wat inhoudt dat één zorgdiscipline betrokken is bij het wondgenezingsproces (Federatie Medisch Specialisten, 2018). Bij een wond vinden er vier genezingsfases plaats. Indien een van deze fases verstoord wordt, door bijvoorbeeld een infectie of ziekten zoals diabetes, heeft dit invloed op de wondgenezing en kan het genezingsproces vertraagd worden. Het gevolg hiervan is dat een niet-complexe wond over kan gaan naar een complexe wond (Mulder, 2011). Uit de systematische review van Samaniego-Ruiz et al. (2018) is gebleken dat er veel aspecten zijn die de wondgenezing kunnen verstoren. Factoren zoals het voedingspatroon, verslavende middelen of psychosociale factoren kunnen de wondgenezing beïnvloeden. Deze factoren dienen vroegtijdig gesignaleerd te worden om het verwachte wondgenezingsproces en de complexiteit hiervan in kaart te brengen.

1.1.2 Kwalitatief goede basiswondzorg

Kwaliteit van zorg kent verschillende omschrijvingen die betrekking hebben op één of meer aspecten van zorgverlening. Deze aspecten zijn effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, toegankelijkheid en persoonsgerichtheid (Everdingen et al., 2011; World Health Organization, 2016). Bij basiswondzorg gaat het om lokale wondzorg waarbij er monodisciplinair te werk wordt gegaan of waar compressietherapie uitgevoerd wordt (Federatie Medisch Specialisten, 2018). Envida hanteert het protocol 'wondverzorging' van Vilans (2023). Hierin staat beschreven waaraan basiswondzorg moet voldoen. In het protocol staan onder anderen aandachtspunten, mogelijke complicaties en een werkinstructie beschreven.

Een zorgverlener dient volgens de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) bevoegd en bekwaam te zijn om taken als wondzorg uit te voeren (Rijksoverheid, 2021). Bekwaamheid houdt in dat de professional voldoende kennis en vaardigheden beheerst. Bevoegdheid duidt aan dat de juiste opleiding is gevolgd en in de organisatie de opdracht is gegeven om desbetreffende handelingen uit te voeren (Hertog et al., 2022).

Hbo-verpleegkundigen worden getoetst aan de hand van de hbo-kernkwalificaties en CanMEDS-rollen. Zij fungeren als rolmodel binnen een team en streven naar het leveren en borgen van kwaliteitszorg. De verpleegkundigen monitoren en verbeteren de kwaliteit van individuele zorgverlening en het team waarbinnen zij werkzaam zijn. Zij nemen het initiatief bij het coachen van studenten en collega's bij hun handelen en professionaliteit (Lambregts et al., 2016). Volgens Suva et al. (2021) is gebleken dat de voorkeur van verpleegkundigen ten aanzien van onderwijs of bijscholing over wondzorg, ligt bij informatietechnologie zoals een e-learning. Binnen Envida worden er via het programma 'Learnlinq' e-learnings aangeboden, waaronder kennis over wondzorg. Hierin wordt de bekwaamheid van de medewerkers bijgeschoold en theoretisch getoetst. De e-learning 'module wondzorg' is een module die beschikbaar is voor alle medewerkers die wondzorg verlenen. Onderdelen van deze module zijn: de ALTIS (Aard, Lokalisatie, Tijdsduur, Intensiteit en Samenhang) het TIME-model (Tissue, Infection, Moisture, Edge) en het Wound Consultant Society (WCS) classificatiemodel aan bod. Echter heeft het geen directe gevolgen wanneer de module niet voltooid is. De medewerker wordt alsnog ingepland bij cliënten met wondzorg. De hbo-verpleegkundigen, ofwel wijkverpleegkundigen, hebben inzage in het overzicht van (on)voltooide e-learnings van de medewerkers van hun team. Wie de verantwoording draagt om medewerkers te attenderen op het maken van de Learnlinqs en nieuwe medewerkers wegwijs te maken, is niet vastgelegd. In het inwerkprogramma staat enkel beschreven hoe toegang te krijgen is in Learnlinq. Wondzorg wordt bij leerlingen in de praktijk getoetst door

de werkbegeleider. Echter dragen de afgestudeerde medewerkers deze verantwoording zelf en vindt er geen toetsing in de praktijk plaats. Gezien er in de extramurale zorg solistisch gewerkt wordt, is er weinig tot geen toezicht op medewerkers die wondzorg verlenen (Envida, persoonlijke communicatie, 13 april 2023).

ALTIS is een hulpmiddel voor de wondanamnese en dient in combinatie met een het TIME-model gebruikt te worden, om een compleet beeld van de cliënt te creëren. Het TIME-model biedt inzicht in de lokaal verstoorde factoren van de wondgenezing (Uppelschoten, 2016). Binnen het TIME-model kan er gebruik gemaakt worden van de WCS-classificatie, om te bepalen in welke kleurcategorie de wond zich bevindt. Hierbij gaat het om een rode, gele en zwarte wond. Het effect van het wondmateriaal op de wondgenezing kan middels de WCS-classificatie gemonitord worden. Daarnaast wordt bij het consequent invullen van het TIME-model en de WCS-classificatie, de fase van de wondgenezing zichtbaar. Vanuit deze monitoring worden behandeldoelen en wondplannen opgesteld (Woundcare Consultant Society, 2020). De drie classificatiemodellen, de ALTIS, het TIME-model en de WCS-classificatie, vullen elkaar aan en zorgen voor een eenduidig, gevalideerd registratiemodel (Oostendorp & Timm, 2011). Zie Bijlage 2, 3 en 4 voor verdere uitwerking van de classificatiemodellen.

1.1.3 E-health in de wondzorg

Technologie in de zorgverlening wordt omschreven met de term e-health. Volgens Waringa & Ribbers (2018) luidt de definitie van e-health als volgt: 'Het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën die door, voor en/ of met zorgaanbieders zijn ontwikkeld en worden toegepast om gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren' (p. 13). E-health heeft invloed op de zorgverlening vanwege het ontstaan van nieuwe vormen van dienstverlening. Er kan doelmatiger gewerkt worden d.m.v. applicaties waardoor het mogelijk is om zorg op afstand te bieden. Zorgverleners werken met een elektronisch cliëntendossier (ECD) met e-health toepassingen, waarmee de zorg kan worden ondersteund, gemonitord en bevorderd (Wilkinson, 2020). Systemen om wonden te beoordelen of te monitoren zijn een belangrijk hulpmiddel om het genezingsproces van een wond te bewaken. Er zijn veel variaties op wond beoordeling of monitoringssystemen, waarbij gebruik wordt gemaakt van computertoepassingen, beeldmateriaal en mobiele telefoons. Hierdoor wordt het op afstand beoordelen van wonden vereenvoudigd. Belangrijke kenmerken voor beeldvormingssystemen zijn: zorgvuldigheid, makkelijk in gebruik, toegankelijk, mogelijkheid tot beoordelen op afstand, veiligheid van de gegevens en lage kosten (Chan & Lo, 2020). Binnen Envida zijn er geen beleidsdocumenten die betrekking hebben op de keuze van de OWA (Envida, persoonlijke communicatie, 25 april 2023).

1.1.4 Ons wond applicatie

Bij Envida wordt het verwerken van data in het ECD mogelijk gemaakt door het systeem Nedap healthcare, genaamd Ons. Ons is een allesomvattend softwarepakket bij de inzet van zorgverlening (Nedap Healthcare, 2023b). Envida heeft een jarenlange samenwerking met Nedap. In Nederland zijn er momenteel een beperkt aantal wondapplicaties beschikbaar. Envida heeft ervoor gekozen om bij eenzelfde softwarebedrijf te blijven (Envida, persoonlijke communicatie, 25 april 2023).

Binnen Envida extramuraal wordt er sinds februari 2022 gebruik gemaakt van de OWA. Met de OWA wordt eenvoudig het wondproces vastgelegd in het dossier, waardoor het mogelijk wordt om informatie snel en overzichtelijk terug te vinden (Nedap Healthcare, 2022). Alle medewerkers van Envida extramuraal hebben een werktelefoon, waarbij ze toegang hebben tot de OWA. Bij het openen van de applicatie staan er verschillende kopjes, waaronder de gegevens van de cliënt beschreven staan. Deze zijn onderverdeeld in de volgende categorieën: wondanamnese, rapportages, wondplan en analyse. Afhankelijk van het niveau van de medewerker, is ingesteld welke functies binnen de applicatie beschikbaar zijn. Binnen de OWA zijn een aantal modellen ter ondersteuning van het wondgenezingsproces, beginnend met de ALTIS. De opzet van de ALTIS staat in een vaste vorm weergegeven in de OWA. Bij iedere categorie worden een aantal keuzemogelijkheden weergegeven. Daarnaast is er ook een mogelijkheid om keuze 'overig' te selecteren en deze handmatig in te vullen. Vervolgens wordt het TIME-model gebruikt om de wond en zijn versturende factoren in kaart te brengen. Hier worden wederom keuzemogelijkheden aangeboden. Per categorie is het mogelijk om handmatig de keuze te specificeren. Binnen de T (tissue) van het TIME-model wordt de WCS-classificatie opgenomen. Hierbij kan de kleur van de wond (rood, geel, zwart) d.m.v. percentages toegewezen worden. Te allen tijde dient het totaal percentage 100% te zijn. Daarnaast is er de mogelijkheid om een klinische beschrijving te rapporteren. Hierbij kan de medewerker zijn eigen bevindingen zonder een bestaand format beschrijven (Nedap Healthcare Ons, 2021).

1.2 Gebruik OWA binnen Envida

Een jaar na de implementatie wordt volgens de vakgroep wond- en stomazorg geconcludeerd dat er te weinig inzicht is, in het gebruik van de OWA binnen de 51 wijkteams. De vakgroep wond- en stomazorg richt zich op wondzorg en het gebruik van de OWA. Er is geconstateerd dat de inzet van de OWA wisselend is per wijkteam. Wanneer een wond genezen is of er geen wondzorg meer nodig is vanuit Envida, door bijvoorbeeld een verhuizing, dient de wijkverpleegkundige de wond af te sluiten in de OWA. Op 1 maart 2023

zijn er 714 openstaande wonden. Hiervan zijn 300 wonden genezen of is de cliënt uit zorg. Conform de afspraken van Envida dienden deze wonden afgesloten te zijn. Vanuit de vakgroep wordt verondersteld dat de wijken die de OWA gebruiken, de afspraken niet altijd naleven (Envida, persoonlijke communicatie, 1 maart 2023). Doordat deze wonden niet afgesloten zijn, levert dit onnodige kosten op voor Envida. Per cliënt waarbij een wond dossier niet is afgesloten, wordt er maandelijks €2,50 in rekening gebracht voor de organisatie (Nedap Healthcare, 2023a). Dit onderzoek is tot stand gekomen vanwege te weinig inzicht in het gebruik van de OWA en hoe medewerkers het gebruik ervaren. Hierbij is het verzoek om een onderzoek uit te voeren, waarbij de positieve en negatieve aspecten in kaart worden gebracht. Aansluitend wordt er een advies opgesteld. Door het gebruik van de OWA te optimaliseren, verwacht de opdrachtgever dat de kwaliteit bij het leveren van basiswondzorg bewerkstelligd worden.

Hoofdstuk 2: Methoden

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethoden beschreven, waarbij de methodologische kwaliteit en ethische overwegingen in acht werden genomen.

2.1 Onderzoeksbenadering

Het onderzoek is van kwalitatieve aard, omdat subjectieve gegevens vergaard werden d.m.v. interviews. Daarnaast omvat het onderzoek een fenomenologische onderzoeksbenadering waardoor gegevens, ideeën, hypothesen of aandachtspunten van respondenten verheldering kregen (Fischer en Julsing, 2019). Het fenomenologisch onderzoek werd uitgevoerd bij verschillende individuen, waarbij de OWA werd besproken, zoals deze in het dagelijks leven ervaren werd. Het doel hierbij was om de ervaring van de medewerkers gedurende het werken met de OWA te verhelderen en om positieve en negatieve aspecten in kaart te brengen (Eskens & Van Oostveen, 2021). Voorafgaand aan de interviews heeft er een retrospectief dossieronderzoek plaatsgevonden, waarbij bestaande objectieve gegevens verzameld werden (Eskes & Rood, 2020). De objectieve en subjectieve resultaten werden met elkaar vergeleken en staan beschreven in hoofdstuk 3 Resultaten.

2.2 Setting

Het onderzoek vond plaats in vier van de 51 kleinschalige wijkteams van Envida. Binnen de extramurale zorg zijn (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden individuele gezondheidszorg (IG) en helpenden werkzaam voor de persoonlijke- en verpleegtechnische zorg bij cliënten. Op 26 april 2023, waren in wijk 1 in totaal 125 cliënten en 29 medewerkers, in wijk 2 waren 75 cliënten en 15 medewerkers, in wijk 3 waren 52 cliënten en 20 medewerkers, tot slot waren in wijk 4 66 cliënten en 22 medewerkers werkzaam. Dit betrof het totaal aantal medewerkers van ieder niveau (Envida, persoonlijke communicatie, 26 april 2023).

