Onderzoeksverslag

VERPLEEGKUNDIGE TOPZORG

Snellere genezing complexe wond door samenwerking thuiszorgmedewerker en wondverpleegkundige

Auteurs:	Lianne Hofsteenge - 327587
	Ineke Raven - 311866
Opleiding:	HBO-V zij-instroom
Uitstroomprofiel:	AGZ
Datum:	15-06-2017
Osiris code:	HVVB16AFOU3
Opdrachtgevers:	K. van Hasselt & J. Zeilstra
Docentbegeleider:	F. Kaajk

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag geschreven door Lianne Hofsteenge en Ineke Raven. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de projectleiders van Verpleegkundige Topzorg. In het onderzoeksverslag worden de ervaringen van de thuiszorgmedewerkers over de samenwerking met de wondverpleegkundige van Verpleegkundige Topzorg beschreven.

Wij willen alle thuiszorgmedewerkers bedanken voor de medewerking aan ons onderzoek. Ook willen wij de projectleiders van Verpleegkundige Topzorg bedanken voor de mogelijkheid die zij ons hebben gegeven om dit onderzoek uit te voeren. Daarnaast willen wij onze docentbegeleider Francie Kaajk bedanken voor de begeleiding en tips die zij ons tijdens deze periode heeft gegeven.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van dit onderzoeksverslag.

Inhoudsopgave

Samenvatting

Introductie In de gezondheidzorg vindt er een toenemende verschuiving plaats richting de thuiszorg. Dit zorgt ervoor dat er ook steeds meer specialistische zorg geleverd moet worden bij de cliënt thuis. Het UMCG heeft in samenwerking met zeven thuiszorgorganisaties de pilot Verpleegkundige Topzorg opgezet. Het doel van de pilot is om thuiszorgmedewerkers die cliënten met complexe wonden verzorgen, samen te laten werken met een wondverpleegkundige. Op deze manier wordt er via de 1e lijn specialistische zorg verleend aan de cliënt. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de ervaringen van de thuiszorgmedewerkers over de samenwerking met de wondverpleegkundige tijdens de regiefunctie complexe wondzorg. Het doel is om de samenwerking tussen de thuiszorgmedewerker en de wondverpleegkundige zo optimaal mogelijk te maken, waardoor kennis en expertise kan worden gebundeld en gedeeld. De kwaliteit van de wondzorg wordt verhoogd, wonden genezen sneller en kosten worden verlaagd.
Theoretisch kader Een complexe wond is een wond met een verstoorde genezingstendens ten gevolge van pathosfysiologische factoren. In Nederland krijgen jaarlijks circa 350.000 cliënten extramurale zorg voor complexe wonden. Doordat patiënten steeds ouder worden en het aantal patiënten met chronische aandoeningen stijgt, zal het aantal patiënten met complexe wonden groeien. Thuiszorgmedewerkers hebben generalistische kennis, waardoor de specialistische kennis over wondzorg vaak ontbreekt. De wondverpleegkundige heeft naast de verpleegkundige opleiding een vervolgopleiding gedaan, waardoor zij gespecialiseerd zijn in het behandelen, verzorgen en begeleiden van cliënten met wonden. Verschillende studies hebben al aangetoond dat de ondersteuning van een wondverpleegkundige in de thuiszorg, een bijdrage levert aan een betere wondgenezing van de cliënt.
Onderzoeksmethodiek Het onderzoek is kwalitatief van aard. De ervaringen van de thuiszorgmedewerkers werden gemeten aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Deze interviews werden telefonisch afgenomen en opgenomen. Het interview bestond uit twaalf open interview vragen gericht op de manier waarop de samenwerking is verlopen volgens de thuiszorgmedewerker en hun ervaring over de samenwerking. De opnames van de interviews zijn getranscribeerd, de teksten zijn gecodeerd en families werden gevormd.
Onderzoeksresultaten In totaal werden er 21 thuiszorgmedewerkers geïnterviewd. In de interviews is naar voren gekomen dat de samenwerking tussen de thuiszorgmedewerker en wondverpleegkundige tijdens de regiefunctie complexe wondzorg, wisselend is verlopen. Thuiszorgmedewerkers gaven in het interview aan dat de wondverpleegkundige goed communiceert, deskundig is en goede ondersteuning bied. Daarnaast vinden thuiszorgmedewerkers de wondverpleegkundige laagdrempelig. Een reden hiervoor is dat de wondverpleegkundige en thuiszorgmedewerker uit het zelfde vakgebied komen. Een minderheid van de thuiszorgmedewerkers geeft aan de samenwerking gereflecteerd te hebben met de wondverpleegkundige. Dit komt bij sommige thuiszorgmedewerkers doordat ze de wondverpleegkundige al jaren kennen.
Conclusie Geconcludeerd kan worden dat thuiszorgmedewerkers de samenwerking met de wondverpleegkundige als positief ervaren. In de interviews is een aantal op- of aanmerkingen benoemd waar een aanbeveling uit voort is gekomen.
Aanbevelingen De volgende aanbevelingen worden gegeven aan Verpleegkundige Topzorg: Reflecteer de samenwerking met de thuiszorgmedewerker na de regiefunctie complexe wondzorg, breidt het aantal verpleegkundige specialisten uit voor cliënten met andere aandoeningen, schep duidelijkheid over wanneer de thuiszorgmedewerker een wondverpleegkundige van Verpleegkundige Topzorg moet inschakelen.

Inleiding

In de gezondheidzorg vindt er een toenemende verschuiving plaats richting de thuiszorg, waardoor er steeds meer specialistische zorg geleverd moet worden bij de cliënt thuis (Smith, 2012). In dit onderzoek wordt er gekeken naar de samenwerking tussen thuiszorgmedewerkers en de verpleegkundig specialist of wondconsulent bij de behandeling van complexe wonden bij thuiszorg cliënten. De onderzoeksvraag is tot stand gekomen door een vraag vanuit de pilot Verpleegkundige Topzorg. De pilot is een samenwerkingsverband tussen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en zeven thuiszorgorganisaties (Zeilstra, 2016). Wanneer de genezing van een complexe wond geen vooruitgang boekt kan de thuiszorgmedewerker beroep doen op Verpleegkundige Topzorg. Vanuit Verpleegkundige Topzorg gaat een verpleegkundig specialist of wondconsulent samen met de thuiszorgmedewerker op consult bij de cliënt thuis. Hierbij wordt een anamnese afgenomen en een wondbehandelplan opgesteld (Schoor, 2017). Een verpleegkundig specialist en wondconsulent, zijn verpleegkundigen met een vervolgopleiding, die gespecialiseerd zijn in het behandelen, verzorgen en begeleiden van patiënten met wonden (Erasmus MC, 2017). Deze verpleegkundigen worden vanaf nu wondverpleegkundigen in het verslag genoemd.
Om de samenwerking tussen de thuiszorgmedewerker en de wondverpleegkundige zo goed mogelijk te laten functioneren willen de projectleiders weten hoe de samenwerking wordt ervaren door de thuiszorgmedewerkers. Het gaat hierbij om de samenwerking tijdens de regiefunctie complexe wondzorg. Regiefunctie complexe wondzorg wordt gehanteerd als beleidsregel van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA). Regiefunctie complexe wondzorg omschrijft het traject waarin de wondverpleegkundige de cliënt voor één of meerdere complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt (NZa, 2012).
Bij de samenwerking tussen de wondverpleegkundige en de thuiszorgmedewerker, heeft de wondverpleegkundige een adviserende, coachende en instruerende rol naar het thuiszorgteam (V&VN, 2012a). De wondverpleegkundige moet de thuiszorgmedewerkers instrueren wanneer en hoe ze contact op moeten nemen met de wondverpleegkundige. Daarnaast moet de wondverpleegkundige goed kunnen communiceren en haar kennis kunnen overbrengen naar de thuiszorgmedewerkers (Bryand & Nix, 2016). Het geen dat de communicatie tussen de thuiszorgmedewerker en wondverpleegkundige zou kunnen bemoeilijken is vak jargon (Mackavey, 2016). Doordat de wondverpleegkundige vaktermen gebruikt die de thuiszorgmedewerker mogelijk niet kent. Het wondbehandelplan opgesteld door de wondverpleegkundige moet bestaan uit een gedetailleerde en uitgebreide overdracht van informatie waarin staat welk wondmateriaal gebruikt moet worden. Ook moet het wondbehandelplan goed bruikbaar-, te realiseren- en terug te vinden zijn voor de thuiszorgmedewerkers (Bryand & Nix, 2016). Na de samenwerking is het van belang dat deze wordt gereflecteerd (V&VN, 2012a).
Er is veel literatuur te vinden over de rol van de wondverpleegkundige bij de behandeling van complexe wonden. Daarnaast is er onderzoek gedaan naar de ervaringen van zorgverleners werkende in verpleeghuizen en ziekenhuizen over de samenwerking met de wondverpleegkundige (HCG, 2015). Ook is er bekend dat thuiszorgmedewerkers de wondverpleegkundige geschikt vinden voor het geven van advies over de behandeling van complexe wonden (Jetten, Senczuk, Hermans, Ruijters & Van Rossum, 2015).
Echter is er nog weinig onderzoek gedaan naar de ervaringen van thuiszorgmedewerkers over de samenwerking met de wondverpleegkundige. Deze samenwerking is steeds meer nodig door de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, waarbij de wondverpleegkundige een grotere rol speelt (NIVEL, 2013).
De onderzoeksvraag luidt als volgt: Hoe ervaren de thuiszorgmedewerkers werkende bij één van de zeven thuiszorgorganisaties die mee doen aan de pilot Verpleegkundige Topzorg, de samenwerking met de wondverpleegkundige tijdens de regiefunctie complexe wondzorg bij de thuiszorg cliënt? Door te kijken naar welke informatie nog ontbreekt over de ervaringen van thuiszorgmedewerkers in samenwerking met de wondverpleegkundige zijn de volgende deelvragen tot stand gekomen:

- Hoe verloopt de samenwerking met de wondverpleegkundige volgens de thuiszorgmedewerkers?
- Hoe wordt de verkregen kennis van de wondverpleegkundige na het consult door de thuiszorgmedewerkers onderling overgedragen in het thuiszorgteam?
- Ervaren thuiszorgmedewerkers de samenwerking met de wondverpleegkundige als meerwaarde voor het leveren van een goede wondzorg aan de cliënt?
- Kan er volgens de thuiszorgmedewerkers nog iets verbeterd worden in de samenwerking met de wondverpleegkundige?
- Hebben thuiszorgmedewerkers de behoefte om nogmaals samen te gaan werken met een wondverpleegkundige bij de behandeling van complexe wonden of een verpleegkundig specialist bij cliënten met andere aandoeningen?