De vakgroep wond- en stoma zorg had een globale inventarisatie gemaakt naar het gebruik van de OWA binnen de wijkteams. De voorzitter van de vakgroep had vijf wijken die intensief en vijf wijken die minder intensief gebruikmaakten van de OWA voorgelegd aan de onderzoekers. Om deel te nemen aan het onderzoek werd er middels een gerichte steekproef, een selectie gemaakt tussen uitersten (Baarda et al., 2018). Dit betrof twee intensieve en twee minder intensieve wijken. Naar verwachting zal het dossieronderzoek de twee benamingen verhelderen, door de resultaten en bevindingen van de twee onderzoeksmethoden met elkaar te vergelijken. Hierdoor werd het verschil van objectieve en subjectieve onderzoeksgegevens vanuit uiteenlopende perspectieven in kaart gebracht.

2.3 Onderzoekspopulatie dossieronderzoek

Alle cliëntendossiers die behoorden tot de inclusiecriteria, die beschreven staan in Tabel 1, werden meegenomen in het onderzoek.

Tabel 1

Inclusie en exclusiecriteria dossieronderzoek

Inclusie criterium	Exclusiecriteria
Cliënten met een niet complexe wond die zorg ontvingen van één van de vier uitgekozen wijkteams, waarbij de OWA tot en met 18 april 2023 actief was.	Cliënten zonder wonden
Cliënten met een complexe wond die zorg ontvingen van één van de vier gekozen wijken, waarbij de OWA tot en met 18 april 2023 actief was.	Cliënten met wonden, waar de OWA niet was opgestart
Cliënten met wonden met een voltooide wondgenezing, waarvan de OWA niet was afgesloten.	Cliënten waarbij de OWA was afgesloten (voltooiing wondgenezing, verhuizing of overleden).

De in- en exclusiecriteria werden opgesteld om het dossieronderzoek te kaderen. Enkel de cliënten die zorg ontvingen van de vier gekozen wijkteams werden betrokken bij het onderzoek. De cliënten dienden een (niet-)complexe wond te hebben, of te hebben gehad, waarbij de OWA was opgestart en tot en met 18 april actief stond. Wonden die eerder waren afgesloten door overlijden, een verhuizing of een voltooide wondgenezing, stonden niet meer open in de OWA. Deze gegevens waren niet meer opvraagbaar binnen de informatie- en communicatietechnologie (ICT) van Envida. Hierdoor werden deze cliënten geëxcludeerd van het onderzoek.

2.4 Onderzoekspopulatie semigestructureerde interviews

De vragen van het interview betrof meningen en ervaringen over het werken met de OWA. Er werd gekozen voor een heterogene onderzoekspopulatie, om vanuit verschillende werkniveaus subjectieve onderzoeksgegevens te verzamelen (Baarda, 2019). De in- en exclusiecriteria werden opgesteld, aan de mate van verantwoordelijkheid die zij dragen bij

het werken met de OWA. De in- en exclusiecriteria die werd meegenomen bij het selecteren van medewerkers staan beschreven in Tabel 2.

Tabel 2 1

Inclusie en exclusiecriteria semigestructureerde interviews

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Mbo- niveau verzorgende 3 IG bevoegd in het verlenen van wondzorg	Medewerkers van een ander niveau dan mbo-niveau 3 IG en 4 en hbo- niveau 5 en 6
Mbo-niveau 4 bevoegd in het verlenen van wondzorg	Wondverpleegkundigen
Hbo-niveau 5 of 6 bevoegd in het verlenen van wondzorg	Stagiaires en leerlingen
De medewerkers zijn werkzaam in één van de vier uitgekozen wijken	Medewerkers: niveau 3 IG, mbo-niveau 4 en hbo-niveau 5/ 6 korter dan twee maanden in dienst van Envida extramuraal
	Flexmedewerkers

Om wondzorg te mogen verlenen, dient de medewerker binnen Envida een opleidingsniveau te hebben van minimaal verzorgende 3 IG (EnvidaWijzer, 2022). Om deze reden waren de medewerkers met niveau 2, 2+ en 3 uitgesloten voor het onderzoek. Enkel de geïnccludeerde medewerkers zijn bevoegd in het verlenen van wondzorg en zijn werkzaam met de OWA. Leerlingen en stagiaires maken gebruik van de OWA, zij hebben geen eindverantwoording bij het verlenen van de wondzorg en het gebruik van de OWA. Doordat zij geen eindverantwoordelijkheid hebben, werden ze geëxcludeerd bij het onderzoek. De verpleegkundigen van de vakgroep wond- en stomazorg, tevens opdrachtgevers, werden uitgesloten gezien zij een bias hebben betreffende het onderzoek. Om differentiatie te kunnen maken tussen wijken die de OWA intensief gebruikten en wijken waar de OWA minder intensief gebruikt werd, werden enkel vaste medewerker uitgenodigd die langer dan twee maanden werkzaam waren. Flexmedewerkers en medewerkers korter dan twee maanden in dienst, hadden volgens de onderzoekers te weinig invloed op de inzet van de OWA in de deelnemende wijken. De medewerkers in de deelnemende wijken werden middels een selecte steekproef geselecteerd. Medewerkers die meer affiniteit hebben met de kenmerken van het onderzoek, zullen zich eerder aanmelden (Baarda et al., 2018).

In totaal zijn er binnen de vier deelnemende wijken 60 medewerkers, die voldeden aan de inclusiecriteria. Alle medewerkers zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Volgens Kallio (2022) is een steekproefgrote te berekenen volgens de formule:

Steekproefgrootte = steekproefgrootte ongelimiteerde populatie / $\{1 + [\text{zekerheid}^2 \times \text{proportie} \times (1 - \text{proportie})] / [\text{foutenmarge}^2 \times \text{populatiegrootte}]\}$. Om de formule toe te passen is er een steekproefgrote ongelimiteerde populatie van 385, zekerheid van 1,96, foutenmarge van 0,05 en proportie van 0,5 gehanteerd (Baarda, 2019). Om gegevens te generaliseren voor de deelnemende wijken dienden volgens de steekproefberekening 52 medewerkers deel te nemen. Gezien de tijdspanne waarin het onderzoek afgerond dient te worden, is dit niet haalbaar. Zie Bijlage 5 voor de uitwerking van de formule.

2.5 Dataverzamelingstechnieken

De dataverzameling vond plaats van april tot en met mei 2023. Deze paragraaf beschrijft de manier waarop de onderzoeksgegevens werden verzameld.

2.5.1 Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek werd aan de hand van de volgende variabelen verzameld en gescoord:

- Wondcategorie;
- Totale frequentie geleverde wondzorg;
- Totale frequentie rapportages over de geleverde wondzorg;
- Frequentie rapportages volgens het TIME-model en de WCS-classificatie;
- Frequentie rapportages klinische beschrijving;
- Frequentie rapportage d.m.v. foto's;
- Is de ALTIS en het wondbeleid ingevuld?

Wegens de kwalitatieve aard van het onderzoek is het dossieronderzoek middels beschrijvende statistieken weergegeven. Wonden werden dagelijks opgestart en afgesloten. Daarnaast fluctueerde de frequentie van rapportages. Om op hetzelfde moment evenwichtige gegevens te verzamelen van de vier wijken, heeft het gehele dossieronderzoek plaatsgevonden op 18 april 2023.

De voorzitter van de vakgroep wond- en stomazorg had de drie onderzoekers toegang verleend in de cliëntendossiers. De bovenstaande variabelen werden gemeten middels een tabel, zie Bijlage 6. Om de betrouwbaarheid van het dossieronderzoek te waarborgen, werd ervoor gekozen om de variabelen te scoren d.m.v. een schema. Deze werd door de onderzoekers gezamenlijk ingevuld. Dit zorgt voor stabiliteit en een interne samenhang (Baarda, 2014).

2.5.2 Semigestructureerd interview

Er werd gekozen voor semigestructureerde interviews, zodat doorvragen mogelijk werd om meer informatie te verkrijgen (Baarda et al., 2018). Drie onderzoekers hadden data verzameld om de kwaliteit en validiteit van het onderzoek te waarborgen. Er was sprake van onderzoekstriangulatie, waardoor de validiteit van de bevindingen verbeterd werd (Wensing & Grol, 2023). Als leidraad van de interviews waren topics opgesteld aan de hand van het theoretisch kader (Baarda & Van Der Hulst, 2020; Fischer et al., 2022). Deze werd gevalideerd door onderzoekstriangulatie en de thesisbegeleider. De volgende topics zijn opgenomen binnen de topiclijst: 'functie zorgverlener', 'wondzorg', 'ervaring OWA', 'oordeel OWA', 'bevorderende factoren' 'belemmerende factoren' en 'inzet in de wijk', zie Bijlage 7 voor de opzet van de topiclijst. In iedere wijk werd gestreefd om minimaal één niveau 3 IG, één mbo-niveau 4 en één hbo- niveau 5/6 te interviewen, om vanuit verschillende perspectieven de ervaring en het gebruik van de OWA in kaart te brengen en te streven naar datasaturatie.

Bij elk interview waren twee onderzoekers aanwezig. De interviews hebben fysiek en individueel plaatsgevonden met medewerkers die voldeden aan de inclusiecriteria. De kans op sociaal wenselijke antwoorden werden door individuele interviews verkleind (Baarda et al., 2021). Daarnaast bestaat de mogelijkheid om in te gaan op verbale en non-verbale communicatie. Non-verbale reacties zijn waardevolle aanvulling op de woordelijke informatie die gegeven werd. Door te anticiperen op non-verbale reacties zal een zo eerlijk en transparant mogelijk resultaat vergaard worden (Fischer et al., 2022; Michels, 2022). Nadat de interviews hadden plaatsgevonden werd er eerst woordelijk getranscribeerd, waarna er open en axiaal werd gecodeerd. Gezien het korte tijdsbestek en de steekproefgrootte, werd selectief coderen niet uitgevoerd (Boeije & Bleijenbergh, 2023).

2.6 data-analyse

Bij de data-analyse staat beschreven op welke wijze de verkregen data van het dossieronderzoek en de interviews geanalyseerd werd.

2.6.1 Dossieronderzoek

Aan de hand van de opgestelde variabelen kon per cliënt de inzet van de OWA weergegeven worden, om middels beschrijvende statistieken de vier wijken te vergelijken. (Van Ravenstein, 2020). Ter ondersteuning werd de verkregen data procentueel aangetoond d.m.v. cirkeldiagrammen.

2.6.2 Semigestructureerd interview

Met behulp van geluidsopnames via de dictafoonfunctie op de mobiele telefoon, kon woordelijk getranscribeerd worden. Hierbij werd woord voor woord opgeschreven wat gezegd werd tijdens het interview. Echter werden woorden zoals 'uh', stotteren, gelach en aarzelingen weggelaten (Fischer & Julsing, 2019). Nadat de interviews getranscribeerd waren, werd er open gecodeerd. Hierbij zijn belangrijke stukken in de tekst gelabeld en gekoppeld aan de hoofdtopics in de topiclijst. Vervolgens werd axiaal gecodeerd om labels te vergelijken. Deze werden samengevoegd tot één overkoepelend label (Broekhof et al., 2021). Er vormde een overzicht, waarna er een codeboom geformuleerd werd.

2.6.3 Verbinden onderzoeksresultaten

Het dossieronderzoek en de semigestructureerde interviews werden individueel van elkaar uitgevoerd en geanalyseerd. Er werd gekeken naar overeenkomende en uiteenlopende resultaten. Door het dossieronderzoek te combineren met semigestructureerde interviews, werd een vergelijking gemaakt tussen de objectieve gegevens vanuit het dossieronderzoek en subjectieve gegevens vanuit de interviews.

2.7 Methodologische kwaliteit en ethische overwegingen

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen werd rekening gehouden met validiteit en betrouwbaarheidseisen die behoren bij een kwalitatief onderzoek. Validiteit houdt in dat de gegevens, de analyse en het formuleren van conclusies een correcte weergave geeft van de werkelijkheid. Betrouwbaarheid is de mate van onafhankelijkheid en de mate van toeval bij de verkregen resultaten. Om datagegevens te interpreteren werd gebruik gemaakt van onderzoekstriangulatie (Baarda, Bakker, Boullart, et al., 2021). Een andere techniek die de geldigheid en validiteit bevordert is een membercheck. Hierbij kunnen betrokkenen de (tussentijdse) resultaten lezen, om te controleren of dit volledig is (Baarda, 2019). Gezien de tijdsspanne van dit praktijkgericht onderzoek heeft er geen membercheck plaatsgevonden. Datasaturatie ontstaat wanneer de dataverzameling bij een kwalitatief onderzoek doorgaat, tot er geen nieuwe informatie verzameld wordt (Baarda, 2019). Het verzadigen van datasaturatie werd niet bereikt, gezien het korte tijdsbestek en een te kleine onderzoekspopulatie.

Tijdens het onderzoek werd literatuur beoordeeld aan de hand van de piramide van betrouwbaarheid (Van Der Wouden, 2023). Er werd gebruik gemaakt van systematic reviews en richtlijnen. Daarnaast werd gebruik gemaakt van literatuur vanuit boeken en verschillende databanken zoals Pubmed, Google Scholar en Springerlink. Er werd gestreefd naar literatuur niet ouder dan vijf jaar, hierbij zijn naar uitzondering oudere bronnen gebruikt wanneer deze

passender waren bij de kenmerken van het onderzoek. Vanuit de drie pijlers van Evidence Based Practice (EBP) is gebruikt gemaakt van resultaten vanuit eerder onderzoek, eigen expertise, wensen en kennis van de geïnterviewden (Mheissen & Khan, 2023).