De doelstelling van het onderzoek is het houden van een tussentijdse evaluatie van de pilot Verpleegkundige Topzorg. Hierbij wordt de samenwerking tussen de thuiszorgmedewerker en wondverpleegkundige tijdens de regiefunctie complexe wondzorg geëvalueerd. Hierdoor kan de samenwerking zo optimaal mogelijk worden gemaakt en kan kennis en expertise worden gebundeld en gedeeld. De kwaliteit van verpleegkundige zorg en behandeling wordt verhoogd, waardoor de wond sneller geneest en de kosten worden verlaagd.
De verpleegkundige relevantie van het onderzoek komt voort uit het feit dat de verpleegkundige veel werkt in samenwerkingsverband met beroepsgenoten en deskundigen. De verpleegkundige kan fungeren als contactpersoon tussen relevante disciplines of instellingen (Leistra, Liefhebber, Geomini & Hens, 1999). Daarnaast is een goede onderlinge samenwerking relevant voor de kwaliteit en continuïteit van zorg rondom de behandeling van de complexe wond van de cliënt (V&VN, 2012a).
Het onderzoeksverslag is als volgt opgebouwd: In het eerste hoofdstuk wordt het beleidsmatig-, bedrijfsmatig- en theoretisch kader beschreven. Het tweede hoofdstuk bevat een weergave van de onderzoeksmethodiek die is gehanteerd tijdens de uitvoering van het onderzoek. De resultaten van het onderzoek worden in hoofdstuk drie uiteen gezet. Tot slot wordt de discussie en conclusie weergeven en worden er aanbevelingen gedaan.

1. Beleidsmatig- bedrijfsmatig- en theoretisch kader

Inleiding
In dit hoofdstuk wordt het onderzoek ingeleid aan de hand van een beleidsmatig-, bedrijfsmatig- en theoretisch kader. In paragraaf 1.1 wordt uitgelegd wat de transitie van zorg inhoudt. Het verschil tussen generalistische en specialistische kennis wordt beschreven in paragraaf 1.2. Paragraaf 1.3 beschrijft verschillende beroepen van verpleegkundigen die een vervolgopleiding hebben gedaan om zich te specialiseren in de wondzorg. In paragraaf 1.4 wordt uitgelegd wat een complexe wond is en het hoofdstuk sluit af met paragraaf 1.5, het beleidsmatig kader. Hierin wordt de pilot Verpleegkundige Topzorg nader toegelicht.

1.1 Transitie van zorg

In de gezondheidzorg vindt er een toenemende verschuiving plaats richting de thuiszorg. Patiënten worden eerder ontslagen uit het ziekenhuis en wonen langer thuis. Hierdoor zijn thuiszorgorganisaties genoodzaakt uitgebreide zorg te bieden aan cliënten thuis, waaronder wondzorg (Smith, 2012). Het aantal patiënten met complexe wonden is groeiende door de vergrijzing van de bevolking. Patiënten worden steeds ouder en het aantal patiënten met chronische aandoeningen als diabetes en vaatlijden stijgt (Wondplatform Nederland, 2011). Daarnaast neemt de comorbiditeit en het gebruik van medicijnen bij patiënten toe. Deze factoren hebben nadelige effecten op het genezingsproces van de wond (Chamanga, 2015). In Nederland krijgen jaarlijks circa 350.000 cliënten extramurale zorg voor complexe wonden. De kosten van de zorg voor patiënten met complexe wonden zijn hoog vanwege de vaak langdurige inzet van zorgprofessionals en het gebruik van genees- en verbandmiddelen (Capgemini Consulting, 2014). Door gebrek aan afstemming of onjuist gebruik van materiaal kunnen de kosten ook nog eens oplopen (Schoor, 2017). Het is moeilijk aan te geven, om welk bedrag het jaarlijks precies gaat. Er wordt een schatting gedaan van 1.5 miljard euro aan directe zorgkosten (Wondplatform Nederland, 2011).
Naast de toenemende verschuiving in de thuiszorg is er nog een transitie gaande in de zorg. Internationaal is er een beweging gaande waarbij het aantal verwijzingen wordt teruggedrongen. Ook in Nederland is de beleidsfocus binnen de zorg veel meer op de eerste lijn komen te liggen. Het doel hiervan is om gezondheidswinst en langere zorgkosten te realiseren. De wondverpleegkundige kan in de eerstelijns zorg veel betekenen (NIVEL, 2013).

1.2 Generalistisch – specialistisch

Thuiszorgmedewerkers hebben generalistische kennis, waardoor de specialistische kennis over wondzorg vaak ontbreekt (Corbett, 2012). Thuiszorgteams zijn te klein om alle specialistische kennis in huis te hebben. Een complexe wond, zoals bijvoorbeeld een open been, komt in een gemiddeld thuiszorgteam circa drie keer per jaar voor. Dat is te weinig om de noodzakelijke deskundigheid op peil te houden (Verpleegkundige Topzorg, 2017). De wondverpleegkundige heeft wel specialistische kennis over wondzorg en de relevante pathologie hierover. De wondverpleegkundige brengt deze specialistische kennis over aan de thuiszorgmedewerker (V&VN, 2012). Daarnaast geeft de wondverpleegkundige inzicht in het efficiënt gebruik maken van personeel en middelen, zij ontwikkelt protocollen en houdt zich bezig met de preventie van decubitus (Bryand & Nix, 2016). Studies hebben aangetoond dat de ondersteuning van een wondverpleegkundige in de thuiszorg, resulteert in een betere wondgenezing (Bonnie, Bliss, Savik, Hou & Borchert, 2013; Corbett, 2012; Mackavey, 2016). De kwaliteit en cliënttevredenheid wordt vergroot, kosten worden verlaagd (Smith, 2012) en (her)opnames worden voorkomen (Schoor, 2017).
Thuiszorgmedewerkers hebben aangegeven dat ze de wondverpleegkundige geschikt vinden voor het geven van advies over de behandeling van complexe wonden (Jetten et al., 2015). Ook geven ze aan advies te vragen aan een wondverpleegkundige wanneer de wonden te complex zijn (Friman et al., 2011). Verscheidene thuiszorgmedewerkers geven aan dat de wondverpleegkundige laagdrempelig en toegankelijk is. Een

wondverpleegkundige vertelt: "*Ik merk dat als er een vraag uit de wijk komt, de verpleging sneller naar mij vraagt dan naar de huisarts. Ik denk dat dit voorvloeit uit het feit dat ik geen arts ben*" (Jetten et al. 2015). In het onderzoek van het instituut beleid & management gezondheidszorg (2015) zijn er verschillende case studies uitgevoerd in één verpleeghuis en één ziekenhuis. Hierbij is er gesproken met de zorgverleners over hun ervaringen over de samenwerking met de wondverpleegkundige. Hieruit blijkt dat zij de komst van een wondverpleegkundige vaak als prettig ervaren, zowel voor de wijze waarop zij hun eigen werk kunnen verrichten als voor de kwaliteit van de zorg in het algemeen. Één spoedeisende hulp verpleegkundige heeft gezegd dat de wondverpleegkundige continuïteit brengt in het zorgproces en dat het heel fijn is om met haar samen te werken. Ook zegt zij dat de wondverpleegkundige de verpleging beter begrijpt, omdat ze uit hetzelfde vak komt: "*Ze weet waar ze het over heeft en wat ze van je vraagt. Ook kan de wondverpleegkundige even helpen als bepaalde handelingen minder goed gaan".*

1.3 Verpleegkundige beroepen gespecialiseerd in wondzorg

Sinds een aantal jaren zijn er opleidingen waar zorgprofessionals zich kunnen specialiseren op het gebied van de behandeling van patiënten met complexe wonden. In Nederland kunnen verpleegkundigen zich specialiseren tot wondconsulent of verpleegkundig specialist (Start wondverzorging, 2012). In dit onderzoek is veel gebruik gemaakt van wetenschappelijke onderzoeken uit de Verenigde Staten. In de Verenigde Staten kunnen verpleegkundigen zich specialiseren tot Wound Ostomy and Continence Nurse (WOCN). Deze WOCN is vergelijkbaar met de Nederlandse verpleegkundig specialist en wondconsulent (Corbett, 2012).

De wondconsulent is een verpleegkundige in het bezit van een diploma wondconsulent. De wondconsulent is deskundig in het verzorgen en behandelen van alle soorten complexe wonden en kent de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van wondzorg. De wondconsulent werkt onder toezicht van de hoofdbehandelaar (CWZ, 2017).

De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige in het bezit van een Master Advanced Nursing Practice (MANP) en staat geregistreerd in het Register Specialismen Verpleegkunde. Een verpleegkundig specialist is zelfstandig bevoegd en gaat een individuele behandelrelatie met de patiënt aan. De verpleegkundig specialist mag volgens de nieuwe wetgeving zelfstandig diagnoses stellen, medicatie indiceren en voorschrijven en voorbehouden handelingen indiceren en verrichten (V&VN, 2012a).

De WOCN is een verpleegkundige die zorg bied aan patiënten met stoma's, wonden, fistels, drains, decubitus en/of continentie problemen. Het WOCN diploma wordt in de Verenigde Staten beschouwd als gouden standaard voor wondverpleegkundigen. Het diploma wordt aangeboden op twee niveaus: bachelor- en master niveau (Corbett, 2012).

1.4 Complexe wonden

In het onderzoek van het UMC St Radboud (2012) kwam op basis van literatuuronderzoek en consultaties van experts de volgende definitie van een complexe wond naar voren: Een complexe wond is een wond met een verstoorde genezingstendens ten gevolge van pathosfysiologische factoren. Deze definitie wordt ook gehanteerd door het Zorginstituut Nederland (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012). Voorbeelden van veel voorkomende complexe wonden zijn: arteriële en/of veneuze beenulcera, decubituswonden, chirurgische wonden en diabetische voetulcera. Minder frequent voorkomend zijn de oncologische ulcera, diepe brandwonden, smetten en bestralingswonden (UMC St Radboud, 2012). Het hebben van deze complexe wonden heeft negatief invloed op de kwaliteit van leven van de patiënten. Patiënten ervaren pijn, onaangename geur en mobiliteitsproblemen (Chamanga, 2015; Wondplatform Nederland, 2011). Voor een optimale wondgenezing spelen vele factoren een rol: lichamelijke conditie, voeding, circulatie en zuurstofvoorziening van de weefsels, medicijngebruik, roken en motivatie van de patiënten. Factoren van specifieke aard zijn pijn en wondinfectie. Aandacht voor al deze factoren zal ertoe leiden dat het doel sneller wordt bereikt namelijk een gesloten wond (V&VN, 2012b). Wondgenezing is doorgaans vanzelfsprekend en vindt plaats volgens een vast patroon van opeenvolgende en deels

overlappende fasen: hemostase, inflammatie, proliferatie en remodellering met ieder een bepaalde duur. In de literatuur wordt geen duidelijk termijn gevonden wanneer een wond, geacht wordt gesloten te zijn. Het is de mening van een expertgroep dat deze periode twee tot vier weken in beslag mag nemen (UMC St Radboud, 2012). Als een wond niet in die periode geneest spreken we van een verstoorde wond genezing en moet de patiënt worden doorverwezen naar een wonddeskundige.
Aangezien geen enkele patiënt met complexe wond hetzelfde is, moet er voor iedere patiënt een individueel wondbehandelplan worden opgesteld. Een anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek zijn onmisbare onderdelen om tot een juiste diagnose en adequaat behandelplan te kunnen komen (Bryand & Nix, 2016).

1.5 Bedrijfsmatig kader

Verpleegkundige Topzorg is een samenwerkingsverband tussen het UMCG en zeven thuiszorgorganisaties in de regio Noord Nederland (TSN, ICARE, MEANDER, Thuiszorg Dichtbij, Wijkzorg Comfort, Buurtzorg en Wijkzorg InterzorgNN). Het project wordt gefinancierd door het UMCG en de zorgverzekeraars Zilveren Kruis en Menzis (Schoor, 2017). Het wondteam van Verpleegkundige Topzorg bestaat uit drie verpleegkundig specialisten en drie wondconsulten, werkende vanuit één van de samenwerkingspartners (TSN, ICARE en het UMCG) (Zeilstra, 2016). Wanneer een cliënt wordt aangemeld bij Verpleegkundige Topzorg wordt er gekeken welke wondverpleegkundige op consult kan bij de cliënt. Tijdens het eerste consult wordt er een wondbehandelplan opgesteld door de wondverpleegkundige, dit gaat altijd in overleg met de hoofdbehandelaar. Hoe de samenwerking tussen de thuiszorgmedewerker en wondverpleegkundige verder is verlopen tijdens de regiefunctie complexe wondzorg, wordt gevraagd tijdens het interview.

Conclusie

Wereldwijd maar ook in Nederland is er een transitie gaande waardoor de zorg meer op de eerste lijn komt te liggen. Een gevolg van de transitie in de zorg is dat er meer specialistische zorg in de thuiszorg nodig is. Thuiszorgmedewerkers zijn generalistisch opgeleid en hebben niet altijd voldoende kennis om deze specialistische zorg te kunnen bieden. De wondverpleegkundige kan deze specialistische kennis overbrengen aan de thuiszorgmedewerkers. Het gemis aan kennis bij de behandeling van complexe wonden heeft er toe geleid dat verschillende zorg gerelateerde instellingen een samenwerkingsverband hebben opgericht. Verpleegkundige Topzorg is hier één van. Thuiszorgmedewerkers kunnen cliënten met complexe wonden aanmelden. Verpleegkundige Topzorg zorgt dat er een wondverpleegkundige op consult gaat bij de thuiszorg cliënt. Gezamenlijk met de thuiszorgmedewerker wordt er een plan opgesteld voor de behandeling van de complexe wond.

2. Methodologie

Inleiding
Dit hoofdstuk beschrijft de methodiek van het onderzoek. Paragraaf 2.1 bestaat uit een beschrijving van het design van het onderzoek. In paragraaf 2.2 wordt de populatie, de steekproef en de in- en exclusie criteria toegelicht. De wijze waarop de data werd verzameld wordt beschreven in paragraaf 2.3. In paragraaf 2.4 wordt verantwoord hoe de betrouwbaarheid en validiteit is gewaarborgd in het onderzoek. In paragraaf 2.5 wordt de data analyse beschreven. Tot slot wordt in paragraaf 2.6, de ethische verantwoording uitgelegd.

2.1 Onderzoeksdesign
Aan de hand van de onderzoeksvraag werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek. De onderzoeker is bij kwalitatief onderzoek geïnteresseerd in de waarde die mensen geven aan bepaalde zaken. Bij kwalitatief onderzoek wordt er niet of nauwelijks met cijfermatige gegevens gewerkt. Er werd voor kwalitatief onderzoek gekozen omdat er nog weinig bekend was over het onderwerp. Deze aspecten zijn kenmerkend voor kwalitatief onderzoek (De Jong et al., 2008). Tijdens dit onderzoek werd er gekeken naar de meningen en belevingen van de thuiszorgmedewerker, wat ook kenmerkend is voor kwalitatief onderzoek (Blijenbergh, 2013). De ervaringen van verpleegkundigen werden gevraagd aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Naast kwalitatief is het onderzoek ook transversaal. Dit betekent dat er één onderzoek, op één ogenblik plaats vindt van één of meerdere personen die zich in verschillende stadia van een proces bevinden (Swanborn, 2010).

2.2 Populatie/steekproef/in- exclusie criteria
<u>Populatie</u>
In totaal zijn er zeven thuiszorgorganisaties in de regio Noord Nederland die samenwerken met Verpleegkundige Topzorg. Het wondteam Verpleegkundige Topzorg bestaat uit drie verpleegkundig specialisten en drie wondconsulenten. In totaal waren 40 dossiers beschikbaar gesteld door Verpleegkundige Topzorg om deel te nemen aan het onderzoek (N=40).

<u>Steekproef</u>
Alle thuiszorgmedewerkers die deelgenomen hebben aan de pilot Verpleegkundig Topzorg werden geïncludeerd voor het onderzoek, waardoor een steekproef van 100% is uitgevoerd. Verhoeven (2014) geeft aan dat wanneer de groep die uit de steekproef komt in alle belangrijke kenmerken lijkt op de populatie waarover men een uitspraak wil doen men kan spreken over een representatieve steekproef. Na mate de steekproef groter is, is de kans ook groter dat deze een goede afspiegeling vormt van de populatie. Wanneer de steekproef representatief is dan mogen de conclusies uit de analyses op deze steekproef worden uitvergroot en deze zijn dan ook geldig voor de populatie. Dit is de externe validiteit. Doordat de complete populatie werd meegenomen in het onderzoek is de externe validiteit in dit onderzoek hoog.

<u>Inclusie en exclusie criteria</u>
In eerste instantie werden alle 40 thuiszorgmedewerkers die mee hebben gedaan aan de pilot Verpleegkundige Topzorg geïncludeerd. Er waren echter drie redenen waarom thuiszorgmedewerkers werden geëxcludeerd:
1. De thuiszorgmedewerker werkte niet meer bij de thuiszorgorganisatie waar zij werkte toen zij mee deed aan de pilot Verpleegkundige Topzorg.
2. De thuiszorgmedewerker was langdurig ziek.
3. Patiëntendossiers waar geen naam of telefoonnummer van de thuiszorgmedewerker aanwezig was.

2.3 Dataverzameling

Ruim één maand voor de start van het onderzoek werd er een aankondiging gemaakt en verstuurd naar alle thuiszorgorganisaties. De aankondiging werd per mail verstuurd met daarin een affiche waarin uitleg werd gegeven over het onderzoek en het aankomende interview (Bijlage A). Aan het begin van het telefonisch interview werd geïntroduceerd wie de onderzoekers zijn, waarom zij dit gesprek wilden houden, waarom de thuiszorgmedewerker werd geselecteerd, hoe het gesprek werd vastgelegd en wat er zou gebeuren met de verkregen informatie. Daarnaast werd er toestemming gevraagd om het interview uit te voeren en op te nemen. Aan het einde van het gesprek werd herhaald op welke manier het interview verwerkt zou worden en op welke manier de thuiszorgmedewerker het interviewverslag en de resultaten zullen ontvangen. Op deze manier wisten beide partijen precies waar ze aan toe waren (Blijenbergh, 2013).
Het interview vond plaats in de vorm van een tweegesprek, dus één onderzoeker met één thuiszorgmedewerker. Hiervoor werd gekozen zodat één onderzoeker zich kon concentreren op de interviewvragen en het gesprek en de andere onderzoeker eventueel kon helpen met doorvragen of het vragen van verduidelijking. Tijdens het telefonisch interview werden er open vragen gesteld. Door het stellen van open vragen over de ervaringen van de thuiszorgmedewerkers, werd de informatie in eigen bewoording terug gegeven. De wijze waarop thuiszorgmedewerkers hun ervaringen zelf formuleren gaf inzicht in hun eigen belevingswereld. Het open interview was semi-gestructureerd. Bij een semi-gestructureerd interview is de formulering van de vragen van tevoren vastgelegd. Deze worden puntsgewijs doorlopen, maar de volgorde kan soms veranderen naar aanleiding van het verloop van het gesprek. Een voordeel van voorstructurering van de vragen is dat de onderzoeker zelf kan sturen welke informatie tijdens het gesprek in ieder geval aan bod komt, zonder dat de thuiszorgmedewerkers vast zitten aan een specifieke verwoording daarvan (Blijenbergh, 2013). De verkregen informatie van de totale lijst van interviewvragen gaf antwoord op de hoofdvraag en deelvragen. De complete vragenlijst staat beschreven in bijlage B.
Door de onderzoekers werden drie weken besteed aan het afnemen van de interviews. Hiervoor werd gekozen omdat er verwacht werd dat de thuiszorgmedewerkers een andere datum en tijd wilden inplannen voor het houden van een interview. Ook konden thuiszorgmedewerkers op vakantie zijn. De onderzoekers hadden een agenda opgesteld voor het inplannen van de interviews. Voor elk interview werden twintig minuten ingepland. De telefonische interviews werden afgenomen vanuit Villa Terracotta, waar Verpleegkundige Topzorg gevestigd is. Hier waren alle dossiers van de cliënten met de bijhorende telefoonnummers van de thuiszorgmedewerkers aanwezig. Om de gegeven informatie over de ervaringen van de thuiszorgmedewerkers goed te benutten, werden deze zo gedetailleerd mogelijk vast gelegd. Dit werd gedaan door het schrijven van een letterlijk transcript van het interview. Tijdens het interview werd er een geluidsopname gemaakt van het gesprek. Deze werd door de onderzoekers teruggeluisterd en letterlijk uitgetypt (Blijenbergh, 2013). De onderzoekers gingen door met de interviews totdat er geen nieuwe informatie meer werd verkregen. Baarda et al., (2013) noemen dit het saturatiepunt.