Bij praktijkgericht onderzoek dienden de onderzoekers ethisch te handelen en zich te houden aan wet- en regelgeving omtrent privacy- en datagebruik (Van Der Donk & Van Lanen, 2019). Om de ethische verantwoording te waarborgen werd gewerkt volgens het kader 'Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit' (Vsnu, 2018). De onderzoekers hebben deze verklaring ondertekend, deze is te vinden onder Bijlage 8. Daarnaast is de "verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens" door de onderzoekers ondertekend en te vinden onder Bijlage 9.

Voorafgaand aan het onderzoek werd schriftelijk toestemming gevraagd aan alle respondenten die meededen met de interviews, middels het gevalideerde proefpersonen informatieformulier (PIF), zie Bijlage 10. Dit informatieformulier is gevalideerd door onderzoekstriangulatie en de thesisbegeleider. Gedurende de gehele onderzoeksperiode werd de Algemene Verordening Gedragsbescherming wet (AVG) in acht genomen. De participanten hadden een toestemmingsverklaring ondertekend, waarin zij toestemming gaven om hun data te pseudonimiseren en te verwerken in het onderzoek. Dit wil zeggen dat persoonsgegevens werden vervangen door een code. Alle onderzoeksgegevens werden verzameld in een beveiligde online map. Enkel de onderzoekers en de onderzoekslocatie (Zuyd Hogeschool) hebben toegang tot deze map.

Om de betrouwbaarheid te waarborgen werd bij de interviews gebruik gemaakt van audioapparatuur, waardoor de opnames teruggeluisterd konden worden en controle mogelijk gemaakt werd (Baarda & Van Der Hulst, 2020). De verkregen gegevens worden volgens de richtlijnen minimaal tien jaar bewaard in een beveiligde online map van Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Het onderzoek betreft geen medisch-wetenschappelijk onderzoek, waardoor proefpersonen niet betrokken waren. Hierdoor hoeft de procedure niet gemeld te worden bij de erkende Medisch Ethische Toets Commissie (METC) en De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021).

Tot slot werd gedurende het onderzoek een logboek bijgehouden. Dit heeft een bijdrage aan de reproduceerbaarheid.

Hoofdstuk 3: Resultaten

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden wordt in dit hoofdstuk de resultaten van 36 uitgevoerde dossieronderzoeken en tien semigestructureerde interviews beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de gecombineerde bevindingen uit de gebruikte methoden.

3.1 Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek vond plaats bij 25 cliënten, waarbij in totaal 36 wonden geregistreerd stonden in de OWA. De langst openstaande wond in de OWA was dertien maanden en de kortst durende omvat een tijdsduur van vier weken. De cirkeldiagrammen, weergegeven op pagina 21, beschrijven de weergave van de totale frequentie geleverde wondzorgmomenten bij cliënten. Hierin wordt weergegeven met welke frequentie gerapporteerd werd in de vier verschillende wijken. Er werd gescoord aan de hand van de volgende variabelen: het rapporteren via het TIME-model/ WCS-classificatie, de klinische beschrijving en fotorapportages. Daarnaast werd er een vergelijking gemaakt met welke frequentie wondzorg verleend werd en in welke frequentie een rapportage werd opgesteld. Tot slot werd gekeken naar de frequentie waarin de ALTIS en het wondbeleid werd opgesteld.

3.1.1 Resultaten dossieronderzoek

Wijk 1:

In wijk 1 waren in totaal 125 cliënten in zorg. In de OWA stonden op 18 april 2023, twee wonden open. Hierbij werden in totaal bij 2 openstaande wonden, 82 wondzorgmomenten geleverd, dit wordt in Figuur 1 beschouwd als 100%. De ALTIS werd bij beide wonden niet ingevuld en er was geen wondbeleid opgesteld. Bij 78 geleverde wondzorgmomenten was er geen enkel geschreven rapportage opgesteld. Hieronder vallen het TIME-model/ WCS-classificatie en de klinische beschrijving. Bij de overige 4 rapportages werd er gebruik gemaakt van fotorapportages. Eén cliënt ontving nog wondzorg. De andere cliënt had geen wondzorg meer nodig, waar de OWA wel op actief stond. Conform de richtlijnen van Envida had de OWA afgesloten moeten zijn bij deze cliënt.

Wijk 2:

In wijk 2 waren in totaal 75 cliënten in zorg. In de OWA stonden op 18 april 2023, 14 wonden open. Hierbij werden in totaal bij 14 openstaande wonden 1.947 wondzorgmomenten geleverd, dit wordt in Figuur 2 beschouwd als 100%. De ALTIS was bij 9 cliënten ingevuld en het wondbeleid was voor dertien wonden opgesteld, één wond had geen wondbeleid. Bij 1.188 wondzorgmomenten van de totaal geleverde wondzorg was er geen enkele rapportage geschreven. Er werd 478 keer volgens het TIME-model/ WCS-classificatie een rapportage opgesteld. Bij 162 wondzorgmomenten werd er een klinische beschrijving toegevoegd. 121

rapportages waren opgesteld d.m.v. foto's. Tien cliënten ontvingen nog wondzorg, vier cliënten hadden geen wondzorg meer nodig, waar de OWA wel op actief stond. Conform de richtlijnen van Envida had de OWA afgesloten moeten zijn.

Wijk 3:

In wijk 3 waren in totaal 52 cliënten in zorg. In de OWA stonden 9 wonden open. Hierbij werden in totaal bij 9 openstaande wonden, 517 wondzorgmomenten geleverd, dit wordt in Figuur 3 beschouwd als 100%. De ALTIS was bij 9 wonden ingevuld en het wondbeleid was voor 9 wonden opgesteld. Bij 315 van de totaal geleverde wondzorgmomenten was er geen enkele rapportage geschreven. Het TIME-model/ WCS-classificatie zijn 62 keer van de totale geleverde wondzorgmomenten ingevuld. Bij 32 rapportages was een klinische beschrijving toegevoegd. 109 rapportages waren opgesteld d.m.v. foto's. 7 cliënten ontvingen nog wondzorg, 2 cliënten hadden geen wondzorg meer nodig, waar de OWA wel op actief stond. Conform de richtlijnen van Envida had de OWA afgesloten moeten zijn.

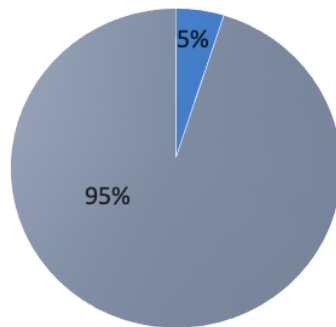
Wijk 4:

In wijk 4 waren er in totaal 66 cliënten in zorg. In de OWA stonden op 18 april 2023, 11 wonden open. Hierbij werd in totaal bij 11 openstaande wonden, 491 wondzorgmomenten geleverd, dit wordt in Figuur 4 beschouwd als 100%. De ALTIS was bij 11 cliënten ingevuld. Het wondbeleid was voor 10 wonden opgesteld, bij één wond was deze niet ingevuld. Bij 113 van de totaal geleverde wondzorgmomenten was er geen enkele rapportage geschreven. Het TIME-model/ WCS-classificatie waren 177 van de totale geleverde wondzorgmomenten ingevuld. Bij 57 van de rapportages was een klinische beschrijving toegevoegd. 144 van de rapportages waren d.m.v. van foto's. 9 cliënten ontvingen nog wondzorg. 2 cliënten hadden geen wondzorg meer nodig, waar de OWA wel op actief stond. Conform de richtlijnen van Envida had de OWA afgesloten moeten zijn.

Figuur 1

Totale frequentie geleverde wondzorg W1

Dossieronderzoek W1

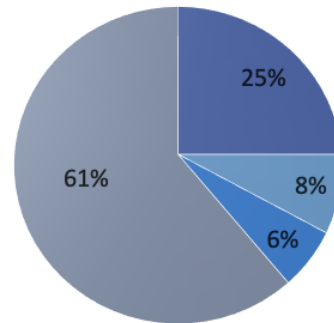


- Frequentie rapportages TIME en WCS
- Frequentie rapportages klinische beschrijving
- Frequentie rapportages door middel van foto's
- Frequentie geleverde wondzorg zonder rapportages

Figuur 2

Totale frequentie geleverde wondzorg W2

Dossieronderzoek W2

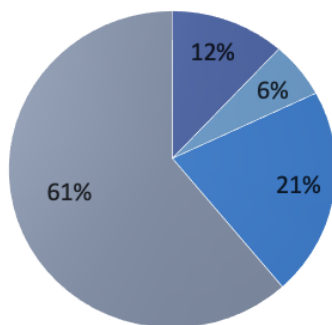


- Frequentie rapportages TIME en WCS
- Frequentie rapportages klinische beschrijving
- Frequentie rapportages door middel van foto's
- Frequentie geleverde wondzorg zonder rapportages

Figuur 3

Totale frequentie geleverde wondzorg W3

Dossieronderzoek W3

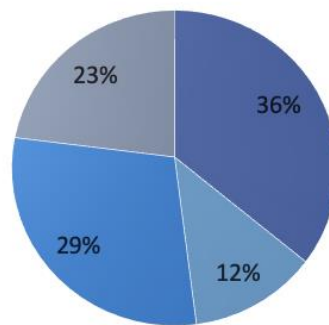


- Frequentie rapportages TIME en WCS
- Frequentie rapportages klinische beschrijving
- Frequentie rapportages door middel van foto's
- Frequentie geleverde wondzorg zonder rapportages

Figuur 4

Totale frequentie geleverde wondzorg W4

Dossieronderzoek W4



- Frequentie rapportages TIME en WCS
- Frequentie rapportages klinische beschrijving
- Frequentie rapportages door middel van foto's
- Frequentie geleverde wondzorg zonder rapportages

3.1.2 Algemene bevindingen dossieronderzoek

Er was een verschil te zien in de wijken die de OWA minder intensief (W1 en W2) en intensief (W3 en W4) gebruikten. In de twee minder intensieve wijken werd in totaal 2.029 keer (100%) wondzorg verleend, waarvan 765 keer (37,7%) gerapporteerd werd. Van de 765 rapportages waren er 478 (62,5%) volgens het TIME-model/ WCS-classificatie, 125 middels fotorapportages (16,3%) en was er 162 keer (21,2%) een klinische beschrijving opgesteld. In wijken waar de OWA minder intensief gebruikt werd, vond er minder afwisseling plaats in rapportage mogelijkheden. Van de totaal geleverde wondzorg (2.029 keer) werd er minder dan de helft (765 keer) gerapporteerd. Er werd 9 van de 16 keer (56,3%) de ALTIS ingevuld en 13 van de 16 keer (81,3%) het wondbeleid. Daarnaast gaf het dossieronderzoek weer dat in de minder intensieve wijken, 5 van de 16 wonden afgesloten hadden moeten worden.

In de twee intensieve wijken werd in totaal 1.008 keer (100%) wondzorg verleend, waarvan 581 keer (57,6%) gerapporteerd werd. Er is 239 keer (41,2%) gerapporteerd volgens het TIME-model/ WCS-classificatie, 253 keer (43,5%) middels fotorapportages en werd er 89 keer (15,3%) een klinische beschrijving opgesteld. In wijken waar de OWA intensief gebruikt werd, waren de verschillende rapportage mogelijkheden gelijkmatiger. Van de totaal geleverde wondzorg (1.008) werd meer dan de helft (581) gerapporteerd. Er werd 20 van de 20 keer (100%) de ALTIS ingevuld en 19 van de 20 keer (95%) het wondbeleid. In Bijlage 11 staat een schematische weergave van de aantal rapportages, weergegeven in procenten. Daarnaast gaf het dossieronderzoek weer dat in de intensieve wijken, 4 van de 20 wonden afgesloten hadden moeten worden.

3.2 Resultaten interviews

Er hebben tien semigestructureerde interviews plaatsgevonden. De geïnterviewden vormden een heterogene groep, doordat de demografische kenmerken variëren (Baarda, 2019). Deze staan beschreven in Tabel 3. De gemiddelde tijdsduur van alle interviews was 13 minuten en 56 seconden. De tijdsduur fluctueerde tussen 9 minuten en 16 seconden en 17 minuten en 54 seconden. De verkregen data vanuit de interviews zijn gestructureerd, d.m.v. hoofd- en sub-topics. Deze zijn middels een codeboom weergegeven in Figuur 5. Om de responsratio procentueel te berekenen is er gekeken naar de hoeveelheid medewerkers die benaderd zijn (60) en hoeveel hebben deelgenomen aan de interviews (10). De responsratio betrof 17%.

Tabel 3

Demografische kenmerken

Kenmerken geïnterviewden	% en aantal
Functie	
Hbo-verpleegkundige 5/6	30 % (3)
Mbo-verpleegkundige 4	40 % (4)
Verzorgende 3IG	30 % (3)
Werkzaam in de wijk	
< 1 jaar	10 % (1)
1- 2 jaar	30 % (3)
2- 10 jaar	40 % (4)
10-25 jaar	20 % (2)
Ervaring Ons wond applicatie	
< 2 maanden	10 % (1)
2-12 Maanden	20 % (2)
>12 maanden	70 % (7)

3.2.1 Inhoud OWA

Aan de tien geïnterviewden werd gevraagd in enkele woorden te omschrijven wat de OWA inhoudt. Zes geïnterviewden gaven aan dat het wondbeleid overzichtelijk weergegeven wordt binnen de OWA. Drie geïnterviewden benoemden dat de OWA helpt bij het analyseren van de wondgenezing of stagnering. Zes ervoeren dat de OWA een bijdrage had bij het monitoren van een wond. Alle geïnterviewden vertelden dat zij uniform rapporteerden volgens het TIME-model/ WCS-classificatie en de fotorapportage. Vijf geïnterviewden ervoeren dat de communicatie binnen Envida bevordert is door het gebruik van de OWA. Samenvattend gaven alle geïnterviewden aan uniform te werken met de OWA.