2.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid is de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten (Verhoeven, 2014). De betrouwbaarheid van het onderzoek werd op verschillende manieren gewaarborgd. De voorgestructureerde vragen zorgden ervoor dat alle thuiszorgmedewerkers, dezelfde vragen kregen voorgelegd. Dit vergrootte de betrouwbaarheid van de dataverzameling. Hiervoor hadden de onderzoekers voor zichzelf een protocol ontwikkeld waar precies in stond beschreven wat er verteld en gevraagd ging worden aan de thuiszorgmedewerkers. Hierdoor kan het onderzoek worden herhaald, waarbij de resultaten hetzelfde zullen zijn (Verhoeven, 2014). De validiteit is de mate waarin de onderzoekers meten wat ze moeten meten (Verhoeven, 2014). Er was nog geen eerder onderzoek gedaan naar de ervaringen van de thuiszorgmedewerkers over de samenwerking met de wondverpleegkundige. Hierdoor was er nog geen gevalideerd meetinstrument beschikbaar. De vragen van het interview werden door de onderzoekers in overleg met de

projectleiders van Verpleegkundige Topzorg opgezet. Wel werd het meetinstrument goed gekeurd door een hoogleraar verpleegwetenschappen. Volgens Van Alphen (2014) vergroot dit de validiteit. Wanneer een externe deskundige het meetinstrument goedgekeurd wordt dit expert panel validiteit genoemd.
De verkregen data werd letterlijk getranscribeerd door de onderzoekers. Hierbij werden sociale interacties zoals aarzelingen, versprekingen, stiltes, zuchten en gelach vastgelegd. Dit vergroot de kwaliteit van de te analyseren data (Blijenbergh, 2013). Beide onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar twee interviews gecodeerd. De codes werden daarna met elkaar vergeleken en uiteindelijk werd er overlegd welke codes werden toegepast. Hierna hebben de onderzoekers de rest van interviews samen gecodeerd. Blijenbergh (2013) noemt dit intercodeurbetrouwbaarheid.

2.5 Data analyse

Het analyseren van kwalitatieve data bestaat uit drie stappen, coderen, families maken en interpreteren van de concepten. Bij de eerste stap gaan de onderzoekers de transcripten coderen. Alle relevante informatie voor het onderzoek krijgt een code toegekend. Bij een fragment kunnen meerdere codes worden geplaatst. Vervolgens worden de codes ondergebracht in families. Codes die in verband staan met elkaar worden onder één familie geplaatst. Voor het coderen en families maken van de data is gebruik gemaakt van het softwareprogramma Atlas-TI. In de derde stap worden de overgebleven concepten geïnterpreteerd en uitgewerkt tot de resultaten. Dit wordt zo gedaan dat er doormiddel van de resultaten antwoord kan worden gegeven op de vraagstelling in conclusie (Baarda et al., 2013).

2.6 Ethische verantwoording

Het bestuderen van de verschillende waarden en normen in de samenleving wordt ethiek genoemd. Hierbij wordt de vraag gesteld: wat is goed en wat is kwaad. Ook wordt het eigen handelen ter discussie gesteld. (Pool, 2007). De volgende principes zijn van belang bij wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg: respect voor autonomie, weldoen, niet schaden en rechtvaardigheid. Bij het uitvoeren van een onderzoek dient de onderzoeker rekening te houden met deze principes (De Jong et al., 2008). De thuiszorgmedewerkers hebben zelf de keuze gehad of zij wilden meewerken aan het onderzoek. Hierdoor werd respect voor de autonomie gewaarborgd. De privacy van de thuiszorgmedewerkers werd gewaarborgd doordat de resultaten anoniem werden verwerkt. Dit betekent dat de naam van de thuiszorgmedewerker niet voor komt in de resultaten zodat de uitkomsten niet kunnen worden teruggeleid naar de thuiszorgmedewerker. Met weldoen wordt bedoeld dat de handelingen in het belang zijn van de gezondheid van de zorgvrager en deze de zorgvrager niet mogen schaden (Pool, 2007). De resultaten van dit onderzoek werden geschreven ter bevordering van de kwaliteit van de zorg van complexe wonden. Dit is in het belang van de gezondheid van de thuiszorg cliënt.

Conclusie

Het onderzoek is kwalitatief van aard. De data werd verzameld aan de hand van semi-gestructureerde interviews. De interviews zijn opgenomen en werden uitgewerkt doormiddel van transcriberen. De data werd geanalyseerd doormiddel van het software programma Atlas-TI. In het programma werden de transcripten gecodeerd, families werden gevormd en concepten werden geïnterpreteerd. Bij het onderzoek is de betrouwbaarheid en validiteit gewaarborgd en er is rekening gehouden met de ethische verantwoording.

3. Resultaten

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die zijn verkregen door middel van het uitvoeren van het onderzoek. In paragraaf 3.1 worden de respondenten en de non-respons beschreven. In paragraaf 3.2 tot en met 3.7 worden de resultaten per thema rondom de samenwerking uiteen gezet.

3.1 Respondenten

Verpleegkundige Topzorg heeft in totaal 40 dossiers beschikbaar gesteld voor het onderzoek. Zeventien thuiszorgmedewerkers vallen onder de exclusie criteria. Bij drie thuiszorgmedewerkers is er sprake van non respons. Uiteindelijk hebben 21 thuiszorgmedewerkers mee gedaan aan het onderzoek.
Tabel één laat de gegevens per respondent zien. Rij één zijn de respondenten één tot en met 21. Rij twee laat de leeftijd van de respondent zien. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 49,4 jaar. De jongste is 28 jaar en de oudste 65 jaar. Alle respondenten zijn vrouw. Het opleidingsniveau van de respondenten wordt weergegeven in rij drie. De meeste thuiszorgmedewerkers hebben een HBO-V (52,4%) of MBO-V (23,8%) opleiding gevolgd. De rest van de respondenten hebben de inservice opleiding (19,0%) gedaan en één thuiszorgmedewerker de opleiding verzorgende IG (VIG) (4,8%). De functie van de respondent wordt in rij vier weergegeven. De meeste respondenten zijn regisserend wijk verpleegkundige (52,4%). De andere functies van de thuiszorgmedewerkers zijn, verpleegkundige in de wijk (42,9%) of verzorgende in de wijk (4,8%). Rij vijf laat zien bij welke thuiszorgorganisatie de respondent werkzaam is. Van de zeven thuiszorgorganisaties die aangesloten zijn bij Verpleegkundige Topzorg zijn er vier die cliënten hebben aangemeld bij het project: TSN thuiszorg, Icare, Buurtzorg en Comfort thuiszorg. Van Wijkzorg InterzorgNN, Thuiszorg Dichtbij en Meander zijn geen dossiers verkregen door de onderzoekers. Daarnaast zijn er ook nog cliënten aangemeld van twee andere thuiszorgorganisaties, namelijk Stichting Oosterlengte en Senior Assist Care. Deze thuiszorgmedewerkers hebben de cliënt niet zelf aangemeld bij Verpleegkundige Topzorg, dit heeft de dermatoloog van het UMCG gedaan. Rij zes geeft de werkervaring van de respondent in jaren weer. Het gemiddelde aantal jaren werkervaring van de thuiszorgmedewerkers is 18,4 jaar. De thuiszorgmedewerker met de minste jaren werkervaring werkt nu drie jaar en de thuiszorgmedewerker met de meeste jaren werkervaring 42 jaar. In bijlage C zijn de gegevens over de respondenten uitgewerkt in aantallen en procenten. Deze zijn in tabellen vier tot en met acht geplaatst.

Respondent	Leeftijd	Niveau opleiding	Functie	Werkgever	Jaren werkervaring
1	53	MBO-V	Vpk in de wijk	Buurtzorg	3
2	33	MBO-V	Vpk in de wijk	Icare	12
3	60	MBO-V	Vpk in de wijk	Buurtzorg	42
4	31	HBO-V	Reg. wijk vpk	Icare	7
5	65	Inservice	Vpk in de wijk	TSN	25
6	59	MBO-V	Vpk in de wijk	TSN	36
7	48	HBO-V	Reg. wijk vpk	TSN	31
8	65	HBO-V	Reg. wijk vpk	Buurtzorg	15
9	42	MBO-V	Vpk in de wijk	Oosterlengte	3
10	45	HBO-V	Reg. wijk vpk	TSN	20
11	56	VIG	Verz. in de wijk	Buurtzorg	9
12	50	Inservice	Vpk in de wijk	Buurtzorg	25
13	35	HBO-V	Reg. wijk vpk	Icare	9
14	28	HBO-V	Reg. wijk vpk	Comfort	5
15	47	HBO-V	Reg. wijk vpk	Buurtzorg	23
16	39	HBO-V	Reg. wijk vpk	Comfort	15
17	55	HBO-V	Reg. wijk vpk	Buurtzorg	7
18	62	Inservice	Vpk in de wijk	TSN	15
19	53	HBO-V	Reg. wijk vpk	Buurtzorg	29
20	57	Inservice	Vpk in de wijk	Buurtzorg	25
21	55	HBO-V	Reg. wijk vpk	SAS	31

Tabel 1: Gegevens thuiszorgmedewerkers

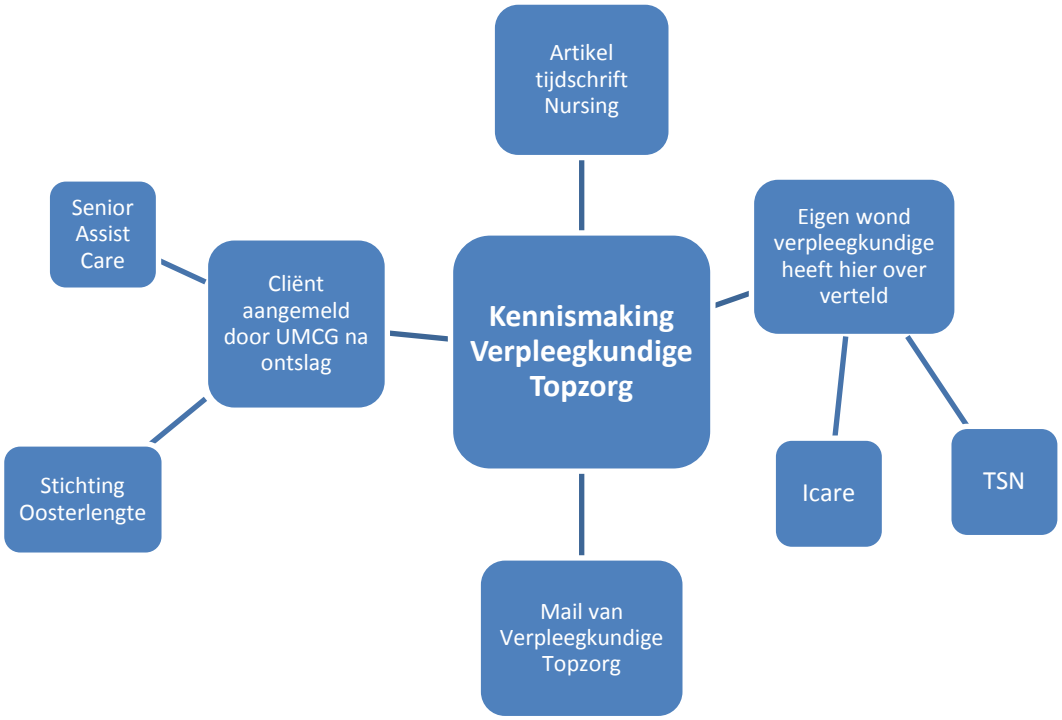
Tabel twee laat zien wat de ervaring van de thuiszorgmedewerkers is met wondzorg. De meeste respondenten hebben intern een cursus (23,4%) of een module wondzorg (25,5%) gevolgd.

Ervaringen/cursussen/opleidingen op het gebied van wondzorg	N	Valid%
Ervaring in het verlenen van wondzorg	4	8,5
WCS cursus (Aandachtsvelder wondzorg)	4	8,5
Cursus intern gevolgd	11	23,4
Cursus in het ziekenhuis gevolgd	8	17,0
Cursus anders gevolgd	5	10,6
Congressen wondzorg gevolgd	2	4,3
Module wondzorg gevolgd	12	25,5
Opleiding wondzorg gevolgd	1	2,1
Totaal	47	100%

Tabel 2: Ervaring van de thuiszorgmedewerkers met wondzorg

3.2 Werkwijze

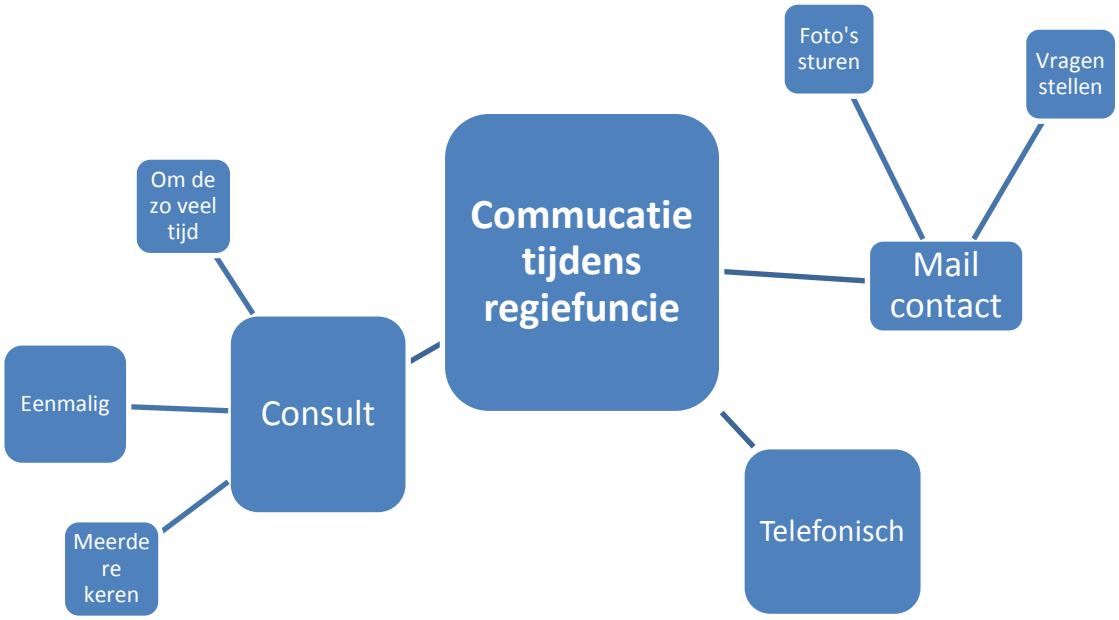
Er worden door de thuiszorgmedewerkers verschillende manieren benoemd waarop zij op de hoogte zijn gebracht van het project Verpleegkundige Topzorg. De manieren waarop thuiszorgmedewerkers op de hoogte zijn gebracht van Verpleegkundige Topzorg worden weergeven in Figuur één.



Figuur 1: Wijze waarop thuiszorgmedewerker op de hoogte zijn gebracht van Verpleegkundige Topzorg

3.3 Communicatie

Alle thuiszorgmedewerkers hebben meerdere keren contact gehad met de wondverpleegkundige tijdens de regiefunctie. Er worden verschillende manieren van communicatie benoemd door de thuiszorgmedewerkers. De manier waarop de communicatie is verlopen tussen de thuiszorgmedewerker en de wondverpleegkundige wordt beschreven in Figuur Twee.



Figuur 2: Communicatie tijdens regiefunctie complexe wondzorg

Thuiszorgmedewerkers nemen contact op met de wondverpleegkundige op het moment dat zij het niet vertrouwen of bij een langzaam of niet genezende wond. Alle thuiszorgmedewerkers geven aan dat de communicatie met de wondverpleegkundige tijdens de regiefunctie voldoende was om een goede wondzorg te kunnen leveren aan de cliënt.

Na het consult van de wondverpleegkundige wordt deze kennis overgedragen binnen het thuiszorgteam. Hoe dit wordt gedaan wordt beschreven in Figuur drie.

Figuur 3: Wijze van kennis overdracht binnen het thuiszorgteam

Meerder thuiszorgmedewerkers zeggen over de communicatie dat de wondverpleegkundige duidelijk uitleg geeft, een duidelijk wondbehandelplan opstelt en goede handreikingen geeft. Daarnaast wordt er gezegd dat de wondverpleegkundige snel reageert op mails. Één thuiszorgmedewerker geeft aan dat de wondverpleegkundige erg druk was. Zij zegt dat de wondverpleegkundige op het laatste moment een paar keer een afspraak heeft afgezegd, omdat er iets tussen was gekomen. Dit vond ze vervelend omdat ze al klaar zat bij een dementerende cliënt die dit niet begreep.

3.4 Deskundigheid

Een aantal thuiszorgmedewerkers geeft aan dat ze de wondverpleegkundige deskundig vinden. Er wordt onder andere benoemd dat de wondverpleegkundige kijkt naar hoe iets beter en effectiever kan, wat de gehele situatie is van de cliënt en er wordt gezegd dat ze regelmatig het wondbehandelplan bij stelt. Ook neemt de wondverpleegkundige contact op met de huisarts wanneer een verwijzing nodig is naar een dermatoloog of een vaatchirurg. Thuiszorgmedewerkers vinden het fijn dat er iemand met expertise op het gebied van wondzorg met ze mee denkt. Één thuiszorgmedewerker zegt: "*Wij zijn heel breed georiënteerd en niet zo goed specialistisch geschoold*". Een aantal thuiszorgmedewerkers geven aan op deze manier hun eigen kennis te kunnen verbreden. Één thuiszorgmedewerker zegt: "*Ik zie het niet als een tekortkoming van mijn eigen kennis maar meer als een toevoeging, ik leer er van*". Ook wordt er aangegeven dat het fijn is dat er één

beleid is van één deskundige. De thuiszorgmedewerkers vinden de huisarts niet altijd deskundig op wondgebied. Één thuiszorgmedewerker zegt: "*De meeste huisartsen zeggen ook als ze wonden hebben, nou kijken jullie daar even naar want wij weten niet helemaal hoe dat moet*".