W1H6R3: “Ja goede opvolging van het proces en de genezingen en stagnatie, welke kant het dan ook op gaat. Eenduidigheid, uniform werken.”

W3M4R6: “Ja eigenlijk het bijhouden van een/ het verloop van een wondproces, hoe snel de wondgenezing verloopt. Gaat de wond vooruit of achteruit, zodat alle collega's dit mee in de gaten kunnen houden (monitoren).”

3.2.2 Implementatie OWA

In Tabel 3, Demografische kenmerken, wordt de periode waarin geïnterviewden werkzaam waren met de OWA weergegeven. Wijk 1 was vier tot acht weken gestart met het gebruiken van de OWA. In maart 2023 heeft wijk 1 een fysieke demonstratie ontvangen vanuit de vakgroep wond- en stomazorg. Bij de implementatie van de OWA gaven zeven medewerkers aan een onlinedemonstratie te hebben gekregen. Drie medewerkers vertelden dat zij geen informatie hadden ontvangen over de OWA. Hiervan heeft één medewerker zelfstandig de informatie opgedaan via Learnlinc.

W1M3R2: “Ja vanuit de vakgroep wondverpleegkundigen, die hebben een, een PowerPoint laten zien en die hebben eigenlijk gewoon met ons samen de app in stappen doorlopen. Toen bleek achteraf dat gezegd werd: “oh ja dat is eigenlijk toch wel redelijk makkelijk als we het zo zien”.

Zeven geïnterviewden gaven aan dat zij na de implementatie zoekende waren om de OWA te integreren binnen de bestaande werkwijze. Alle geïnterviewden waren van mening, naarmate zij de OWA vaker gebruikten, zij steeds meer handigheid ervoeren. Drie geïnterviewden gaven aan door de inzet van de OWA zij bewuster observeren op alle aspecten die binnen de OWA behandeld worden.

W2M4R4 “Je kunt eigenlijk niks verkeerd doen. Het is even beetje zoeken, maar je komt er heel gemakkelijk doorheen”.

W1M4R1 “Het opstarten, vooral als je nog niet helemaal bekend er mee bent, is het gewoon heel veel werk. Ik merk nu, nadat ik het een paar keer gedaan heb, dat het steeds wat sneller gaat.”

3.2.3 Huidig kennisniveau

Acht geïnterviewden vertelden genoeg kennis te bezitten om de OWA naar hun mening goed te gebruiken. Echter gaven vijf geïnterviewden aan moeite te ervaren om het TIME-model op de juiste manier in te vullen. Twee van de tien geïnterviewden had onlangs een scholing gevolgd. Vier van de acht overige geïnterviewden gaven aan behoefte te hebben aan een bijscholing over methodieken die binnen de OWA gehandhaafd worden.

W2M4R4 “Ik denk wel dat het goed zou zijn als ze een keer in de zoveel tijd even weer een opfris (scholing) krijgen van de wondapp/ wondzorg in algemeen.”

3.2.4 Oordeel OWA

Naast de positieve aspecten die benoemd zijn in 3.2.2.1 zijn de volgende positieve punten benoemd. Vijf geïnterviewden vertelde dat er onlangs een uitbereiding had plaatsgevonden rondom rapportage mogelijkheden. Volgens hen bevordert dit de gebruiksvriendelijkheid. Acht van de tien geïnterviewden gaven aan dat de OWA gebruiksvriendelijk is.

Drie geïnterviewden vertelden dat wanneer de OWA in hun routine zat, dit tijdbesparend ervaren werd. Door het gegeven format in de rapportage, hadden vier geïnterviewden het idee dat hierdoor (eerder gemaakte) fouten vermeden werden. Bijvoorbeeld het vergeten of het niet volledig rapporteren.

W4M4R9 “Je mag ook zelf de wondapp opstarten en veranderen in het beleid, want dat mochten wij eerst niet, nu mogen verpleegkundigen dat wel.”

W3M4R6 “Ik vind het best een prettige werkwijze. Ik vind het fijn dat het eigenlijk al voor staat want het wordt/ er worden toch vaak fouten gemaakt via de TIME rapportage”.

W1M4R1 “Nu (bij het gebruik van de OWA) zijn het gewoon echt stapjes die je moet volgen, om tot het einde te komen. Dus er wordt ook niks overgeslagen.”

Als negatief aspect werd door vier geïnterviewden benoemd dat ondanks de uitgebreide rapportagemogelijkheden, de wens tot verdere uitbereiding van ICT-mogelijkheden bestaat. Mbo-niveau 3 IG is beperkt in de bevoegdheid van het aanpassen en verwijderen van eigen geschreven rapportages. Daarnaast vertelden twee geïnterviewden dat externe regie behandelingen werken met de OWA, maar deze niet gekoppeld is aan de OWA van Envida. Eén geïnterviewde gaf aan dat er binnen de OWA geen mogelijkheid is tot het uploaden van documenten, waardoor alle communicatie met externen buiten de OWA om plaatsvond. Vijf gaven aan dat de communicatie met externen niet efficiënt verloopt, waardoor onnodige verwarring plaatsvindt, wat nadelige gevolgen kan hebben voor de wondbehandeling bij de cliënt. Een andere geïnterviewde gaf aan dat het wondbeleid niet altijd actueel is, waardoor onnodige verwarring ontstaat. Eén geïnterviewde vertelde dat zij de kwaliteit van de camera op de werktelefoon niet voldoende vond om een duidelijke foto van de wond te maken. Vier gaven aan dat er geen afspraken zijn omtrent het rapporteren. Hiervan hadden twee geïnterviewden aangekaart dat zij behoeften hadden aan vaste afspraken.

W1M3R2: “Ik vind het heel vervelend dat ik hem (de rapportage) zelf niet kan aanpassen, daar loop ik wel echt tegenaan. Dat vind ik echt rot.”

W1H6R3: “Ik vind het bijvoorbeeld jammer dat je geen documenten kan toevoegen zoals misschien bijvoorbeeld als een extern regie behandelingsteam betrokken is”.

W3M4R6: “Niet heel goed, we lopen altijd een beetje langs elkaar af (communicatie externe)”.

3.2.5 Gebruiksfrequentie OWA

Zeven geïnterviewden gaven aan dat de OWA naar behoren werd ingezet binnen hun wijk. Drie geïnterviewde benoemden dat de aandacht voor het gebruik van de OWA naar hun mening meer mocht worden. Zes geïnterviewde meldden dat er binnen hun wijk afspraken bestonden omtrent de frequentie en vorm waarin er gerapporteerd dient te worden.

W4M4R9: “Iedereen houdt zich er wel aan en als het ook niet zo is dan wordt het ook wel in een teamoverleg, worden we erop gewezen. Van ik zie weinig foto’s”.

3.2.6 Beoordeling OWA

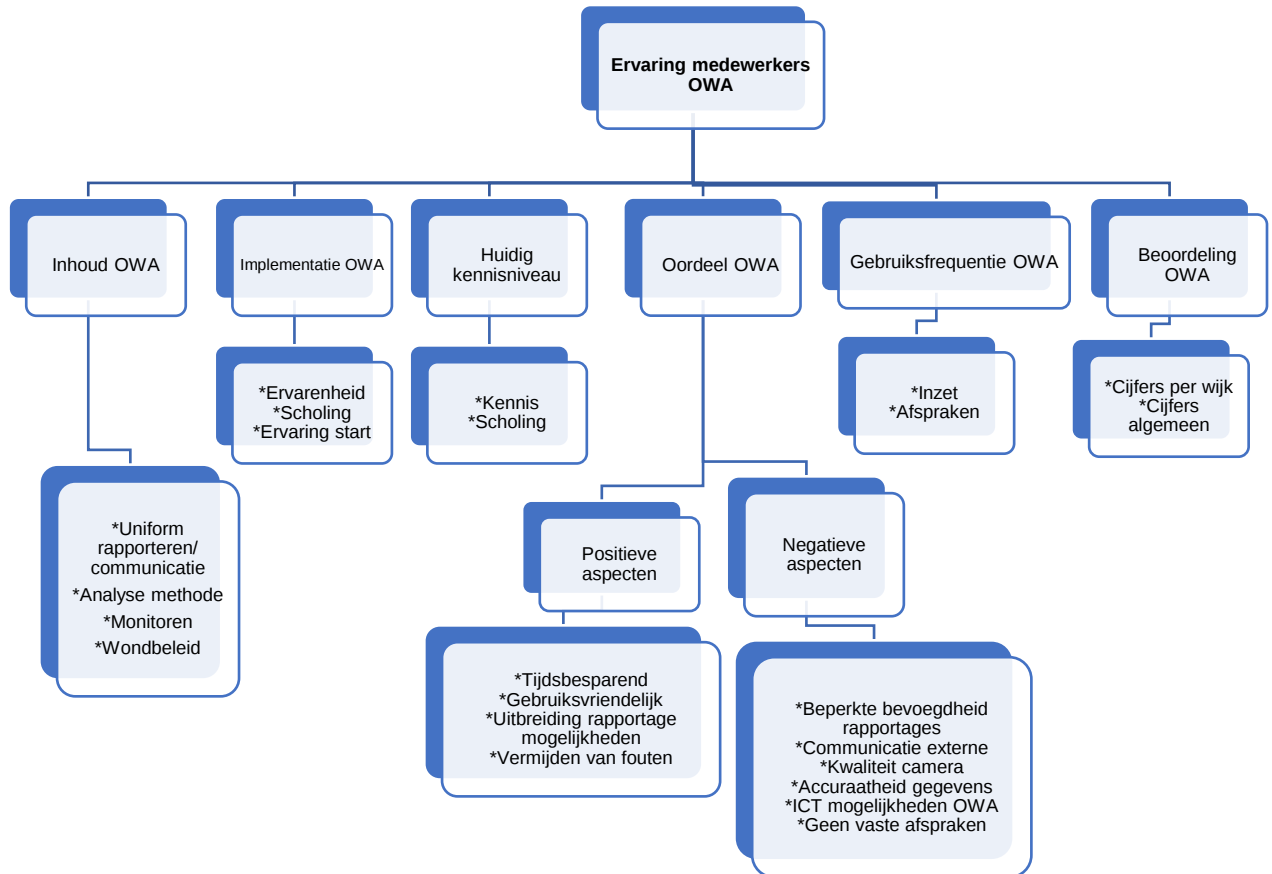
Negen geïnterviewden zien de meerwaarde van de OWA. Eén trok dit in twijfel gezien de geïnterviewde de oude werkwijze gebruiksvriendelijker vond. Alle geïnterviewden hadden het gebruik van de OWA op een schaal van één (slecht) tot tien (goed) beoordeeld. De cijfers varieerden tussen de vijf en de negen. Wijk 1 gaf de OWA gemiddeld een 6,7, in wijk 2 was dit een 8,5, wijk 3 gaf een 7,5 en tot slot wijk 4 een 7,9. Gemiddeld kreeg de OWA een 7.6.

W1M3R2: “Ik vind het opzich wel fijn, het is alleen, wat ik net al zei. Ik moet er nog aan wennen.”

W4H5R10 “Ik vind het een fijne, een fijne app.”

Figuur 5

Codeboom



3.3 De gecombineerde bevindingen uit de gebruikte methoden

Om een antwoord op de vraagstelling te geven, werden de resultaten die tijdens het dossieronderzoek en het interview zijn vergaard met elkaar vergeleken.

Uit het dossieronderzoek is gebleken dat in wijk 1, 95% ten opzichte van de geleverde wondzorg niet gerapporteerd was. In wijk 2 betrof dit 61%, eveneens als in wijk 3. Wijk 4 daarentegen had 23% van de geleverde wondzorg niet gerapporteerd. Uit het interview bleek dat alle geïnterviewden rapporteerden via het TIME-model/ WCS-classificatie, de foto rapportages en een klinische beschrijving. Het dossieronderzoek geeft in wijk 1 weer dat op het moment van het dossieronderzoek, er nog niet gerapporteerd werd volgens het TIME-model en de klinische beschrijving. Wijken 2, 3 en 4 kwamen overeen met de interviews. Zij waren werkzaam met de verschillende rapportage mogelijkheden en gebruikten deze afwisselend. Echter toonde het dossieronderzoek dat de frequentie en vorm van rapportages

niet consequent was. Zes van de tien geïnterviewden gaven aan dat zij binnen hun team vaste afspraken hanteerden omtrent het rapporteren. Dit fluctueert tussen rapporteren na ieder geleverd wondzorg moment en enkel rapporteren bij bijzonderheden. De afspraken omtrent rapporteren in de OWA, stonden niet gedocumenteerd. Geïnterviewden gaven verschillende alternatieve plaatsen aan, zoals het zorgplan en de algemene rapportage. Alle geïnterviewden werden naarmate zij de OWA vaker gebruikten steeds handiger met de werkwijze. Geïnterviewden uit wijk 1 deelden tijdens het interview dat zij vier tot acht weken werkzaam waren met de OWA. Op het moment dat het dossieronderzoek werd uitgevoerd, was wijk 1 twee tot zes weken werkzaam met de OWA. De andere drie wijken zijn gestart vanaf de implementatie van de OWA in februari 2022.

Ondanks de geïnterviewden steeds handiger werden met de OWA, gaven vijf van de tien aan dat zij moeite hadden met rapporteren volgens het TIME-model. Twee hbo-niveau 5/6 gaven aan dat zij vermoeden dat het team moeite heeft met het opstellen van een TIME rapportage. Twee mbo-niveau 4 medewerkers gaven aan dat zij veronderstellen dat dit vooral mbo-niveau 3 IG betrof. Uit het interview is gebleken dat drie van de drie geïnterviewden mbo- niveau 3 IG moeite had met het opstellen van een rapportage via het TIME-model. Uit het dossieronderzoek bleek dat de frequentie van het aantal TIME rapportages wisselt.

Zes geïnterviewden benoemden dat het wondbeleid bij de inhoud van OWA hoort. Eén geïnterviewde gaf aan dat deze niet altijd accuraat beschreven stonden. Uit het dossieronderzoek is gebleken dat het wondbeleid bij vier van de 36 wonden niet was ingevuld.

Gemiddeld kreeg de OWA een 7,6. De cijfers fluctueerde tussen de vijf en negen. Negen geïnterviewden zagen de meerwaarde van de OWA, één geïnterviewde trok dit in twijfel.

Hoofdstuk 4: Conclusie en discussie

In de nabeschuiving komen de discussie en conclusie aan bod. Bij de discussie worden de belangrijkste resultaten nogmaals beschreven. Deze worden verbonden met de gevonden literatuur. Daarnaast staan de sterke en zwakke punten van het onderzoek weergegeven. Er worden implicaties voor het verpleegkundig vakgebied en toekomstig onderzoek beschreven. In de conclusie wordt antwoord gegeven op de vraagstelling die binnen dit onderzoek centraal staat.

4.1 Discussie

4.1.1 Belangrijkste resultaten in combinatie met literatuur

De theoretische kennis van medewerkers die wondzorg verlenen, werd getoetst middels een e-learning. Wanneer medewerkers de module 'wondzorg' niet voldaan hebben afgerond, heeft dit geen consequenties. Er zijn geen afspraken wie verantwoordelijk is om medewerkers te attenderen op het bijhouden van e-learnings en het inwerken van nieuwe medewerkers in learning. Volgens Suva et al. (2021) is gebleken dat de voorkeur van verpleegkundigen ten aanzien van onderwijs of bijscholing over wondzorg ligt bij informatietechnologie, zoals een e-learning. Ondanks de bestaande e-learning gaven de geïnterviewden aan behoefte te hebben aan fysieke bijscholing, gericht op het gebruik van het TIME-model. De mate waarin de e-learning module 'wondzorg' met voldaan is afgesloten, is niet onderzocht. In een vervolgonderzoek zou dit meegenomen kunnen worden. In een onderzoek van Ousey et al. (2018) bleek dat 40% van de wond behandelaren, aangaven kennis te hebben van de wondbeoordelingsmodellen, maar deze niet toepassen.

In de OWA wordt gebruikt gemaakt van drie modellen die elkaar aanvullen, dit betreft de ALTIS, het TIME-model en de WCS-classificatie. Hierdoor ontstaat een eenduidig gevalideerd registratiemodel (Oostendorp & Timm, 2011). Uit het dossieronderzoek blijkt dat de frequentie van het aantal TIME rapportages wisselt. Er is niet inhoudelijk gekeken of de TIME rapportages op de juiste wijzen is ingevuld. In een vervolgonderzoek zou dit per werkniveau in kaart gebracht kunnen worden. Drie van de drie geïnterviewde mbo- niveau 3 IG gaven aan moeite te hebben met het opstellen van een TIME rapportage. Vier geïnterviewden gaven aan dat er binnen de wijken geen uniformiteit bestaat, rondom afspraken omtrent rapporteren. Mogelijk wisselt de frequentie in TIME rapportages, vanwege de moeilijkheidsgraad die ervaren werd bij de geïnterviewden en het niet bestaan van vaste afspraken. Daarnaast uiten geïnterviewden de wens tot optimalisatiemogelijkheden bij het

gebruik van de OWA. Dit betreft een uitbereiding van de beperkte bevoegdheden in rapportages en ICT-mogelijkheden.

Uit onderzoek van Samaniego-Ruiz et al. (2018) is gebleken dat er veel factoren zijn die de wondgenezing kunnen beïnvloeden. Deze dienen vroegtijdig gesignaleerd te worden om het verwachte wondgenezingsproces en de complexiteit in kaart te brengen. Uit het dossieronderzoek is gebleken dat intensieve wijken deze factoren middels de ALTIS bij 100% van de 20 wonden in kaart brachten. In minder intensieve wijken betrof dit 56% van de 16 wonden. De overige resultaten gaven weer dat de intensieve wijken de verschillende modellen evenredig toepasten. In de minder intensieve wijken werd er zichtbaar minder afgewisseld. Volgens de vakgroep wond- en stomazorg werden afspraken vanuit de organisatie omtrent het afsluiten van wonden onjuist gehanteerd (Envida, persoonlijke communicatie, 1 maart 2023). Tijdens het dossieronderzoek werd inzichtelijk dat de intensieve wijken, 4 van de 20 wonden (20%) had moeten afsluiten. In de minder intensieve wijken betrof dit 5 van de 16 wonden (31%), terwijl deze conform de afspraken afgesloten hadden moeten zijn.

Binnen de OWA wordt gebruik gemaakt van beeldmateriaal op mobiele telefoons. Dit is makkelijk in gebruik en zorgt voor zorgvuldigheid, toegankelijkheid, de mogelijkheid tot beoordelen op afstand en veiligheid van de gegevens (Chan & Lo, 2020). De OWA maakt het mogelijk om het wondproces eenvoudig vast te leggen en informatie snel en overzichtelijk terug te vinden (Nedap Healthcare, 2022). Met behulp van het ECD wordt het wondgenezingsproces gemonitord en beoordeeld (Wilkinson, 2020; Chan & Lo, 2020). Negen geïnterviewden sluiten zich aan bij deze bevindingen. Zeven geïnterviewden waren tijdens de implementatie in hun wijk zoekende bij het gebruik van de OWA. Naarmate zij hier langer werkzaam mee waren, ervoeren zij de OWA als gebruiksvriendelijk, tijdbesparend en toegankelijk. Negen van de tien geïnterviewden benoemde de meerwaarde van de OWA. Eén geïnterviewde trok dit in twijfel. Deze medewerker is onlangs gestart met het gebruik van de OWA. Gemiddeld kreeg de OWA van alle geïnterviewden een score van 7,6.

4.1.2 Sterken en zwakke punten

Tijdens het literatuuronderzoek was er weinig algemene literatuur over wonden en wondmonitoringsystemen te vinden. Echter bleek dat er wel veel literatuur omtrent specifieke wondcategorieën beschikbaar was. De specifieke woordcategorieën van voorgaande onderzoeken weken af van de kenmerken van dit onderzoek, waardoor een vergelijking maken lastig was. Gezien er geen eerdere onderzoeken zijn uitgevoerd omtrent de OWA, is er weinig tot geen theoretische onderbouwing mogelijk. Het onderzoek is uitgevoerd door

drie onderzoekers, waardoor onderzoekstriangulatie werd toegepast. De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek is hierdoor verhoogd (Wensing & Grol, 2023). Er is bij het verkrijgen van informatie gestreefd naar literatuur niet ouder dan vijf jaar. Hierbij zijn naar uitzondering oudere bronnen gebruikt wanneer deze passender waren bij de kenmerken van dit onderzoek. Daarnaast werd literatuur beoordeeld aan de hand van de piramide van betrouwbaarheid (Van Der Wouden, 2023).

Na het literatuuronderzoek is er middels een selecte steekproef gekozen voor twee uiterste wijken. Voorafgaand aan het onderzoek zijn de benamingen 'intensief' en 'minder intensief' gekozen. Echter trekken de onderzoekers in twijfel of de benamingen eenduidig gedefinieerd zijn. De gekozen benamingen waren op voorhand niet meetbaar. Desondanks heeft dit geen invloed gehad bij het vergaren en vergelijken van de onderzoeksresultaten.

Na het selecteren van de wijken, heeft er een retrospectief dossieronderzoek plaatsgevonden. Het dossieronderzoek werd in één dag uitgevoerd en afgerond om wisselende resultaten te voorkomen. Dagelijks fluctueerden de hoeveelheid geschreven rapportages en openstaande wonden in de OWA. Wijk 1 was tijdens het onderzoek vier tot acht weken werkzaam met de OWA. Bij een vervolgonderzoek wordt geadviseerd om voorafgaand, de tijdspanne waarin een wijk werkzaam is in kaart te brengen. De onderzoekers waren ervan uitgegaan dat wijk 1, net zoals de andere wijken, vanaf februari 2022 gestart was. Wegens deze constatering waren de vier wijken niet evenredig aan elkaar, wat een nadelig effect had op de vergelijking in het onderzoek. Gezien het korte tijdsbestek van het onderzoek en het te laat constateren van deze bevinding, was het voor de onderzoekers niet meer mogelijk een andere wijk te onderzoeken. Desondanks zijn de vergaarde resultaten van alle deelnemende wijken bruikbaar en werd een passend advies opgesteld. Na het dossieronderzoek zouden twaalf semigestructureerd interviews plaats vinden. Wegens een gebrek aan positieve responsratio van medewerkers, hebben er tien interviews plaatsgevonden. In een vervolgonderzoek zouden de onderzoekers de participanten kunnen benaderen via de senior wijkverpleegkundigen of de managers, om mogelijk een grotere responsratio te creëren. Om de validiteit van het onderzoek te bevorderen kan een membercheck uitgevoerd worden (Baarda, 2019). Wederom door het korte tijdsbestek van het onderzoek, was een membercheck niet haalbaar. Echter is ieder interview opgenomen, waardoor de opnames teruggeluisterd konden worden en controle mogelijk gemaakt werd (Baarda & Van Der Hulst, 2020). Tijdens het onderzoek bleef nieuwe informatie vergaard worden. Hierdoor is geen datasaturatie ontstaan. Daarentegen heeft de dataverzameling plaatsgevonden in een heterogene groep, waardoor er vanuit verschillende perspectieven informatie werd verzameld (Baarda, 2019). Iedere geïnterviewde voldeed aan

de inclusiecriteria die passend was binnen de onderzoeksmethode, waardoor er continuïteit ontstond tijdens het onderzoek. De semigestructureerde interviews boden een mogelijkheid om door te vragen, waardoor er ruimte gecreëerd werd om dieper op het onderwerp in te gaan. De tijdsduur van de interviews zijn uiteenlopend, afhankelijk van de mate waarop doorvragen noodzakelijk was. De kwaliteit van het interview is gewaarborgd door het opstellen van een topiclijst (Wester, 2019; Baarda et al., 2021). Deze is gevalideerd middels onderzoekstriangulatie en de thesisbegeleider.

4.2 Conclusie

Tijdens het onderzoek staat de volgende vraagstelling centraal: *“Hoe kan het gebruik door medewerkers van Envida extramuraal (niveau 3 IG, mbo- en hbo-verpleegkundigen) met betrekking tot de Ons wond applicatie geoptimaliseerd worden, zodat kwalitatief goede basis wondzorg gewaarborgd wordt”*. Om antwoord te geven op de vraagstelling zijn de resultaten van de twee verschillende onderzoeksmethoden in overweging genomen. Uit het praktijkgericht onderzoek is gebleken dat er een aantoonbaar verschil is tussen de twee intensieve en de twee minder intensieve wijken. De resultaten van beide wijken lopen uiteen. De hoofdoorzaak is een fluctuerend startniveau. Tijdens het onderzoek bleek dat dit komt door verschillende wijzen van implementatie, de tijdsduur waarin het team werkzaam was met de OWA en de wijze waarop kwaliteit gewaarborgd wordt binnen verschillende teams. Vanuit de interviews bleek dat medewerkers behoefte hadden aan kennisvermeerdering omtrent TIME rapportages in de OWA. Daarnaast is het noodzakelijk dat binnen elk team één medewerker verantwoordelijk is over de borging van kwaliteit, betreffende de OWA. Vervolgens wordt er geconcludeerd dat er Envida breed eenduidige afspraken uitgedragen dienen te worden. Dit omvat de plaats waar afspraken over rapportagefrequentie gedocumenteerd staan, de verschillende verantwoordelijkheden per werkniveau en de eindverantwoordelijken binnen de wijken. Tot slot zijn de geïnterviewden tevreden over het gebruik van de OWA en beoordelen deze gemiddeld met een 7.6.

Hoofdstuk 5: Advies en inbedding

De onderzoeksresultaten leveren een bijdrage bij het verhelderen van optimalisatie mogelijkheden bij het gebruik van de OWA. Met behulp van deze inzichten wordt Envida in de gelegenheid gesteld om passende acties te ondernemen om goede basis wondzorg te optimaliseren en waarborgen. Naar aanleiding van het praktijkonderzoek wordt advies gegeven aan de vakgroep wond- en stomazorg van Envida, gezien zij de adviezen implementeren. De onderstaande adviezen zijn besproken met de voorzitter van de vakgroep wond- en stomazorg. De onderstreepte zinnen omvatten de kern van de adviezen.

Allereerst is het van belang dat het huidige kennisniveau van iedere medewerker in elke wijk in kaart wordt gebracht. Dit kan d.m.v. de e-learning module 'wondzorg'. De wijkverpleegkundigen hebben inzicht in de hoeveelheid (on)voltooide e-learnings van medewerkers in hun eigen team (Envida, persoonlijke communicatie, 13 April 2023). Doordat wijkverpleegkundigen fungeren als rolmodel en de kwaliteit van het team waarborgen (Lambregts, et al., 2016), worden zij verantwoordelijk geacht nieuwe medewerkers wegwijs te maken met Learning en medewerkers binnen het team te activeren tot het maken van de e-learning 'wondzorg'. Momenteel loopt er een traject vanuit de vakgroep wond- en stomazorg, waarbij aandachtsvelders worden opgeleid en toegewezen aan een regio. De aandachtsvelders dienen overkoepelend mee te monitoren op (on)voltooide e-learnings. Indien nodig attendeert de aandachtsvelder de desbetreffende wijkverpleegkundigen tot het activeren van medewerkers.

Ondanks de beschikbare e-learning, vertelden de geïnterviewden behoefte te hebben aan fysieke bijscholing. Deze bijscholing dient toegankelijk te zijn voor medewerkers die wondzorg verlenen. De bijscholing dient voornamelijk gericht te zijn op het TIME-model, gezien deze als moeilijk wordt ervaren door verschillende geïnterviewden. Om de bijscholing beschikbaar te maken voor afwezigen of nieuwe medewerkers, kan deze opgenomen en geplaatst worden op Envidawijzer. De voorzitter van vakgroep wond- en stomazorg is verantwoordelijk voor het geven en het actueel houden van de (online) scholing. De voorzitter is betrokken bij alle beleidsbeslissingen omtrent de OWA, waardoor zij op de hoogte is van eventuele veranderingen. Gezien de wijkverpleegkundigen initiatief nemen in het coachen van studenten en collega's (Lambregts et al., 2016), dienen zij de informatie vanuit de scholing te borgen. Elk half jaar dient de inhoudt en het gebruik van de OWA besproken te worden door de wijkverpleegkundigen in een werkoverleg. Mocht de wijkverpleegkundigen signaleren dat dit niet afdoende is, kan dit vaker herhaald worden. Daarnaast wordt dit doorgegeven aan de vakgroep wond- en stomazorg. Hierop kunnen passende acties ondernomen worden.

Naast de scholing kan er een pocketversie gemaakt worden met uitleg over het TIME-model en een juist geformuleerd voorbeeld. Hierbij is het belangrijk dat begrippen die gebruikt worden in het TIME-model duidelijk omschreven staan. Deze pocketversie dient van klein formaat te zijn, zodat deze makkelijk meegenomen kan worden in het werkuniform van Envida. Om kosten te besparen kan de vakgroep wond- en stomazorg de pocketversie zelf maken via een Word bestand en deze plastificeren. De pocketversie dient direct na de scholing uitgedeeld te worden aan iedere medewerker. Daarnaast dienen de pocketversies via interne post geleverd te worden op ieder wijkkantoor.

Momenteel is er onduidelijkheid over de taken en acties die de verschillende werkniveaus uit mogen voeren. Er wordt geadviseerd dat een aandachtsvelder een bestand opstelt waarbij de bevoegdheden per werkniveau met betrekking tot de OWA beschreven staan. Dit bestand komt op EnvidaWijzer te staan, waarna een mail met bijlagen naar iedere medewerker verzonden wordt. Medewerkers zijn hierdoor op de hoogte van de taken die zij en andere werkniveaus binnen de OWA mogen uitvoeren. Nieuwe medewerkers, leerlingen en stagiaires ontvangen naast het reguliere inwerkboekje, de pocketversie van het TIME-model, het bestand met bevoegdheden per werkniveau en instructies waar zij de online scholing kunnen bekijken. Deze informatie dienen door de afdeling 'opleidingen' verworven te worden in de checklist van het inwerkboekje. Wijkverpleegkundigen en werkbegeleiders ondersteunen de studenten en medewerkers hierbij.

Volgens de taakomschrijving van de wijkverpleegkundige zijn zij onder andere verantwoordelijk voor het toevoegen van de ALTIS, het wondbeleid en het afsluiten van wonden waar geen wondzorg meer verleend wordt. Het dossieronderzoek heeft weergegeven dat dit niet altijd gebeurt. In verband met oplopende kosten wordt geadviseerd de medewerkers tijdens de scholing een inzage te geven over het kostenplaatje van openstaande wonden in de OWA. Op deze wijze worden medewerkers bewust gemaakt van onnodige kosten. Hierdoor zullen wijkverpleegkundigen alerter zijn op het afsluiten van gesloten wonden. Medewerkers zullen een actievere bijdrage leveren door gesloten wonden te melden bij de wijkverpleegkundigen. De aandachtsvelder zal overkoepelend mee monitoren en de wijkverpleegkundigen attenderen op een niet ingevulde anamnese (ALTIS), wondbeleid of (nog) niet afgesloten wonden. Het advies is dat de aandachtsvelder eenmaal in het kwartaal alle bovenstaande adviezen, betreffende de aandachtsvelder, monitort.

Literatuurlijst

- Baarda. (2014). *Dit is onderzoek!: handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2de editie). Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!.: handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (3de editie). Noordhoff Uitgever.
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek Kwalitatief onderzoek* (4de editie). Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Kostelijk, E., Julsing, M., Van Der Velden, T., & Peters, V. (2021). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*.
- Baarda, D. B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Van Der Hulst, M., Van Vianen, R., & Goede, M. P. M. (2021). *Basisboek methoden en technieken: kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis*.
- Baarda, D. B., & Van Der Hulst, M. (2020). *Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (5de editie). Noordhof.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. L. (2023). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*.
- Broekhof, M., Stumpel, H., & Kostelijk, E. (2021). *Marktonderzoek* (10de editie). Noordhoff Uitgevers.
- Chan, K. S. C., & Lo, Z. J. L. (2020). *Wound assessment, imaging and monitoring systems in diabetic foot ulcers: A systematic review* [Dataset; PubMed]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32830440/>
- Collins, F., Hampton, S., & White, R. (2002). *A-Z Dictionary of Wound Care*. Mark Allen Group.
- Envida. (z.d.). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 28 maart 2023, van <https://www.envida.nl/envida/over-envida/missie-en-visie>

- EnvidaWijzer*. (2022, 13 december). envida.inception. Geraadpleegd op 28 april 2023, van <https://envida.inception.nl/>
- Eskens, A. M., & van oostveen, C. J. (Reds.). (2021). *Onderzoek langs de meetlat*. Bohn Stafleu van Loghum eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2600-6>
- Eskes, A. M., & Rood, P. J. T. (2020). Retrospectief cohortonderzoek. *Tvz - Verpleegkunde In Praktijk En Wetenschap*, 130(2), 56–57. <https://doi.org/10.1007/s41184-020-0263-2>
- Everdingen, J. J. E., Van Everdingen, J., & Dreesens, D. (2011). *Glossarium kwaliteit van zorg: Kernbegrippen uit de zorg in duizend- en eenvoud samengebracht*. Bohn Stafleu en van Loghum.
- Fischer, T., & Julsing, M. (2019). *Onderzoek doen!: kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (3de editie). Noordhoff Uitgevers bv. <https://eds-p-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzlyMDU2MTZfX0FO0?sid=0ef8d0de-0f8d-4533-b6bc-b32f8dd1f25d@redis&vid=5&hid=/&format=EB>
- Fischer, T., Julsing, M., & Van Putten, J. (2022). *Praktijkgericht onderzoek* (1ste editie). Noordhoff Uitgevers.
- Hertog, R. D., Jukema, J. S., & Ketelaar, N. (2022). *Maatwerk in gezondheid en welzijn: praktische wijsheid van professionals in evidence based practice*.
- Jonkers, A. (2021). Wondbeoordeling Alles draait om context. *Nursing*, 27(9), 25–31. <https://doi.org/10.1007/s41193-021-0127-3>
- Kallio, S. (2022). Finding the Right Sample Size (the Hard Way) — Eval Academy. *Eval Academy*. <https://www.evalacademy.com/articles/finding-the-right-sample-size-the-hard-way>
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & Van Merwijk, C. (2016). *Bachelor of Nursing* 2020. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-0929-0>

- Martini, F. H., & Bartholomew, E. F. (2020). *Anatomie en fysiologie, een inleiding: College editie* (6de editie). Pearson Benelux B.V.
- Mheissen, S., & Khan, H. (2023). Evidence-Based Practice. In *Springer eBooks* (pp. 1–11). https://doi.org/10.1007/978-3-031-24422-3_1
- Michels, W. (2022). *Communicatie handboek* (7de editie). Noordhoff Uitgevers bv. <https://eds-s-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzMjNjczMjNfX0FO0?sid=709e631c-fa79-4286-bc4e-6bd4118ed3a2@redis&vid=3&hid=/&format=EB>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 15 november). *METC's*. Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. <https://www.ccmo.nl/metcs>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 24 januari). *Wijkverpleging*. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://www.igj.nl/zorgsectoren/wijkverpleging>
- Mulder, R. (2011). Wondgenezing en littekenvorming. *Bijzijn*, 6(5), 29. <https://doi.org/10.1007/s12415-011-0178-x>
- Nedap Healthcare. (2022, 19 mei). *Een optimaal wondzorgproces*. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://nedap-healthcare.com/oplossingen/ons/ons-wondzorg/>
- Nedap Healthcare. (2023a). *Ons wondzorg: toelichting*. Supportportaal. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://support.nedap-healthcare.com/topic/ons-wondzorg-toelichting>
- Nedap Healthcare. (2023b, januari 27). *Ons Suite*. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://nedap-healthcare.com/oplossingen/ons/suite/>
- Nedap Healthcare Ons. (2021, 12 januari). *Themawebcast Ons Wondzorg* [Video]. YouTube. Geraadpleegd op 14 april 2023, van <https://www.youtube.com/watch?v=cziUzhjoyeE>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Rapport Innovatie van complexe wondzorg*. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3196_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022, 27 juni). *Beleidsregel regiefunctie complexe wondzorg*.

Geraadpleegd op 13 maart 2023,

van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_714350_22/1/

Oostendorp, V., & Timm, K. C. (2011). Wondregistratie met ALTIS, TIME of het Woundcare Consultant Society (WCS) classificatiemodel. *WCS nieuws*, 27, 16–

17. https://www.wcs.nl/wp-content/uploads/1935_WCS-Nieuws-2011-4-05-Wondregistratie-met.pdf

Ousey, K. O., Gilchrist, B. G., & James, H. J. (2018). Understanding clinical practice challenges: A survey performed with wound care clinicians to explore wound assessment frameworks [Dataset]. In *University of Huddersfield Inspiring global professionals*. Geraadpleegd op 23 maart 25AD,

van <https://pure.hud.ac.uk/en/publications/understanding-clinical-practice-challenges-a-survey-performed-wit>

Rijksoverheid. (2021, 21 april). *Regels rondom voorbehouden handelingen door zorgpersoneel*. Voorbehouden handelingen door zorgpersoneel | Rijksoverheid.nl.

Geraadpleegd op 21 april 2023,

van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/regels-rondom-voorbehouden-handelingen>

Samaniego-Ruiz, M., Llatas, F. P., & Jiménez, O. S. (2018). Assessment of chronic wounds in adults: an integrative review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*, 52,

e03315. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016050903315>

Suva, G. S., Sharma, T. S., E Campbell, K. E. C., Sibbald, R. G. S., An, D. A., & Woo, K. W. (2021). *Strategies to support pressure injury best practices by the inter-professional team: A systematic review* [Dataset;

PubMed]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29600545/>

Uppelschoten, C. (2016, 27 september). *Wondherkenning en genezing*. Podopost; Springer Science+Business Media. <https://doi.org/10.1007/s12480-016-0125-1>

- Van Der Donk, C., & Van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (3de editie). Coutinho. https://eds-p-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzlyMzQ1MDIhX0FO0?sid=45a2ca79-eb79-4396-8aa9-0f558650380d@redis&vid=13&format=EB&ppid=pp_73
- Van Der Wouden, H. (2023). Evidence-based medicine. *TvPO*, 18(1), 16–18. <https://doi.org/10.1007/s12503-022-1565-3>
- Van Esschoten, N. (2023). “Zet kleine stappen om het anders te doen”. *Skipr*, 16(1), 58–61. <https://doi.org/10.1007/s12654-022-1421-7>
- Van Ravenstein, R. (2020, 14 mei). *Dataverzamelingsmethoden voor je scriptie - 24editor*. 24editor. Geraadpleegd op 30 maart 2023, van <https://24editor.com/dataverzamelingsmethoden-voor-je-scriptie/>
- Van Schaik, A. (2019). Noodsituatie dreigt door tekort aan zorgpersoneel. *Skipr*, 12(7–8), 39–41. <https://doi.org/10.1007/s12654-019-0072-9>
- Vilans. (2023, 1 maart). *Wondgenezing*. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <https://www.vilansprotocollen.nl/werkinstructie/wondverzorging?backurl=%2Fzoekresultaten%3Fzoekterm%3Dwondzorg>
- Vsnu, N. K. N. V. (2018). Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit 2018. In *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)*. European Organization for Nuclear Research. <https://doi.org/10.17026/dans-2cj-nvwu>
- Waringa, A., & Ribbers, A. (2018). *E-Health: Handboek voor zorg en hulpverleners*. Boom. <https://www-boomportaal-nl.zuyd.idm.oclc.org/boek/9789058754905#1>
- Wensing, M., & Grol, R. (2023). *Implementatie: Effectieve Verbeteringen Van Patiëntenzorg* (8ste editie). Bohn Stafleu Van Loghum. <https://eds-p-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzM1MzU4ODhX0FO0?sid=fce1d311-7afd-4e39-ba01-c40a76b233b8@redis&vid=12&format=EB&rid=1>
- Wester, F. (2019). *Interview-onderzoek in hoofdlijnen*. Boom. Geraadpleegd op 29 maart 2023, van https://www-aup-online-com.zuyd.idm.oclc.org/docserver/fulltext/18757324/24/2/KW_2019_024_002_008.pdf

[?expires=1680096619&id=id&accname=quest&checksum=28A8CBA487E06B3B16F0C03EDB4C6186](https://doi.org/10.1007/s12508-021-00295-x)

Wilkinson, J. M. (2020). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces* (6de editie). Pearson Benelux B.V.

Woittiez, I., Ras, M., Eggink, E., & Verbeek-Oudijk, D. (2021). Vraag naar publieke zorg zal extra stijgen door achterblijven aanbod informele hulp. *Tsg - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 99(2), 47–53. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00295-x>

World Health Organisation. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. app.who.int. Geraadpleegd op 28 maart 2023, van <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1>

Woundcare Consultant Society. (2020, 1 september). *WCS Wondenboek*. WCS Kenniscentrum Wondzorg. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.wcswondenboek.nl/book#981442155c0f04ae53b48970cc3526f4>

Zelman, M. Z., Dafnis, E. D., Raymond, J. R., Holdaway, P. H., Mulvihill, M. M., Groenewoud, H. G., & Portiér, C. P. (2020). *Pathologie* (8ste editie). Pearson Benelux BV.

Zorg voor Beter. (2022). Digitale zorg. *Zorg voor Beter*. <https://www.zorgvoorbeter.nl/digitale-zorg>

Bijlagen

Bijlage: 1 Zoektermen

Tabel 1.: Zoektermen

Datum	Databank	Zoektermen	Filters	Aantal hits	Bruikbare artikels	Link
23-2-2023	PubMed	((technology) AND (wound care)) AND (nursing)	Free full tekst Systematic review publicationdate: 5 years	44	1	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29600545/
23-3-2023	Springerlink	wondgenezing	Content type: Article Discipline: Medicine & Public health	306	1	https://link.springer.com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s12415-011-0178-x
23-03-2023	Springerlink	Zorg en Kwaliteit	Chapter, Medicine & Public Health, 2017-2023	517	1	https://doi.org/10.1007/978-90-368-1396-9_7
23-3-2023	PubMed	((wound OR wound care OR woundcare) AND (complex OR not complex) AND (homecare OR home care)) AND (nurse OR nurses OR nursing)	Free full text, Systematic Review PUBLICATION DATE: 5 YEARS	22	1	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29947700/

23-3-2023	PubMed	(monitoring) AND (woundcare)	Free full text, Systematic Review PUBLICATION DATE: 5 YEARS	42	1	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32830440/
24-3-2023	Zuyd bibliotheek	wondzorg bekwaamheid	Uitbreidingen Ook zoeken in de volledige tekst van de artikelen Vergelijkbare onderwerpen gebruiken Beperkingen Full text toegang Vanaf publicatiedatum : 2018,01,01	29	1	https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=44870129-4698-4d34-951f-b2b47edd0372%40redis&bdata=Jmxhbmc9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=3412644&db=nlebk
24-03-2023	Boek	bachelor of nursing 2020				ISBN: 978-90-368-0929-0 (eBook)

ALTIS-methode

Gebruik bij huidletsel een wondanamnese volgens de **ALTIS methode** (**A**ard, **L**okalisatie, **T**ijdsduur, **I**ntensiteit en **S**amenhang). Deze dient ervoor om klachten bij wonden steeds op dezelfde manier te beoordelen.

Aard

- Hoe is de wond ontstaan: door druk en schuifkrachten (= [decubitus](#)), door feces of urine (letsel door incontinentie) of door contact van huid op huid (smetten)?
- Wat voor soort wond is het?
- Doet de wondpijn en hoe voelt de pijn aan?

Lokalisatie van de wond en de pijn: waar zit de wond en waar doet het pijn?

Tijdsduur: sinds wanneer is er sprake van huidletsel?

Intensiteit: ernst van het letsel: bij decubitus - welke categorie is het?

Samenhang

- Beloop van de klachten: zijn de klachten of de wond erger geworden sinds het ontstaan?
- Wat is eraan gedaan?
- Begeleidende verschijnselen: bijv. koorts, jeuk, eczeem, etc.
- Uitlokkende en verergerende factoren: verminderde mobiliteit, allergische reacties, etc.
- Verzachtende factoren: wat kan de cliënt zelf tegen de pijn doen, tijdstippen waarop de pijn minder is, etc.

A: Aard	· Wat voor soort wond is het? (bijvoorbeeld decubitus, ulcus cruris venosum)
L: Lokalisatie	· Waar zit de wond?
T: Tijd en tijdsbeloop	· Sinds wanneer is er sprake van deze wond, wordt deze erger of verbeterd het in de tijd?
I: Intensiteit	· Ernst van de wond. Je kunt classificatie van wonden gebruiken (bijvoorbeeld: decubitus categorie 2, of beschrijf de afmetingen)
S: Samenhang	· Uitlokkende en verergerende factoren: verminderde mobiliteit, allergische reacties, enzovoort · Verzachtende factoren: wat helpt de zorgvrager om de klachten te verminderen.

Beoordelen van de wond met het TIME model

Het TIME-model kan helpen bij het bepalen van het wondbeleid. Het is een hulpmiddel om moeilijke en complexe wonden te beoordelen. Het uiteindelijke doel is om een gezonde wond te creëren, zonder dood weefsel en ziekteverwekkende bacteriën, met weinig wondvocht en een goede doorbloeding. Pas als dat is bereikt, kan een wond genezen.

Ook helpt het zorgverleners bij de overdracht om de continuïteit van de zorg voor de wond te waarborgen.

DE VIER ONDERDELEN VAN HET TIME-MODEL

Stap 1: **Tissue** (weefsel): is er vitaal of dood weefsel?

Verwijder dood weefsel chirurgisch (door een arts) of door middel van madentherapie.

Stap 2: **Infection** (infectie): is er een infectie of ontsteking?

Reinig de wond en zorg voor infectiebestrijding door de wond te spoelen of gebruik te maken van antibacteriële wondbehandelingsproducten.

Stap 3: **Moisture** (vochtbalans): is de wond te vochtig of te droog?

Zorg voor een goede vochtbalans. Voorkom uitdroging en verweking van de wondranden door vochtregulerende wondbehandelingsproducten.

Stap 4: **Edge** (wondrand): is er een niet-sluitende of ondermijnende wondrand?

Als de eerste drie stappen met goed resultaat zijn doorlopen, dan is een genezingsproces zichtbaar vanuit de wondranden of vanuit het midden van de wond.

Als de eerste drie stappen met goed resultaat zijn doorlopen, dan is een genezingsproces zichtbaar vanuit de wondranden en/of vanuit het midden van de wond.

Stap 1	Zorg voor een vitale wondbodem: · Rood: beschermen · Geel: reinigen · Zwart: verwijderen dood weefsel
Stap 2	Infectiebestrijding: · Antibacteriële wondbehandelingsproducten. Bij koorts is een systemische behandeling noodzakelijk.
Stap 3	Zorg voor een vochtig wondmilieu (uitdroging en verweking van wondbed en – omgeving voorkomen): · Droog wondmilieu: vocht toedienen · Vochtig wondmilieu: vochtig milieu behouden · Nat wondmilieu: overtollig vocht absorberen
Stap 4	Zorg dragen voor een intacte wondrand en gezonde wondomgeving · Bescherm zo nodig de wondomgeving · Zorg voor vitale wondranden

Bijlage 4: WCS-classificatie

WCS-methode

De WCS-methode is een hulpmiddel bij het bepalen van het doel van de lokale wondbehandeling en van het juiste wondbehandelingsproduct. Door de kleur van de wond, de mate van wondvocht, de aanwezigheid van infectie en het aspect van de wondrand vast te stellen, weet men in welke fase van wondgenezing de wond zich bevindt. Hierop kan men de juiste behandeldoelen formuleren en beslissen aan welke criteria de wondbedekker moet voldoen.

Kleur wond

Rode wond

Gele wond

Zwarte wond

Doel behandeling

Beschermen van de wond bevordering van de genezing (vochtig milieu)

Reinigen van de wond met verbandmateriaal of spoelen met fys. Zoutoplossing

Eerst dood weefsel verwijderen door middel van schaar en pincet of necroseplosser. Behandeling: ziekenhuis of thuiszorg.

WCS CLASSIFICATIEMODEL					
Toepassing Voor het bepalen van het juiste wondbehandelingsproduct in de praktijk.					
Combinaties van kleuren in een wond Zwart, geel en rood is zwarte wond. Zwart en geel is zwarte wond. Zwart en rood is zwarte wond. Geel en rood is gele wond.					
ZWARTE WOND		GELE WOND		RODE WOND	
WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN	WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN	WONDASPECT EN BEHANDELING	PRODUCTEN
Vochtigheid		Vochtigheid		Vochtigheid	
NAT Necrose verwijderen en verwijderen	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in kraanwater of NaCl 0,9%	NAT Reductie debris en wondvocht	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in kraanwater of NaCl 0,9%	NAT Beschermen van granulatieweefsel, creëren van juiste vochtigheid	ABSORBERENDE PRODUCTEN Hydro-actieve verbanden Schuimverbanden
	REGULERENDE PRODUCTEN Geurneutraliserende verbanden		ABSORBERENDE PRODUCTEN Hydro-actieve verbanden Schuimverbanden		REGULERENDE PRODUCTEN Huidvervangende wondbedekkers
DROOG Droog houden tot de necrotische korst loslaat		DROOG Reductie debris	BASISPRODUCTEN Gazen gedrenkt in NaCl 0,9% of reinigende vloeistoffen	STAGNEREND	REGULERENDE PRODUCTEN Proteaseremmers
			REGULERENDE PRODUCTEN "Nat" alginaat	DROOG Beschermen van granulatieweefsel, creëren van juiste vochtigheid	BASISPRODUCTEN Vette gasen en wondcontactmaterialen
			HYDRATERENDE PRODUCTEN Hydrocolloïden Hydrogels Transparante wondfolies (kontdurend)		HYDRATERENDE PRODUCTEN "Nat" alginaat Hydrogels Hydrocolloïden Transparante wondfolies
Infectie		Infectie		Infectie	
Verwijzen naar behandelbaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven		Verwijzen naar behandelbaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven		Verwijzen naar behandelbaar zodat antibacteriële en/of farmacotherapeutische producten kunnen worden voorgeschreven	
Wondrand		Wondrand		Wondrand	
Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers	Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers	Maceratie	BASISPRODUCTEN Huidverzorgers en -beschermers

Bijlage 5: Berekening steekproef

Volgens onderstaande formule is de steekproefberekening geformuleerd (Kallio, 2022):

Steekproefgrootte = steekproefgrootte ongelimiteerde populatie / $\{1 + [\text{zekerheid}^2 \times \text{proportie} \times (1 - \text{proportie})] / [\text{foutenmarge}^2 \times \text{populatiegrootte}]\}$

Zekerheidsmarge = 95% of 1,96 (Baarda, 2019)

Foutenmarge = 5% of 0,05 (Baarda, 2019)

Proportie = 50% of 0,5 (Baarda, 2019)

Ongelimiteerde populatie = 385 (Baarda, 2019)

Populatiegrootte = 60 medewerkers (zie paragraaf 2.4)

Met de gegevens van bovenstaande formule zou de berekening er als volgt uit komen te zien:

Steekproefgrootte = $385 / \{1 + [1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)] / [0,05^2 \times 60]\} = 52$

Conclusie: Volgens de steekproef zouden de onderzoekers 52 medewerkers vanuit de 4 wijken moeten interviewen.

Bijlage 6: Opzet tabel dossieronderzoek

Dossier onderzoek

WIJK....:

Code.....	Invullen	Ja	Nee
Startdatum wondzorg			
Einddatum wondzorg			
Is wond app (indien van toepassing) afgesloten			
Soort wond			
Totale frequentie geleverde wondzorg			
Totale frequentie rapportages over geleverde wondzorg			
Komen frequenties overeen met rapportages			
Frequentie rapportages TIME en WCS			
Frequentie rapportages klinische beschrijving			
Frequentie rapportages door middel van foto's			
Altis ingevuld			
Wondbeleid ingevuld			

Bijlage 7: Opzet topiclijst interview

Nr.	Hoofdtopic	Voorbeeld vragen	Doorvraagvragen	Extra informatie
0	Inleiding	1. Welkom, fijn dat u tijd kon vrijmaken Formulier ondertekend? Akkoord met opname? - Vragen: OWA te openen op werktelefoon Wij gaan niets veranderen aan de app, alleen het gebruik bekijken		
1	Functie zorgverlener	Opname starten 1. In welke wijk bent u werkzaam? 2. Hoeveel jaar bent u werkzaam in deze wijk? 3. Als functie mag ik dit... invullen? 4. Hoeveel maanden ervaring met wondzorg heeft u gedurende uw loopbaan opgedaan? In welke frequentie ziet u wonden/ verzorg u wonden? (wekelijks, maandelijks)	4. Definiëren wat is veel of weinig.	

2	Wondzorg	Kunt u kort benoemen hoe de wondzorg momenteel verloopt? Wat is de werkwijze van wondzorg?		
3	Ervaring OWA	1.Kunt u mij in enkele steekwoorden vertellen wat de Ons Wond applicatie inhoud? 2.Heeft u een demonstratie gekregen over de ONS wond applicatie? Hoe vond u deze demonstratie? 3. Wat is uw ervaring met de OWA? 4.Hoelang werkt u met de OWA?	1. Bij 'nee' korte samenvatting geven 2. Bij 'ja': Was dit voor u voldoende informatie om gebruik te maken van de OWA? Bij 'nee': Hoe bent u dan aan de informatie gekomen over de applicatie?	1.Bij geen of te weinig kennis, geven de interviewers een korte samenvatting wat er in dit interview verstaan wordt onder de OWA: Een app die bij juist gebruik de wond monitort en het genezingsproces vastlegt aan de hand van het Time- en het WCS-classificatie. Bent u bekend met deze modellen? Zo ja, zou je mij hier kort wat over willen vertellen? Zo nee, korte uitleg TIME en WCS-classificatie aan de hand van bijlage 1 onderaan dit bestand.
4	Oordeel OWA	1.Wat is volgens u de meerwaarde van de OWA? 2.Wat is volgens u de inhoud van de OWA/ kunt u daar wat over vertellen? (altis, time, wcs) 3.Hoe helpt de OWA in de rapportage	Na het uitvoeren van wondzorg op welke wijze rapporteert u?	
5	Bevorderende factoren	1.Wat zijn volgens u de positieve kanten van de OWA? (niet te veel inhoudelijk) 2. Wat zorgt ervoor dat u de OWA juist wel gebruikt? Wat helpt u?	1.Worden deze positieve kanten ook ingezet? Wat maakt dat dit als positief ervaren wordt?	

6	Belemmerende factoren	1. Wat zijn volgens u de negatieve kanten bij het gebruik van de OWA? (niet te veel inhoudelijk) 2. Waarom of hoe uiten zich deze negatieve kanten? 3. Is dit in het nadeel van de cliënt? 4. En wat maakt dat u hem juist niet gebruikt?	1. Wat maakt dat dit als negatief ervaren wordt? 3. Bij 'Ja' kunt u dit meer uitlichten?	
7	Inzet OWA in de wijk	1. Wordt er binnen jouw wijk aandacht besteed aan de inzet van de OWA? 2. kunt u mij vertellen wat de afspraken zijn omtrent het gebruik van de OWA? 3. Op welke momenten gebruikt u de OWA? 4. Hoe wordt de OWA naar uw inzicht ingezet bij cliënten met een wond? 5. Op welke wijze rapporteert u nadat u wondzorg heeft geleverd?	1. Bij 'ja' op welke manier uit zich dit? Bij 'nee' waar ligt dit volgens u aan? 3. Wanneer de geïnterviewde vastloopt volgende punten één voor één aandragen: aanmaken wond, rapporteren, monitoren, sparren met collega's, ect. 4. Gebeurt dit altijd? 5. Altijd via de Time-model in de OWA? Vult u hier ook de WCS bij in? Rapporteert u dit in de wondapplicatie of in de reguliere rapportages van het ECD?	2. evt. Doorvragen 2. Afspraken: Bij constateren van een wond contact opnemen met hbo-v voor wondbeleid en mbo- of hbo-v voor het aanmaken van de wondapp. Op de dag van de laatste wondzorg wordt door de mbo- of hbo-v de wond afgesloten in de app.

8	Afsluiting	1. Op een schaal van 1 tot 10, welk cijfer geeft u het gebruik van de OWA? 2. Heeft u nog aanvullende informatie of vragen die van belang kunnen zijn voor het onderzoek? 3. Bedankt voor uw tijd en inzet. Informeren over terugkoppeling. Opname stoppen.	1. Wat maakt dat het al een.... is?	
---	------------	---	-------------------------------------	--

Bijlage 8: Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Onderzoeker 1:

Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Sinds eind 2018 is de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 6-2-2023

Plaats: Maastricht



Naam (indien student ook studentnummer): Nicole Visser 2063946

Academie: Hogeschool Zuyd Heerlen

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Onderzoeker 2:

Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Sinds eind 2018 is de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 10-2-2023

Plaats: Maastricht



Naam (indien student ook studentnummer): Mel Jonkman 2063752

Academie: Verpleegkunde Hoge school Zuyd

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Onderzoeker 3:

Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Sinds eind 2018 is de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum 06-02-2023

Plaats: Eckelrade



Naam (indien student ook studentnummer): Mandy Lemmeliijn (2064154)

Academie: Hogeschool Zuyd, Heerlen, opleiding Verpleegkunde

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Bijlage 9: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoeker 1:

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 6-2-2023

Plaats: Maastricht

Naam (indien student ook studentnummer): Nicole Visser 2063946

Academie: Hogeschool Zuyd Heerlen

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.



Onderzoeker 2:

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 10-2-2023

Plaats: Maastricht



Naam (indien student ook studentnummer): Mel Jonkman 2063752

Academie: Verpleegkunde Hoge school Zuyd.

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Onderzoeker 3:

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 06-02-2023

Plaats: Eckelrade

Naam (indien student ook studentnummer): Mandy Lemmeliijn (2064154)

Academie: Hogeschool Zuyd, Heerlen opleiding Verpleegkunde

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.



Informatiebrief participanten

Technologie doet wond(eren)

Een kwalitatief praktijkgericht onderzoek naar het gebruik van de ONS wond applicatie

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een praktijkgericht onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze brief omdat de wijk... geselecteerd is om deel te nemen aan het onderzoek over het gebruik van de wondapplicatie. Het onderzoek vindt plaats tussen 7 februari en 22 mei binnen de extramurale thuisteams van Envida. In totaal zullen vier wijken deelnemen aan het onderzoek.

Aan dit onderzoek zullen naar verwachting 12 medewerkers van het verpleegkundig en verzorgend personeel deelnemen. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoekers uitleg als u vragen heeft.

1. Doel van het onderzoek

Sinds februari 2022 maakt Envida gebruik van de wondapplicatie in het ONS cliënten dossier. De vakgroep wond- en stomazorg heeft momenteel te weinig inzicht in de frequentie en wijze waarop de wondapplicatie wordt toegepast in de verschillende wijken van Envida. Gezien er in de extramurale zorg solistisch en zelfstandig gewerkt wordt, is het rapporteren, monitoren en evalueren van wonden van groot belang. Door middel van dit onderzoek worden de bevorderende en belemmerende factoren van het werken met de wondapplicatie in kaart gebracht. Vervolgens wordt hier een adviesrapport opgesteld met optimalisatiemogelijkheden om het gebruik van de applicatie te bevorderen en de kwaliteit van goede basis wondzorg te waarborgen.

2. Wat meedoen inhoudt

Wanneer u deelneemt aan het onderzoek betekent het dat u eenmalig geïnterviewd wordt over het gebruik van de wond applicatie. Het interview duurt ongeveer 30 minuten en zal fysiek plaatsvinden. Indien mogelijk de locatie bij uw wijkkantoor en anders een nader af te spreken locatie. Het interview zal in de periode van maandag 24 april en vrijdag 5 mei plaatsvinden. Het interview zal via audioapparatuur opgenomen worden, waarbij alleen wij als onderzoekers toegang hebben tot deze opnames. Tijdens het interview zullen twee onderzoekers aanwezig zijn om het interview af te nemen. De opnames worden gepseudonomiseerd, dit wil zeggen dat uw persoonsgegevens worden vervangen door versleutelde gegevens, waardoor dit niet naar u te herleiden is. De gegevens vanuit het interview worden verwerkt volgens betreffende wet- en regelgeving. Na het interview is de deelname aan het onderzoek voor u volbracht en afgesloten. Wanneer u ervoor open staat zullen de onderzoekers na het afronden van het praktijkgericht onderzoek het onderzoek met u delen.

3. Mogelijke voor- en nadelen

Bij dit onderzoek zijn de risico's die u loopt bij deelname nagenoeg nihil. Het is wel belangrijk dat u de mogelijke voor- en nadelen goed afweegt voordat u besluit mee te doen. Mogelijke voordelen van deelname is om Envida breed, de kwaliteit van basiswondzorg te bevorderen. Tevens wordt bij cliënten de best mogelijke wondzorgbehandeling en monitoring toegepast door middel van de wond applicatie. Nadelen zijn bij de onderzoekers niet bekend.

4. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoekers. De gegevens die tot dat moment

zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek. Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laten de onderzoekers dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u blijft meedoen.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek wordt een deel van uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het gaat om gegevens zoals uw naam en functie. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren op de hbo- kennisbank. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling (Zuyd Hogeschool). Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever, thesiskringbegeleider en de tweede beoordelaar van Zuyd Hogeschool worden gestuurd bevatten alleen de code, maar niet uw naam of ander gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen wel uw naam en andere persoonlijke gegevens zonder code inzien. Dit kunnen gegevens zijn die speciaal voor dit onderzoek zijn verzameld. Dit zijn mensen die controleren of de onderzoekers het onderzoek goed en betrouwbaar uitvoeren. Deze personen kunnen bij uw gegevens komen:

- Functionaris van de gegevens bescherming van Zuyd Hogeschool

Deze personen houden uw gegevens geheim. Voor inzage door deze personen vragen wij u toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar worden bewaard op de onderzoek locatie (Zuyd Hogeschool).

Bewaren en gebruiken van gegevens

Uw verzamelde gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek ook nog van belang zijn voor ander onderzoek op het gebied van de wond applicatie. Daarvoor zullen uw gegevens 10 jaar worden bewaard binnen Zuyd Hogeschool. In het toestemmingformulier geeft u aan of u dit goed vindt. Geeft u geen toestemming? Dan kunt u nog steeds meedoen met dit onderzoek.

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. Zeg dat dan tegen de onderzoekers. Dit geldt voor dit onderzoek en ook voor het bewaren en het gebruik voor het toekomstige onderzoek. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoekers. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de onderzoekslocatie (Zuyd Hogeschool), zie bijlage A voor de contactgegevens, of de Autoriteit Persoonsgegevens.

6. Geen vergoeding voor meedoen

Bij deelname aan het onderzoek wordt geen eigen bijdrage verwacht en u ontvangt geen vergoeding. De reiskosten en eventuele parkeerkosten worden vergoed door Envida.

7. Heeft u vragen of een klacht?

Indien u vragen of klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoekers. Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot [REDACTED] zij is als voorzitter vanuit de vakgroep wond- en stomazorg verbonden aan het onderzoek. Alle gegevens vindt u in **bijlage A: Contactgegevens**.

8. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. Zowel uzelf als de onderzoekers ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.

Dank voor uw aandacht.

Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens voor Envida

(Lokale) Hoofdonderzoekers:

Naam: [REDACTED]
Functie: hbo- verpleegkundige in opleiding
Contactgegevens: [REDACTED]
Bereikbaarheid: Di – Woe – Donderdag

Naam: [REDACTED]
Functie: hbo- verpleegkundige in opleiding
Contactgegevens: [REDACTED]
Bereikbaarheid: Di – Woe - Donderdag

Naam: [REDACTED]
Functie: hbo- verpleegkundige in opleiding
Contactgegevens: [REDACTED]
Bereikbaarheid: Di – Woe – Donderdag

Tweede aanspreekpunt:

Naam: [REDACTED]
Functie: Wijkverpleegkundige, Wondverpleegkundige, Lid van Vakgroep wond- en stomazorg.
Contactgegevens: [REDACTED]
Bereikbaarheid: Ma – Di – Woe - Donderdag

Klachten

Als u klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dat melden aan de onderzoekers. Wilt u dit liever niet, dan kunt u contact opnemen met het tweede aanspreekpunt [REDACTED]

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over het gebruik of de verwerking van uw gegevens, of over uw rechten, kunt u contact opnemen met:

Functionaris Gegevensbescherming (FG) van Zuyd Hogeschool

Naam: Stichting Zuyd Hogeschool
Email: functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl.

Bijlage B: toestemmingsformulier deelnemers

Technologie doet wond(eren)

Een kwalitatief praktijkonderzoek naar het gebruik van de ONS wondapplicatie

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
 - Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
 - Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
 - Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen al mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan in deze informatiebrief. Ik geef deze mensen toestemming om mijn gegevens in te zien voor deze controle.
 - Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen**
toestemming om mijn persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek op het gebied van de ONS wondapplicatie.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

De deelnemer krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Bijlage 11: schematische weergave rapportages

Tabel 1: Procentuele weergave rapportages W1 en W2

W1 en W2		
Soort rapportage	Aantal rapportages	Procentueel
TIME-model & WCS-classificatie	478	62,5%
Fotorapportage	125	16,3%
Klinische beschrijving	162	21,2%
Totaal	765	100%

Tabel 2: Procentuele weergave rapportages W3 en W4

W3 en W4		
Soort rapportage	Aantal rapportages	Procentueel
TIME-model & WCS-classificatie	239	41,2%
Fotorapportage	253	43,5%
Klinische beschrijving	89	15,3%
Totaal	581	100%