Één thuiszorgmedewerkers vindt dat er meer expertise uit de poli's moet worden gehaald. Waardoor verpleegkundigen anderhalve lijnszorg vanuit het ziekenhuis bieden aan thuiszorg cliënten. Een aantal thuiszorgmedewerkers geven ook aan behoefte te hebben aan ondersteuning van een verpleegkundig specialist bij cliënten met andere aandoeningen. Andere thuiszorgmedewerkers geven aan dat deze deskundigheid al aanwezig is binnen het thuiszorgteam. Bij welke categorie cliënten behoefte is aan ondersteuning of de ondersteuning al aanwezig is binnen het thuiszorgteam wordt beschreven in Tabel drie.

Is aanwezig binnen het thuiszorgteam	**Is behoefte aan van de thuismedewerker**
COPD Dementie Palliatief Oncologie Diabetes Parkinson Stoma CVA Vaatlijden	COPD Dementie Palliatief Oncologie Diabetes Parkinson Nierdialyse Infuus Cardiologie ALS

Tabel 3: Ondersteuning verpleegkundig specialist bij cliënten met andere aandoeningen

Er waren ook een aantal thuiszorgmedewerkers die aangeven dat ze af en toe het ziekenhuis raad plegen bij cliënten met andere aandoeningen waarbij ze ondersteuning willen hebben van een deskundige.

3.5 Toegankelijkheid

Geen van de thuiszorgmedewerkers geeft aan drempels te ervaren voor het vragen van ondersteuning aan Verpleegkundige Topzorg. Thuiszorgmedewerkers vinden de wondverpleegkundige laagdrempelig en toegankelijk. Een aantal thuiszorgmedewerkers werkten al samen met de wondverpleegkundige voordat het project Verpleegkundige Topzorg van start ging. Dit maakt het laagdrempelig voor de thuiszorgmedewerkers.
Ook wordt er gezegd dat de wondverpleegkundige altijd voor je open staat, een coachende rol heeft maar niet belerend is of oordeelt. Dit komt voort uit het feit dat de thuiszorgmedewerker en wondverpleegkundige uiteindelijk allebei verpleegkundigen zijn. Één thuiszorgmedewerkers zegt hierover: "*Ze begreep waar we tegen aan liepen of het stukje ervaring dat wij misten*". Twee thuiszorgmedewerkers geven aan dat het vervelend is dat de wondverpleegkundige van ver moet komen.

3.6 Ondersteuning

De meerderheid van de thuiszorgmedewerkers geeft aan ondersteuning te vragen aan Verpleegkundige Topzorg wanneer er sprake is van een langdurige en complexe wond. Verder wordt door de thuiszorgmedewerkers benoemd dat ondersteuning gewenst is bij cliënten met een slechte leefwijze, cliënten met steeds terugkerende wonden en cliënten waar geen verbetering kwam in de wond genezing ondanks dat er meerder wondbehandelingen zijn geprobeerd. Één thuiszorgmedewerker zegt dat de cliënt steeds een ander wondbehandelplan kreeg voorgeschreven door een andere professional wat niet bevorderlijk was voor de genezing van de wond.

Alle thuiszorgmedewerkers geven aan dat de ondersteuning van de wondverpleegkundige een bijdrage heeft geleverd aan een bevorderende wondgenezing van de cliënt. De

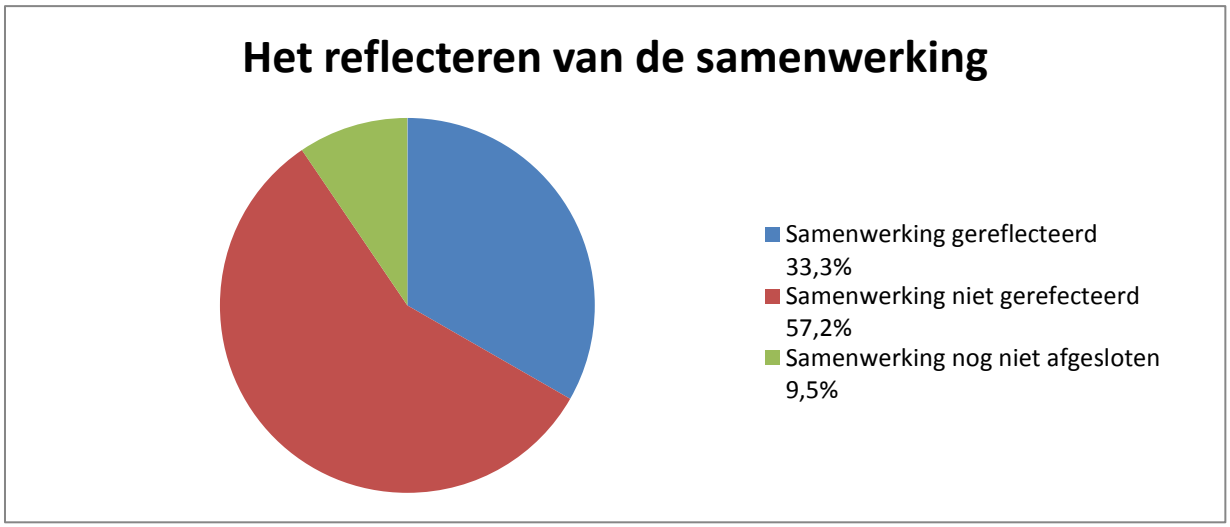
thuiszorgmedewerkers zeggen dat de kennis, inzichten en aanbevelingen van de wondverpleegkundige hier onder andere voor hebben gezorgd. Veel genoemde onderdelen uit het advies die hebben bijgedragen zijn: de keuze in wondmateriaal, de verzorging van de wond en voedingsadvies.

Een aantal thuiszorgmedewerkers geven aan dat zij de bevestiging van de wondverpleegkundige als prettig ervaren bij de ondersteuning. Ook maakt de uitleg van de wondverpleegkundige thuiszorgmedewerkers zekerder bij het schoonmaken van de wond. Één thuiszorgmedewerker verteld een complexe situatie te hebben gehad met een cliënt met een psychiatrische stoornis. Zij geeft aan dat Verpleegkundige Topzorg ondanks de complexe situatie zoveel mogelijk ondersteuning had geboden en de enige waren die zich verantwoordelijk voelden en mee gedacht hebben.

Alle thuiszorgmedewerkers geven aan nogmaals ondersteuning te vragen aan Verpleegkundige Topzorg met de ervaring die ze tot nu toe hebben. Een aantal thuiszorgmedewerkers geeft aan dat ze het onduidelijk vinden wie ze om ondersteuning moeten vragen bij cliënten met complexe wonden. Het is voor hun niet duidelijk of de complexe wond onder het kopje Verpleegkundige Topzorg valt of onder het kopje van de eigen wondverpleegkundige. Ook wordt genoemd dat het niet duidelijk is of wanneer ze Verpleegkundige Topzorg moeten inschakelen en wanneer de huisarts en het ziekenhuis. Één thuiszorgmedewerker verteld dat de huisarts een eigen praktijkondersteuner in de praktijk heeft, waar het thuiszorgteam bijna niet omheen kan. Ze geeft aan dat dit de laatste keer niet goed heeft uitgepakt.

3.7 Samenwerking

Een aantal thuiszorgmedewerkers zegt dat ze de samenwerking met de wondverpleegkundige goed is verlopen. Door de meeste thuiszorgmedewerkers is de samenwerking niet gereflecteerd met de wondverpleegkundige. Hoeveel procent van de thuiszorgmedewerkers heeft gereflecteerd is te zien in Figuur vier.



Figuur 4: Aantal gereflecteerde samenwerkingen

De thuiszorgmedewerkers die wel gereflecteerd hebben geven aan gereflecteerd te hebben hoe de communicatie is verlopen, wat er goed ging en beter had kunnen gaan, hoe dit beter had gekund en wat er veranderd kan worden. Thuiszorgmedewerkers die niet hebben gereflecteerd geven hiervoor al reden dat ze de wondverpleegkundige al lang kennen en dat ze het wel aan zouden hebben gegeven wanneer ze tegen iets aan is gelopen tijdens de samenwerking. Ook gaf één thuiszorgmedewerker aan dat het voor haar gevoel van beide

kanten wel duidelijk was dat er fijn is samengewerkt. Hierdoor vond ze het niet nodig om dit na te vragen.

Conclusie

Van de 40 vooraf verkregen dossiers zijn er uiteindelijk 21 thuiszorgmedewerkers geïnterviewd. Deze thuiszorgmedewerkers hadden een verschillend opleidingsniveau, functie en ervaringen met wondzorg. In de interviews is aangegeven dat de wondverpleegkundige goed communiceert met de thuiszorgmedewerkers, deskundig en laagdrempelig is. De ondersteuning van de wondverpleegkundige wordt als meerwaarde gezien door de thuiszorgmedewerkers. Thuiszorgmedewerkers geven dan ook aan nogmaals ondersteuning te vragen aan de wondverpleegkundige van Verpleegkundige Topzorg. De samenwerking tussen de thuiszorgmedewerkers en wondverpleegkundige wordt niet altijd gereflecteerd.

Discussie

Er kan worden gesteld dat de thuiszorgmedewerkers de samenwerking met de wondverpleegkundige tijdens de regiefunctie complexe wondzorg verschillend ervaren, maar over het algemeen positief. Thuiszorgmedewerkers geven aan dat de communicatie met de wondverpleegkundige als prettig wordt ervaren. Dit blijkt uit het feit dat er is benoemd dat de wondverpleegkundige goed luistert, duidelijk uitleg en goede handreikingen geeft om een goede wondzorg te kunnen uitvoeren. Ook wordt aangegeven dat de wondverpleegkundige toegankelijk is. In de interviews geven thuiszorgmedewerkers aan dat de wondverpleegkundige laagdrempelig en makkelijk benaderbaar is. Er is gezegd dat ze altijd voor je open staat, niet belerend is of oordeelt. De wondverpleegkundige wordt door de thuiszorgmedewerkers als deskundig gezien. Uit de interviews is gebleken dat de wondverpleegkundige kijkt naar de hele situatie van de cliënt, een duidelijk wondbehandelplan opstelt en waar nodig zorgt voor een doorverwijzing naar een andere specialist. De wondverpleegkundige biedt voldoende ondersteuning aan de thuiszorgmedewerkers. Dit blijkt uit het feit dat de thuiszorgmedewerkers aangeven dat de ondersteuning heeft bijgedragen aan een bevorderende wondgenezing. De samenwerking werd weinig gereflecteerd door de thuiszorgmedewerker en wondverpleegkundige. Uiteindelijk hebben maar acht thuiszorgmedewerkers de samenwerking gereflecteerd.

Uit eerder onderzoek blijkt dat de wondverpleegkundige moet kunnen communiceren en een adviserende en instruerende rol heeft naar de thuiszorgmedewerkers (Bryand & Nix 2016; V&VN 2012a). Uit enkele uitspraken van de thuiszorgmedewerkers komt naar voren dat ze vinden dat de wondverpleegkundige over deze competenties beschikt. Ook geven verscheiden thuiszorgmedewerkers tijdens het interview aan dat ze de wondverpleegkundige laagdrempelig en toegankelijk vinden. In het onderzoek van Jetten et a. (2015) wordt ook aangegeven dat thuiszorgmedewerkers dit ervaren. Zij geven aan dat de wondverpleegkundige begrijpt waar ze tegen aan lopen of het stukje ervaring dat ze missen, doordat ze allebei verpleegkundigen zijn. In het onderzoek van het Instituut beleid & management gezondheidzorg (2015) kwam ook naar voren dat de wondverpleegkundige de verpleging beter begrijpt omdat zij uit hetzelfde vak komt. Thuiszorgmedewerkers zijn van mening dat de wondverpleegkundige deskundig is. Ze geven aan zelf generalistische kennis te hebben en hierdoor de specialistische kennis over wondzorg missen. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Corbett (2012). Wel geven thuiszorgmedewerkers aan dat hun kennis wordt vergroot door de samenwerking die ze hebben met de wondverpleegkundige. In het onderzoek van Jetten et al. (2015) komt naar voren dat thuiszorgmedewerkers de wondverpleegkundige geschikt vinden voor het geven van advies over de behandeling van complexe wonden. In dit onderzoek komt ook naar voren dat thuiszorgmedewerkers vinden dat de wondverpleegkundige goed advies geeft. De minderheid van deze thuiszorgmedewerkers hebben de samenwerking gereflecteerd met de thuiszorgmedewerker. Een reden die genoemd wordt tijdens de interviews is dat sommige thuiszorgmedewerkers al samen werkte met de wondverpleegkundige voor het project. Ook wordt er benoemd dat het gevoelsmatig niet nodig was om te reflecteren aangezien het van beide kanten duidelijk was dat er fijn is samengewerkt. V&VN (2012a) benoemt in het beroepsprofiel dat het belangrijk is om de samenwerking te reflecteren.
Het is moeilijk te zeggen in hoeverre het onderzoek generaliseerbaar is aangezien de werkwijze qua samenwerking verschillend kan zijn per organisatie.

Door de transitie die gaande is in de zorg is er meer specialistische zorg nodig in de thuissituatie. De verpleegkundig specialist speelt hierbij een grote rol. Verpleegkundige Topzorg speelt hier op in door de thuiszorgmedewerker en de wondverpleegkundige nauw te laten samenwerken. Hierdoor wordt de kwaliteit van de wondzorg verhoogd, genezen wonden sneller en worden de kosten verlaagd.
Om de samenwerking te verbeteren zou Verpleegkundige Topzorg er voor kunnen kiezen de samenwerking te reflecteren na de regiefunctie complexe wondzorg. Dit kan worden gedaan

doormiddel van een reflectie formulier. Om meer duidelijkheid te scheppen in wie wanneer moet worden ingeschakeld zou Verpleegkundige Topzorg een stroomschema kunnen ontwikkelen waarin dit duidelijk wordt. Voor de uitbreiding van Verpleegkundige Topzorg met andere aandoeningen kan Verpleegkundige Topzorg eerst kijken naar de specialistische kennis die al aanwezig is binnen de aangesloten thuiszorgorganisaties.

Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat de thuiszorgmedewerkers de samenwerking met de wondverpleegkundige als positief ervaren tijdens de regiefunctie complexe wondzorg. Thuiszorgmedewerkers vinden dat de wondverpleegkundige goed communiceert, deskundig een laagdrempelig is. De samenwerking tussen de thuiszorgmedewerker en de wondverpleegkundige verloopt wisselend. De verkregen kennis van de wondverpleegkundige wordt door de thuiszorgmedewerkers doormiddel van het wondbehandelplan overgedragen binnen het thuiszorgteam Thuiszorgmedewerkers zien de ondersteuning van de wondverpleegkundige als meerwaarde. De thuiszorgmedewerkers hebben aangegeven nogmaals samen te gaan werken met de wondverpleegkundige wanneer zij in een situatie komen waarin zij dit nodig achten. Ook wordt door een groot aantal thuiszorgmedewerkers, samenwerking met een verpleegkundig specialist bij cliënten met andere aandoeningen als meerwaarde gezien. In het onderzoek is naar voren gekomen dat het reflecteren van de samenwerking verbeterd kan worden. Daarnaast is er aangegeven dat er meer duidelijkheid nodig is onder de thuiszorgmedewerkers over wanneer zij Verpleegkundige Topzorg moeten inschakelen.

Aanbevelingen

Samenwerking reflecteren na de regiefunctie complexe wondzorg.
Uit het onderzoek is gebleken dat de meerderheid van de thuiszorgmedewerkers aan geeft dat de samenwerking niet is gereflecteerd na de regiefunctie complexe wondzorg. Wanneer dit wel was gedaan hadden op of aanmerkingen die naar voren zijn gekomen tijdens de interviews eerder gesignaleerd kunnen worden. De onderzoekers bevelen aan dat er een standaard reflectie formulier wordt ontwikkeld die aan het einde van de regiefunctie complexe wondzorg wordt doorgenomen door de wondverpleegkundige en de thuiszorgmedewerker.

Uitbreiding Verpleegkundige Topzorg met andere aandoeningen.
Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat meerdere thuiszorgmedewerkers behoefte hebben aan hulp van een verpleegkundig specialist bij andere aandoeningen dan complexe wonden. Wel gaven veel thuiszorgmedewerkers aan dat er al veel specialistische kennis aanwezig is binnen de thuiszorgorganisaties. De onderzoekers bevelen daarom aan wanneer Verpleegkundige Topzorg wil uitbreiden zij gaan kijken binnen de aangesloten thuiszorgorganisaties welke specialistische kennis er aanwezig is en met wie zij kunnen samenwerken.

Duidelijkheid scheppen in wanneer wie moet worden ingeschakeld.
Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat het voor de thuiszorgmedewerkers niet altijd duidelijk is wie moet worden ingeschakeld bij een complexe wond. Voornamelijk was het onduidelijk tot wanneer het de verantwoordelijkheid van de wondverpleegkundige van de eigen thuiszorgorganisatie, de huisarts/praktijkondersteuner of Verpleegkundige Topzorg is. De onderzoekers raden daarom aan om een stroomschema op te stellen voor de thuiszorgmedewerkers waarin duidelijk af te lezen is wanneer welke zorgverlener moet worden ingeschakeld.

Literatuurlijst

Alphen, M. van. (2014). *Diagnostische vaardigheden voor psychosociale hulpverleners.* Amsterdam: Boom Lemma.

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der, & Goede, M. de. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek.* Groningen/Houten: Noordhoff.

Blijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties.* Den haag: Boom Lemma.

Bonnie, L., Bliss, D., Savik, K., Hou, Y., & Borchert, A. (2013). Effectiveness of Wound, Ostomy, and Continence Nurses on Agency-Level Wound and Incontinence Outcomes in Home Care. *J Wound Ostomy Continence Nurs, 40*(1), 25-33.

Bryand, R., & Nix, D. (2016). *Acute & Chronic Wounds*. Amsterdam: Elsevier.

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (2017). *Wondconsulent.* Opgevraagd van www.cwz.nl/patient/polikliniekenteams/wondpoli/

Capgemini Consulting (2014). *Innovatie van complexe wondzorg, onderzoek naar potentiële besparingen en prestatieomschrijvingen.* Opgevraagd van https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_Innovatie_van_complexe_wondzorg.pdf

Chamanga, E. (2015). Will providing 'care closer to home' result in more complex wound care? *Journal of Community Nursing, 29*(5), 32-38.

College voor zorgverzekeringen (2013). *Analyse complexe wondzorg*. Opgevraagd van https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2013/06/24/analyse-complexe-wondzorg/Analyse+complexe+wondzorg.pdf.

Corbett, L. Q. (2012). Wound Care Nursing: Professional Issues and Opportunities. *Advances in wound care*, *1*(5), 189-193.

Erasmus MC (2017). *Opleidingen/wondverpleegkundige.* Opgevraagd van http://www.erasmusmc.nl/cs_opleidingscentrum/1226705/wondverpleegkundige

Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*, 426–434.

Instituut beleid & management gezondheidszorg (2015). *De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg.* Opgevraagd van https://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Onderzoeksrapporten___Working_Papers/2015/iBMG_2015_-_De_rol_van_de_Verpleegkundig_Specialist_en_de_Physician_Assistant_in_de_zorg.pdf

Jetten, N., Senczuk, M., Hermans, M., Ruijters, R., & Rossum, E. van. (2015). Werken in de wijk. *De verpleegkundig specialist*, *10*, 42-47.

Jong, A. de, Vandenbroele, H., Arend, A. van der, Glorieux, M., Maeschalck, L. de, Moortel, J. van de, Schnepp, W., & Visser, M. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Doetinchem: Reed business.

Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M., & Hens, H. (1999). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige.* Maarssen: Elsevier.

Mackavey , C. (2016). Advanced Practice Nurse Transitional Care Model Promotes Healing in Wound Care*. Care Management Journals, 17*(3), 140-149.

Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Beleidsregel 'regiefunctie complexe wondzorg.* Opgevraagd van https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_CU_7106__Regiefunctie_complexe_wondzorg.pdf

NIVEL (2013). *Kennisvraag ruimte voor substitutie? Verschuiving van tweedelijns naar eerstelijns zorg.* Opgevraagd van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Nivel_Kennisvraag_Substitutie_definitief_webversie.pdf

Pool, A. (2007). *Doordacht verplegen.* Den Haag: Lemma BV.

Schoor, L. van den. (2017). Topzorg voor de wond. *Nursing*, *1*, 30-32.

Smith, E. (2012). The Advanced Practice Wound Ostomy Continence Nurse in Homecare. *Home Healthcare Nurse, 30*(10), 586-593.

Startwondverzorging (2012). *Vervolgopleiding wondverpleegkundige/wondconsulent.* Opgevraagd van http://www.startwondverzorging.nl/Pdf/Opleiding_a.pdf

Swanborn, P. G. (2010). *Basisboek sociaal onderzoek.* Den Haag: Boom Lemma.

UMC St Radboud (2012). *Verkenning wondbehandeling in Nederland.* Opgevraagd van http://venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2013%20Documenten/20130107%20Rapport%20CVZ%20wond.pdf

V&VN (2012a). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist 2020.* Opgevraagd van http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/4_profiel%20verpleegkundig%20specialist_def.pdf

V&VN (2012b). *Indicatorenset WondExpertiseCentra* Nederland. Opgevraagd van http://www.wcs.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/V_VN_bestanden/Indicatorenset_WEC_2012.pdf

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Den haag: Boom Lemma.

Verpleegkundige Topzorg (2017). *Beleidsplan 2017-2019*.

Wondplatform Nederland (2011). *Strategisch Plan van het Wondplatform Nederland.* Opgevraagd van http://www.wcs.nl/uploads/media/Strategisch_Plan_Wondplatform_Nederland.pdf

Zeilstra, J. (2016). Verpleegkundige Topzorg en complexe wonden. *Nurse academy,* (2), 69-72.

Bijlage A. Affiche naar de geïnterviewden

Medewerkerstevredenheidsonderzoek

Geachte medewerkers,

U ontvangt deze folder voor een medewerkerstevredenheidsonderzoek. Bij een aantal cliënten heeft u ondersteuning gekregen van de organisatie Verpleegkundige Topzorg. Deze zijn gespecialiseerd in het behandelen van complexe wondzorg.

Dit is een pilot geweest in samenwerking met zeven verschillende thuiszorgorganisaties. Uw stem is van belang. Het onderzoek wordt verricht door middel van een interview. Waarbij uw tevredenheid over deze samenwerking wordt gemeten.

Verpleegkundige topzorg zet zich in om de zorg voor complexe wonden te optimaliseren. Zij ondersteunen organisaties bij het behandelplan bij complexe wondzorg.

Over een aantal weken wordt er met u contact gezocht om deel te nemen aan het tevredenheidsonderzoek. Deze folder dient als aankondiging. Het onderzoek is in samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen, van de opleiding HBO Verpleegkundige.

Wij willen u bij voorbaad bedanken voor uw stem.

Met vriendelijke groet,
Verpleegkundige Topzorg
Ineke Raven en Lianne Hofsteenge

Verpleegkundige Topzorg, Villa Terracotta. Ingang 31 UMCG, Hanzeplein 1 9713GZ Groningen

Bijlage B. Semi-gestructureerde interviewvragen

Inleiding
Hallo, u spreekt met Lianne Hofsteenge en Ineke Raven van Verpleegkundige topzorg. We hebben u een tijdje geleden een aankondiging opgestuurd over een onderzoek naar de tevredenheid van Verpleegkundige Topzorg. Graag zouden we een interview met u willen houden. Wij zijn twee HBO verpleegkunde studenten aan de Hanzehogeschool. Dit onderzoek voeren we uit namens Verpleegkundige Topzorg, wat tevens onze afstudeeronderzoek is. Door middel van dit interview willen wij de ervaringen in kaart brengen van de thuiszorgmedewerkers over de samenwerking met de wondverpleegkundige van Verpleegkundige Topzorg. We willen u een aantal vragen stellen betreft dit onderwerp. Heeft u op dit moment twintig minuten tijd voor het interview of wilt u liever een afspraak maken voor een later tijdstip? Het interview wordt opgenomen, zodat wij dit later kunnen uittypen. Hierna wordt de opname weer gewist. De informatie die u ons tijdens het interview geeft, word in het uiteindelijke onderzoeksverslag anoniem verwerkt. Geeft u ons toestemming om het interview af te nemen? Indien een vraag niet duidelijk is, willen wij u vragen om dit aan te geven. Heeft u op dit moment nog vragen?

Vragenlijst
Allereerst zouden we wat feitelijke gegevens willen vastleggen:
1. Bij welke thuiszorgorganisatie werkt u?
2. Welke opleiding heeft u gedaan?
3. Wat is u huidige functie?
4. Hoeveel jaren werkervaring heeft u?
5. Wat is u leeftijd?
6. Wat is u ervaring met wondzorg? (cursus/opleiding)

Dan stellen wij voor dat we nu starten met het interview

1. **Om welke reden heeft u besloten ondersteuning te vragen aan Verpleegkundig Topzorg?**

2. **Ervaart u drempels om ondersteuning te vragen aan Verpleegkundige Topzorg? Zo ja, welke drempels ervaart u?**

3. **Op welke manier heeft u de weg naar Verpleegkundige Topzorg kunnen vinden?**

4. **Ervaart u voldoende handvatten om de wondzorg uit te kunnen voeren na het eerste consult van de wondverpleegkundige, waarom wel/niet?**

5. **Wordt de kennis van de wondverpleegkundige na het consult onderling overgedragen in het thuiszorgteam? Zo ja, hoe wordt dit gedaan?**

6. **Is er na het eerste consult nog overleg geweest tussen de wondverpleegkundige en u en op welke manier?**

7. **Hoe heeft u het tussentijdse overleg ervaren? En heeft u dit tussentijdse overleg als voldoende ervaren om goede wondzorg te kunnen leveren aan uw cliënt, waarom wel/niet?**

8. **Hebben de wondverpleegkundige en u na de samenwerking gereflecteerd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke manier?**

9. **Heeft de ondersteuning van de wondverpleegkundige een bijdrage geleverd aan een bevorderende wondgenezing van de cliënt? Zo ja, welke onderdelen uit het advies hebben volgens u bijgedragen? Zo nee, waarom niet?**

10. Gaat u nogmaals ondersteuning vragen aan Verpleegkundige Topzorg, met de ervaringen die u tot nu toe heeft, waarom wel/niet?

11. Heeft u ook behoefte aan ondersteuning van een verpleegkundig specialist bij cliënten met andere aandoeningen? Zo ja, welke aandoeningen zouden dat zijn?

12. Heeft u nog andere op of aanmerkingen over de samenwerking?

Afsluiting:
Bij deze zouden wij het interview willen afsluiten. De gegevens zullen de komende weken anoniem verwerkt worden in ons onderzoeksverslag. Het uiteindelijke onderzoeksverslag wordt naar u opgestuurd door Verpleegkundige Topzorg. Wij willen u graag bedanken voor u tijd en medewerking. We wensen u nog een fijne dag.

Bijlage C. Gegevens respondenten

Leeftijd thuiszorgmedewerker	N	Valid %
25-30 jaar	1	4,8
31-35 jaar	3	14,3
36-40 jaar	1	4,8
41-45 jaar	2	9,5
46-50 jaar	3	14,3
51-55 jaar	2	9,5
56-60 jaar	6	28,6
61-65 jaar	3	14,3
Totaal	21	100%

Tabel 4: Leeftijd thuiszorgmedewerkers

Opleidingsniveau thuiszorgmedewerker	N	Valid%
Verzorgende IG	1	4,8
Verpleegkundige MBO	5	23,8
Verpleegkundige HBO	11	52,4
Verpleegkundige inservice	4	19,0
Totaal	21	100%

Tabel 5: Opleidingsniveau thuiszorgmedewerker

Huidige functie thuiszorgmedewerker	N	Valid%
Verzorgende in de wijk	1	4,8
Verpleegkundige in de wijk	9	42,9
Regisserend wijkverpleegkundige	11	52,4
Totaal	21	100%

Tabel 6: Huidige functie thuiszorgmedewerker

Werkende bij welke thuiszorgorganisatie	N	Valid %
TSN Thuiszorg	5	23,8
Thuiszorg Comfort	2	9,5
Icare	3	14,3
Buurtzorg	9	42,9
Senior Assist Care	1	4,8
Oosterlengte (intramuraal)	1	4,8
Totaal	21	100%

Tabel 7: Werkgever thuiszorgmedewerker

Aantal jaar werkervaring	N	Valid%
0 - 5 jaar	3	14,3
6 -10 jaar	4	19,0
11 – 15 jaar	4	19,0
16 – 20 jaar	1	4,8
21 – 25 jaar	4	19,0
26 – 30 jaar	1	4,8
31 – 35 jaar	2	9,5
36 – 40 jaar	1	4,8
41 – 45 jaar	1	4,8
Totaal	21	100%

Tabel 8: Werkervaring in jaren

Bijlage D. Safe Assigment

View SafeAssignment

You have already completed this SafeAssignment. Below are your results.

Assignment Information

Name	Description
Afstudeeronderzoek(Draft)	Safeassignment voor afstudeeronderzoek U3

Submitted Work

Student ID	Student Name	Text	File	Matching	SA Report
	Lianne Hofsteenge L			11%	

View Grade

Grade	Points Possible
	0

Instructor's Feedback

Comments	Currently Attached File
No feedback from instructor	No feedback uploaded

Bijlage E. Anti-plagiaat verklaring

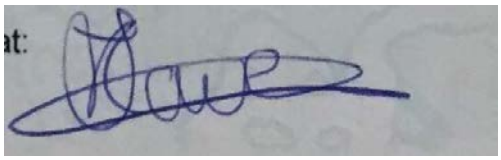
Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben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

Plaats: Groningen
Datum: 15-06-2017

Naam student 1:

Ineke Raven

Handtekening student 1:



Naam student 2:

Lianne Hofsteenge

Handtekening student 2: