

Focus op veiligheidsbeleving



Praktijkonderzoek afstuderen

Dhr. M. van Ginneke (studentnr. 2213537)

Dhr. C. van Stee (studentnr. 2213832)

Opdrachtgever:

Ggz Breburg, Afdeling Impact, Duurzaam Wonen en Intensieve Behandeling

Mw. C. Aerts

Projectbegeleider:

Mw. dr. L. Dauwerse

Mw. drs. J. van Loon

Examinator:

Mw. drs. J. Duits

Fontys Hogeschool Verpleegkunde, Eindhoven, juni 2014

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van ons praktijkonderzoek waarmee wij onze opleiding Hbo-verpleegkunde afsluiten. In dit praktijkonderzoek afstuderen hebben wij onderzocht hoe het veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen wordt ervaren. Na het doen van literatuuronderzoek, interviews en een focusgroep presenteren wij met trots onze conclusies en adviezen.

Wij, Michael en Conner, hebben met gedrevenheid en enorme toewijding aan dit onderzoek gewerkt. Onze samenwerking is in de loop van het proces een succesvolle match gebleken. Zowel bij het verdelen van de taken als bij het nodige overleg hadden wij vaak aan een half woord genoeg. Wij kijken beiden terug op een zeer leerzame en plezierige periode en zijn dankbaar voor en trots op het eindresultaat.

Wij willen graag de opdrachtgever Corry Aerts en vervangend opdrachtgever Chris Schikan bedanken voor de mogelijkheid die zij geboden hebben om dit praktijkonderzoek te kunnen doen op de afdeling. Tevens danken wij de verpleegkundigen, het management en de beleidsmedewerker voor hun aandeel in het praktijkonderzoek. Onze twee projectbegeleiders, dr. Linda Dauwerse en drs. Jolande van Loon danken wij voor hun opbouwende feedback en de prettige samenwerking. Ook de examinerator drs. Justine Duits bedanken wij voor haar feedback op de ingeleverde stukken.

Ik, Michael, wil graag mijn collega's bedanken die mij de gelegenheid hebben gegeven om te werken aan het praktijkonderzoek. Mijn ouders bedank ik voor het geduld en dat zij mij steeds weer wisten te motiveren om mijn energie te besteden aan het praktijkonderzoek.

Ik, Conner, wil graag mijn praktijkbegeleiders Corry en Susan enorm bedanken voor hun nimmer aflatende inzet en opbouwende feedback. Zij wisten mij steeds weer te motiveren om het beste uit mijzelf te halen.

Tevens grote dank aan mijn collega's van de afdeling militaire ggz, voor hun feedback en adviezen. Het is fijn om te ervaren dat je op je collega's kunt bouwen. Dank ook aan mijn werkgever dat ik deze opleiding heb mogen volgen.

Bijzondere dank gaat uit naar mijn vrouw Anna die mij, met haar enorme geduld, vanaf de zijlijn heeft bijgestaan.

Wij wensen u veel leesplezier.

Samenvatting

Een grote groep medewerkers binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) krijgt te maken met agressief gedrag van cliënten (Sweers, A. 2012). Dit agressief gedrag kan tot een onveilig gevoel bij de zorgmedewerkers leiden. Als oorzaak van de toenemende agressie kan onder andere de ambulantisering van de zorg worden aangemerkt (CBZ, 2003). Als gevolg hiervan worden vaak alleen de zwaardere cliënten opgenomen die één op één begeleiding behoeven.

Vorig jaar is er een aankondiging gedaan dat er een “exact” dezelfde afdeling als Begijnstraat 19 van GGZ Breburg in Tilburg deels gaat sluiten en een ander deel gaat verhuizen naar het terrein tegenover Begijnstraat 19. De cliënten zullen opnieuw over de dan bestaande afdelingen worden verdeeld. Dit betekent dat er mogelijk een zwaardere cliëntenpopulatie op Begijnstraat 19 gaat komen. De vraag ontstaat of men met hetzelfde aantal personeelsleden dezelfde soort zorg kan verlenen. Een nog belangrijkere vraag is wat dit doet met de veiligheid op de afdeling en met name het veiligheidsgevoel van de verpleegkundigen. De probleemstelling die geformuleerd is, is als volgt:

“Wat is de beleving bij verpleegkundigen van het veiligheidsgevoel op Begijnstraat 19 en op welke manier kan dit veiligheidsgevoel worden vergroot en hoe kan vanuit management en leidinggevendens daarbij worden ondersteund?”

Methode

Er is een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd, gericht op de beleving van verpleegkundigen. De data is verzameld door een literatuurstudie, semi gestructureerde interviews en een focusgroep. Vanuit de literatuur is een topiclijst opgesteld, die als leidraad diende bij de interviews. De ene helft van de interviews zijn afgenomen bij de verpleegkundigen (n=5) en geanalyseerd door de data-analyse van Migchelbrink (2010). De andere helft van de interviews (n=3) zijn afgenomen bij het management en beleidsmedewerker en geanalyseerd door de data-analyse van Braun en Clarke (2006), te weten de thematische analyse. De focusgroep is door middel van een CCI-structuur vorm gegeven, waarbij de claims, concerns en issues meegenomen zijn in het praktijkonderzoek.

Resultaten

Uit de literatuur blijkt dat stafvariabelen, cliëntvariabelen, werkplaatsvariabelen en het veiligheidsbeleid vanuit het management een rol spelen in het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen. Verpleegkundigen hebben weinig tot geen invloed op de cliëntvariabelen. Dat zijn de cliëntkarakteristieken en het ziektebeeld. Stafvariabelen bestaan uit het samenwerken en communicatie naar elkaar toe. Werkplaatsvariabelen zijn de vluchtwegen, zichtlijnen en de functionele waarde van het gebouw en bijhorende faciliteiten. Het veiligheidsbeleid bestaat uit protocollen, regels en het algemene beleid van veiligheid, geregeld door het management.

De verpleegkundigen geven bij de interviews aan dat zij de ondersteuning van de teammanager, indeling van gebouw in twee zones en het samenwerken van verpleegkundige onderling als bevorderende factoren beschouwen. Negatieve factoren zijn het cultuurverschil, de verschillen in werkwijze tussen de samenwerkende afdelingen en de onderbezetting door een tekort aan vaste krachten.

De managers en beleidsmedewerker gaven bij de interviews aan dat zij de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen; het veiligheidsteam en het pro actief werken als bevorderende factor beschouwen. Als negatieve factoren beschouwen zij dat het gebouw niet voldoet aan de eisen in combinatie met de cliëntenpopulatie; cultuurverschil met de samenwerkende afdelingen en de agressie in combinatie met middelengebruik.

Uit de focusgroep kwamen een aantal adviezen naar voren, gericht om de personele bezetting op orde te krijgen met vaste krachten; cursus gericht op verslavingszorg of dubbele diagnose; bouwkundige aanpassingen gericht op de cliëntenpopulatie en aandacht hebben voor proactief werken.

Conclusie en aanbevelingen

Uit de resultaten zijn adviezen gekomen die mogelijk het veiligheidsgevoel kunnen vergroten:

- Personele bezetting op orde krijgen door het aantal vaste krachten te vergroten.
- Bouwkundige aanpassingen gericht op éénpersoons appartementen met eigen sanitair en voor- en achterdeur; gericht op overzicht, zichtlijnen en vluchtweg vanuit het kantoor.
- Cursus of training gericht op dubbele diagnose.
- Het proactief werken verkort kunnen aanleren bij tijdelijke/nieuwe krachten.
- Verpleegkundigen moeten incidenten blijven melden in Triasweb.
- Verpleegkundigen moeten elkaar blijven aanspreken op veiligheid.
- Het management aanspreken bij gevoel van onveiligheid.
- Conflicthantering en Persoonlijke Veiligheid richten op: Ik heb veiligheid zelf in de hand.
- Samenwerking en cultuurverbetering tussen de samenwerkende afdelingen.
- Betere verdeling van de cliëntenpopulatie over de Begijnstraat 19, 19A en 21.

Gelet op haalbaarheid, kunnen niet alle adviezen worden geïmplementeerd. Er is voor vier verbeterdoelen gekozen, die als aanbevelingen gelden. In overleg met de opdrachtgever is ervoor gekozen dat zij de implementatie zullen doen.

1. Bewust worden en blijven van proactief werken
2. Betere verdeling van de cliëntenpopulatie over de Begijnstraat 19, 19A en 21.
3. Aandacht blijven houden voor veiligheid en elkaar hierop onderling aanspreken.
4. Training of cursus gericht op het omgaan met de cliëntenpopulatie die intensievere zorg behoeft.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Context	8
1.3 Probleembeschrijving	9
1.4 Probleemstelling	9
1.5 Deelvragen	10
1.6 Doelstelling	10
 Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethoden	11
2.1 Onderzoeksbenadering	11
2.2 Kenmerken van een optimaal veiligheidsgevoel	11
2.3 Perspectief van verpleegkundigen	14
2.4 Perspectief van behandelaren, management en beleidsmedewerker	20
2.5 Adviezen om veiligheidsgevoel te vergroten en te behouden	29
 Hoofdstuk 3: Resultaten	34
3.1 Literatuurstudie	34
3.2 Perspectief van verpleegkundigen	41
3.3 Perspectief van behandelaren en management	53
3.4 Adviezen om veiligheidsgevoel te vergroten en te behouden	62
 Hoofdstuk 4: Conclusie en discussie	65
4.1 Conclusie	65
4.2 Discussie	67
 Hoofdstuk 5: Implementatie	68
5.1 Wat is implementatie?	68
5.2 Ontwikkelingsvoorstel voor veranderingen	70
5.3 Analyse feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering	71
5.4 Analyse van doelgroep en setting	72
5.5 Ontwikkeling en selectie van strategieën voor veranderingen	75
5.6 Ontwikkeling, testen en uitvoering	76
5.7 Evaluatie en bijstelling	80

Literatuurlijst	81
Bijlage 1: Organigram Zorggroep Impact	85
Bijlage 2: Wat is herstel ondersteunende zorg?	86
Bijlage 3: Selectiecriteria voor literatuur van Fontys Hogeschool	89
Bijlage 4: Methode zoals gebruikt door Conner bij het analyseren van artikelen	91
Bijlage 5: Methode zoals gebruikt door Michael bij het analyseren van artikelen	93
Bijlage 6: Bouwkundige aspecten	95
Bijlage 7: Analyse methode Migchelbrink, gebruikt bij de interviews onder verpleegkundigen.	96
Bijlage 8: Analyse methode van Braun en Clarke, gebruikt bij de interviews onder het management en de beleidsmedewerker	97

Hoofdstuk 1: Inleiding

In dit eerste hoofdstuk wordt de aanleiding en probleembeschrijving beschreven van het onderzoek. Uit deze twee paragrafen volgen de vraagstelling met zijn deelvragen en de doelstelling.

1.1 Aanleiding

Vanuit de literatuur blijkt dat een grote groep medewerkers binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te maken krijgt met agressief gedrag van cliënten (Sweers, A. 2012). Dit agressief gedrag kan tot een onveilig gevoel bij de zorgmedewerkers leiden. Kortom, een grote groep zorgmedewerkers moet het werk uitvoeren in een voor hen onveilige omgeving.

Eén op de tien verpleegkundigen geeft aan maandelijks in aanraking te komen met lichamelijke agressie (van Vree & Engelen, 2005). Onder lichamelijke agressie kan men verstaan: krabben, slaan, schoppen, spugen of aanranding. Ook komt men regelmatig in aanraking met psychische vormen van agressie zoals: schelden, pesten of het uiten van bedreigingen. Verpleegkundigen ervaren hierdoor een groot gevoel van angst en onveiligheid.

Van agressie en onveiligheid is sprake wanneer werknemers fysiek of psychisch worden lastiggevallen, bedreigd of aangevallen of zich anderszins onveilig voelen.

Als oorzaak van de toenemende agressie kan onder andere de ambulantisering van de zorg worden aangemerkt (CBZ, 2003). Als gevolg hiervan worden vaak alleen de zwaardere cliënten opgenomen. Bij zwaardere cliënten zie je vaker co morbiditeit, waardoor één op één begeleiding noodzakelijk is. Dit wil niet zeggen dat binnen deze groep meer agressiviteit voorkomt, maar er wel een hogere belasting op het personeel komt te rusten. Met name hierdoor wordt eerder een gevoel van onveiligheid ervaren. Echter, het veelal gedwongen karakter van een opname binnen een gesloten afdeling leidt regelmatig tot agressieve incidenten door interactie tussen cliënt en staf (Whittington & Wykes, 1996), waarbij bijvoorbeeld een verzoek van een cliënt niet gehonoreerd wordt.

Wanneer een cliënt eenmaal agressieve uitingen heeft laten zien, bestaat de kans dat er een vicieuze cirkel van agressief gedrag ontstaat. Op agressief gedrag volgen immers doorgaans restrictieve maatregelen, bijvoorbeeld: verwijzing naar hun kamer om af te koelen, separatie of gedwongen medicatie.

Uit de bestudeerde literatuur komt naar voren dat veiligheid veel aspecten kan omvatten zoals verschillende ziektebeelden die elk eigen risico's met zich meebrengen, verschillen in behandelwijze onder de behandelaren en krapte binnen de personeelsbezetting van, met name, de vaste medewerkers. Verdieping in de huidige regels omtrent de facilitaire veiligheid, zoals brandveiligheid en de algehele veiligheid ten aanzien van de bouwkundig-functionele voorziening van een instelling is aan de orde. In

dit onderzoek echter, beperken wij ons tot het uitlichten van een aantal aspecten die vanuit het perspectief van de verpleegkundigen zelf, maar ook die van het management en de behandelaren naar voren komen.

Vormen van autoagressie kunnen eventueel leiden tot een onveilige situatie voor een medewerker wanneer deze de cliënt aanspreekt of probeert te helpen. Zo kan het voorkomen dat iemand zichzelf wil pijnigen door bijvoorbeeld tegen een muur te slaan. Wanneer de zorgmedewerker dit wil proberen te doorbreken en per ongeluk door de cliënt wordt geraakt. Ook kan er een psychische vorm van agressie, met als doel de zorgmedewerker te shockeren, worden ervaren wanneer een cliënt zichzelf beschadigt in het bijzijn van de zorgmedewerker. De verkennende literatuurstudie laat tot dusver niet in voldoende mate zien welke gevoelens van onveiligheid er precies leven onder de medewerkers van een ggz instelling. Er zijn in hoge mate constatering van agressie en onveiligheid gedaan, maar wat dit daadwerkelijk voor medewerkers betekent blijft wat onderbelicht.

In de piramide van Maslow staat veiligheid als fundament na lichamelijke behoeften, zoals eten, drinken en slapen. Wanneer niet aan

deze basisbehoefte wordt voldaan,

kan de verpleegkundige zich niet ontplooien. Ook kan de

verpleegkundige hierdoor

belemmeringen ondervinden bij de zorg voor cliënten. Om toch de beste zorg zo optimaal mogelijk aan te



bieden, moet er een veiligheidsgevoel heersen onder de verpleegkundigen op een afdeling. In welke mate is dit veiligheidsgevoel op de afdeling onder de verpleegkundigen? Is er behoefte aan een andere (betere) veiligheidscultuur? Moeten behandelaren, management of verpleegkundigen elkaar hierin meer ondersteunen? Waar liggen mogelijke knelpunten of verbeterpunten? Deze vragen komen bij de onderzoekers naar voren en is dan ook de aanleiding om een onderzoek te starten naar de beleving van het veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen op Begijnstraat 19.

1.2 Context

GGz Breburg is vanuit het model opgebouwd uit vijf zorggroepen, waaronder Impact één van de zorggroepen is. Het betreft de zorggroep voor de chronische psychiatrische cliënten met een leeftijd vanaf 18 jaar. Impact heeft een behandelaanbod op de volgende vier onderdelen:

- Het centrum voor Psychose
- Het centrum voor Autisme Spectrum Stoornissen
- Het centrum voor Duurzaam wonen en behandeling.
- Het centrum Kliniek

Onder het centrum voor Duurzaam wonen en behandeling vallen enerzijds Intensieve behandeling en anderzijds Duurzaam wonen. Begijnstraat 19 en ook Begijnstraat 21 vallen onder Intensieve behandeling. In bijlage één is een organigram aanwezig voor de zorggroep Impact.

Begijnstraat 19 is een gesloten afdeling en biedt onderdak aan maximaal vijftien cliënten, waarvan drie crisisplaatsen. Het is een afdeling met een langdurige opname gericht op een intensieve behandeling. Het is vaak de laatste behandeling die wordt ingezet om het leven van de cliënt te stabiliseren of te herstellen. Het betreft een chronische populatie cliënten met diverse ziektebeelden, zoals schizofrenie, autisme spectrum en persoonlijkheidsstoornissen. Ook middelengebruik speelt een rol bij deze populatie cliënten.

Op deze afdeling wordt met de visie Herstel Ondersteunende Zorg (HOZ) gewerkt. Zie bijlage twee. Herstel is een proces waarbij cliënten op hun eigen, unieke wijze opnieuw inhoud aan hun leven geven. Wanneer mensen ervaren dat zij zelf keuzes hebben en daar de verantwoordelijkheid voor nemen, kunnen zij hun bestaan een gunstige wending geven.

Een belangrijk aspect van het herstelproces is empowerment. Dat wil zeggen dat cliënten de kracht terugvinden om de regie over hun leven te herwinnen. Zij maken eigen keuzes en bepalen zelf zoveel mogelijk de wijze waarop zij willen leven. De verpleegkundige ondersteunt de cliënt in dit proces (www.ggzcentraal.nl).

Begijnstraat 21 is een semi-gesloten afdeling en ondersteunt Begijnstraat 19 bij crisissituaties en eventuele personele bezetting. Deze ondersteuning kan ook omgekeerd zijn.

1.3 Probleembeschrijving

Vorig jaar is er een aankondiging gedaan dat er een “exact” dezelfde afdeling als Begijnstraat 19 van GGZ Breburg in Tilburg deels gaat sluiten en een ander deel gaat verhuizen naar het terrein tegenover Begijnstraat 19. Deze afdeling gaat Begijnstraat 19A heten. De cliënten zullen opnieuw over de dan bestaande afdelingen worden verdeeld. Dit betekent dat er mogelijk een zwaardere cliëntenpopulatie op Begijnstraat 19 gaat komen. De vraag ontstaat of men met hetzelfde aantal personeelsleden dezelfde soort zorg kan verlenen. Een nog belangrijkere vraag is wat dit doet met de veiligheid op de afdeling en met name het veiligheidsgevoel van de verpleegkundigen. Het is niet alleen een personeelskwestie, maar de verpleegkundigen krijgen ook te maken met zwaardere zorg, die meer vraagt om een één op één begeleiding. In de geestelijke gezondheidszorg staat dit bekend als (dreigende) crisissituaties, waarbij verbale en non-verbale agressie regelmatig om de hoek komt kijken. Hierdoor kan het veiligheidsgevoel worden aangetast. Om daar op in te spelen, is het belangrijk om te weten hoe de beleving van het veiligheidsgevoel onder de verpleegkundigen is op Begijnstraat 19. Ook is het belangrijk om te weten of er eventueel knelpunten zijn en mogelijke verbeterpunten. Dit wordt van februari tot en met juni 2014 onderzocht.

1.4 Probleemstelling

We hebben de probleemstelling voor de verpleegkundigen die werkzaam zijn bij GGz Breburg, Impact, Duurzaam Wonen, Intensieve Behandeling op Begijnstraat 19 te Etten-Leur als volgt geformuleerd:

Wat is de beleving bij verpleegkundigen van het veiligheidsgevoel op Begijnstraat 19 en op welke manier kan dit veiligheidsgevoel worden vergroot en hoe kan vanuit behandelaren, management en beleidsmedewerkers daarbij worden ondersteund?

1.5 Deelvragen

Ten aanzien van de probleemstelling, zijn er vier deelvragen tot stand gekomen. Deze vier deelvragen luiden als volgt:

1. Wat zegt de literatuur over het veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen?
2. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot het veiligheidsgevoel vanuit het perspectief van verpleegkundigen en senior verpleegkundige?
3. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot het veiligheidsgevoel vanuit het perspectief van behandelaren, management en beleidsmedewerker die betrokken zijn bij de afdeling?
4. Welke adviezen kunnen worden gegeven voor het behouden en vergroten van het veiligheidsgevoel op Begijnstraat 19?

1.6 Doelstelling

De doelstelling luidt als volgt:

Op basis van het praktijkonderzoek wordt beschreven welke beleving verpleegkundigen, werkzaam op Begijnstraat 19, hebben van het veiligheidsgevoel en naar aanleiding daarvan zullen wij een advies uitbrengen.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksbenadering worden toegelicht. Vervolgens zal in de volgende paragrafen achtereenvolgens de werkwijze worden beschreven van de literatuurstudie, praktijkonderzoek onder verpleegkundigen en het praktijkonderzoek onder de behandelaren, management en beleidsmedewerker.

2.1 Onderzoeksbenadering

Door het inzetten van kwalitatief onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt wat beleving van veiligheidsgevoel omvat. Gevoelens zijn niet in cijfers uit te drukken; het gaat hier om de beleving, het ervaren, en waarderen van de gevoelens. In kwalitatief onderzoek staan de beschrijving en interpretatie van de vraagstelling in de onderzoekssituatie voorop. Het gaat vooral om het benoemen van gedragingen, uitspraken en tekstdelen uit verzamelde documenten (Reulink & Lindeman, 2005).

Het zal een beschrijvend onderzoek worden waarbij gekeken zal worden naar bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het veiligheidsgevoel. Er wordt onderzoek verricht naar samenhangende factoren die te maken hebben met het veiligheidsgevoel.

2.2 Kenmerken van een optimaal veiligheidsgevoel

2.2.1 Vraagstelling

Voor het literatuuronderzoek zal gebruik worden gemaakt van de databases van Fontys Hogeschool. De vraag: *"Wat zegt de literatuur over het veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen?"* wordt hiermee beantwoord. Om het antwoord op deze vraag goed te kunnen beschrijven, moet eerst een heldere definitie worden geformuleerd over wat veiligheidsgevoel nou precies inhoudt.

2.2.2 Zoekstrategie

Aangezien databanken alle jaartallen zullen laten zien wordt er gezocht onder artikelen tussen 2008 en 2013. Reden hiervoor is dat men heden ten dagen steeds meer nadenkt over het veiligheidsgevoel van de medewerkers en hierop al veel aanpassingen en technieken heeft ontwikkeld. Het veiligheidsgevoel wordt hierdoor waarschijnlijk anders ervaren dan in de jaren daarvoor. Met dit onderzoek wordt bewerkstelligd dat in de resultaten heldere en bruikbare bevindingen kunnen worden omschreven als het gaat om het gevoel van veiligheid en wat daar voor nodig is om dit te bereiken.

Databanken die via de Fontys-site zullen worden bezocht zijn:

- Cochrane Library
- PubMed
- Medline
- Biep.nu
- Cinahl
- Eric
- Springerlink

Databank Scirus zal niet meegenomen worden in het onderzoek aangezien deze site begin 2014 zal worden opgeheven, waardoor de eventueel gevonden gegevens niet meer terug te vinden zullen zijn. In het kader van herhaalbaarheid van het onderzoek is dit niet wenselijk.

2.2.3 Zoektermen

Er zal gezocht worden op Engelse en Nederlandse termen waarbij vooral de ‘AND’ vorm gekozen wordt zodat er weinig afwijking van het oorspronkelijke onderwerp ontstaat. Anders zullen waarschijnlijk veel artikelen niet of nauwelijks met het onderwerp overeen komen.

De term Mesh is een verkorte aanduiding van Medical subject headings voor medische toepassingen. Hiermee kan gezocht worden op de exacte benamingen maar ook in de onderliggende trefwoorden die met deze woorden in verband worden gebracht. Deze synoniemen hoeven dan niet meer ingevoerd te worden.

Zoektermen die daarbij gebruikt worden:

- Safety (Mesh)
- Emotions (Mesh)
- Mental health services (Mesh)
- Nurses (Mesh)
- Psychiatry (Mesh)
- Safety (Mesh) AND emotions (Mesh) AND mental health services (Mesh)
- Safety (Mesh) AND emotions (Mesh) AND mental health care
- Safety (Mesh) AND feeling
- Safetyfeeling AND nurses AND psychiatry
- Veiligheidsgevoel AND verpleegkundigen AND psychiatrie
- GGZ AND veiligheidsgevoel

Engels	Nederlands
Safety	Veiligheidsgevoel
Emotions	Verpleegkundigen
Nurses	Psychiatrie
Psychiatry	GGZ

2.2.4 Verdeling literatuuronderzoek

Michael en Conner zullen de databanken gezamenlijk voor hun rekening nemen. Een tweedeling zit in de grootte van de databanken. De databank Pubmed neemt Conner voor zijn rekening en Michael neemt Cinahl voor zijn rekening.

2.3 Perspectief van verpleegkundigen

2.3.1 Vraagstelling

Het onderzoek, behorende bij deelvraag twee, zal door middel van een interview worden gedaan waarbij de verpleegkundigen en senior verpleegkundige gehoord worden. Conner gaat deze deelvraag voor zijn rekening nemen.

De vraagstelling is als volgt: *“Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot het veiligheidsgevoel vanuit het perspectief van verpleegkundigen en senior verpleegkundige?”*

Hierbij zal gebruik worden gemaakt van een semi-gestructureerd interview. In een semi-gestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast, maar de onderwerpen (topics) wel. De topics worden uit de literatuurstudie gehaald. De topiclijst is de operationalisering van de onderzoeksvragen. Het is geen lijst met een paar trefwoorden, want dat geeft de interviewer geen houvast bij het interview en zal niet leiden tot de gewenste informatie die nodig is om de deelvragen te beantwoorden. De topiclijst is ook geen lange lijst met vragen die alle door de interviewer dienen te worden gesteld. Het doel van de topiclijst is om richting te geven aan de door de interviewer(s) te stellen vragen. (Boeije, H. 2005). Men kan de volgorde van de onderwerpen tijdens het gesprek veranderen. Het belangrijkste is dat alle onderwerpen aan de orde komen. Bij elk nieuw onderwerp zal een beginvraag geformuleerd worden. Bij elk onderwerp worden trefwoorden of ‘door’-vragen gezet die men in de loop van het interview aan de orde stelt als ze niet spontaan door de geïnterviewde genoemd worden (Baarda, 2012).

2.3.2 Databronnen

De verpleegkundigen en senior verpleegkundige op de afdeling GGz Breburg, Impact, Duurzaam Wonen, Intensieve Behandeling op Begijnstraat 19 te Etten-Leur, zullen gevraagd worden hun gevoel van veiligheid te omschrijven door middel van een 1-op-1 interview. De verwachting is dat een goed beeld verkregen wordt van de belemmerende en bevorderende factoren die het veiligheidsgevoel van (senior) verpleegkundigen beïnvloeden.

Om een goed beeld te krijgen van veiligheidsgevoel bij verpleegkundigen gaat Conner in eerste instantie zes van de twaalf verpleegkundigen interviewen. Voor dit aantal is gekozen omdat de tijd voor het onderzoek beperkt is. Wanneer voldoende informatie verkregen is blijft men bij dit aantal. Wanneer er op dezelfde vragen veelal dezelfde informatie wordt gegeven kun je spreken van een verzadigingsdrempel (Baarda 2012) en is er een dragende uitkomst. Wanneer er geen sprake is van een verzadigingsdrempel volgen er meer interviews.

Om deze doelgroep te benaderen, zal er in eerste instantie een e-mail worden verzonden om de personen uit de doelgroep individueel uit te nodigen voor het interview. In deze uitnodiging wordt een korte beschrijving van het afstudeerproject geschetst, het doel van het onderzoek, wat er met de gegevens gedaan wordt, hoeveel tijd het interview in beslag neemt voor de betrokkene en dat de onderzoeker binnen een week met de betrokkene telefonisch een definitieve afspraak maakt. Uiterlijk een week na de versturing van de uitnodiging, zal er telefonisch contact worden gelegd met de betrokkenen om tot een definitieve afspraak te komen. Om te voorkomen dat er een stremming ontstaat in de voortgang, zal er een week voorafgaand aan de afspraak een reminder verzonden worden door middel van een e-mail.

Het voornemen is dat er uiterlijk een week na de afname van het interview een e-mail verstuurd zal worden naar de betrokkenen met dank voor het deelnemen aan het interview. Tevens zal er door deze e-mail een member check plaats vinden door een uitgewerkt interview mee te sturen naar de betrokkene met de uitgesproken verwachting om hierop te reageren. Een member check is een techniek waarbij de gegevens en interpretaties, van de onderzoeker, worden voorgelegd aan de betrokkene om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid zoals die de onderzoeker voor ogen staat voor hen herkenbaar is. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek. Om de betrouwbaarheid nog meer te vergroten zal Conner twee uitgewerkte interviews aan Michael als peer review geven met de duidelijke vraag deze op bruikbaarheid te testen en hier de belangrijkste kernpunten uit te halen. Deze kernpunten zullen vergeleken worden met de punten die Conner -van tevoren- uit de tekst heeft gehaald.

Inclusie en exclusie

Inclusiecriteria: Iedere gediplomeerde verpleegkundige en senior verpleegkundige op de afdeling, die met patiënten communiceert is geschikt om te interviewen. Wanneer men in gesprek gaat over gevoelens is het niet belangrijk of iemand invalkracht is, man of vrouw is, heel weinig of juist veel ervaring heeft. Ook het verschil tussen MBO of HBO opgeleiden is voor dit onderzoek niet relevant. Het gaat hier om het algehele gevoel van veiligheid op de werkvloer.

Exclusiecriteria: Niet gediplomeerde verpleegkundigen en verpleegkundigen die niet direct met patiënten te maken hebben, zullen niet meegenomen worden in het onderzoek.

Anonimiteit

De interviews worden afgenomen bij verpleegkundigen en seniorverpleegkundige van de afdeling. Voor een anonieme verwerking van de verkregen gegevens wordt garant gestaan tijdens het hele onderzoekstraject. Na afloop van de member check zal de naam gewist worden zodat niet meer te achterhalen is wie de geïnterviewden zijn.

Voorafgaand aan het interview zal gevraagd worden aan betrokkenen of zij toestemmen in het verwerken van hun antwoorden. Hiermee is het 'informed consent' afgedekt.

2.3.3 Dataverzameling

Bij het onderzoek zal er gebruikt gemaakt worden van ondervragen door middel van semi-gestructureerd interview.

Data-techniek

In een semi-gestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast, maar de onderwerpen/topics wel. Vaak staan de onderwerpen dan in een logische/chronologische volgorde. Bij elk onderwerp is een beginvraag geformuleerd. Vaak wordt bij elk onderwerp ook nog wat trefwoorden of ‘door’-vragen opgeschreven die in de loop van het interview aan de orde worden gesteld als ze niet spontaan door de geïnterviewde genoemd worden (Baarda, 2012).

De interviews zullen geopend worden door een korte uitleg over het onderzoek en vervolgens de aanleiding van het interview. Er zal toestemming gevraagd worden om het interview op te nemen, de antwoorden te verwerken en een vraag gesteld worden om een week na afname een mail te sturen met daarin een uitgewerkt interview. Er zal om een reactie worden gevraagd. Vervolgens zal er gestart worden met een aantal basisvragen, zoals naam, leeftijd, functie, opleiding. De keuze hiervoor is voornamelijk om de betrokkene op zijn gemak te stellen. Vervolgens zal er dieper ingegaan worden op de topics, die hieronder staan beschreven. Het interview wordt vervolgens afgesloten met eventuele mogelijke verbeterpunten, zover de betrokkene deze kan aankaarten.

De interviews worden opgenomen met een geluidsopname apparaat. Tevens neemt de onderzoeker pen en papier mee om eventuele aantekeningen te maken. Vooraf wordt ook toestemming gevraagd om het interview op te mogen nemen. Na het interview wordt getracht binnen één week het interview volledig uitgeschreven te hebben. Dit zal gemiddeld acht uur per interview in beslag nemen. Dit uitgewerkte interview wordt naar de betrokkene verstuurd per e-mail als member check.

Vooraf wordt naar aanleiding van de literatuurstudie door beide onderzoekers een topic lijst, een aantal gesloten vragen en een aantal open vragen opgesteld.

Het proefinterview

Een proefinterview is een interview met een persoon die zich goed kan inleven in de situatie, maar concreet niets met de situatie te maken heeft. Voorafgaand aan de zes interviews zal een proefinterview plaatsvinden. Dit interview is belangrijk voor het samenstellen van de topicslijst. Er wordt nagegaan of de topics die aan de orde worden gesteld, relevant zijn. Ook zal uitwijzen of er onduidelijkheden in de vraagstelling zijn. Gezien de beperkte doelgroep, is het belangrijk dat het interview goed verloopt. Het is belangrijk om het interview uit te proberen bij een vriend, collega of mijn medestudent die zich in een dergelijke situatie in kan leven. Gezien de branche gerichte opleiding, zijn er meerdere collega's en studenten mogelijk. Deze zijn allen werkzaam binnen GGz

Breburg. Wanneer het proefinterview niet naar wens verloopt, zullen er aanpassingen gedaan worden om tot een goede vraagstelling en concreet interviewschema te komen (Baarda & de Goede, 2012).

Topic lijst

De topic lijst bevat onderwerpen die vanuit de literatuurstudie naar voren zijn gekomen die betrekking hebben over het veiligheidsgevoel op een psychiatrische afdeling. Met het proefinterview wordt gekeken of deze onderwerpen aansluiten en passen bij het veiligheidsgevoel op een afdeling. Over deze onderwerpen wordt informatie vergaard bij de doelgroep om een duidelijk beeld te krijgen hoe het gesteld is met het veiligheidsgevoel op de afdeling Begijnstraat 19 en wat er in de toekomst eventueel verbeterd kan worden. Aan de hand van deze topics wordt vorm gegeven aan het semi-gestructureerde interview. Mogelijke topics kunnen zijn:

- Veiligheid versus visie
- Samenwerking verpleegkundigen / team
- Verbale agressie
- Fysieke agressie
- Personeelsbezetting
- Facilitaire inrichting, inclusief noodhulp
- Inzet van behandelaren, management, senior
- Meldingen en reactie daarop
- Trainingen
- Aandacht omtrent veiligheid
- In te zetten middelen om veiligheid te verhogen
- Mogelijke verbeterpunten

Een definitieve topic lijst wordt gemaakt na de literatuurstudie, zodat de onderzoekers ook over gedetailleerde informatie beschikken gericht op het veiligheidsgevoel op een psychiatrische afdeling.

2.3.4 Data-analyse

De gegevens zullen door middel van de data-analyse van Migchelbrink (2010) geanalyseerd worden. In de analyse van het materiaal gaat het erom via inhoudelijke ordening een beeld te krijgen van wat in het verzamelde materiaal besloten ligt. Belangrijk is te onderscheiden wat belangrijk is en te zoeken naar patronen en samenhang.

De analyse is verweven met andere onderzoeksfasen. Zij begint vanaf het eerste moment van gegevensverzameling. Daarna volgt een constante cyclus van waarneming, analyse en reflectie (Wester 2000). Bij de start van het onderzoek vindt al de eerste analyse plaats. Zo wordt al een eerste indruk gekregen bij het eerste interview. Hierbij kan geconcludeerd worden dat de volgende interviews

die geanalyseerd worden gekleurd zijn door de voorgaande, wat betekend dat er bias (onzuiverheid) op kan treden. Hierdoor kan de validiteit van de resultaten worden beïnvloed dan wel vertekend worden. De gegevens die door middel van het interview worden opgeslagen zullen worden geordend en daarna gecodeerd.

2.3.5 Kwaliteit waarborgen

Om de kwaliteit te waarborgen, worden een aantal aspecten ingevoerd om de geloofwaardigheid, verifieerbaarheid, verplaatsbaarheid en plausibiliteit te vergroten. Hierdoor wordt het onderzoek op betrouwbaarheid vergroot.

Bij de geloofwaardigheid van het onderzoek gaat het erom in hoeverre de onderzoeksresultaten een realistisch beeld vormen van het bestudeerde verschijnsel (Baarda & de Goede, 2005).

De geloofwaardigheid is allereerst gewaarborgd door het feit dat er zowel verpleegkundigen als een senior verpleegkundige van de afdeling bij het onderzoek betrokken worden. Op deze wijze wordt het verschijnsel vanaf de werkvloer bekeken.

Ook wordt er gebruik gemaakt van member check. Getracht wordt dat er uiterlijk een week na de afname van het interview een e-mail verstuurd wordt naar de betrokkenen met dank voor het meewerken aan het interview. Tevens zal er door deze e-mail een member check plaats vinden door een samenvatting van het interview mee te sturen naar de betrokkene met de uitgesproken verwachting om hierop te reageren. Een member check is een techniek waarbij de gegevens en interpretaties worden voorgelegd aan de betrokkene om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid zoals die de onderzoeker voor ogen staat voor hen herkenbaar is. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda & de Goede, 2005).

De verifieerbaarheid in kwalitatief onderzoek heeft betrekking op de mate waarin de resultaten gebaseerd zijn op de bijdrage van de respondenten, en niet op het vooringenomen standpunt van de onderzoeker, de bias (Baarda & de Goede, 2005). Vooraf is er per topic een aantal beginvragen vastgesteld die voortkomen uit de literatuur. Deze is door beide onderzoekers samen vastgesteld. Ook wordt er gebruik gemaakt van member check en een proefinterview. Dit interview is belangrijk voor het samenstellen van de topicslijst. Er wordt nagegaan of de topics die aan de orde worden gesteld, relevant zijn. Ook zal uitwijzen of er onduidelijkheden in de vraagstelling zijn. Het vergroot de betrouwbaarheid van de topics, omdat deze door andere personen worden bekeken die zich in de situatie kunnen inleven.

Om de betrouwbaarheid nog meer te vergroten zal Conner twee uitgewerkte interviews aan Michael als peer review geven met de duidelijke vraag deze op bruikbaarheid te testen en hier de belangrijkste kernpunten uit te halen. Deze kernpunten zullen vergeleken worden met de punten die Conner, van tevoren, uit de tekst heeft gehaald.

Verplaatsbaarheid houdt in hoeverre de resultaten in hypothetische zin overdraagbaar zijn naar andere settingen (Baarda & de Goede, 2005). Er zullen citaten worden ingevoegd en de context zal goed beschreven worden. De lezers kunnen zelf een inschatting maken of de bevindingen ook van toepassing kunnen zijn op hun eigen omgeving of werkplek.

Plausibiliteit heeft te maken met de consistentie van de gegevens en bevindingen (Baarda & de Goede, 2005). In deze onderzoeksopzet is een duidelijk onderzoeksproces vorm gegeven, interview wordt opgenomen en letterlijk uitgetypt. Ook de member check draagt bij aan de plausibiliteit van het onderzoek, doordat het uitgewerkte interview wordt teruggekoppeld naar de geïnterviewde. Hiermee wordt ondervangen dat de onderzoeker een eigen interpretatie aan de gegevens koppelt.

2.4 Perspectief van behandelaren, management en beleidsmedewerker

2.4.1 Vraagstelling

Het tweede praktijkonderzoek zal door middel van interviews worden gedaan bij ondersteunende mensen bij beleid en behandeling van Begijnstraat 19. Michael zal deze deelvraag voor zijn rekening nemen.

De vraagstelling is als volgt: *“Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot het veiligheidsgevoel vanuit het perspectief van behandelaren, management en beleidsmedewerker die betrokken zijn bij de afdeling?”*

Dit onderzoek zal plaats vinden door middel van een semi-gestructureerd interviews (n=5), waarbij er een aantal, nog nader te bepalen, topics worden vastgesteld. Een semi-gestructureerd interview bevat vooraf bepaalde vragen/onderwerpen, maar er is meer speling binnen de vragen dan bij een gestructureerd interview. In een semi-gestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van te voren vast, maar de onderwerpen wel (Baarde, 2012).

Tijdens het interview zal er gebruik worden gemaakt van een topiclijst die voortkomt uit de literatuurstudie. Naar aanleiding van de informatie die verkregen zal gaan worden vanuit de literatuurstudie horend bij deelvraag één, zal de theorie gebruikt worden om op deze manier de onderwerpen voor het interview te kunnen vastleggen. Vanuit deze onderwerpen (topics) zullen er vragen worden voorbereid die tijdens het interview worden gesteld. Ook is er vooraf door de onderzoekers gebrainstormd over mogelijke onderwerpen en deze mogelijke onderwerpen staan bij de dataverzameling. De verwachting is dat deze onderwerpen overeenkomen met theorie die gevonden wordt in de literatuur. Doordat mogelijk twee bronnen van Evidence Based Practice (EBP), eigen ervaring/kennis en literatuur, dezelfde onderwerpen vinden, kan er vanuit worden gegaan dat deze onderwerpen relevant zijn voor het onderzoek.

2.4.2 Databronnen

Bij het praktijkonderzoek is er gekozen voor een tweedeling in de deelvragen, enerzijds de verpleegkundigen op de afdeling, anderzijds de behandelaren, management en beleidsmedewerker die betrokken zijn bij Begijnstraat 19. Er is voor deze tweedeling gekozen, omdat de verpleegkundigen letterlijk op de afdeling en zodoende op de werkvloer werken. Behandelaren, management en beleidsmedewerker werken daarbij vanuit het kantoor in plaats vanuit de afdeling. Zij hebben een andere functie, rol en beroep en daarom kan verwacht worden dat zij een ander perspectief over het veiligheidsgevoel hebben. Zij bepalen het beleid omtrent de veiligheid op de afdeling wat mogelijk invloed heeft op het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen.

Om tot dit perspectief van deze doelgroep te komen, worden er vijf personen individueel geïnterviewd. Deze vijf personen vormen de doelgroep die gerekend kan worden tot de behandelaren, management en beleidsmedewerker die betrokken zijn bij Begijnstraat 19. Het gaat om de volgende personen:

- GZ-psycholoog (behandelaar)
- Psychiater (hoofdbehandelaar)
- Teammanager (van de afdeling)
- Bedrijfsmanager, manager van het terrein en lid veiligheidscommissie Etten-Leur
- Beleidsmedewerker en aandachtsfunctionaris Triasweb

Op de afdeling zijn twee behandelaren werkzaam, te weten een GZ-psycholoog en een psychiater die beide worden meegenomen bij het onderzoek. Op deze manier is het de bedoeling om een compleet beeld te krijgen vanuit het perspectief van de behandelaren van Begijnstraat 19.

In de hiërarchie staat er boven de manager van de afdeling de bedrijfsmanager, maar deze heeft geen direct contact met de verpleegkundige die werkzaam zijn op Begijnstraat 19. Hij communiceert nieuws, taken en handelingen via de manager van de afdeling. Wel zal hij mogelijk invloed hebben op het beleid rondom veiligheid op de afdeling en daarom is het belangrijk om deze persoon mee te nemen in het onderzoek. Tevens is hij lid van de commissie veiligheid van het terrein Etten-Leur, waardoor deze persoon een belangrijke spil kan zijn in het vormen van beleid rondom veiligheid.

Dit geldt ook voor de beleidsmedewerker en aandachtsfunctionaris van het Triasweb. Triasweb is een programma binnen GGZ Breburg waar meldingen gemaakt worden van ongevallen, agressie, onveiligheid en incidenten. Deze worden geanalyseerd door een Triaswebgroep (twee aangestelde verpleegkundigen) op de afdeling en deze meldingen komen binnen bij de teammanager. Ook zijn er bijeenkomsten die geleid worden door de aandachtsfunctionaris met als volgelingen de personen van de Triaswebgroepen van meerdere afdelingen. Hiermee heeft de aandachtsfunctionaris invloed op de gebeurtenissen die besproken worden. Met deze meldingen wordt beleid afgesproken en door te melden door verpleegkundigen worden incidenten, agressie en veiligheid in kaart gebracht op de afdeling. Het is belangrijk om het perspectief van deze persoon te betrekken bij het onderzoek, omdat deze persoon vervolgacties kan inzetten en/of bespreekbaar kan maken bij het aanscherpen van beleid rondom veiligheid en zodoende ook op Begijnstraat 19.

Met deze vijf personen wordt er hoogst waarschijnlijk wel tot een verzadigingsdrempel gekomen om het perspectief van de behandelaren, management en beleidsmedewerker die betrokken zijn bij Begijnstraat 19 in kaart te brengen. Wanneer dit niet het geval is, zou er een vervolgonderzoek ingezet kunnen worden. Dit vervolgonderzoek zal organisatorisch breed gelegd moeten worden, waar in dit

onderzoek de tijd, ruimte en mogelijkheden niet voor zijn. Het is dus noodzaak om alle gegevens te verzamelen bij deze desbetreffende personen.

Om deze doelgroep te benaderen, zal er in eerste instantie een e-mail worden verzonden om de personen uit de doelgroep individueel uit te nodigen voor het interview. In deze uitnodiging wordt een korte beschrijving van het afstudeerproject geschetst, het doel van het onderzoek, wat er met de gegevens gedaan wordt, hoeveel tijd het interview in beslag neemt voor de betrokkene en dat de onderzoeker binnen een week met de betrokkene telefonisch een definitieve afspraak maakt.

Uiterlijk een week na de versturing van de uitnodiging, zal er telefonisch contact worden gelegd met de betrokkenen om tot een definitieve afspraak te komen. Om te voorkomen dat er een stremming ontstaat in de voortgang, zal er een week voorafgaand aan de afspraak een reminder verzonden worden door middel van een e-mail.

Het voornemen is dat er uiterlijk een week na de afname van het interview een e-mail verstuurd zal worden naar de betrokkenen met dank voor het deelnemen aan het interview. Tevens zal er door deze e-mail een member check plaats vinden door een samenvatting van het interview mee te sturen naar de betrokkene met de uitgesproken verwachting om hierop te reageren. Een member check is een techniek waarbij de gegevens en interpretaties, van de onderzoeker, worden voorgelegd aan de betrokkene om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid zoals die de onderzoeker voor ogen staat voor hen herkenbaar is. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda & de Goede, 2005). Om de betrouwbaarheid nog meer te vergroten zal Michael twee uitgewerkte interviews aan Conner als peer review geven met de duidelijke vraag deze op bruikbaarheid te testen en hier de belangrijkste kernpunten uit te halen. Deze kernpunten zullen vergeleken worden met de punten die Michael, van tevoren, uit de tekst heeft gehaald.

Anonimiteit

De interviews worden afgenomen bij behandelaren, management, en aandachtfunctionaris Triasweb. Voor een anonieme verwerking van de verkregen gegevens kan niet garant worden gestaan bij deze doelgroep. Het betreft een klein selecte groep, waarbij de functies door één persoon worden ingevuld. Dit is niet op een andere manier in te vullen. Er zullen echter geen namen en functies worden genoemd in het gehele onderzoekstraject.

Voorafgaand aan het interview zal gevraagd worden aan betrokkenen of zij toestemmen in het verwerken van hun antwoorden. Hiermee is het 'informed consent' afgedekt.

2.4.3 Dataverzameling

Bij het onderzoek zal er gebruikt gemaakt worden van ondervragen door middel van een semi-gestructureerd interview (n=5).

Data-techniek

In een semi-gestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast, maar de onderwerpen/topics wel. Vaak staan de onderwerpen dan in een logische/chronologische volgorde. Bij elk onderwerp is een beginvraag geformuleerd. Vaak wordt bij elk onderwerp ook nog wat trefwoorden of 'door'-vragen opgeschreven die in de loop van het interview aan de orde worden gesteld als ze niet spontaan door de geïnterviewde genoemd worden (Baarda, 2012).

Verder kunnen er eventueel vragen worden toegevoegd door opgedane ervaring. De verkregen informatie zal vertrouwelijk worden behandeld. Een semi-gestructureerd interview is een vraaggesprek waarin de beleving van de geïnterviewde vooropstaat. Het heeft tot doel informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp. Een semi-gestructureerd interview vindt meestal plaats in de vorm van een tweegesprek, dus een interview met één persoon (Verhoeven, 2011).

De interviews zullen geopend worden door een korte uitleg over het onderzoek en vervolgens de aanleiding van het interview. Er zal toestemming gevraagd worden om het interview op te nemen, de antwoorden te verwerken en een vraag gesteld worden om uiterlijk één week na afname een mail te sturen met daarin een samenvatting van het interview. Er zal gevraagd worden om respons. Vervolgens zal er gestart worden met een aantal basisvragen, zoals naam, leeftijd, functie, opleiding. De keuze hiervoor is voornamelijk om de betrokkene op zijn gemak te stellen. Vervolgens zal er dieper ingegaan worden op de mogelijke topics, die hieronder staan beschreven in een visgraatanalyse. De eerste vragen zullen vastgelegde vragen zijn om vervolgens met open vragen door te vragen op de topics. De vastgelegde vragen komen voort uit de topiclijst die is ontstaan naar aanleiding van de literatuurstudie. De interviews worden vervolgens afgesloten met eventuele mogelijke verbeterpunten, zover de betrokkene deze kan aankaarten.

De interviews worden opgenomen met een geluidsopname apparaat. Vooraf wordt ook toestemming gevraagd om het interview op te mogen nemen. Na het interview wordt binnen één week het interview volledig uitgeschreven. Dit zal gemiddeld acht uur per interview in beslag nemen. Na dit uitschrijven, volgt er een samenvatting van het gesprek. Dit wordt naar de betrokkene verstuurd per e-mail als member check.

Vooraf wordt naar aanleiding van de literatuurstudie door beide onderzoekers een topic lijst, een aantal basisvragen en een aantal open vragen opgesteld.

Het proefinterview

Een proefinterview is een interview met een persoon die zich goed kan inleven in de situatie, maar concreet niets met de situatie te maken heeft. Voorafgaand aan de vijf interviews zal een proefinterview plaatsvinden. Dit interview is belangrijk voor het samenstellen van de topicslijst. Er wordt nagegaan of de topics die aan de orde worden gesteld, relevant zijn. Ook zal uitwijzen of er onduidelijkheden in de vraagstelling zijn. Gezien de beperkte doelgroep, is het belangrijk dat het interview goed verloopt. Het is belangrijk om het interview uit te proberen bij een vriend, collega of mijn medestudent die zich in een dergelijke situatie in kan leven. Gezien de branche gerichte opleiding, zijn er meerdere collega's en studenten mogelijk. Deze zijn allen werkzaam binnen GGz Breburg. Wanneer het proefinterview niet naar wens verloopt, zullen er aanpassingen gedaan worden om tot een goede vraagstelling en concreet interviewschema te komen (Baarda & de Goede, 2012).

Mogelijke topic lijst

Om de vragen te kunnen stellen, moet er een vragenlijst worden ontworpen. De vragen worden voor een groot gedeelte afgeleid uit het literatuuronderzoek. Dit heeft als reden om te kunnen toetsen of de geïnterviewde hetzelfde ervaart of handelt zoals in de literatuur beschreven wordt.

Ook is er vooraf door de onderzoekers gebrainstormd over mogelijke onderwerpen. De onderzoekers hebben ervaring in de psychiatrie en één van de onderzoekers heeft gewerkt op afdeling Begijnstraat 19. Hierdoor is het mogelijk om te brainstormen over mogelijke onderwerpen en deze onderwerpen staan hieronder.

Met het proefinterview wordt gekeken of deze onderwerpen (topics) aansluiten en passen bij het veiligheidsgevoel op een afdeling. Over deze onderwerpen wordt informatie vergaard bij de doelgroep om een duidelijk beeld te krijgen hoe het gesteld is met het veiligheidsgevoel op de afdeling Begijnstraat 19 en wat er in de toekomst eventueel verbeterd kan worden. Aan de hand van deze topics wordt vorm gegeven aan het semi-gestructureerde interview.

Na de brainstormsessie, kwamen de volgende mogelijke onderwerpen naar voren:

- Veiligheid versus visie
- Samenwerking verpleegkundigen / team
- Verbale agressie
- Fysieke agressie
- Personeelsbezetting
- Facilitaire inrichting, inclusief noodhulp
- Inzet van behandelaren, management, senior
- Meldingen en reactie daarop
- Trainingen
- Aandacht omtrent veiligheid

- In te zetten middelen om veiligheid te verhogen
- Mogelijke verbeterpunten

Een definitieve topic lijst wordt gemaakt na de literatuurstudie, zodat de onderzoekers ook over gedetailleerde informatie beschikken gericht op het veiligheidsgevoel op een psychiatrische afdeling. Doordat onderwerpen vooraf door de brainstormsessie mogelijk overeenkomen met de gevonden literatuur, geeft dat betrouwbare informatie. Er worden twee bronnen van evidence gecombineerd, waar hetzelfde uitkomt. De topiclijst wordt verder aangevuld met onderwerpen uit de literatuur. Op basis daarvan wordt verwacht een compleet en betrouwbare topiclijst te creëren.

2.4.4 Data-analyse

De data uit de interviews van Michael worden geanalyseerd door middel van thematische analyse. Thematische analyse is een methode bij kwalitatief onderzoek, waarbij het mogelijk is om thema's binnen de data te identificeren, analyseren en rapporteren. Een thema geeft betekenis aan de inhoud van de data in relatie tot de onderzoeksvraag.

Bij thematische analyse kunnen zes fasen onderscheiden worden, waarbij de eerste fase bestaat uit het uitschrijven/uittypen van de verkregen data van de geïnterviewde. Dit zal een tijdrovende klus worden, maar kan niet als tijdverlies beschouwd worden. Het is een goede manier om vertrouwd te raken met de verkregen data. Vervolgens worden de volgende fasen onderscheiden (Braun en Clarke, 2006):

- Verkennen van de data. Uitschrijven van de gevonden data.
De interviews worden opgenomen op een geluidsopnameapparaat. Vervolgens zal in een week tijd het gesprek worden uitgeschreven (woord voor woord) om het vervolgens te kunnen analyseren. Dit is stap één van de thematische analyse.
- De eerste codes maken: Codeer interessante facetten van de data op een systematische wijze over de volledige data set en breng gelijkaardige codes (met hun citaten) in verband met elkaar (clusteren).
Informatie en onderwerpen die belangrijk zijn voor het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen zullen worden gecodeerd/onderstreept. Er zal uit verschillende interviews waarschijnlijk eenzelfde soort antwoord te verwachten zijn. Waarvan de onderzoeker denkt dat het belangrijke informatie is, zal worden onderstreept. Er kan beter te veel worden onderstreept dan te weinig om een zo'n compleet mogelijk beeld te verzamelen over het veiligheidsgevoel en welke aspecten daarin belangrijk zijn.

- Thema's zoeken: Cluster codes door alle data relevant voor een thema bijeen te brengen. De codes worden nu aan elkaar gekoppeld. Hierbij wordt naar elke mogelijk verband van de codes onderling gekeken. Deze worden bij elkaar gevoegd tot één thema, waardoor er een thema wordt gecreëerd.
- Herziening van thema's: Check dat de thema's werken in relatie tot de ruwe data en het overall beeld en maak een themamap van de analyse.
Het kan zijn dat bij bepaalde gevormde thema's te weinig informatie is verkregen en dus eigenlijk geen thema zijn. De informatie zal anders moeten worden verdeeld. Het kan zijn dat informatie ook bij een ander thema past, waardoor een bepaald thema vervalt en een ander thema iets meer "body" krijgt. Dit wordt in deze fase gerealiseerd.
- Benoemen en definiëren van thema's: Verfijn de specifieke betekenis van elk thema en het overkoepelende verhaal dat verteld wordt. Maak heldere definities en geef elk thema een naam.
In deze fase wordt de essentie van het thema duidelijk onderstreept. Een thema mag niet te complex of te breed zijn. Het moet een helder en concreet thema worden en dit wordt aan de hand van heldere definities gedaan. In deze fase krijgen de thema's een passende naam.
- Rapporteren: Selecteer citaten die het thema het best illustreren, laatste analyse van geselecteerde citaten, relaties tussen thema's en onderzoeksvraag en literatuur, een rapportage van de resultaten.
In deze fase wordt het verhaal samengevat en worden de citaten helder en duidelijk neergezet. Deze rapportage mag geen dubbele informatie bevatten en geeft een geargumenteed antwoord op de onderzoeksvraag.

Er is voor thematische analyse gekozen, omdat deze techniek goed past bij semi-gestructureerde interviews. Naar mijn idee is thematische analyse alles omvattend voor deze semi-gestructureerde interviews en worden er thema's gecreëerd. Deze thema's kunnen later in de implementatiefase worden gebruikt.

2.4.5 Kwaliteit waarborgen

Om de kwaliteit te waarborgen, worden een aantal aspecten ingevoerd om de geloofwaardigheid, verifieerbaarheid, verplaatsbaarheid en plausibiliteit te vergroten. Hierdoor wordt het onderzoek op betrouwbaarheid vergroot.

Bij de geloofwaardigheid van het onderzoek gaat het erom in hoeverre de onderzoeksresultaten een realistisch beeld vormen van het bestudeerde verschijnsel (Baarda & de Goede, 2005).

De geloofwaardigheid is allereerst gewaarborgd door het feit dat er zowel manager, behandelaren, aandachtsfunctionaris Triasweb, als verpleegkundigen bij het onderzoek betrokken worden. Op deze wijze wordt het verschijnsel vanuit meerdere disciplines bekeken. Ook wordt er gebruik gemaakt van member check. Getracht wordt dat er uiterlijk één week na de afname van het interview een e-mail verstuurd wordt naar de betrokkenen met dank voor het meewerken aan het interview. Tevens zal er door deze e-mail een member check plaats vinden door een samenvatting van het interview mee te sturen naar de betrokkene met de uitgesproken verwachting om hierop te reageren. Een member check is een techniek waarbij de gegevens en interpretaties worden voorgelegd aan de betrokkene om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid zoals die de onderzoeker voor ogen staat voor hen herkenbaar is. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda & de Goede, 2005).

De verifieerbaarheid in kwalitatief onderzoek heeft betrekking op de mate waarin de resultaten gebaseerd zijn op de bijdrage van de respondenten, en niet op het vooringenomen standpunt van de onderzoeker, de bias (Baarda & de Goede, 2005). Vooraf is er per topic een aantal beginvragen vastgesteld die voortkomen uit de literatuur. Deze is door beide onderzoekers samen vastgesteld. Ook wordt er gebruik gemaakt van member check en een proefinterview. Dit interview is belangrijk voor het samenstellen van de topicslijst. Er wordt nagegaan of de topics die aan de orde worden gesteld, relevant zijn. Ook zal uitwijzen of er onduidelijkheden in de vraagstelling zijn. Het vergroot de betrouwbaarheid van de topics, omdat deze door andere personen worden bekeken die zich in de situatie kunnen inleven.

Om de betrouwbaarheid nog meer te vergroten zal Michael twee uitgewerkte interviews aan Conner als peer review geven met de duidelijke vraag deze op bruikbaarheid te testen en hier de belangrijkste kernpunten uit te halen. Deze kernpunten zullen vergeleken worden met de punten die Michael, van tevoren, uit de tekst heeft gehaald.

Verplaatsbaarheid houdt in hoeverre de resultaten in hypothetische zin overdraagbaar zijn naar andere settings (Baarda & de Goede, 2005). Er zullen citaten worden ingevoegd en de context zal goed beschreven worden. De lezers kunnen zelf een inschatting maken of de bevindingen ook van toepassing kunnen zijn op hun eigen omgeving of werkplek.

Plausibiliteit heeft te maken met de consistentie van de gegevens en bevindingen (Baarda & de Goede, 2005). In deze onderzoeksopzet is een duidelijk onderzoeksproces vorm gegeven, interview wordt opgenomen en letterlijk uitgetypt. Ook de member check draagt bij aan de plausibiliteit van het onderzoek, doordat de samenvatting van het interview wordt teruggekoppeld naar de geïnterviewde. Hiermee wordt ondervangen dat de onderzoeker een eigen interpretatie aan de gegevens koppelt.

2.5 Adviezen om veiligheidsgevoel te vergroten en te behouden

2.5.1 Vraagstelling

Het onderzoek, behorende bij deelvraag vier, zal door middel van de claims, concerns en issues (CCI) methode gedaan worden bij een focusgroep. De begrippen CCI en focusgroep worden later nader uitgelegd. Conner en Michael zullen samen deze deelvraag voor hun rekening nemen.

De vraagstelling is als volgt: *“Welke adviezen kunnen worden gegeven voor het behouden en vergroten van het veiligheidsgevoel op Begijnstraat 19”*

Bij een focusgroep bespreekt een aantal mensen het onderwerp van het onderzoek. Deze mensen hebben een bepaalde relatie met het onderzoek, in dit geval is dit het team waar het onderzoek plaats heeft gevonden.

Dit gesprek wordt begeleid en gestuurd door de onderzoeker om de opbrengst te waarborgen. Deze maakt van te voren een onderwerpen lijst of schema en moet er tijdens het gesprek voor zorgen dat deze aan bod komen. Deze onderwerpen komen naar voren door de uitkomsten van deelvraag één, twee en drie te analyseren. De onderlinge interactie kan extra en soms onverwachte informatie opleveren, in dit geval met het doel om adviezen te verzamelen hoe de gevonden informatie geïmplementeerd kan worden (Grit & Julsing, 2009).

Tijdens deze bijeenkomst wordt gebruikt gemaakt van de CCI methode. De term claim verwijst naar verwachtingen ten aanzien van het beleid of programma, concerns naar zorgen, en issues naar discussiepunten. Deze CCI's zijn niet vooraf kenbaar en moeten gaandeweg het onderzoek worden verkend. Naast het identificeren en beschrijven van de CCI's moet de onderzoeker achterliggende motiveringen en waardensystemen verhelderen met het oog op de onderhandeling en het doel van de evaluatie. Speciale aandacht moet uitgaan naar controversen (Guba & Lincoln, 1989). In dit geval heeft dit geleid tot interessante discussies.

2.5.2 Databronnen

De verpleegkundigen en senior verpleegkundige van afdeling GGz Breburg, Impact, Duurzaam Wonen, Intensieve Behandeling op Begijnstraat 19 te Etten-Leur, zullen worden gevraagd om in de focusgroep plaats te nemen. Naast deze databronnen, zullen ook de gegevens die verzameld zijn in deelvraag één, twee en drie gelden als databronnen. De bedoeling is dat de informatie, die is verzameld uit de eerdere deelvragen, gebruikt wordt om de focusgroep van informatie te voorzien om de discussie te voeden.

Er wordt gekozen om minimaal vijf verpleegkundigen uit te nodigen voor de focusgroep. Het verpleegkundig team van Begijnstraat 19 bestaat uit ongeveer twaalf personen, exclusief stagiaires en

leerlingen van het hulpverlenend beroep. Er is gekozen voor minimaal vijf personen, vanwege het feit dat verpleegkundigen of vrij zijn of moeten achterblijven op de afdeling voor de zorg rondom cliënten.

Inclusie en exclusie

Inclusiecriteria: Iedere gediplomeerde verpleegkundige en senior verpleegkundige op de afdeling, die met de cliënten communiceert, is geschikt voor de focusgroep. In tegenstelling tot het afnemen van de interviews waarbij gekozen is voor vaste (gediplomeerde) medewerkers is er bij het samenstellen van de focusgroep geen onderscheid gemaakt tussen een invalkracht, leerling of vaste kracht, man of vrouw is, heel weinig of juist veel ervaring heeft. Ook het verschil tussen MBO of HBO opgeleiden is voor dit onderzoek niet relevant. Het gaat om adviezen over het behouden en vergroten van het veiligheidsgevoel bij verpleegkundigen. Elke verpleegkundige heeft daar zijn eigen kijk op of ervaring mee. Daarom hebben we deze groep zo divers mogelijk samengesteld. Om zo goed mogelijk aan te sluiten aan de wens van het gehele team, is het belangrijk om juist geen onderscheid te maken tussen bovengenoemde aspecten. Het is wel ideaal om een aantal vaste krachten in de focusgroep te hebben, gezien de stabiliteit en langere samenwerking onderling in het team en de werkervaring op de afdeling. Als er al sprake zou zijn van vertekening door de specifieke ervaringen van een verpleegkundige, dan is dit rechtgetrokken door de deelname van hoofdzakelijk vaste medewerkers.

Exclusiecriteria: Behandelaren, beleidsmedewerkers, niet gediplomeerde verpleegkundigen met geen direct cliënt contact, worden uitgesloten voor deelname aan de focusgroep. Het is een verpleegkundige aangelegenheid. Het gaat om het verzamelen van adviezen over het behouden en vergroten van het veiligheidsgevoel bij verpleegkundigen, werkzaam op Begijnstraat 19.

Om de doelgroep te benaderen, zal in samenwerking met de opdrachtgever worden gekeken op welke dag een werkoverleg specifiek voor Begijnstraat 19 wordt gehouden. Tevens zal in combinatie met de dienstlijst gekeken worden of er aan de eisen van de databronnen wordt voldaan om minimaal vijf verpleegkundigen te hanteren. Dit zal met een mondeling afspraak gebeuren.

2.5.3 Dataverzameling

Bij het onderzoek zal er gebruikt gemaakt worden van de CCI methode van Guba & Lincoln tijdens een focusgroep, bestaande uit verpleegkundigen en teammanager van Begijnstraat 19. Er is voor deze CCI methode gekozen, omdat deze uitgaat van de gevarieerdheid van het personeel en de manier waarop ze denken, handelen, zien en voelen. Het voordeel van deze methode ten opzichte van andere onderzoeksmethoden, is dat de belanghebbende actieve deelnemers worden van het proces (Scienca, 2010). Zo kunnen er interessante discussies ontstaan en worden de besproken onderwerpen van meerdere kanten belicht.

Data-techniek en analyse

Door middel van een focusgroep en CCI methode wordt de data verzameld.

Focusgroep

Zoals al eerder uitgelegd, bestaat een focusgroep uit een aantal mensen die over het onderwerp van onderzoek gaan discussiëren. Deze mensen hebben een bepaalde relatie met het onderzoek, zoals de verpleegkundigen van Begijnstraat 19. Dit gesprek wordt begeleid en gestuurd door de onderzoeker om de opbrengst te waarborgen. De onderlinge interactie kan extra en soms onverwachte informatie opleveren, in dit geval met het doel om adviezen te verzamelen hoe de gevonden informatie geïmplementeerd kan worden.

De onderzoekers maken gebruik van een CCI methode. Zij zullen door middel van post-it de informatie verzamelen. De focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode. Grit en Julsing (2009) geven de volgende voor- en nadelen van een focusgroep.

Voordelen:

- De onderzoeker kan er voor zorgen dat er dieper kan worden ingegaan op een onderwerp.
- Onderlinge interactie.
- De onderzoeker kan ook de non-verbale communicatie waarnemen.
- Er kan onverwachte informatie naar voren komen.

Nadelen:

- Het is soms lastig om alle personen op dezelfde tijd op dezelfde plaats te krijgen.
- De onderzoeker moet ervaring hebben met focusgroepen.
- Een van de groepsleden kan een dominante rol aannemen. Dit vergt goede sturing door de onderzoeker.
- Het is vaak duur door huur van ruimte en reiskosten.

Over de nadelen is door de onderzoekers nagedacht, zoals het aantal personen om te verzamelen in de focusgroep (minimaal vijf, zoals eerder beschreven) en dat de focusgroep door beide onderzoekers wordt geleid. Dit heeft als voordeel dat beide onderzoekers kunnen ingrijpen bij een dominante rol van een groepslid, elkaar kunnen aanvullen met informatie en elkaar kunnen steunen. Ook aan de hand van de CCI methode, zal er structuur worden aangebracht bij de focusgroep en worden zij uitgenodigd om actief mee te doen met het proces (Guba en Lincoln, 1989). Omdat wij beiden als onderzoeker nog geen ervaring hadden met focusgroepen hebben wij de nadruk gelegd op structuur. Zo heeft Conner bijvoorbeeld zijn ervaring met vergaderen en het geven van interactieve presentaties ingezet.

Claims, Concerns en Issues

De CCI methode van Guba en Lincoln komt uit de vierde generatie onderzoeksbenadering en staat voor claims, concerns en issues. Het vierde generatie onderzoek gaat uit van pluraliteit van mensen en de manier waarop mensen denken, handelen, zien en voelen. Een verschil met andere onderzoeksbenaderingen is dat de belanghebbenden niet alleen worden benaderd, maar tevens actieve deelnemers aan het onderzoek zijn. Zij worden betrokken bij de interpretaties van bevindingen en daardoor is de verwachting dat de adviezen beter aansluiten bij de doelgroep. Wij zien dan ook weinig tot geen problemen bij het implementeren van de adviezen, daar deze zijn voortgekomen uit de inzichten van de deelnemers zelf.

Er zijn drie groepen van belanghebbenden (Guba en Lincoln, 1989).

- Agents: beleidsmakers, projectleiders, professionals en financierders.
- Beneficiaries: de doelgroep en anderen direct betrokkenen.
- Victims: diegenen die schade ondervinden. Zij durven zich niet goed uit te spreken.

In het onderzoek staan de claims, concerns en issues centraal (Guba en Lincoln, 1989).

- Claims: aspecten die volgens belanghebbende absoluut noodzakelijk zijn.
- Concerns: zorgen die men heeft over/problemen die men ervaart.
- Issues: onderwerpen of discussiepunten die een rol spelen.

De claims, concerns en issues worden gaandeweg de sessie duidelijk. Naast het benoemen ervan, proberen Guba en Lincoln de motiveringen en waardensystemen die eraan ten grondslag liggen, te verhelderen. Dat doen zij met het oog op het onderhandelingsproces. Speciale aandacht hebben ze voor tegenstellingen en voor verschillen.

Bij de focusgroep zullen er drie vakken of flaps hangen met de volgende vraag erbij:

- Claims: Wat gaat er goed bij het vergroten en behouden van het veiligheidsgevoel?
- Concerns: Wat zijn je zorgen bij het vergroten en behouden van het veiligheidsgevoel?
- Issues: Welke vragen of problemen verwachten de verpleegkundige bij het vergroten en behouden van het veiligheidsgevoel?

Voorafgaand zal er een kleine presentatie worden gehouden over de gevonden uitkomsten van deelvraag één, twee en drie met betrekking tot het onderwerp “veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen”. De presentatie duurt maximaal tien minuten.

1. Iedere deelnemer schrijft één opmerking per afzonderlijke post-it de claims, concerns en issues over het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen.
Iedere deelnemer heeft op deze wijze evenveel stem in het noteren van de claims, concerns en issues. Dit noteren wordt in stilte gedaan en duurt totdat de laatste klaar is. Dit is belangrijk, zodat de stem van iedere deelnemer gehoord wordt.
2. De onderzoekers clusteren samen met de deelnemers elke flap.
Zij bespreken wat zij denken wat de kern van de flap is, wat met elkaar samenhangt en wat de uitersten zijn. Het is belangrijk dat er geen punten worden weggelaten. Iedere stem is even belangrijk. Er zal doorgevraagd moeten worden bij de deelnemers om elke opmerking duidelijk te begrijpen.
3. Clustering plenair bespreken.
De onderzoekers koppelen hun bevindingen van de flap terug in de hele groep. De issues worden als laatste doorgenomen. Alle adviezen worden genoteerd en meegenomen in de implementatiefase.

Benodigheden zullen dan ook pen, post-its en flaps zijn. Er zal een ruimte gereserveerd moeten worden met een beamer. Aan de hand van een powerpoint, welke staat op de laptop van de onderzoeker, wordt de informatie voorzien aan de focusgroep.

2.5.4 Kwaliteit waarborgen

Guba en Lincoln hebben een aantal criteria ontwikkeld om de kwaliteit te waarborgen. Deze worden geloofwaardigheidscriteria en fairness en authenticiteitscriteria genoemd.

Geloofwaardigheidscriteria: De geloofwaardigheid van interpretaties in de ogen van betrokkenen vormt een alternatief criterium; respondenten krijgen interpretaties voorgelegd met de vraag of zij zich erin kunnen herkennen (member check). Dit gebeurt tijdens de focusgroep. De onderzoeker dient op de belangrijkste eigen filters die het onderzoek kleuren te reflecteren. Kennis is overdraagbaar door het maken van thick descriptions (gedetailleerde samenvatting) van de bestuurd context.

Fairness en authenticiteitscriteria: Deze criteria hebben betrekking op het toegenomen persoonlijke inzicht, op het toegenomen wederzijdse inzicht, op verschuivingen in het denken en op de toegenomen mogelijkheid om acties te ondernemen. Fairness verwijst naar de kwaliteit van het proces. Deze is mede afhankelijk van de gecreëerde machtsbalans; alle belanghebbenden moeten in staat zijn gesteld om hun stem ten gehore te brengen (door middel van de post-it).

Het hermeneutisch-dialectische proces: Door het actief betrekken van zoveel mogelijk belanghebbenden is de kans gering dat vertekening in de richting van een partij optreedt. In dit geval wordt er gekozen voor de helft van het verpleegkundige team (Guba & Lincoln, 1989).

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die zijn gevonden aan de hand van een literatuurstudie, een praktijkonderzoek door middel van een semi-gestructureerd interview en een praktijkonderzoek door middel van een focusgroep, waarbij de CCI-structuur is toegepast.

3.1 Literatuurstudie

In onderstaande paragraaf worden de resultaten weergegeven van het deelonderzoek “*Wat zegt de literatuur over het veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen?*” Om antwoord te geven op deze vraag is gezocht in de literatuur. De zoekstrategie, resultaten en een deelconclusie worden geschreven.

3.1.1 Methode

De zoekstrategie is volgens de onderzoeksopzet voltooid. De gebruikte databases betreffen Google, Cinahl, Pubmed, Medline, Springerlink en Cochrane Library.

Deze databases bevatten internationale studies en artikelen welke gepubliceerd zijn in diverse wetenschappelijke tijdschriften. Artikelen zijn zo veel mogelijk geselecteerd met de selectiecriteria in het achterhoofd die aantonen dat de artikelen op wetenschappelijke basis geschreven zijn. Deze selectiecriteria zijn te vinden via de Fontys Hogeschool website. Zie bijlage drie.

Google is een zoekmachine van Google Inc. voor documenten op het World Wide Web, gelanceerd in 1997.

Om tot het verzadigingspunt te komen waarbij genoeg informatie verzameld is over het veiligheidsgevoel zijn vele artikelen bekeken. Veel van deze artikelen bleken te algemeen of hebben helemaal niets met het veiligheidsgevoel, zoals wij dit willen onderzoeken, te maken. De methode zoals gebruikt door Conner is terug te vinden in bijlage vier. De methode zoals gebruikt door Michael is terug te vinden in bijlage vijf.

Medline

Zoekopdrachten met de zoekterm safety laat op Medline bijvoorbeeld 591802 artikelen zien. Hoewel deze allemaal gaan over veiligheid, is het voor ons onderzoek niet bruikbaar omdat andere aspecten van veiligheid besproken worden. Artikelen die gevonden werden, gaan over bijvoorbeeld agrarische bedrijven en vruchtbaarheidsklinieken. Om meer to the point te komen, het veiligheidsgevoel van de verpleegkundigen, is ervoor gekozen om in Medline met de laatste en meest uitgebreide zoektermen, ‘safety AND feeling’ en ‘safetyfeeling AND nurses AND psychiatry’ te gaan zoeken. Deze zoekopdrachten hebben zes bruikbare artikelen opgeleverd zoals beschreven in de literatuurlijst.

Cinahl

In de grote verpleegkundige database Cinahl werden veel artikelen gevonden door bovenstaande zoektermen te gebruiken of te combineren. De meest bruikbare artikelen werden gevonden door de volgende zoektermen te combineren: 'Safety' AND 'Nurses' AND 'Psychiatric'.

Springerlink

In deze database werd geen bruikbare Engelstalige literatuur gevonden met bovenstaande zoektermen. Er werd met de zoekterm 'veiligheidsgevoel' één Nederlandse bruikbare bron gevonden.

Google

Op Google is gezocht met zoektermen als 'veiligheidsgevoel, veiligheidsbeleving, veiligheidsgevoel psychiatrie, veiligheid en gevaar psychiatrie'. Veelal van de informatie en websites gaan over een algemeen gevoel van veiligheid versus criminaliteit. Er zijn enkele bruikbare bronnen die in de literatuur zijn meegenomen, onder andere om een definitie te krijgen van een veiligheidsgevoel. Ook is er door een “sneeuwbal effect” naar documenten gezocht op websites die gevonden waren met bovenstaande zoektermen. Deze staan in de literatuurlijst beschreven.

Op Google is afgeweken van eerder genoemde zoektermen, zoals de niet eerder genoemde zoekterm 'veiligheidsbeleving'. Er is hiervoor gekozen, omdat deze zoektermen vaker werden genoemd in bruikbare bronnen.

3.1.2 Resultaten

Na het doorzoeken van de literatuur, is de informatie gebundeld tot de resultaten.

Agressie/geweld versus veiligheidsgevoel

Met gemiddeld 18 incidenten per cliënt per jaar vormt agressief gedrag een significant probleem binnen de intramurale Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg (ggz) (Nijman et al, zoals geciteerd in Jonker et al. 2008). Eén op de tien ggz-medewerkers geeft aan maandelijks in aanraking te komen met lichamelijke agressie, uiteenlopend van krabben, slaan en spugen tot seksuele handtastelijkheden (Douwes et al, zoals geciteerd in van Vree & Engelen, 2005). Douwes et al, zoals geciteerd in Bekker et al (2004) laat zien dat 62% van de werknemers in de ggz “ja” antwoorden op de vraag of agressie op het werk aanwezig is. Dit is beduidend hoger dan in andere zorgsectoren. Voor de totale zorgsector lag dit percentage op 26%.

Tevens wordt gesuggereerd dat de prevalentie van agressie in de psychiatrie mogelijk gradueel aan het toenemen is (Rippon, zoals geciteerd in Shields & Wilkins 2011). Het agressieve gedrag van psychiatrische cliënten richt zich hierbij voornamelijk op het personeel (Foster, Bowers & Nijman, 2007), en dan in het bijzonder op het verpleegkundig personeel (Nicholls, Brink, Greaves, Lussier, & Verdun-Jones, 2009). Agressief gedrag in de ggz en het daarmee gepaard gaande gevoel van

onveiligheid van de verpleegkundigen is een complex geheel (Fisher, zoals geciteerd in Moylan & Cullinan 2011).

Betekenis veiligheidsgevoel

De beleving van het veiligheidsgevoel wordt in het woordenboek van Van Dale (2013) in drie aparte woorden beschreven. Dit zijn “veilig, gevoel en beleving”. De betekenis zou omschreven kunnen worden als: “De innerlijke ervaring en het vermogen hebben om zich vrij en beschermd te voelen tegen gevaar”.

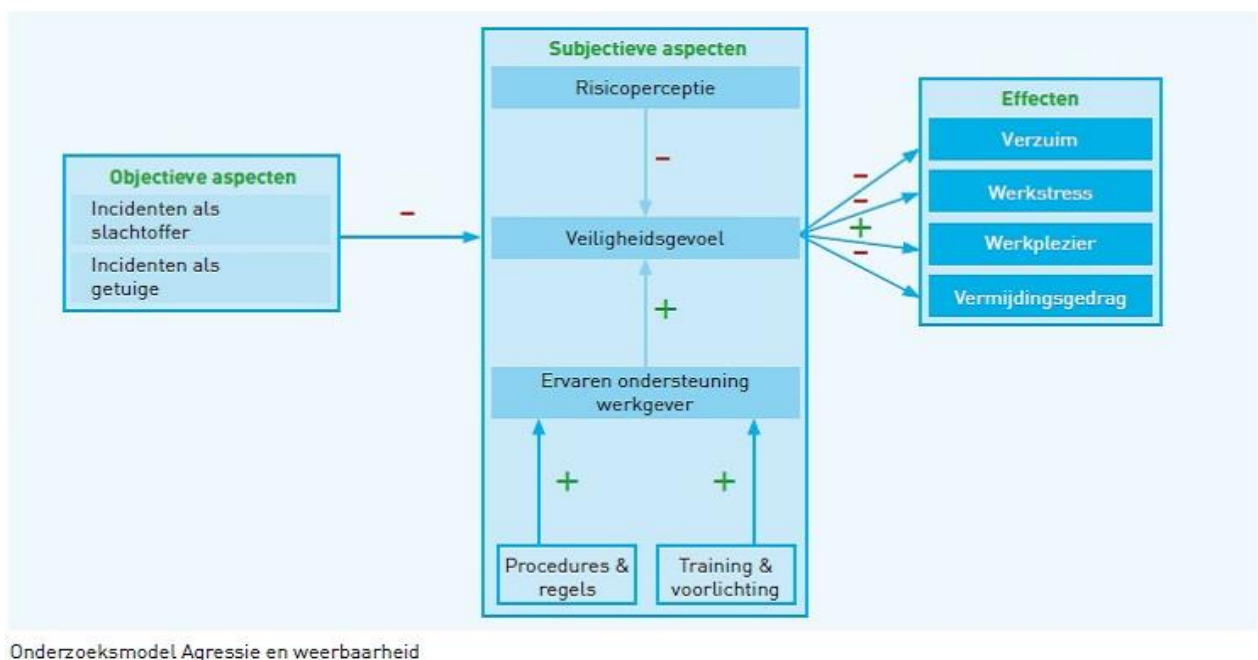
Het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheidsgevoel (CCV) ziet de veiligheidsbeleving als een containerbegrip. Het bevat een verzameling van gedachten, gevoelens, emoties en percepties.

Deze vier aspecten verschillen per situatie en per persoon. Zij hanteren de definitie:

“Een mens waant zich veilig wanneer hij het gevoel heeft dat hij de risico's in zijn omgeving met redelijk vertrouwen het hoofd kan bieden” (www.ccv-veiligheidsbeleving.nl/veiligheidsbeleving).

Beïnvloedende factoren op het veiligheidsgevoel

Allerlei factoren hebben invloed op het veiligheidsgevoel. In het onderstaande schema van InternetSpiegel (2008) staan de negatieve en positieve factoren beschreven die invloed hebben op het veiligheidsgevoel. Tevens staat er wat er kan gebeuren bij een positief of negatief gevoel van veiligheid.



Figuur 1 Onderzoeksmodel Agressie en weerbaarheid

De meeste aspecten, gevonden in de literatuurstudie, zijn ook in dit model weergegeven. Dit zal daarom als ordeningsmodel worden gebruikt. Onderstaand is uiteengezet welke variabelen in de tabel niet zijn terug te vinden maar welke desondanks belangrijk zijn en benoemd dienen te worden.

Volgens Nijman et al (zoals geciteerd in de veiligheidsvoorzieningen uit 2003) zijn er drie factoren die van invloed zijn op de veiligheid op de afdeling. Deze zijn individuele karakteristieken van de cliënt, van de medewerker en werkplaatsvariabelen.

Naast deze drie factoren spelen ook beleid (protocollen, regels), management en sociale steun een belangrijke rol (Schuur, 2009, Chapter 1).

Cliëntvariabelen

Individuele karakteristieken van de cliënt (cliëntvariabelen), welke niet in het bovenstaande schema voorkomen, hebben te maken met het ziektebeeld waarvoor men opgenomen is (Nijman et al, zoals geciteerd in de veiligheidsvoorzieningen uit 2003). Cliënten die onvrijwillig opgenomen zijn vormen een verhoogd risico op agressief gedrag. Naast specifieke psychotische symptomen worden ook persoonlijkheidsstoornissen, manieën, verslavingen en organische stoornissen geassocieerd met een verhoogd risico op agressie. Het ziektebeeld, onwelwillendheid voor wat betreft medewerking, gevoelens van cliënten die geprojecteerd worden op de verpleegkundigen en de interactie met het personeel hebben een groot aandeel op het risico op agressief gedrag en daarmee het gevoel van veiligheid bij de verpleegkundigen.

Stafvariabelen

Karakteristieken van de medewerker (stafvariabelen), in dit geval de verpleegkundigen, komen meer tot uiting in de communicatie (Nompoli & Robinson (n.d.), Nijman et al, zoals geciteerd in de veiligheidsvoorzieningen uit 2003). Bij opname wordt de cliënt geconfronteerd met afdelingsregels en behandel doelstellingen waarvan hij of zij het nut niet inziet. Door deze onduidelijkheden kan er irritatie en frustratie bij de cliënt ontstaan en kan dit agressie in de hand werken.

Ontoegankelijkheid of onbereikbaarheid, zoals tijdens overlegsituaties, doen de mogelijkheden om contact te krijgen, afnemen waardoor de agressie toeneemt. Ook inconsistent beleid, het onduidelijk stellen van grenzen, kan gezien worden als een communicatieve agressor die agressie kan uitlokken.

Werkplaatsvariabelen

Werkplaatsvariabelen kunnen uitgelegd worden als zijnde een open of gesloten afdeling (Nijman, e.a., zoals geciteerd in de veiligheidsvoorzieningen uit 2003) maar kunnen ook gezien worden als de vormgeving van de afdeling. Hoe staat het interieur en is dit interieur veilig?

Cliënten hebben in het geval van een gesloten afdeling niet de mogelijkheid om op eigen gelegenheid de afdeling te verlaten. Ook afdelingsdruk is van belang. Het kan voorkomen dat bij grote drukte op de afdeling de cliënt gedrag laat zien waarbij separatie eerder noodzakelijk is. Dit kan door de staf

gezien worden als de juiste maatregel, maar de cliënt kan dit zien als een verdere inperking van zijn vrijheid. Bij het huidige beleid van terugdringen van vrijheid beperkende maatregelen bij agressieve cliënten komt het vaker voor dat het personeel aangevallen wordt.

Het aanbieden van therapie wordt op veel afdelingen gebezigd maar bij (te) veeleisende therapievormen kan dit leiden tot angst en frustratie bij de cliënt wat weer kan leiden tot agressie. Naast deze werkplaatsvariabelen zijn er ook bouwkundige aspecten, waarbij de veiligheid wordt vergroot. Wat opvalt is dat in het bovenstaande schema, onderzoeksmodel agressie en weerbaarheid, er niet gesproken wordt over bouwkundig functionele voorzieningen. Bouwkundig functionele voorzieningen kunnen heel belangrijk zijn. Het ervaren van een gevoel van veiligheid heeft bijvoorbeeld ook te maken met het zich veilig voelen door het dragen van een piepersysteem. Deze behoort bij de installatietechnische voorzieningen die aangebracht dienen te worden, wil het systeem een alarmsignaal kunnen geven naar alle aangesloten piepers. Naast dit systeem worden in bijlage zes, bouwkundige aspecten, nog andere belangrijke zaken beschreven.

Veiligheidsbeleid

Protocollen, wetten en afdelingsregels (veiligheidsbeleid) vergroten de zekerheid en duidelijkheid onder verpleegkundigen (GGZ Nederland, 2012; Douwes et al, 2008; Lepping et al, 2009). Wetgeving en de beroepscode geven kaders waaraan alle betrokkenen rondom de cliënt zich dienen te houden. Deskundigheid en protocollen zijn daarbij belangrijk om zich te houden aan die kaders. Doel van een protocol is eenduidig en dus duidelijkheid in het handelen. Het biedt handvatten voor verpleegkundigen om bijvoorbeeld in een onveilige situatie te handelen. De risico's kunnen beter worden ingeschat. Het veiligheidsbeleid komt onder meer tot uitdrukking in protocollen.

Management heeft een stimulerende rol in het vergroten van het veiligheidsgevoel (Schoor, 2009, Chapter 1; GGZ Nederland, 2012; Douwes et al, 2008). Zij schept een instelling/afdelingscultuur waarin gezamenlijke zorg wordt gedragen voor de bestrijding en opheffing van onveiligheid ofwel verhoging van het veiligheidsgevoel. Ook mag er verwacht worden dat zij conflictbronnen of spanningsvelden aanpakt, indien aangegeven door de verpleegkundigen. Echter is goed veiligheidsbeleid ook gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen door de verpleegkundigen en cliënten. Signalen van onveiligheid moeten worden doorgegeven aan management (of ingestelde commissie). Management biedt voorwaarden voor een goed technische en sociaal veilige werksfeer., waarin mogelijkheden worden afgewogen. Zij zorgen dat er technische maatregelen als telefoon en helppieper er zijn, preventieve maatregelen in de vorm van deskundigheidsbevordering en trainingen en sociale maatregelen in de vorm van opvang en nazorg na een schokkende gebeurtenis.

Sociale steun moet komen vanuit het management/teamleider, maar ook vanuit collega's (Schoor, 2009, Chapter 9; GGZ Nederland, 2012). Wanneer een verpleegkundige slachtoffer is van geweld, worstelt hij vaak met een verantwoordelijkheidsgevoel. Het is belangrijk dat de manager snel contact heeft met de verpleegkundige. Naarmate de problematiek heviger is, kan de opvang beter in handen

zijn van niet-directe collega's in verband met zelfbeeldproblemen, vertrouwen, niet voor elkaar onder willen doen.

Het veiligheidsgevoel wordt in grote mate bepaald door het dragen van (mede)verantwoordelijkheid voor het veiligheidsbeleid op de afdeling en de collegialiteit die men elkaar biedt. Het gaat om vertrouwen, duidelijkheid, zekerheid en eenduidigheid (Schuur, 2009, Chapter 9).

Volgens Camuccio et al (2012) zijn er vijf thema's die invloed hebben op het veiligheidsgevoel. Dit zijn angst voor verwonding van hemzelf of de cliënt, teamveiligheid (vertrouwen in elkaar), bekende of onbekende cliënt, cliënt niet psychiatrisch gediagnosticeerd of dubbele diagnose (dus onbekend ziektebeeld) en lichamelijke gesteldheid van mannelijke cliënt. Volgens Camuccio et al (2012) zijn er geen grote verschillen in gevoel van veiligheid onder verpleegkundigen met betrekking op geslacht, opleiding, leeftijd en het aantal jaren werkzaam op een bepaalde afdeling.

Gevolgen van negatief veiligheidsgevoel

Het agressief gedrag kan leiden tot psychologische schade bij verplegend en behandelend personeel. Het gaat hierbij om aanhoudende gevoelens van zelfbeschuldiging, woede, angst en schaamte (Needham et al. zoals geciteerd in Moylan & Cullinan, 2011).

Meerdere studies wijzen uit dat onveiligheid op het werk negatieve gevolgen heeft voor de verpleegkundigen die zich uiten in woede, angst, depressie, slaapproblemen, vaker ziek zijn, symptomen van post traumatische stress. Daarnaast heeft één op de zes medewerkers plezier in het werk verloren en één op de acht medewerkers als gevolg van agressie en geweld serieus overwogen een andere baan te nemen (Douwes et al, zoals geciteerd in Van der Kemp et al, 2006). De verpleegkundigen voelen zich schuldig, hebben nachtmerries en ervaren een hopeloos gevoel (Keltner et al. zoals geciteerd in Tema et al. 2011).

Dit resulteert in slechter presteren op het werk, minder productief zijn en vaker fouten maken (Douwes et al, zoals geciteerd in Van der Kemp et al 2006). Wanneer verpleegkundigen onder druk komen te staan door een onveilige situatie, wordt het maken van adequate beslissingen negatief beïnvloed waardoor mogelijk een nog onveiligere situatie ontstaat.

Negatieve invloed van onveilig voelen op omgeving

Gevoelens die verpleegkundigen op de afdeling met zich meenemen kunnen van invloed zijn op de cliënten. Op deze manier kunnen negatieve gevoelens overslaan op andere medewerkers (Le Roux & De Klerk, zoals geciteerd in Tema et al, 2001).

Daaruit voortvloeiende spanningen kunnen bedreigend zijn en agressief, resulterend in onveilige situaties voor cliënten en staf. Daarnaast kunnen gevoelens van schaamte en spijt, die ontstaan naar aanleiding van zelf verwondend gedrag, de emotionele staat van de cliënt negatief beïnvloeden en zo leiden tot verdere isolatie (Leibenluft et al, zoals geciteerd in Mattemaker 2010).

Ten slotte kan agressie leiden tot problemen met betrekking tot het therapeutisch milieu, het moraal

van het personeel (Flannery, zoals geciteerd in Mattemaker 2010) en de sfeer op de afdeling (Serper et al. zoals geciteerd in Mattemaker 2010).

3.1.3 Deelconclusie

De deelvraag die beantwoord moet worden, luidt als volgt: *“Wat zegt de literatuur over het veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen?”*

Het centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheidsgevoel (CCV) hanteert de volgende definitie voor het veiligheidsgevoel: “Een mens waant zich veilig wanneer hij het gevoel heeft dat hij de risico's in zijn omgeving met redelijk vertrouwen het hoofd kan bieden”.

Deze risico's kunnen factoren worden genoemd die het veiligheidsgevoel beïnvloeden. Door diverse bronnen te raadplegen, kan er geconcludeerd worden dat er vier grote groepen factoren zijn.

- Cliëntvariabelen
- Stafvariabelen
- Werkplaatsvariabelen
- Veiligheidsbeleid

Er kan tevens geconcludeerd worden dat er voldoende informatie beschikbaar is over het veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen vanuit de literatuur waarmee een eerste zinvolle stap is gezet voor in het verdere onderzoek. De definitieve topiclijst wordt weergegeven in de tabel in bijlage vier.

3.2 Perspectief van verpleegkundigen

In onderstaande paragraaf worden de resultaten weergegeven van het deelonderzoek *“Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot het veiligheidsgevoel vanuit het perspectief van verpleegkundigen en senior verpleegkundige?”* Een aantal verpleegkundigen van Begijnstraat 19 zijn hiervoor geïnterviewd. De karakteristieken van de geïnterviewden worden kort beschreven en vervolgens de gevonden resultaten uit de interviews. Opgemerkt dient te worden dat de daadwerkelijke verhuizing en reorganisatie van Begijnstraat 19A heeft plaatsgevonden.

3.2.1 Karakteristieken van de geïnterviewden

De geïnterviewden (n=5) zijn allen verpleegkundigen bij GGz Breburg, Impact, Duurzaam Wonen, Intensieve Behandeling op Begijnstraat 19 te Etten-Leur. De leeftijd varieert van 23 tot en met 44 en is samengesteld uit mannen en vrouwen. Eén persoon is senior verpleegkundige en één verpleegkundige heeft een extra taak, verpleegkundige bij het veiligheidsteam. Allen zijn hbo of mbo opgeleide verpleegkundigen. De verpleegkundigen zijn, op één na, voor langere tijd op de Begijnstraat 19 aan het werk. Eén verpleegkundige werkt er sinds kort. Iedere geïnterviewde verpleegkundige heeft de membercheck gedaan en is akkoord gegaan met de verwerking van het uitgewerkte interview.

3.2.2 Methode

De gevonden literatuur is door ons beiden grondig bestudeerd, waarbij in eerste instantie de hoofdzaken zijn uitgelicht. Door veel te brainstormen zijn we daardoor tot een aantal topics gekomen. Om aan de juiste gegevens te komen zijn de topics verwerkt tot vragen. Deze vragen zijn eerst getest op een senior verpleegkundige van een andere afdeling waarna ze aangepast zijn voor de verpleegkundigen van de Begijnstraat 19. Als vooraankondiging is een mail gestuurd aan de te interviewen verpleegkundigen met daarin een uiteenzetting van de reden van het interview. Voor de verpleegkundigen was het duidelijk dat het zou gaan over hun veiligheidsgevoel. Er is aangegeven dat de interviews opgenomen zouden gaan worden om deze daarna als membercheck terug te kunnen koppelen. Om het interview te beginnen is gekozen voor een wederzijdse kennismaking waarna de vragen van het interview zijn gesteld.

De eerste vraag van het interview luidde: “Je bent werkzaam op een gesloten afdeling, wat betekent dit voor jouw gevoel van veiligheid tijdens het uitvoeren van je werk?”. Ter afsluiting heb ik de geïnterviewden de mogelijkheid gegeven om verbeterpunten aan te dragen.

Na de interviews zijn er twee transcripties naar mijn mede-onderzoeker gestuurd voor een peer review. Hierbij zijn de coderingen die ik eerder had aangegeven weggelaten om te zien of hij dezelfde thema's er uit zou halen. Uiteindelijk bleken deze grotendeels overeen te komen met mijn eigen coderingen. Voor de analyse is gekozen voor de data-analyse van Migchelbrink (2010). Deze geeft aan dat er bij de analyse van het materiaal via inhoudelijke ordening een beeld verkregen wordt van wat in het

verzamelde materiaal besloten ligt. Belangrijk is te onderscheiden wat belangrijk is en te zoeken naar patronen en samenhang. Door na ieder interview te analyseren kon er gericht worden gevraagd naar de beleving van hun veiligheidsgevoel. Een voorbeeld van analyse door de onderzoeker, zie bijlage zeven.

Aan de hand van de topiclijst zullen de resultaten worden beschreven.

3.2.3 Resultaten

➤ Veiligheid versus visie

Uit de analyse blijkt dat de geïnterviewden allen aangeven dat de herstel ondersteunende zorg (HOZ) stopt of zelfs gedeeltelijk teniet gedaan wordt ten tijde van agressieve incidenten. Volgens vier van de vijf geïnterviewden blijft de visie echter op de achtergrond altijd aanwezig en wordt deze opnieuw in gang gezet zodra daarvoor weer ruimte is.

Citaat verpleegkundige: *‘Maar dan sta je op dat moment even stil, je doet misschien vijf stappen terug maar dat wil vervolgens niet zeggen dat je niet meer vijf stappen vooruit kunt zetten of dat je niet meer op gang kunt komen om weer verder te gaan met het herstel.’*

Op welke wijze de HOZ weer opgepakt wordt is voor iedere geïnterviewde een punt van aandacht maar dat deze weer hersteld wordt is een feit.

Citaat verpleegkundige: *‘Ja, dan kan ik verwijzen naar het eigen verhaal van de cliënt, dan probeer ik zijn eigen droom bij wijze van spreken naar voren te halen.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Natuurlijk zijn er ook momenten waarin wij het overnemen op zo’n moment he? En dan is het niet meer herstel ondersteunend. Maar wat ik dan wel herstel ondersteunend vind is dat dat moment voorbij is je weer probeert contact te maken en probeert dat contact te herstellen.’*

De HOZ visie op de afdeling is een belangrijk punt van aandacht in de zorg naar de cliënten. Deze zorgt ervoor dat de cliënten worden voorbereid op een zelfstandig leven of in een andere woongroep binnen of buiten de zorginstelling.

➤ Samenwerking verpleegkundigen / team

Volgens de geïnterviewden is de samenwerking in de regel goed te noemen. Door de komst van Begijnstraat 19A zijn er wel veranderingen te bemerken door verschillende manieren van werken. Omdat men met de werkwijze van Begijnstraat 21 meer bekend is (door jarenlange samenwerking) valt men nog vaak op deze afdeling terug. Aangegeven wordt dat hierbij een ingesloten werkwijze gehanteerd wordt.

Citaat verpleegkundige: *‘Ik denk dat je op dit moment kunt merken dat we op dit moment even wat zoekende zijn dat wat we altijd goed weg hebben gezet we moeten proberen te behouden.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Die ervaar ik als zijnde heel goed. De samenwerking daar komt op gang.’*

De verpleegkundigen geven aan dat de komst van Begijnstraat 19A een meerwaarde heeft, aangezien er nu meerdere verpleegkundigen op de werkvloer bereikbaar zijn wanneer er incidenten zijn en hulp gevraagd wordt.

Citaat verpleegkundige: *‘En dat geeft ook wel een veilig gevoel. Dat je gewoon weet dat er een samenwerking is binnen een team, of sub teams hoe je het noemen wil, en dat die er gewoon voor elkaar zijn. Dus dat je hier niet maar met z’n drieën bent maar dat je eigenlijk met z’n achten bent. Overdag en ’s avonds.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Ik vind dat we goed voor elkaar zorgen. De signaleringsfunctie binnen het team is goed. Samenwerking is goed.’*

➤ Verbale agressie

Uit het onderzoek komt naar voren dat verbale agressie regelmatig voorkomt. De ondervraagde verpleegkundigen geven echter aan dat zij dit niet meer als zodanig ervaren aangezien dit zo regelmatig voorkomt. Er lijkt een gewenning op te treden als het gaat om verbale agressie, maar er zou ook sprake kunnen zijn van een ruime ervaring waardoor men op de juiste interventies kan vertrouwen.

Citaat verpleegkundige: *‘Maar op een gegeven moment hoor je dat eigenlijk niet meer dus dan vind je dat eigenlijk al geen agressie meer.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Ik kan wel rationeel beredeneren dat het agressie is maar voor mij voelt het niet zo.’*

De grens ligt daar waar verbale agressie persoonlijk wordt gemaakt. In zo’n geval zal de cliënt die de agressie uit, aangesproken worden op zijn gedrag.

Citaat verpleegkundige: *‘ik vind dat als iemand het heel persoonlijk gaat maken en zelfs aan mij voorbij stapt en dan gaat hebben over mijn privésituatie dat vind ik verbale agressie die niet kan.’*

➤ **Fysieke agressie**

Alle geïnterviewden geven aan dat fysieke agressie boven verbale agressie staat en dat het daarmee als ernstiger wordt ervaren.

Citaat verpleegkundige: *‘Iemand anders letsel toebrengen, materiaal kapot maken... ja.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Maar ook schoppen, slaan, aanvliegen, spugen, krabben, met een stoel bedreigd een keer, ben een keer met een koekenpan op mijn hoofd geslagen.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Ik ben van fysieke agressie, niet zo onder de indruk. ... ik vind het niet normaal maar ik ben er wel een beetje aan gewend geraakt ondertussen. Ja, is eigenlijk niet goed maar... misschien wel zo. Het is een bepaalde manier van coping denk ik maar... niet normaal natuurlijk.’*

➤ **Personeelsbezetting**

Enkele maanden geleden is de afdeling overgegaan naar een nieuwe roostering. Per dienst worden er nu drie verpleegkundigen in plaats van twee ingezet.

Citaat verpleegkundige: *‘Dat heeft te maken met de komst van een cliënte... vanuit Tilburg, die één op één begeleiding nodig heeft en daarvoor zijn we met een derde dienst gaan werken.’*

Om die hogere bezetting te waarborgen is het noodzakelijk dat er personeel van andere afdelingen, zoals 21 en 19A, betrokken worden bij het plannen van het huidige rooster. Door de vele oproepkrachten en stagiaires is het lastiger om het rooster waterdicht te krijgen.

Citaat verpleegkundige: *‘Op dit moment is dat voldoende al is het denk ik voornamelijk voldoende als je met vaste krachten werkt.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Het is nog een heel team wat er alleen staat en waar we naartoe samen moeten gaan werken... dat komt op gang.’*

Door een verpleegkundige is in het interview aangegeven dat er ondanks de hogere bezetting toch minder aandacht per cliënt kan worden gegeven. Dit omdat er steeds meer cliënten zijn die een één op één behandeling nodig hebben.

Citaat verpleegkundige: *‘de echte aandacht voor de cliënt die mis ik. En dat is gekomen doordat er nu meer cliënten zijn die meer één op één begeleiding nodig hebben.’*

➤ **Facilitaire inrichting, inclusief noodhulp**

Geen van de geïnterviewde verpleegkundigen heeft aangegeven aan de facilitaire inrichting iets te willen veranderen. Aangegeven wordt dat het indelen van de afdeling in twee zones, te weten: de groepszone en de comfortzone, heel fijn werkt. Echter door deze verdeling en hierdoor dus ook een verdeling van de bezetting, is het niet altijd mogelijk om proactief te werken.

Citaat verpleegkundige: *‘daarnaast hebben we op Begijnstraat 19 het voordeel dat we de afdeling in compartimenten kunnen opdelen.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Alleen je merkt dat door... de drukte en het... meer één op één begeleiding moeten geven op de comfortzone dan merk je wel dat dat je dat proactieve werken niet meer kunt leveren.’*

De telefoons en de piepers zijn samengevoegd in één systeem. Van dit dect systeem zijn máár twee apparaten beschikbaar. Volgens tachtig procent van de geïnterviewden heeft dit systeem geen meerwaarde als het gaat om meer veiligheid te waarborgen. Het bij je moeten dragen van dit apparaat is zelfs storend te noemen omdat telefoongesprekken ook doorgezet worden naar dit systeem. Op het moment dat verpleegkundigen in gesprek zijn met een cliënt kan dit als storend worden ervaren.

Citaat verpleegkundige: *‘ik moet ook zeggen dat ik toen wij die noodknoppen hadden ik ook niet altijd met die noodknop liep.’*

Citaat verpleegkundige: *‘ik kan vanuit die comfortzone niet inschatten of mijn collega ook heel erg druk is dus met dezelfde argumenten ook zegt dat hij de telefoon ook niet kan opnemen dan rinkelt die telefoon maar door. Dus het kan ook soms storend zijn. Ik voel me er niet veiliger door.’*

➤ **Inzet van behandelaren, management, senior**

Door de komst van een nieuwe afdeling heeft de samenwerking meer aandacht.

Uit de analyse is naar voren gekomen dat het management ontvankelijk is voor feedback. Dit wordt als zeer positief ervaren. De aandacht richt zich nu op het samenwerken met de nieuwe afdeling en het integreren van de werkwijzen op de Begijnstraat.

Citaat verpleegkundige: *‘ja, het management signaleert dat ook en die neemt dat serieus en die is er ook mee bezig. Dus ja... ik vind wel dat er naar geluisterd wordt.’*

Op de vraag of de behandelaren en het management veel aandacht besteden aan veiligheid komt naar voren dat ook hier de overgangsfase aan de orde is en dat men elkaar moet gaan vinden in een nieuwe vorm van samenwerken.

Citaat verpleegkundige: *‘En dat komt ook voor een deel doordat we nu toch in een soort overgangsfase zitten waarbij er nu drie afdelingen echt met elkaar moeten gaan kijken naar hoe gaan we de samenwerking met elkaar vinden.’*

➤ **Meldingen en reactie daarop**

Alle verpleegkundigen geven aan regelmatig melding te maken van incidenten. Hierop wordt eenduidig aangegeven dat er binnen enkele dagen een reactie komt van de teamleidster.

Citaat verpleegkundige: *‘meestal als je de melding doet dan heb je binnen een aantal dagen dat de teamleidster er even op terugkomt.’*

Citaat verpleegkundige: *‘daar zie je altijd wat van terug. Is het niet via de mail dan is het wel face to face.’*

➤ **Trainingen**

Regelmatig wordt er aandacht besteedt aan trainingen op de afdeling. Zo heeft iedere afdeling een eigen Conflict Persoonlijke Veiligheid (CPV) trainer. CPV is een soort agressietraining om op humane manier crisis af te wenden bij een cliënt en zorg te dragen voor jouw en de veiligheid van anderen. Door de komst van de nieuwe afdeling is er een extra aanvraag gedaan bij Trifier om iedereen dezelfde training te kunnen laten volgen. Trifier is een extern instituut die trainingen verzorgt omtrent veiligheid en samenwerking onder personeel.

Citaat verpleegkundige: *‘de laatste tijd wat nieuwe collega’s zijn bijgekomen en die binnenkort ook meedoen met de scholing.’*

Citaat verpleegkundige: *‘We krijgen ook cpv trainingen, we krijgen Trifier trainingen. Er wordt wel geïnvesteerd in het veiligheidsgevoel van mensen.’*

Er wordt aangegeven dat de trainingen bijdragen aan het veiligheidsgevoel.

Citaat verpleegkundige: *‘Doordat je gezamenlijk dezelfde manier van training hebt gehad werk je ook vanuit dezelfde techniek natuurlijk. Dat heeft veel voordelen.’*

➤ **Aandacht omtrent veiligheid**

Uit de analyse blijkt dat weinig verpleegkundigen de mappen (BOPZ beleidsmap, afdelingsmap) regelmatig raadplegen maar dat men ze wel weet te vinden.

Citaat verpleegkundige: *‘die kun je allemaal via intranet vinden in het kwaliteitshandboek. Daar is heel veel te vinden. Ik bedoel er zitten ook een heleboel protocollen in de BOPZ beleidsmap die we op de afdeling hebben staan.’*

Geregeld worden crisissignaleringsplannen bijgewerkt en deze informatie wordt kenbaar gemaakt tijdens overdrachten. Een signaleringsplan is een soort handleiding per cliënt, waarin verschillende fasen van crisis worden beschreven, hoe de cliënt, verpleegkundigen en anderen moeten handelen tijdens deze fasen om escalatie of hevigere crisis te voorkomen of te verkleinen.

Citaat verpleegkundige: *‘Hier op de afdeling werken we met crisissignaleringsplannen. Iedere cliënt heeft een crisissignaleringsplan.’*

➤ **In te zetten middelen om veiligheid te verhogen**

Door proactief te werken worden incidenten voorkomen. Samenwerking met de cliënt is het belangrijkste.

Citaat verpleegkundige: *‘Maar ik vind dat doordat je proactief werkt, doordat je een langdurige relatie hebt met de cliënt, dat je al in de beginfase dingen kunt bijsturen waardoor die agressie al helemaal niet om de hoek hoeft te komen.’*

Citaat verpleegkundige: *‘Dus je bent een gelijkwaardige gesprekspartner geworden van de cliënt in plaats van dat je zegt ik ben de verpleegkundige en jij bent de patiënt.’*

De verpleegkundige is sturend bij het waarborgen en vergroten van de veiligheid door de samenwerking aan te gaan met de cliënt.

Citaat verpleegkundige: *‘Door bepaalde afspraken te maken, interventies uit te voeren, mee te gaan of juist echt te controleren en een hele fysieke grens te trekken...’*

➤ **Mogelijke verbeterpunten?**

Als het gaat om zaken die voor verbetering vatbaar zijn wordt unaniem de samenwerking met de andere afdelingen genoemd.

Citaat verpleegkundige: *‘het belangrijkste is denk ik toch dat we zo snel mogelijk met de nieuwe collega’s van Tilburg, Begijnstraat 19A, op één lijn komen te zitten dat we van elkaar weten wat we van elkaar kunnen verwachten.’*

Verpleegkundigen geven aan dat de bezetting van de Begijnstraat 19 meer continuïteit krijgt wanneer er meer vaste krachten zouden zijn. Zo zijn er nu veel invalkrachten die niet in te zetten zijn in de zones die de meeste aandacht nodig hebben.

Citaat verpleegkundige: *‘Nou, vooral de bezetting met de vaste krachten he? Meer continuïteit in de bezetting...’*

Ook richting het management wordt een aandachtspunt genoemd.

Citaat verpleegkundige: *‘is dat er gewoon goed gekeken moet worden naar welke faciliteiten iemand nodig heeft en of we die wel kunnen bieden binnen deze setting en wat daarvoor nodig is.’*

Citaat verpleegkundige: *‘het feit dat ze hier per definitie geen medicatie hoeven nemen daar heb ik ook wel moeite mee.’*

3.2.4 Deelconclusie

De deelvraag die beantwoord moet worden, is als volgt:

“Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot het veiligheidsgevoel vanuit het perspectief van verpleegkundigen en senior verpleegkundige?”

Uit de analyse komt naar voren dat de visie herstel ondersteunende zorg (HOZ) op het moment van een agressief incident tot stilstand komt maar dat deze visie direct na het herstel van het contact, weer opgepakt wordt. Het uitvallen van de HOZ is daarom gering te noemen.

Door direct na het incident met de cliënt in gesprek te gaan en het contact te herstellen, wordt er een veilige sfeer gecreëerd voor de cliënten en het verplegend personeel.

De samenwerking met andere verpleegkundigen wordt als zeer prettig ervaren. Het er voor elkaar zijn geeft een veilig gevoel. Als het enige tijd stil blijft op de afdeling waar een collega aan het werk is, geeft dat aanleiding voor de andere collega om eens even om de hoek te komen kijken of alles in orde is.

Fysieke agressie wordt als de meest ernstige vorm van agressie beschouwd terwijl verbale agressie het meeste voorkomt. Wat opvalt in de interviews is, dat er aan verbale agressie vaak voorbij gegaan wordt. Dit terwijl de meesten dit wel als ernstig classificeren, leggen zij dit sneller naast zich neer.

Wanneer de verbale agressie echter persoonlijk wordt gemaakt, wordt dit als heftiger ervaren en wordt hierop direct gereageerd.

De personeelsbezetting is mager te noemen. Door het ontbreken van vaste krachten is het lastig voor de dienstdoende verpleegkundigen om op de verschillende zones van de afdeling voldoende bezetting te realiseren. Door de inzet van invalkrachten van een andere afdeling, zoals Begijnstraat 21 of 19A, is er minder continuïteit in aandacht voor de zorg. Bij opname van cliënten die één op één zorg nodig hebben, wordt meer een beroep gedaan op de vaste krachten waardoor de personeelsbezetting voor de overige zones in het geding komt.

In facilitair opzicht zijn er een aantal zaken die de veiligheid verbeteren. Zo kan de afdeling in tweeën worden gedeeld. Hierdoor wordt er een groepszone gecreëerd en een comfortzone, waar de zwaardere cliëntèle zit. Hiermee wordt er voor een veiligere omgeving gezorgd voor de minder zware cliënten.

Het hebben van een piepersysteem wordt niet perse als veiliger ervaren. Wat wel handig is, is dat wanneer iemand de hulpknop indrukt, zij niet eerst de afdeling hoeven af te zoeken naar een collega. Er zijn twee systemen op de afdeling aanwezig. Aangezien hierin ook de telefoon is geïntegreerd kan het als storend worden ervaren wanneer deze afgaat wanneer men in gesprek is met een cliënt. Het lastige van dit systeem is, dat op beide systemen de telefoon afgaat en men niet van elkaar weet of men op dat moment in de gelegenheid is deze op te nemen.

Volgens alle geïnterviewden is het voor het management duidelijk waar er nog zaken voor verbetering vatbaar zijn. Zo is het duidelijk dat de samenwerking met Begijnstraat 19A nog niet soepel verloopt.

Alle geïnterviewden maken regelmatig meldingen via Triasweb. Door de teamleidster wordt hier binnen enkele dagen op gereageerd. Hieruit mag geconcludeerd worden dat het management het belangrijk vindt om snel terug te komen op meldingen. Dit draagt bij aan het veiligheidsgevoel onder de geïnterviewden. Regelmatig wordt er aandacht besteedt aan trainingen op de afdeling. Zo heeft iedere afdeling een eigen CPV trainer. Door de komst van de nieuwe afdeling op Begijnstraat 19A is er een extra aanvraag gedaan bij Trifier om iedereen dezelfde training te kunnen laten volgen. Doordat iedere verpleegkundige dezelfde manier van werken laat zien ten tijde van incidenten, weten de collega's hoe ze met het protocol dienen om te gaan en wat er van hen verwacht wordt. Dit wordt als zeer prettig ervaren en levert een directe bijdrage aan een veilige manier van werken.

Alle benodigde protocollen zijn te vinden op intranet. Hier staat het kwaliteitshandboek en is de BOPZ map te vinden. Tevens wordt er gebruik gemaakt van crisissignaleringsplannen die specifiek voor iedere cliënt zijn geschreven. Door proactief te werken worden incidenten voorkomen. Het samenwerken met de cliënt wordt door iedere verpleegkundige als veiligheid verhogend beschouwd. Omdat je een langdurige relatie aangaat met de cliënt kun je duidelijke afspraken maken en deze aanscherpen, daar waar nodig, om agressie te voorkomen.

Een belemmerende factor in relatie tot het veiligheidsgevoel dat naar voren komt is een structureel tekort aan in te zetten vaste medewerkers. Daardoor worden er meer invallers aangetrokken waardoor het moeilijk blijkt het rooster sluitend te krijgen en veiligheid te waarborgen.

Een andere belemmerende factor in relatie tot het veiligheidsgevoel dat naar voren kwam is het samenvoegen van afdelingen waarbij verschillende werkwijzen gehanteerd worden. Hierdoor ligt er een grotere draaglast op de bestaande afdeling Begijnstraat 21. Er gaat nog veel aandacht uit naar het bij elkaar brengen van de verschillende werkwijzen terwijl de werklast vraagt om een evenredige verdeling onder de afdelingen.

Een bevorderende factor in relatie tot het veiligheidsgevoel is de snelheid waarmee het management appelleert aan en reageert op een melding van een incident. Hiermee wordt het gevoel van persoonlijke aandacht voor het voorval versterkt.

Een andere bevorderende factor in relatie tot het veiligheidsgevoel is de mogelijkheid om de afdeling in twee zones in te delen waardoor er gericht aandacht gegeven kan worden aan die cliënten die dat nodig hebben en de andere groep cliënten hiermee ontlast wordt.

Ook een bevorderende factor is dat na een incident, waarbij de HOZ even losgelaten moest worden, de HOZ heel snel weer wordt opgepakt.

Nog een andere te noemen factor is de wijze van samenwerken. Er leeft een groot gevoel van saamhorigheid, er voor elkaar zijn en het werk kan worden gedaan in de wetenschap dat er collega's zijn op wie je kan terugvallen wanneer de situatie dit vraagt.

De geïnterviewden geven als mogelijke verbeterpunten aan:

- Het sluitend maken van de personeelsbezetting voor wat betreft de vaste krachten. Vaste krachten kennen de cliënten beter en kunnen daardoor proactiever samenwerken met de cliënt, waardoor meer gevoel van veiligheid wordt gecreëerd. Invalkrachten zijn alleen in te zetten op de minder zware zone, de groepszone.
- Het verbeteren van de samenwerking met Begijnstraat 19A. De verpleegkundigen op Begijnstraat 19A hebben nu een andere werkwijze dan men op Begijnstraat 19 gewend is. Het werken met eenzelfde protocol wordt als zeer wenselijk geacht.
- Van het management wordt gevraagd om nieuwe cliënten efficiënt in te delen over de afdelingen. Daarbij moet rekening worden gehouden met de faciliteiten die elke afdeling biedt en of daarmee de juiste zorg kan worden geboden. Wanneer de cliënt bijvoorbeeld één op één begeleiding nodig heeft en hiermee een groter beroep wordt gedaan op de verpleegkundige die op de comfortzone staat, komt de veiligheid in het geding.

3.3 Perspectief van behandelaren en management

In onderstaande paragraaf worden de resultaten weergegeven van het deelonderzoek *“Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot het veiligheidsgevoel vanuit het perspectief van behandelaren, management en beleidsmedewerker die betrokken zijn bij de afdeling?”*. De karakteristieken van de geïnterviewden worden kort beschreven en vervolgens de gevonden resultaten uit de interviews. Opgemerkt dient te worden dat de daadwerkelijke verhuizing en reorganisatie van Begijnstraat 19A heeft plaatsgevonden.

3.3.1 De karakteristieken van de geïnterviewden.

Voor dit deelonderzoek zijn de ondersteunende mensen bij beleid en behandeling geïnterviewd. Het gaat om de volgende personen:

- Beleidsmedewerker innovatie en kwaliteit, gerelateerd aan het onderwerp veiligheid en kwaliteit. Tevens contentbeheerder van Triasweb. Zij werkt vanuit het hoofdkantoor en heeft vooral een faciliterende en ondersteunende rol, wanneer het gaat om Triasweb, prismalight methode, veiligheid en kwaliteit. De invloed van haar op Begijnstraat 19, is de invloed op het veiligheidsteam die is opgericht.
- Locatiebeheerder Etten-Leur en Dongen en manager bedrijfsvoering. Tevens de direct leidinggevende van de teamleider van Begijnstraat 19, 19A en 21. Hij heeft vooral een faciliterende en ondersteunende rol en is als manager bedrijfsvoering verantwoordelijk wat er op Begijnstraat 19 gebeurt. Tevens zit hij in de veiligheidscommissie van Etten-Leur, waar het gehele terrein en dus ook andere teams onder vallen. Aantal keer per jaar komt hij samen met alle kartrekkers van de veiligheidsteams van het terrein, waaronder dus ook Begijnstraat 19.
- Teamleider Begijnstraat 19, 19A en 21. Zij is de direct leidinggevende van het verpleegkundig team. Zij is verantwoordelijk voor wat er gebeurt op de afdeling, voor haar personeel en cliënten.

De behandelend psychiater heeft ondanks een uitnodiging voor het interview verstek laten gaan in verband met haar drukke werkschema. Ook de behandelend gz-psycholoog heeft een uitnodiging en daarna twee reminders ontvangen. Helaas heeft zij hierop door ziekte niet kunnen reageren.

3.3.2 Methode

De gevonden literatuur is door ons beiden grondig bestudeerd, waarbij in eerste instantie de hoofdzaken zijn uitgelicht. Door veel te brainstormen zijn we daardoor tot een aantal topics gekomen. Aan de hand van deze topics uit de literatuurstudie zijn de interviewvragen opgesteld. Het interview is eerst afgenomen onder een verzorgende van een andere zorginstelling als proefinterview. Het interview verliep soepel met een logische opbouw. Vervolgens is naar alle geïnterviewden vooraf een mail gestuurd. Van het management en beleidsmedewerker is er een mail terug ontvangen, waarop telefonisch of per mail een afspraak is gemaakt. De behandelaren, de psychiater en gz-psycholoog hebben niet gereageerd op de mail. De psychiater is face-to-face benaderd en kon geen tijd vrij maken voor het interview. De gz-psycholoog is telefonisch onbereikbaar gebleken en er is een tweede mail gestuurd zonder resultaat.

Het interview is gestart met een aantal basisvragen, waarbij de startvraag was: “Wat is uw functie binnen de instelling?” De afsluitende vraag was: “Wat zijn in uw ogen mogelijke bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen?”

Bij alle geïnterviewden is een member check uitgevoerd, waar allen hebben aangegeven dat de opgehaalde gegevens naar waarheid kloppen. Er is een uitgewerkt interview zonder analyse naar de mede-onderzoeker gestuurd om te controleren of de kern van het veiligheidsgevoel en de onderzochte deelvraag door middel van het interview naar voren kwam. Dit was volgens de mede-onderzoeker grotendeels het geval en daarmee wordt de betrouwbaarheid vergroot van de interviews.

De interviews zijn geanalyseerd door middel van een thematische analyse (Braun en Clarke, 2006). Een voorbeeld van analyse door de onderzoeker, zie bijlage acht. De interviews zijn letterlijk uitgetypt, gecodeerd door relevante stukken tekst te onderstrepen, vervolgens onder te brengen onder bepaalde thema's. Deze thema's zijn later herzien en er zijn een aantal thema's uitgekomen, zie als kopje staan bij de resultaten. Daarbij zijn citaten vermeld van de databronnen.

3.3.3 Resultaten

Door deze personen te interviewen, zijn er een aantal zaken gevonden die een relatie hebben of kunnen hebben met de beleving van het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen op Begijnstraat 19.

➤ Verantwoordelijkheid en samenwerking

Volgens alle geïnterviewden ligt de verantwoordelijkheid van melden, aangeven van onveilig gevoel of onveilige situaties, meedenken aan oplossingen, niet alleen bij de leidinggevende, maar ook bij de verpleegkundigen. Zij kunnen zichzelf sterk laten horen in een teamverband en elkaar aanspreken op zaken. “Als team sta je altijd sterker dan als individueel”, aldus één van de geïnterviewden, “daar zit de power”. Deze geïnterviewde vertelt dat de verpleegkundigen dichtbij de dagelijkse praktijk staan. Zij zijn degenen die het ervaren, voelen of waarnemen. Iedere verpleegkundige ervaart veiligheid of onveiligheid op zijn manier, aldus alle geïnterviewden. Volgens alle geïnterviewden is het daarom

belangrijk dat zij aangeven waar zij mee zitten en meedenken in het proces. Een citaat van één van de geïnterviewde: “Wat heb jij zelf nodig om het veiligheidsgevoel te verbeteren?” Volgens één van de geïnterviewden is het te laat als hij kan zien aan de verpleegkundige of hij/zij ergens mee zit.

“Als je voelt, het zit niet goed, spreek het uit! Ga met elkaar praten, dan hoeft je niet meteen een heel intervisie verhaal over te hebben, maar als je het idee hebt dat een collega er iets mee kan of een behandelaar of een leidinggevende, leg het maar op tafel”, aldus één van de geïnterviewden.

Volgens een andere geïnterviewde is er tijd voor het team om samen met elkaar te overleggen over situaties, waarbij veiligheid en gevoel een rol speelt. Deze geïnterviewde zegt: “ze zijn in staat om naar elkaar te ventileren en zonder elkaar op af te rekenen. Daar mag wat tijd voor vrijgemaakt worden”. Een andere geïnterviewde benoemt om met elkaar aan de tafel te gaan zitten als iemand zich niet goed voelt bij een bepaalde situatie. Hij vertelt dat dit ook kleine problemen kunnen zijn, die de samenwerking en het gevoel vergroten. Alle geïnterviewden vinden communicatie onderling bij verpleegkundigen, maar ook richting het management belangrijk.

“Niet alleen maar mopperen, maar ook opperen!”, aldus één van de geïnterviewden.

De geïnterviewden geven aan dat verpleegkundigen niet alleen moeten denken dat het management of hoofdkantoor alle problemen oplost, ook omtrent veiligheid. Een geïnterviewde geeft: “Daar heb je toch uiteindelijk die 2000 mensen nodig binnen de instelling. Dat is de gedachtegang, dat heeft te maken met gedrag en bewustwording”. Ook benoemt zij: “Er zijn mensen die al jarenlang hun werk doen, en een stukje gezonde boerenverstand is er ook”. De geïnterviewden geven aan dat zij wel faciliterend en ondersteunend zijn voor de verpleegkundigen. De geïnterviewden staan open voor de verpleegkundigen. De geïnterviewden zeggen dat verpleegkundigen altijd kunnen mailen of bellen. Twee geïnterviewden vinden de samenwerking onderling op Begijnstraat 19 en Begijnstraat 21 goed te noemen. Eén van de geïnterviewde noemt om te streven naar één groot samenwerkend team, waar ook Begijnstraat 19A onder moet vallen. Er heerst een cultuurverschil tussen Begijnstraat 19 en Begijnstraat 19a, aldus de geïnterviewde. Aan de hand hiervan is een Trifier training, zoals eerder beschreven op pagina 46, opgestart om te kijken naar samenwerking op de volgende manier, aldus één van de geïnterviewde: “Je moet het niet over samenwerken hebben, maar je moet gewoon gaan samen werken! En dan komt samenwerken automatisch. Dan komen de thema's waar we het over hadden, de cultuurverschillen komen dan vanzelf op tafel, zonder dat meteen te problematiseren”.

➤ Opvang na incident

“Een aantal incidenten, dan moeten er gewoon een aantal protocollen gevolgd worden. Als er een suïcide is, daar hebben we natuurlijk protocollen voor”, aldus één van de geïnterviewde. Aanvullend geeft deze geïnterviewde aan: “De beste opvang is de opvang van directe collega's”. De locatiebeheerder heeft als rol voldoende randvoorwaarden creëren, zodat mensen zich veilig voelen.

De teamleider zoekt de verpleegkundige op na een incident of onveilige situaties, als er gemeld is. Zij geeft aan vooral persoonlijke aandacht te geven. “Ik probeer toch twee derde van mijn tijd, wanneer het gaat om flinke agressie daar persoonlijke even met iemand te praten, moeten we er nog iets mee, ben je goed opgevangen, en het hele pakket wat daar bij hoort”. Deze geïnterviewde geeft aan verder te kijken dan de persoon en kijkt ook naar de situatie. “Waar ik ook op probeer te letten, of het niet steeds dezelfde mensen zijn die agressief zijn. Want dan vind ik dat ook een reden om terug te brengen in het overleg”.

➤ Agressie

Twee geïnterviewden vinden dat agressie niet toelaatbaar is, maar kunnen het wel beiden beter begrijpen in de situatie bij een persoon die vanuit zijn psychotische beleving agressie vertoont. Is er echter sprake van middelen gebruik of moedwillig iets afdwingen of spullen vernielen in combinatie met agressie, dan vinden beide geïnterviewden dit niet toelaatbaar. Eén van de geïnterviewden geeft aan dat hij vindt dat er dan aangifte gedaan moet worden, wanneer iemand geslagen of bedreigd wordt. Hij benoemt ook:

“De cliënt is niet verantwoordelijk voor zijn ziekte, maar wel voor zijn gedrag”. Deze geïnterviewde legt uit dat hij daarmee aangeeft dat agressie nooit toelaatbaar is. Ook bij een persoon met een psychotische beleving wordt volgens hem uitgelegd dat deze vorm van agressie niet kan. Volgens de twee geïnterviewden wordt ook gekeken met de behandelstaf, verpleegkundigen en facilitaire dienst naar eventueel een mogelijkheid in de vorm van behandeling, benaderingswijze en of andere oplossing.

➤ Proactief werken

Volgens één van de geïnterviewden zit het verpleegkundige team heel erg op het proactief werken, wat geleerd is bij een eerdere training van Trifier. Dat maakt volgens de geïnterviewde de situatie veilig. De geïnterviewde legt uit hoe zij proactief werken toepassen. De verpleegkundigen brengen structuur langs de buitenkant aan, zoals woonomgeving, maaltijden, koffiemoment. Deze structuur en afspraken worden van te voren gedaan samen met de cliënt in goede tijden, waardoor je niet op de beheersmatige kant zit. Je kunt dan op een gelijkwaardige positie staan met de cliënt en daardoor minder aanvaringen met de cliënt, aldus de geïnterviewde. Dit helpt volgens de geïnterviewde met het terugdringen van dwang en drang, maar ook agressie, wat automatisch een veiliger gevoel zou moeten geven. “Als je reactief gaat worden, dan heb je de neiging om meer op de beheersmatige kant te gaan zitten. Dan krijg je aanvaringen met cliënten”, aldus de geïnterviewde.

➤ Veiligheidsteams en Triasweb / prismalight.

Twee geïnterviewden hebben het over de inzet van de veiligheidsteams. Eén van de geïnterviewde legt uit dat deze veiligheidsteam, die bestaan uit de direct leidinggevende en een aantal verpleegkundigen

binnen een team, zijn ontstaan om de prismalight analysemethode te borgen. De prismalight methode wordt gebruikt om een melding van Triasweb te analyseren en te evalueren. “Het is één van die middelen, een hulpmiddel waarbij je dus het veiligheid, maar ook met de bejegening aan de slag gaat”, aldus de geïnterviewde.

Er is gekozen voor verpleegkundigen uit het team, zodat het dicht bij de werkvloer, het dagelijks werk en de cliënten blijft. “... Want dat is waar het effect uiteindelijk op door, positief op doordrijft”, aldus een geïnterviewde.

Zo'n veiligheidsteam heeft een kartrekker/koploper/aanjaagmotor binnen elk team. De locatiebeheerder ziet deze kartrekkers drie á vier keer per jaar en maakt met de kartrekker doelen per afdeling. De kartrekker wordt als aanspreekpunt voor deze doelen gezien, maar uiteindelijk blijft de teammanager verantwoordelijk, aldus de geïnterviewde.

De voornaamste rol van Triasweb ligt bij de verpleegkundigen en de teammanager, volgens alle geïnterviewden. De verpleegkundigen moeten juist melden. “Jaarlijks zijn er 3500 meldingen en dat is nog maar het topje van de ijsberg”, aldus beleidsmedewerker innovatie en kwaliteit. Volgens deze geïnterviewde moet de direct leidinggevende, dus de teammanager binnen vier dagen op zo'n triasmelding reageren. Het veiligheidsteam kan beslissen om bij ernstige incidenten de prismalight methode toe te passen om deze melding te analyseren en vervolgens te bespreken met het team, aldus twee geïnterviewden. Eén van deze geïnterviewde heeft een faciliterende functie, wanneer het gaat om de prismalight methode te gebruiken. Zij wordt soms ingezet bij hevigere incidenten om het proces mee te begeleiden, zeker wanneer de analyse ook naar de Inspectie van Volksgezondheid moet, aldus de geïnterviewde.

➤ Bouwtechnische factoren

Volgens twee geïnterviewden voldoet het gebouw niet aan alle eisen die zij voor ogen hebben.

Volgens één van de geïnterviewden valt de deur in het slot bij het appartement linksachter in de hoek. Hier bevindt zich één cliënt. Doordat de deur in het slot valt, heb je geen directe vluchtroute om uit de ruimte te komen, wat een onveilige situatie of gevoel kan veroorzaken. Volgens deze geïnterviewde is er geen vluchtroute uit het kantoor of medicijnkamer.

Twee geïnterviewden vinden ook dat je zicht moet hebben in het gebouw. Dit overzicht is er niet op Begijnstraat 19, waardoor het onveilig wordt, aldus één geïnterviewde. Zij noemt het voorbeeld wanneer een verpleegkundige achter in de gang is met een cliënt en collega's weten niet dat die verpleegkundige daar is, kan er van alles gebeuren. De andere geïnterviewde zegt dat er een redelijk overzicht is, omdat de afdeling om twee binnentuinen is gebouwd. Hij benoemt dat het essentieel en efficiënt is dat je voldoende zichtlijnen hebt, ook wanneer je komt aanlopen bij een situatie. Dit zou het veiligheidsgevoel vergroten, aldus één van de geïnterviewden. Deze geïnterviewde pleit ervoor dat elke kamer eigen sanitair heeft en dus veel meer eigen leefruimte, privacy. Hij vindt dat je de cliënten de mogelijkheid moet kunnen bieden om zichzelf terug te kunnen trekken. Hij denkt dat geen één

persoon het twee jaar volhoudt om verplicht met andere personen samen te wonen. Hij pleit daarom voor meerdere kleine huiskamers (drie á vier) op een afdeling. Begijnstraat 19 kan je verdelen in een crisishoek en een woonafdeling. Hij vindt dat dit bijna niet meer haalbaar is met de cliëntenpopulatie die er nu is op Begijnstraat 19. De crisishoek zit vol met cliënten die één-op-één begeleiding nodig hebben, aldus de geïnterviewde. Verder pleit hij voor veilige kamers, stripbare kamers.

Een derde geïnterviewde, een beleidsmedewerker, zegt dat bouwtechnische aspecten bij de veiligheidsadviseur en facilitaire dienst liggen en heeft er zelf weinig kijk op.

➤ CPV en Trifier

Volgens één van de geïnterviewden, de teamleider, wordt de training Conflicthantering en Persoonlijke Veiligheid (CPV) jaarlijks gegeven en kijkt zij ook bij een nieuwe samenstelling van het team of er extra CPV training nodig is. “Er zaten nogal wat nieuwe mensen tussen. Dan organiseer ik een aparte CPV”. De andere geïnterviewden hebben geen invloed op CPV.

Trifier, een trainings- en adviesbureau in zorg en welzijn, is sinds kort bezig op afdeling Begijnstraat 19, Begijnstraat 21 en Begijnstraat 19A in verband met de nieuwe afdeling Begijnstraat 19A. Eén van de geïnterviewde zegt: “Twee culturen die bij elkaar komen, dat botst als een gek”. Een andere geïnterviewde geeft aan: “We proberen daar één team van te maken en wat ik al wist, en nu duidelijk wordt, is dat er een behoorlijk cultuurverschil zat tussen Begijnstraat 19A en Begijnstraat 19/21”. Een andere geïnterviewde geeft aan dat Trifier met een heel plan komt om te kijken waar verbeterpunten zijn om beide teams te helpen. Dit zou de samenwerking moeten vergroten tussen de verschillende teams, aldus alle geïnterviewden en daarmee zou het veiligheidsgevoel vergroot moeten worden.

➤ Beïnvloedende factoren

“Spreek je uit!” is een boodschap van een geïnterviewde, “Zorg dat de situaties in teams zo veilig zijn dat tegen elkaar mag zeggen wat je denkt, dat je daar niet meteen op wordt afgerekend. En blijf verantwoordelijk voor wat je vindt en denkt”. Hij geeft aan dat management daar in kan faciliteren door middel van “intervisie, supervisie-achtige dingen, het hoeft niet vaak heel veel geld te kosten”. Een ander aspect vindt hij: “De CPV-training zou je misschien nog meer moeten toespitsen op dat medewerkers het besef krijgen: Ik heb veiligheid zelf in de hand”. Hij legt uit dat het gaat om zaken van: Waar is de vluchtroute, links of rechtshandig, wie is de agressor als je binnen stapt, waar jij je opstelt en dergelijke wat nu geen specifieke aandacht krijgt bij de huidige CPV.

Een andere geïnterviewde zegt: “De verpleegkundigen hebben de vrijheid om met elkaar hun in en outs te kunnen bespreken. ... in staat zijn om naar elkaar te ventileren en zonder elkaar op af te rekenen”. Ook vindt zij proactief werken een eye-opener. Dit neemt volgens haar een heleboel agressie weg, wat de werkvloer veilig maakt.

Een andere geïnterviewde geeft aan dat het verpleegkundige team het zelf moet doen en daarbij is het een bevorderende factor als de leidinggevende veiligheid hoog in het vaandel heeft staan.

Alle geïnterviewden geven aan dat cultuur in een team belangrijk is. Volgens de geïnterviewde moet er sprake zijn van een evenwichtig team. Dit team is er nu, maar één van de geïnterviewden vraagt zich af wat er gebeurt als er vier of vijf verpleegkundigen tegelijkertijd vertrekken. “Dat doet weer een aantal stappen in het teamproces achteruit en dat heeft ook invloed op de bewoners”, aldus de geïnterviewde.

Als laatste wordt aangegeven door een geïnterviewde dat allerlei kleine zaken ook een rol spelen, zoals gastvrijheid, vijf minutenmethodiek en proactief werken om de veiligheid en het veiligheidsgevoel te behouden of te vergroten.

3.3.4 Deelconclusie

De deelvraag die beantwoord moet worden, is als volgt:

“Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot het veiligheidsgevoel vanuit het perspectief van ondersteunende mensen bij beleid en behandeling ten opzichte van de afdeling?”

Belemmerende factoren voor het veiligheidsgevoel in de ogen van de doelgroep zijn er meerdere. Het gebouw voldoet in hun ogen niet aan de bouwtechnische aspecten. Er zijn geen vluchtroutes vanuit het kantoor en medicijnkamer, wat een onveilig gevoel kan geven bij agressie of incident. Het is geen overzichtelijke gebouw. Er zijn geen zichtlijnen naar de huiskamer. Er is geen sanitair op elke kamer voor de cliënt. Er is dus minder privacy en de cliënt kan zich dus niet voortdurend terugtrekken, wanneer hij/zij daar behoefte aan heeft. Dit kan prikkels opleveren. Het is echter al bijna niet meer haalbaar om de afdeling in twee stukken te verdelen, gezien de cliëntenpopulatie. De verpleegkundige kan dus geen prikkelarme ruimte meer creëren. Cliënten kunnen zich hierdoor geprikkeld en geagiteerd voelen, wat weer gevolg kan hebben op het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen. Er is nog een behoorlijke cultuurverschil tussen Begijnstraat 19 en 19A. Zij moeten op dezelfde wijze leren samenwerken, zodat er gevoel van veiligheid ontstaat. Dit moet nog groeien, maar daar wordt aan gewerkt door Trifier, een instituut die zorgt voor veiligheid voor personeel. Agressie kan een beïnvloedende factor zijn op het veiligheidsgevoel. Het management heeft echter een duidelijk standpunt. Vanuit psychotische belevingen kan agressie geaccepteerd worden, maar wanneer middelengebruik of iets afdwingen de oorzaak van agressie is, is dit niet toelaatbaar. Er moeten dan acties ondernomen worden, hetzij aangifte, hetzij met het hele multidisciplinaire team overleg plegen tot behandeling of actie. Het geeft echter een negatieve stempel op het veiligheidsgevoel wanneer agressie plaatsvindt. Anderzijds kan het positief gelabeld worden dat het management en behandelteam achter de verpleegkundige staat, dat bepaalde agressie niet toelaatbaar is.

De managers en beleidsmedewerker zitten vooral op de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige. De verpleegkundige moet aangeven wanneer hij/zij zich onveilig voelt en wat zij daar voor nodig denken te hebben. Ook wordt terug verwezen naar het eigen team om het

bespreekbaar te maken en te onderzoeken of er als team een oplossing gevonden kan worden voor de persoon of het team. Dit kan aan de hand van intervisie of supervisie-achtige bijeenkomsten. Dit kunnen bevorderende factoren zijn, omdat de eigen verantwoordelijkheid rondom veiligheid wordt aangesterkt. De ruimte en tijd wordt er voor vrij gemaakt door de teammanager. Alle geïnterviewde geven ook aan dat zij ondersteunend en faciliterend willen zijn voor de verpleegkundigen, wat bevorderende kan werken voor het veiligheidsgevoel.

De teammanager heeft veiligheid hoog in het vaandel staan en het zijn speerpunten binnen GGz Breburg. De teammanager voelt zich betrokken bij het verpleegkundige team. Zij zorgt dat zij aanspreekbaar is voor verpleegkundigen en verpleegkundigen kunnen bij haar aan de deur kloppen of mailen wanneer er problemen zijn. Dit schept vertrouwen dat er naar je geluisterd wordt, wat een veilig gevoel zou kunnen geven. Ook bij opvang na een incident zorgt de teammanager dat zij aanwezig is voor de betrokken verpleegkundigen bij het incident. Er wordt goed gemeld op Triasweb en de cultuur in het team van Begijnstraat 19 is goed te noemen. Zij durven naar elkaar te ventileren over problemen.

Er is een veiligheidsteam, wat door middel van de prisma-light methode een incident kan analyseren om de veiligheid en bejegening te vergroten. Zo'n veiligheidsteam bestaat uit mensen van Begijnstraat 19 en 21. Het is daarom belangrijk om te melden.

Proactief werken is een bevorderende factor die het veiligheidsgevoel vergroot. Dit neemt een heleboel agressie weg. Ook gastvrijheid in bejegening en de vijf minutenmethodiek brengen vertrouwen en veiligheid richting de cliënt, waaruit ook het veiligheidsgevoel groeit bij de verpleegkundigen.

CPV zou nog meer toegespitst kunnen worden dat verpleegkundigen het besef krijgen: Ik heb veiligheid zelf in de hand. Hierbij gaat het om bewustwording van zaken als: waar is de vluchtroute, is iemand links of rechtshandig, wie is de agressor, waar stelt de verpleegkundige zich het beste op. Momenteel is daar geen aandacht voor bij CPV.

De cultuur tussen Begijnstraat 19 en 19A kunnen mogelijk verbeterd worden. Er loopt een programma om de samenwerking te versterken tussen deze twee teams.

3.4 Adviezen om veiligheidsgevoel te vergroten en te behouden

In onderstaande paragraaf worden de resultaten weergegeven van het deelonderzoek “*Welke adviezen kunnen worden gegeven voor het behouden en vergroten van het veiligheidsgevoel op Begijnstraat 19?*”. De opzet en uitvoering van de focusgroep met CCI-structuur wordt kort beschreven en vervolgens de gevonden resultaten vanuit de focusgroep.

3.4.1 Karakteristieken van de leden

De leden (n=3) zijn allen werkzaam bij GGZ Breburg, Impact, Duurzaam Wonen, Intensieve Behandeling op Begijnstraat 19 te Etten-Leur. Eén persoon is verpleegkundige en tevens de teammanager van het team, één persoon is senior verpleegkundige en één verpleegkundige heeft een extra taak als verpleegkundige bij het veiligheidsteam. Allen zijn hoger opgeleide (hbo) verpleegkundigen met een extra taak. De leden zijn allen langere tijd werkzaam op de Begijnstraat 19.

3.4.2 Methode

Vooraf is een mail gestuurd naar de opdrachtgever voor het organiseren van een focusgroep. Er is in overleg een datum uitgekozen, waarbij zoveel mogelijk verpleegkundigen van Begijnstraat 19 aanwezig konden zijn. De opdrachtgever heeft de verpleegkundigen uitgenodigd voor de focusgroep. Vooraf hebben de onderzoekers een korte powerpoint presentatie aangeboden gekregen met informatie over de resultaten van de literatuurstudie, de interviews van de verpleegkundigen en de interviews van het management, behandelaren en beleidsmedewerker. Dit was ter introductie van en kennismaking met het onderwerp. De post-it's zijn uitgedeeld en iedere verpleegkundige heeft in stilte een aantal claims, concerns en issues opgeschreven. Op deze manier heeft iedere verpleegkundige evenredig zijn stem kunnen laten horen, waardoor de machtsbalans evenredig is verdeeld. Dit vergroot de kwaliteit. Voor deze focusgroep hadden wij vijf verpleegkundigen uitgenodigd. Dit aantal achtten wij nodig om een representatieve gespreksgroep te kunnen vormen en er tevens voldoende verpleegkundigen zouden achterblijven op de afdeling. Uiteindelijk zijn er door omstandigheden maar drie verpleegkundigen aanwezig geweest. Gezien deze geringe opkomst is ervoor gekozen om gezamenlijk de claims, concerns en issues te clusteren en hierover de dialoog aan te gaan. De onderwerpen zijn uitvoerig besproken en iedere gemaakte opmerking is behandeld. Hierdoor kon er diepgang worden gebracht in de aan de orde gekomen onderwerpen. De onderzoekers hebben in eigen woorden teruggekoppeld wat zij denken wat de kern van de flap is. Er is dus sprake geweest van member check en de verpleegkundigen kregen de kans om te reageren. De claims, concerns, issues en de gevonden adviezen zijn genoteerd en worden meegenomen naar de implementatiefase.

3.4.2 Resultaten

De focusgroep door middel van CCI-structuur heeft geleid tot een aantal resultaten. Deze zijn onderverdeeld in claims, concerns en issues.

Claims

Alle verpleegkundigen vinden dat de samenwerking onderling binnen het team bijdraagt aan een positief gevoel van veiligheid. Zij geven aan op elkaar te kunnen vertrouwen. Vooral de vaste verpleegkundigen spelen een grote rol in het gevoel van veiligheid. Eén verpleegkundige noemt “kracht vaste medewerkers” als claim. De twee andere verpleegkundigen noemen achtereenvolgens “samenwerking team” en “samenwerking teamleden onderling, met senior en leidinggevende”. Deze laatste verpleegkundige trekt het breder dan het team. Zij benoemt de samenwerking met de leidinggevende als positief punt voor gevoel van veiligheid. De andere verpleegkundigen zijn het eens met deze opmerking. Zij geven aan steun te ervaren vanuit de leidinggevende.

Andere claims die worden genoemd zijn “proactief werken” en “samenwerkingsrelatie met cliënt”. In hoeverre dit is beïnvloed door onze presentatie is onduidelijk. Volgens de verpleegkundigen kunnen deze twee opmerkingen worden samengevoegd. Een onderdeel van proactief werken is het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met de cliënt, aldus één van de verpleegkundigen. Door proactief werken wordt de agressie op de vloer verminderd, waardoor een positief effect ontstaat op het veiligheidsgevoel, aldus een andere verpleegkundige.

Concerns

De bezetting zorgt momenteel voor ongerustheid bij de verpleegkundigen. Eén van de verpleegkundige heeft dan ook twee opmerkingen opgeschreven die met elkaar te maken hebben, te weten “nieuwe / tijdelijke medewerkers → onbekendheid met werkwijze” en “(tijdelijke) niet optimale bezetting”. Dit vraagt om flexibiliteit van de vaste verpleegkundigen en hierdoor staan de vaste verpleegkundigen vaak met een tijdelijke of nieuwe verpleegkundigen op de werkvloer. Deze tijdelijke of nieuwe verpleegkundigen zijn niet bekend met de werkwijze en kennen zij elkaar niet zo goed als de vaste verpleegkundigen, waardoor het vertrouwen nog moet groeien. Dit maakt dat het veiligheidsgevoel eronder kan lijden. Eén van de vaste verpleegkundige vindt het moeilijk om de afdeling achter te laten met alleen tijdelijke of nieuwe verpleegkundigen. Dit geeft een onveilig gevoel. De andere verpleegkundigen zijn het eens met deze opmerkingen.

Een andere verpleegkundige maakt zich zorgen om de toename van het drugsgebruik bij de cliënten. Door de verandering in de cliëntenpopulatie neemt het drugsgebruik toe. Drugsgebruik veroorzaakt een ongeremdheid bij een cliënt, zeker wanneer deze agressief wordt. Dit geeft een groot gevoel van onveiligheid.

De laatste opmerking bij de concerns is “één op één begeleiding en faciliteiten”. De cliëntenpopulatie verandert en er wordt steeds meer één op één begeleiding gegeven. Echter zijn de faciliteiten daar niet

op berekend. Het gebouw voldoet niet. De verpleegkundigen zijn het alle drie eens over het feit dat er kleine appartementen met eigen sanitaire voorziening moeten zijn. Tevens pleiten zij voor een appartement met een voor- en achterdeur, zodat een cliënt zelf zijn rust kan nemen en daarvoor niet over de afdeling hoeft. De cliënten op de afdeling worden op dat moment niet gestoord door een onrustige cliënt, wanneer deze via de achterdeur naar buiten gaat. De bezetting is niet optimaal om één op één begeleiding te geven in combinatie met de tekortkomingen van het gebouw. Het is niet duidelijk of de focusgroep beïnvloed is door de presentatie waarin deze tekortkomingen door ons zijn geconstateerd.

Er zijn meerdere verpleegkundigen nodig om de één op één begeleiding te kunnen garanderen. Deze verpleegkundige geeft aan dat zij bekwaam en geschoold zijn om het werk uit te voeren, maar dat op dit moment alles op het bordje komt van deze vaste verpleegkundigen. Als laatste noemt één van de verpleegkundigen dat zij zelf hebben moeten uitvinden hoe zij het beste één op één begeleiding kunnen geven. Zij voelen zich hierin niet ondersteund, wat hen ook zorgen baart. Deze mening wordt door alle drie de verpleegkundigen gedragen.

Issues

Alle verpleegkundigen geven aan dat het huidige gebouw niet meer voldoet met de huidige cliëntenpopulatie. De bewering “bouwtechnische tekortkomingen bij verzwaaring doelgroep”, wordt door eenieder onderschreven. Met verwijzingen naar andere afdelingen, zoals Begijnstraat 23, waar appartementen al zijn gerealiseerd, wordt de wens kenbaar gemaakt dat de Begijnstraat 19 eenzelfde transformatie dient te ondergaan om goede en verantwoorde zorg te kunnen blijven leveren.

Eén verpleegkundige geeft aan dat de verpleegkundige kennis aangevuld dient te worden met kennis over het draaiende houden van de afdeling. De huidige populatie cliënten is dusdanig divers te noemen, met vaak meervoudige diagnoses, dat de expertise ontbreekt om hen goed te begeleiden. “Expertise rondom dubbele diagnose” kan die leemte opvullen.

De personele bezetting baart zorgen. Hierbij wordt de vraag gesteld: “Zijn we weer snel genoeg op kracht/orde qua bezetting gelet op zware populatie cliënten?”. Het is voor iedere verpleegkundige duidelijk dat de huidige personele bezetting te mager is en aangevuld dient te worden. Het inhuren van invalkrachten en verpleegkundigen van andere afdelingen inzetten is geen oplossing. Niet alleen is er een cultuurverschil tussen de verpleegkundigen van de verschillende afdelingen, maar is er een chronisch tekort aan vaste medewerkers. De invalkrachten en verpleegkundigen van andere afdelingen hebben geen kennis van de werkwijze die gehanteerd wordt op de Begijnstraat 19.

3.4.3 Deelconclusie

De deelvraag die beantwoord moet worden, luidt als volgt:

“Welke adviezen kunnen worden gegeven voor het behouden en vergroten van het veiligheidsgevoel op Begijnstraat 19?”

Uit de analyse van de focusgroep, vorm gegeven door de CCI-structuur, blijkt dat de verpleegkundigen het grotendeels eens zijn met elkaar. De verpleegkundigen brengen de samenwerking onderling in het team, met de senior verpleegkundige en met de teamleider als sterke punten naar voren. De vaste verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in deze samenwerking om het veiligheidsgevoel te behouden. Zij zijn bekend met de werkwijze op de Begijnstraat 19, wat zich uit in het proactief werken op de afdeling.

Tegelijkertijd komt er veel druk te staan op de vaste verpleegkundigen, gezien de personele bezetting. Deze is niet optimaal, wat de verpleegkundigen zorgen baart.. In combinatie met de verzwarende van de cliëntenpopulatie, meer één op één begeleiding, onvoldoende faciliteiten ter uitvoering van de verpleegkundige zorg, veroorzaakt deze bezetting een knijpend en onveilig gevoel. Dit zit hem in het niet voldoen van bouwtechnische aspecten, zoals aparte appartementen met eigen sanitair en een voor- en achterdeur. Onder deze faciliteiten vallen ook de personele bezetting en extra trainingen omtrent dubbele diagnose en het draaiende houden van de afdeling. Deze training komt naar voren, omdat met de zwaardere cliëntenpopulatie ook het drugsgebruik toeneemt. Er wordt benoemd dat de kennis en het handelen omtrent dubbele diagnose onvoldoende is. Wanneer aan deze faciliteiten wordt voldaan, zal volgens de verpleegkundigen ook het veiligheidsgevoel vergroot worden.

Adviezen die hieruit naar voren komen, die het veiligheidsgevoel kunnen vergroten, zijn de volgende:

- Personele bezetting op orde krijgen door het aantal vaste krachten te vergroten.
- Bouwkundige aanpassingen gericht op éénpersoons appartementen met eigen sanitair en voor- en achterdeur.
- Cursus of training gericht op dubbele diagnose, gericht op verslavingszorg.
- Werkwijze van de Begijnstraat 19 en/of het proactief werken verkort kunnen leren aan tijdelijke/nieuwe krachten.

Hoofdstuk 4: Conclusie en discussie

In het vorige hoofdstuk zijn een aantal deelconclusies geschreven. In dit hoofdstuk wordt de algemene conclusie getrokken en de discussie beschreven.

4.1 Conclusie

Het onderzoek is vanuit meerdere invalshoeken uitgevoerd. Vanuit deze invalshoeken zijn deelconclusies geschreven en in dit hoofdstuk is het zaak om een samenhangende conclusie te schrijven die antwoord geeft op de probleemstelling:

“Wat is de beleving bij verpleegkundigen van het veiligheidsgevoel op Begijnstraat 19 en op welke manier kan dit veiligheidsgevoel worden vergroot en hoe kan vanuit behandelaars, management en beleidsmedewerkers daarbij worden ondersteund?”

De beleving

Door het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheidsgevoel (CCV) wordt de beleving van het veiligheidsgevoel als volgt omschreven:

“Een mens waant zich veilig wanneer hij het gevoel heeft dat hij de risico's in zijn omgeving met redelijk vertrouwen het hoofd kan bieden”.

Deze risico's bestaan uit vele factoren die van invloed kunnen zijn op dit gevoel. Elk mens ervaart dit gevoel op haar/zijn eigen manier. Een belangrijk kernwoord in de beleving van het veiligheidsgevoel op de Begijnstraat 19 is de onderlinge samenwerking tussen de verpleegkundigen van het team van de Begijnstraat 19. De samenwerking wordt uitstekend genoemd, wat een veilig gevoel geeft. Dit samenwerken bestaat uit de onderlinge relatie, vertrouwen, het actief opzoeken van elkaar en ondersteuning bieden aan elkaar.

Het verpleegkundig team voelt zich gesteund door hun leidinggevende. Zij reageert snel en adequaat op meldingen vanuit Triasweb en draagt bij aan de zorg voor de opvang na een incident. Zij draagt samen met het veiligheidsteam bij aan de analyse van ernstige incidenten. Deze analyse kan helpen om in de toekomst in een dergelijke situatie veilig te werken.

Het proactief werken, wat kenbaar is voor alle vaste verpleegkundigen, kan ook als een bevorderende factor worden gezien die het veiligheidsgevoel verstevigt.

Er zijn belemmerende factoren die het veiligheidsgevoel aan het wankelen kunnen brengen. Deze hebben te maken met onvoldoende facilitering van personele bezetting en noodzakelijke aanpassingen van bouwkundige aspecten zoals vluchtwegen en éénpersoons appartementen met eigen sanitaire voorziening en voor- en achterdeur. Bijscholing en training met betrekking tot de zorgzwaarte met

drugs en agressie gerelateerde cliëntenpopulatie -en een cliëntenpopulatie die een steeds intensievere zorg behoeft- is hard nodig.

Er kan geconcludeerd worden dat het over het geheel genomen positief gesteld is met de beleving van het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen op de Begijnstraat 19. De bevorderende factoren wegen voor de verpleegkundigen zwaarder dan de belemmerende factoren, waardoor zij zich veilig wanen op de werkvloer. Wel zijn er zorgen onder de verpleegkundigen en leidinggevende of dit gevoel behouden kan blijven gezien de zorgzwaarte van de cliëntenpopulatie in combinatie met de facilitaire ondersteuning.

Adviezen

Vanwege het aantal belemmerende factoren, wordt een aantal adviezen aangedragen om het veiligheidsgevoel te behouden en eventueel te vergroten. In de implementatiefase zullen deze adviezen worden meegenomen in de aanbevelingen voor implementatie. De volgende adviezen zijn tot stand gekomen in samenspraak met de focusgroep:

- Personele bezetting op orde krijgen door het aantal vaste krachten te vergroten.
- Bouwkundige aanpassingen gericht op éénpersoons appartementen met eigen sanitair en voor- en achterdeur.
- Bouwkundige aanpassingen gericht op overzicht, zichtlijnen en een vluchtweg vanuit het kantoor.
- Cursus of training gericht op dubbele diagnose.
- Het proactief werken verkort kunnen aanleren bij tijdelijke/nieuwe krachten.
- Verpleegkundigen moeten blijven melden in Triasweb.
- Verpleegkundigen moeten elkaar blijven aanspreken op veiligheid.
- Het management aanspreken bij gevoel van onveiligheid.
- CPV meer richten op: Ik heb veiligheid zelf in de hand.
- Samenwerking en cultuurverbetering tussen de samenwerkende afdelingen met de Begijnstraat 19.
- Betere verdeling van de cliëntenpopulatie over de Begijnstraat 19, 19A en 21.

4.2 Discussie

Kritisch kijkend naar het onderzoek, komen er een aantal sterke punten naar voren. Het onderzoek heeft zich beperkt tot verpleegkundigen, behandelaren en management die direct in contact staan met de Begijnstraat 19. Dit levert een helder en zuiver beeld op wat de beleving van het veiligheidsgevoel op de Begijnstraat 19 betreft .

De informatie van de verpleegkundigen, verkregen uit de interviews, komen grotendeels met elkaar overeen waardoor de betrouwbaarheid van informatie vergroot wordt. De interviews gehouden onder het management en beleidsmedewerker komen tevens grotendeels overeen, wat eveneens de betrouwbaarheid van informatie vergroot.

Dit onderzoek is vanuit diverse bronnen van evidence onderbouwd. Er is steeds uitgegaan van wetenschap, kennis en ervaring. Volgens Cox (2012) zijn dit de drie fundamenteën van evidence based werken.

Er bestaat een aantal kritische aantekeningen. Vanwege de daadwerkelijke verhuizing en reorganisatie van Begijnstraat 19A, is de situatie op Begijnstraat 19 veranderd. De cliëntenpopulatie en de personele bezetting zijn tijdens dit jaar veranderd. Op het moment van de focusgroep ontstond er daarom een onderbezetting onder de verpleegkundigen. Door dit gegeven waren er drie in plaats van vijf verpleegkundigen beschikbaar voor deze focusgroep. Ondanks deze laag uitgevallen opkomst kon er een dialoog ontstaan waarin met meer diepgang kon worden gereflecteerd op de naar voren gekomen onderwerpen. Of de informatie die is voortgekomen uit de focusgroep ook breed gedragen wordt door de rest van de verpleegkundigen is niet bekend en zal in een vervolgonderzoek duidelijk moeten worden. Omdat wij de keuze hebben gemaakt om alleen de vaste, gediplomeerde verpleegkundigen uit te nodigen voor een interview, hebben wij logischerwijs voor de focusgroep ook voor deze inclusie gekozen. Wij voorzagen een mogelijk optreden van vertekening wanneer wij ook tijdelijke en nog niet gediplomeerde verpleegkundigen zouden uitnodigen.

Enige vertekening is ontstaan door ziekte en tijdgebrek bij de behandelaren, is hun perspectief niet onderzocht. In een vervolgonderzoek dient dit perspectief meegenomen te worden, omdat de behandelaren de kennis en behandelverantwoordelijkheid hebben voor de cliënt. De situatie of behandeling van de cliënt is een factor in het veiligheidsgevoel van de verpleegkundige.

Hoofdstuk 5: Implementatieplan

Om de uitgebrachte adviezen, mogelijke verbeteringen en eventuele knelpunten te beschrijven, wordt er gekozen voor een implementatieplan om mogelijke veranderingen of verbeteringen methodisch in te kunnen voeren.

Bepaalde adviezen, die reeds vermeld waren in het verslag, zijn niet uitgewerkt in de implementatie. Deze adviezen dragen de onderzoekers over aan de opdrachtgever, zodat zij deze adviezen kan aandragen richting het management of raad van bestuur. Het zijn adviezen waar de verpleegkundigen of de teammanager nauwelijks of geen invloed op hebben. Deze adviezen zijn gericht op bouwkundige aanpassingen en/of personele bezetting.

Er is dus gekozen voor de volgende adviezen waar verpleegkundigen en de teammanager wel invloed op hebben, die gelden als aanbevelingen voor implementatie:

1. het bewust worden en blijven van pro actief werken
2. onderling aanspreken op veiligheid
3. cliëntverdeling evenredig verdelen over de diverse afdelingen
4. cursus gericht op de intensievere zorg van de cliënt.

5.1 Wat is implementatie?

Implementatie is een procesmatige en/of planmatige invoering van een vernieuwing of een verandering. Implementatie heeft een beperkt doel: namelijk dat het vernieuwingsproces wordt uitgevoerd zoals bedoelt. Implementatie heeft een breder doel: dat de verandering is geïntegreerd in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van de organisatie of in de structuur van de sector (Stals, van Yperen, Reith en Stams, 2008). Wij kiezen voor de implementatie van het breder doel.

Grol en Wensing (2010) schrijven dat implementatie een procesmatige en planmatige invoering is. Invoering van de verbetering in de klinische praktijk wordt goed voorbereid; de strategieën om verandering te bereiken worden gebaseerd op een analyse van de problemen, de doelgroep en de setting. Effectieve implementatie vereist daarom een procesmatige aanpak waarin effectieve verspreiding, kennisoverdracht, attitude verandering vooraf dienen te gaan aan het bevorderen van de feitelijke toepassing van de innovatie. Een planmatige invoering betekent niet dat er een plan wordt gemaakt en er niet meer van afgeweken wordt. Het is een proces waarbij wordt geleerd van reeds gezette stappen en waarin de aanpak bijgesteld kan worden. Hiervoor zijn de evaluatiemomenten belangrijk.

Bij de implementatie van dit project wordt gekozen voor het model van Grol en Wensing, omdat dit ontwikkeld is voor de zorgsector. Grol en Wensing beschrijven de stappen voor implementatie in een schema.

De stappen zijn als volgt weergegeven:

Stap 1: Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering.

Stap 2: Het in kaart brengen van de feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering.

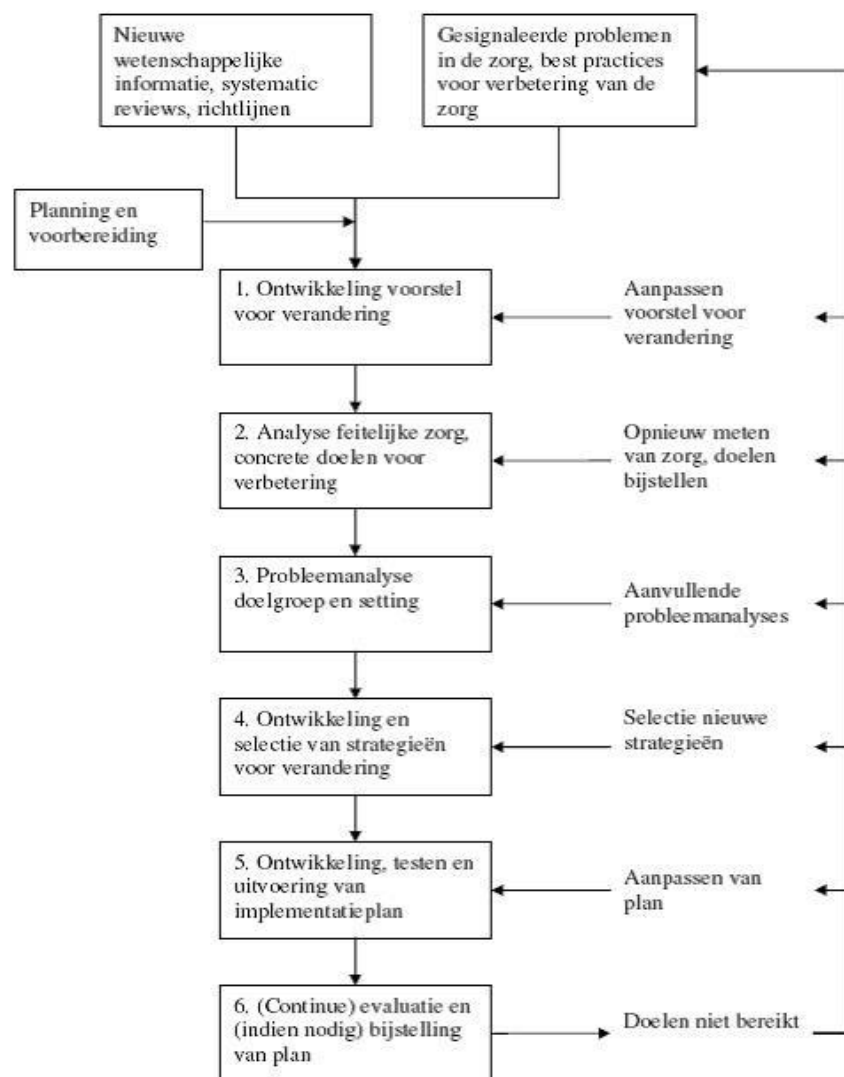
Stap 3: Probleemanalyse van de doelgroep en setting: beïnvloedende factoren in kaart brengen die een rol kunnen spelen in de implementatie.

Stap 4: Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën om veranderingen in te voeren.

Stap 5: Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan: planning, activiteiten, tijd en ruimte.

Stap 6: Evaluatie en eventueel bijstellen van het implementatieplan.

In het onderstaande weergegeven schema van Grol en Wensing is het stappenplan concreet en schematisch beschreven. Hierbij is duidelijk te zien dat bij stap zes, de evaluatie, het plan op elk punt kan worden bijgesteld.



Figuur 2 Stappenplan Grol en Wensing

5.2 Ontwikkelingsvoorstel voor veranderingen

De eerste stap in de implementatie volgens Grol en Wensing is het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, maar haalbaar voorstel voor gewenste verandering.

Schellekens (2000) benoemt dat implementatie begint met een duidelijke omschrijving van wat er geïmplementeerd dient te worden en welke verbeteringen in de zorg nagestreefd dienen te worden. Dit is eerder in het verslag al benoemd. Er is onderzoek gedaan naar de beleving van het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen op de Begijnstraat 19, met als doel dit veiligheidsgevoel te behouden en waar mogelijk te vergroten. Vergroten kan in deze context worden gezien als een verbetering. De aanbevelingen en mogelijke verbeteringen zijn beschreven in het verslag.

Deze aanbevelingen dienen geïmplementeerd te worden en het voorstel luidt als volgt:

“1 januari 2015 zijn de adviezen geïmplementeerd en weten verpleegkundigen op Begijnstraat 19 welke acties zij kunnen ondernemen om het veiligheidsgevoel te behouden en eventueel te vergroten.”

Er is met de opdrachtgever overeengekomen dat zij de implementatie voor haar rekening neemt.

De doelgroep waar dit voorstel voor geldt is: de verpleegkundigen, werkzaam bij GGZ Breburg, Impact, Duurzaam Wonen en Intensieve Behandeling op Begijnstraat 19 te Etten-Leur.

Om deze doelgroep te betrekken in het proces, is er vooraf kenbaar gemaakt dat er een onderzoek plaats zou vinden over het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen. Zij zijn betrokken bij het onderzoek door middel van interviews en een focusgroep, waar zij hebben meegedacht in het proces door middel van een CCI-structuur.

Volgens Grol en Wensing vergroot het betrekken van de doelgroep de kans op succes bij de implementatie.

Rogers (1995) noemt een aantal cruciale kenmerken voor een succesvolle innovatie. De aanbevelingen voor implementatie in dit verslag voldoen hieraan. De innovatie levert meer voordelen op dan de bestaande werkwijze. Het veiligheidsgevoel wordt vergroot.

De innovatie is congruent met bestaande normen en waarden. Er wordt niet afgeweken van de huidige werkmethode. Het voegt iets toe binnen de bestaande normen en waarden.

De innovatie is goed te begrijpen, de invoering wordt als haalbaar en niet als problematisch gezien. Het vraagt om een kleine gedragsverandering en bewustwording van het veiligheidsgevoel.

5.3 Analyse feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering

De tweede stap is het analyseren van de feitelijke, huidige situatie. Daarbij wordt de vraag gesteld hoe verpleegkundigen op Begijnstraat 19 het veiligheidsgevoel beleven en in welke mate dit verschilt van een wenselijke situatie. Dit is reeds opgenomen in het verslag.

In het verslag wordt benoemd dat het positief gesteld is met het veiligheidsgevoel bij verpleegkundigen op de Begijnstraat 19, echter zijn er wel een aantal aandachtspunten. Over bepaalde adviezen moet het management of de Raad van Bestuur zich buigen, zoals relatief grote bouwkundige veranderingen en/of meer personeel. De prioriteit gaat uit naar zaken waar verpleegkundigen invloed op hebben. Deze adviezen kunnen worden opgepakt door het verpleegkundige team in samenwerking met de teammanager en de behandelaren. Dit is dan ook de reden waarom deze adviezen als aanbevelingen voor implementatie gelden. Zij kosten minder geld en vragen minder tijd. De aanbevelingen zijn gericht op het bewust worden en blijven van proactief werken (naast de cliënt staan en van te voren al afspraken gemaakt gericht op behandeling); trainingen/cursussen gericht op het omgaan met de cliëntenpopulatie die intensere zorg behoeft, een betere verdeling van de cliëntenpopulatie over de Begijnstraat 19, 19A en 21, aandacht blijven houden voor veiligheid door incidenten te blijven melden en het elkaar aanspreken over eenieders veiligheid. De aanbeveling van training of cursus zal goedgekeurd moeten worden door de portefeuillehouder in verband met de prijskaart die hier aan hangt.

Een laatste aanbeveling is de samenwerking tussen de Begijnstraat 19 en 19A. Er is op deze aanbeveling al een traject in gang gezet door het instituut Trifler en daarom wordt deze aanbeveling ook niet meegenomen in het implementatieplan.

Bewust worden en blijven van proactief werken

Voor 31 oktober 2014 kunnen nieuwe en/of vaste verpleegkundigen van Begijnstraat 19 uitleggen wat proactief werken inhoudt en hoe zij vorm moeten geven aan deze methode.

Betere verdeling van de cliëntenpopulatie over de Begijnstraat 19, 19A en 21

Voor 31 oktober 2014 is de cliëntenpopulatie evenredig verdeeld over de Begijnstraat 19, 19A en 21 wat betreft de cliënten die intensievere zorg behoeven. Hierbij gelet op de personele bezetting, facilitaire inrichting en kennis/kunde van de verpleegkundigen.

Aandacht blijven houden voor veiligheid en elkaar onderling aanspreken hierop

Voor 31 oktober 2014 is elke nieuwe en/of vaste verpleegkundige van Begijnstraat 19 bekend met het doel en uitvoering van het elkaar aanspreken op veiligheid en weet elke verpleegkundige welke stappen hij/zij moet zetten om de aandacht te richten op veiligheid.

Training of cursus gericht op het omgaan met de cliëntenpopulatie die intensievere zorg behoeft

Voor 1 januari 2015 hebben vaste verpleegkundigen van Begijnstraat 19 een cursus of training gehad, gericht op dubbele diagnose en 1-op-1 begeleiding om zodoende de best mogelijke zorg te kunnen verlenen met als doel het veiligheidsgevoel te vergroten bij verpleegkundigen.

5.4 Analyse van doelgroep en setting

Nadat de feitelijke situatie en de wenselijke situatie zijn verklaard, is de volgende stap het analyseren van de doelgroep en de setting. Er wordt gezocht naar bevorderende en belemmerende factoren, die een rol kunnen spelen in de implementatiestrategie. Deze factoren kunnen de implementatie versterken of verzwakken.

Grol en Wensing (2010) hebben een model gebaseerd op basis van literatuur en opgedane ervaring. Dit model is gericht op het veranderingsproces van de doelgroep. Dit model bestaat uit vijf fasen, te weten: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud van verandering. De eerste drie fasen zijn reeds doorlopen in het verslag. Fase vier en vijf richten zich op het implementatieplan om de verandering daadwerkelijk in te voeren.

5.4.1 Oriëntatie

De doelgroep moet in deze fase interesse krijgen, bewust worden van en betrokken raken met de innovatie of nieuwe werkwijze. De verpleegkundigen van de Begijnstraat 19 moeten nieuwsgierig worden naar de innovatie.

Dit is gerealiseerd door in samenspraak met de senior verpleegkundige, verpleegkundigen, teammanager en behandelaren een onderwerp uit te zoeken voor projectmatige verbetering. Een aantal onderwerpen is aangedragen, waarna samen met de opdrachtgever een onderwerp is gekozen. Het onderwerp is het veiligheidsgevoel bij verpleegkundigen op de Begijnstraat 19.

Tevens zijn er interviews gedaan onder de verpleegkundigen van de Begijnstraat 19, waarbij zij werden betrokken bij het verklaren van de feitelijke situatie. Er is een focusgroep opgezet, zodat de doelgroep zeggenschap had over mogelijke adviezen tot verbetering. De doelgroep is actief geprikkeld met betrekking tot de innovatie.

5.4.2 Inzicht

Dit is de fase waarin de doelgroep geïnformeerd wordt over wat de innovatie inhoudt en geeft de doelgroep inzicht in wat de feitelijke situatie is. Er moet een motivatie ontstaan die aanzet tot het verbeteren van het veiligheidsgevoel van verpleegkundigen op de Begijnstraat 19.

In de focusgroep, bijgewoond door verpleegkundigen van de Begijnstraat 19, zijn de resultaten weergegeven van de interviews. De feitelijke situatie is geschetst met bevorderende en belemmerende factoren die te maken hebben met het veiligheidsgevoel van de verpleegkundigen. Uit deze bijeenkomst zijn een aantal adviezen en/of mogelijke verbeterdoelen opgesteld die de feitelijke situatie zo optimaal mogelijk kunnen verbeteren. Deze adviezen zijn in samenwerking met de verpleegkundigen tot stand gekomen, waardoor de aanwezige verpleegkundigen op de hoogte zijn van wat de innovatie inhoudt.

Concreet zal er informatie gegeven moeten worden om alle verpleegkundigen te informeren over de innovatie.

5.4.3 Acceptatie

Deze fase is gericht op de motivatie van de doelgroep om tot verandering over te gaan. De verpleegkundigen van de Begijnstraat 19 moeten het gevoel krijgen dat de verandering of aanvulling ook zinvol en haalbaar is.

Bevorderende en belemmerende factoren die naar voren kwamen uit de resultaten van de interviews zijn besproken in de focusgroep. Motivatie om te veranderen is er sinds het begin van dit onderzoek, het gaat om het eigen gevoel van veiligheid op de afdeling. Door de cliëntenpopulatie die steeds meer intensievere zorg behoeft, kwam er grotere druk te staan op de verpleegkundigen, zeker gezien de geringe bezetting van de vaste verpleegkundigen binnen het team.

5.4.4 Verandering

Deze fase is gericht op het maken van een start die verandering in de praktijk moet brengen. De aanbevelingen moeten worden ervaren als werkzaam en haalbaar.

In deze fase worden de aanbevelingen uitgetoetst en ingezet. Er zal informatie worden gegeven in het werkoverleg van de Begijnstraat 19 door de teammanager en/of senior verpleegkundige over het veiligheidsgevoel in combinatie met de aanbevelingen *“Bewust worden en blijven van proactief werken”* en *“Aandacht blijven houden voor en onderling aanspreken op veiligheid”*.

Het doel is bewustwording te creëren, dat het gevoel van veiligheid door de verpleegkundigen zelf te bepalen is door de twee bovenstaande aanbevelingen toe te passen. Een kaartje met de belangrijkste adviezen, als reminder, zal worden gedrukt en uitgedeeld worden onder de verpleegkundigen van de Begijnstraat 19. Tevens wordt het gehele verslag als naslagwerk achtergelaten op de afdeling.

In het werkoverleg dient het als een twee maandelijks vast onderwerp naar voren te komen. Het zou goed aansluiten bij de taken van de verpleegkundige die lid is van het veiligheidsteam, zij zou de juiste persoon zijn als aandachtsfunctionaris voor dit onderwerp.

Er zijn twee aanbevelingen waar de onderzoekers en de verpleegkundigen weinig of geen invloed op hebben en die besproken dienen te worden met het multidisciplinaire team, bestaande uit het verpleegkundig team van de Begijnstraat 19, 19A en 21, behandelaren en de teammanager. Het gaat om de aanbevelingen *“Betere verdeling van de cliëntenpopulatie over de Begijnstraat 19, 19A en 21”* en *“Training of cursus gericht op het omgaan met de cliëntenpopulatie die intensievere zorg behoeft”*. De verdeling van de cliëntenpopulatie moet gericht zijn op een evenredige verdeling van de zorgzwaarte van de cliëntenpopulatie in combinatie met de personele bezetting en facilitaire inrichting. Dit zal multidisciplinair besproken moeten worden met de betrokken partijen.

Aan een training of cursus hangt een kostenplaatje waarover de portefeuillehouder, de manager bedrijfsvoering, zeggenschap heeft. Hij zal toestemming moeten geven voor de uitgaven voor de cursus of training.

5.4.5 Behoud van verandering

In deze fase wordt de nieuwe werkwijze een onderdeel van de dagelijkse routine en processen op de afdeling. Implementatie richt zich op het integreren van bestaande routines en verankering in het team.

De aangewezen aandachtsfunctionaris zal het aanspreekpunt zijn en twee maandelijks evaluatiemomenten inzetten om de aandachtspunten rondom het veiligheidsgevoel bespreekbaar te houden. Er is geen einddatum voor, want veiligheid blijft een actueel onderwerp.

Het bespreekbaar houden en vasthouden van een evenredige verdeling van de zorgzwaarte van de cliëntenpopulatie van de Begijnstraat 19, 19A en 21 is een aandachtspunt voor de senior verpleegkundigen van de diverse afdelingen. Zij dienen op te merken wanneer de verhoudingen scheef gaan liggen met betrekking tot de zorgzwaarte. Zij behoren dit bespreekbaar te maken in het multidisciplinaire team, zodat er een actie ondernomen kan worden om de juiste balans te creëren. Dit zou tijdens het seniorenoverleg ter sprake kunnen komen. De senior verpleegkundigen blijven verantwoordelijk voor een evenredige verdeling.

De cursus of training is een aandachtspunt voor de teammanager om dit bespreekbaar te maken met de manager bedrijfsvoering.

5.5 Ontwikkeling en selectie van strategieën voor veranderingen

Bij deze stap wordt gekeken naar de manier waarop veranderstrategieën ingevoerd kunnen worden.

Grol en Wensing (2010) kijken naar twee fasen tijdens de implementatie:

- Disseminatie: vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, en bevorderen van een positieve houding en van de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze;
- Implementatie: bevorderen van de feitelijke toepassing in de praktijk en ervoor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routine.

In voorgaande paragraaf is aandacht besteed aan de verschillende fasen van verandering. Hierin is beschreven dat de verpleegkundigen van de Begijnstraat 19 actief hebben meegedaan aan de interviews en deelgenomen hebben aan de focusgroep. Zij tonen belangstelling en hebben een positieve houding. Bij de focusgroep hebben zij kennis genomen van adviezen voor mogelijke aanbevelingen. De inbreng wordt meegenomen bij de aanbevelingen tot implementatie. Er is voldoende aan disseminatie gewerkt.

Bij de feitelijke toepassing in de praktijk moeten de verpleegkundigen betrokken blijven. Dit kan niet gegarandeerd worden, maar kan wel gestimuleerd worden door de aandachtsfunctionaris van het veiligheidsteam, de senior verpleegkundige en de teammanager.

Grol en Wensing (2010) beschrijven een aantal strategieën voor verandering. Om de aanbevelingen te implementeren, zal gebruikt worden gemaakt van de informerende strategie. Deze strategie is bedoeld om verpleegkundigen te informeren over de verandering of toevoeging.

Ook een motiverende en draagvlak vergrotende strategie zal worden toegepast. Deze strategie is bedoeld om verpleegkundigen mee te krijgen in de vernieuwing en aan te zetten tot verandering. Zoals al eerder is beschreven zijn de verpleegkundigen gemotiveerd tot verandering. De focusgroep heeft hieraan al bijgedragen en de eindpresentatie zal deze strategie ondersteunen.

De educatieve strategie wordt ingezet om de informatie van de vernieuwing over te dragen en de kennis te vergroten onder de verpleegkundigen. Op deze manier kunnen zij de verandering ook toepassen. De informatie hierover zal, in het werkoverleg, gegeven worden door de teammanager of senior verpleegkundige. Er zal een reminder kaartje gemaakt worden, dat als naslagwerk dient.

5.6 Ontwikkeling, testen en uitvoering

In deze fase worden de gekozen interventies beschreven, die gebruikt worden bij de implementatie. Er zijn vier aanbevelingen, waarvan er twee uitgebreid beschreven worden. De andere twee aanbevelingen zijn niet haalbaar voor de onderzoekers, maar zullen alleen aangehaald worden. Deze veranderingen zijn echter ook noodzakelijk om het veiligheidsgevoel te vergroten. Vanwege de beperkte tijd is ervoor gekozen de informatieoverdracht in het werkoverleg te integreren. Dit zal worden opgepakt door de teammanager en/of senior verpleegkundige.

De twee doelen waar het nu om gaat, zijn:

- Bewust worden en blijven van proactief werken
- Aandacht blijven houden voor en onderling aanspreken op veiligheid

De beoogde interventie om deze twee aanbevelingen te implementeren, zal door middel van informatieoverdracht door de teammanager en/of senior verpleegkundige in het werkoverleg plaatshebben. Tevens zal er als naslagwerk een reminder kaartje gemaakt worden voor elke verpleegkundige op de Begijnstraat 19. Hieronder zal het plan met een tijdspad worden weergegeven.

5.6.1 Afspraken maken met teammanager en/of senior verpleegkundige

Er zal een afspraak worden gemaakt met de teammanager en/of senior verpleegkundige van het verpleegkundig team van de Begijnstraat 19. Deze zal op de hoogte gesteld worden van de aanbevelingen en de beoogde interventies. Het implementatieplan wordt besproken en er zal in samenspraak een datum, tijd en ruimte worden gereserveerd om de informatie en het reminder kaartje over te dragen. Het is belangrijk dat de teammanager en/of senior verpleegkundige achter de implementatie staat.

Afspraak met teammanager en/of senior verpleegkundige	
Doelstelling	• Uitleg van informatie en implementatie
Betrokkenen	• Onderzoekers • Teammanager en/of senior verpleegkundige
Activiteit	• Overleg tussen onderzoekers en teammanager en/of senior verpleegkundige
Werkvorm	• Bespreken van informatie en reminder kaartje • Akkoord voor uitvoering interventies • Plannen van een datum • Ruimte reserveren voor evaluatiemomenten
Datum/Tijd	• Juni 2014
Beoogde resultaat	• Inzicht bieden in het proces • Inzicht bieden in de interventie en/of aanbevelingen • Concrete afspraken maken • Informatieoverdracht

5.6.2 Informatieoverdracht

Er is gekozen om de aanbevelingen te delen via een informatieoverdracht door de teammanager en/of senior verpleegkundige tijdens het werkoverleg. De huidige situatie en de wenselijke situatie worden kort besproken. Aan de hand van deze situatie worden de twee aanbevelingen onder de loop genomen.

Informatieoverdracht	
Doelstelling	• Inzicht verlenen in het optimaliseren van het veiligheidsgevoel
Betrokkenen	• Teammanager en/of senior verpleegkundige • Het verpleegkundige team van de Begijnstraat 19
Activiteit	• De informatieoverdracht
Werkvorm	• Uitleg huidige situatie • Uitleg wenselijke situatie • Presenteren van aanbevelingen en overige adviezen • Uitreiken reminder kaartje met belangrijkste adviezen
Datum/Tijd	• Juli 2014
Beoogde resultaat	• Inzicht in het proces tot verandering • Begrijpen en opvolgen van de aanbevelingen en adviezen • Het verpleegkundige team van de Begijnstraat 19 heeft kennis verworven om het toe te passen in de praktijk

5.6.3 Reminder kaartje

Er is besloten om een reminder kaartje te maken met de aanbevelingen omtrent het veiligheidsgevoel van de verpleegkundigen. Op deze manier kunnen verpleegkundigen altijd terug zien wat deze adviezen inhielden om de wenselijke situatie te vergroten.

Reminder kaartje	
Doelstelling	• Reminder kaartje maken en uitdelen
Betrokkenen	• Onderzoekers • Teammanager en/of senior verpleegkundige
Activiteit	• Het maken en uitdelen van een reminder kaartje met adviezen
Werkvorm	• Adviezen verzamelen en bundelen • Uitwerken van het reminder kaartje met passende lay out • Afdrukken van reminder kaartje • Reminder kaartje verdelen onder de verpleegkundigen
Datum/Tijd	• Juli 2014
Beoogde resultaat	• Als informatieoverdracht • Als naslagwerk • Op de hoogte blijven van de adviezen

5.7 Evaluatie en bijstelling

Evaluatie is de laatste stap in het model van Grol en Wensing. Het gaat niet alleen om het effect van de implementatie, maar ook het proces wordt geëvalueerd. Men heeft de uitkomsten van de evaluatie nodig om te kunnen vertellen of de implementatie geslaagd is. Gedurende het gehele model wordt er geëvalueerd. Zoals in het schema van Grol en Wensing te zien is, kan er op elk moment ingegrepen worden na een evaluatiemoment.

Bij deze implementatie gaan de onderzoekers uit van een twee maandelijks evaluatie. De aandachtsfunctionaris van het veiligheidsteam van de Begijnstraat 19 neemt deze taak op zich. Zij houdt zich bezig met Triasweb, prismalight en het veiligheidsteam. Een taak is om de veiligheid op de afdeling bespreekbaar te maken, waarbij verwacht mag worden dat zij evalueert over het veiligheidsgevoel en de geïmplementeerde adviezen.

Evaluatie	
Doelstelling	• Bewaken van het proces van integreren en toepassen
Betrokkenen	• Aandachtsfunctionaris veiligheidsteam • Teammanager • Het verpleegkundige team van de Begijnstraat 19
Activiteit	• Evalueren van verbeterdoelen en resultaten
Werkvorm	• Twee maandelijks bijeenkomsten, vanuit het werkoverleg
Datum/Tijd	• Vanaf september 2014
Beoogde resultaat	• Het bewaken van het proces, zodat het veiligheidsgevoel optimaal blijft

Literatuurlijst

Abma, T. A., (2000). Onderhandelend evalueren, *Klassieke studies in de bestuurskunde*, 17, 393-403.

Baarda, Van der Hulst & De Goede. (2012). Basisboek interviewen. Geraadpleegd op:
http://www.basisboekinterviewen.noordhoff.nl/sites/7779/_assets/7779d02.pdf.

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. (2006). Basisboek methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek.

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen J. (2005). Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.

Barlow, K., Grenyer, B., & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 967-974.

Bekker S, Essen G van, Josten E, Meihuizen H, Trendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003. Tilburg: OSA, 2004.

Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Boom Onderwijs, Amsterdam.

Boer, F de. (2011). De Grounded Theory Approach: een update
http://www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2011/1/KWALON_1385-1535_2011_016_001_008.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), pp 77-101.

Camuccio, C.A., Chambers, M., Valimaki, M., Farro, D., Zanotti, R. (2012). Managing distressed and disturbed patients: the thoughts and feelings experienced by Italian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 807-815.

Carter, R. (2000). High risk of violence against nurses. *Nursing Management*, 6, 5.

CBZ. (2003). Veiligheidsvoorzieningen in de ggz.
<http://kennisplein.zorgenbouw.nl/Kennisplein/zorg/bn%20veiligheidsvoorzieningen.pdf>.

Corbin, J. & Strauss, A. (2008). Basics of qualitative research.

Cox, K. (2004). Werkmodel kwalitatief onderzoek.

http://www.fontysmediatheek.nl/w/images/3/35/Beoordelingscriteria_kwalitatief_en_kwantitatief_onderzoek.doc.

Cox, K. et al (2012), “Evidence-based practice voor verpleegkundigen”, Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Delaney, K., Hardy, L. (2008). Challenges Faced by Inpatient child/Adolescent Psychiatric nurses. *Journal of psychosocial nursing*, 46.

Douwes, M., Heuvel, S. van den, Sonneveld, H. (2008). Het grote gevaar van de zorg. Geraadpleegd op: <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=tZ5N4D7i0qU%3D&tabid=3457>.

GGZ Nederland. (2012). *Handreiking veiligheidscultuur*. Werkendam, Nederland: Drukkerij Damen B.V.

Grit, R., & Julsing, M. (2009). Zo doe je een onderzoek. Groningen: Noordhoff uitgevers BV.

Grol, R., Wensing, M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 2006. Elsevier. Maarssen.

Guba, E & Lincoln, Y., Fourth Generation Evaluation, Beverly Hills, 1989.

InternetSpiegel. (2008). Factsheet, Agressie en weerbaarheid. Geraadpleegd op: <http://www.internetspiegel.nl/medewerkersonderzoek/factsheets>.

Jonker, EJ & Goossens PJJ, et al 2008. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 492–499.

Kemp S van der, Vree F van, Knibbe N, Knibbe H, Arboconvenant ggz, Eindevaluatie. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2006.

Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Abderhalden, C., Flammer, E., Schmid, P. (2009). Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 629-635.

Mattemaker, E. et al. (2010). Agressie en veiligheid in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, P-3. ISSN 0303-7339.

- Mealer, M. et al. (2009) The prevalence and impact of post-traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and anxiety*, 26, 1118–1126.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Uitgeverij SWP Amsterdam.
- Moylan, B., Cullinan, M. (2011) Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18.
- Nompilo, M., Robinson, P. (n.d.). The safety of nurses during the restraining of aggressive patients in an acute psychiatric unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29,3.
- Nicholls, T.L., Brink, J., Greaves, C, Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 23-30.
- Praktijkonderzoek afstuderen hbo-v handleiding 2013-2014, 130715.
- Reulink, N en Lindeman, L. (2005). Wat is kwalitatief onderzoek?
[http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf).
- Rogers, E. Lessons for guidelines from the diffusion of innovation. *Jt Comm J Qual Improv*. 1995; 21: 324-8.
- Schellekens, W. Een passie voor patiënten. *Med Contact* 2000; 55: 412-4.
- Schuur, G. (2009). *Omgaan met agressie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schwartz, R.H., Cohen, P., Hoffman, N.G., & Meeks, J.E. (1989). Self-mutilation behaviors (carving) in female adolescent drug abusers. *Clinical Pediatrics*, 28, 340-346.
- Serper, M.R., Goldberg, B.R., Herman, K.G., Richarme, D., Chou, J., Dill, C.A., et al. (2005) Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 121–127.
- Shields, M., Wilkins, K. (2009) Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients.
- Sweers, A. (2012) Ggz-verpleegkundige wil veiligere werkplek. Geraadpleegd op:
<http://www.zorgwelzijn.nl/GGZ/Nieuws/2012/8/Ggz-verpleegkundige-wil-veiligere-werkplek-ZWZ018242W/>.

Tema, Poggenpoel, Myburgh. (2011). Experiences of psychiatric nurses exposed to hostility from patients in a forensic ward. *Journal of Nursing Management* 19.

Vree F van, Bolhuis P. Arboconvenant Ziekenhuizen : eindevaluatie. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), 2006.

Vree, F. van, & Engelen, M. (2006). Onderzoek op het terrein van gezondheidszorg: psychische belasting in de ggz. Zoetermeer: Research voor beleid pers.

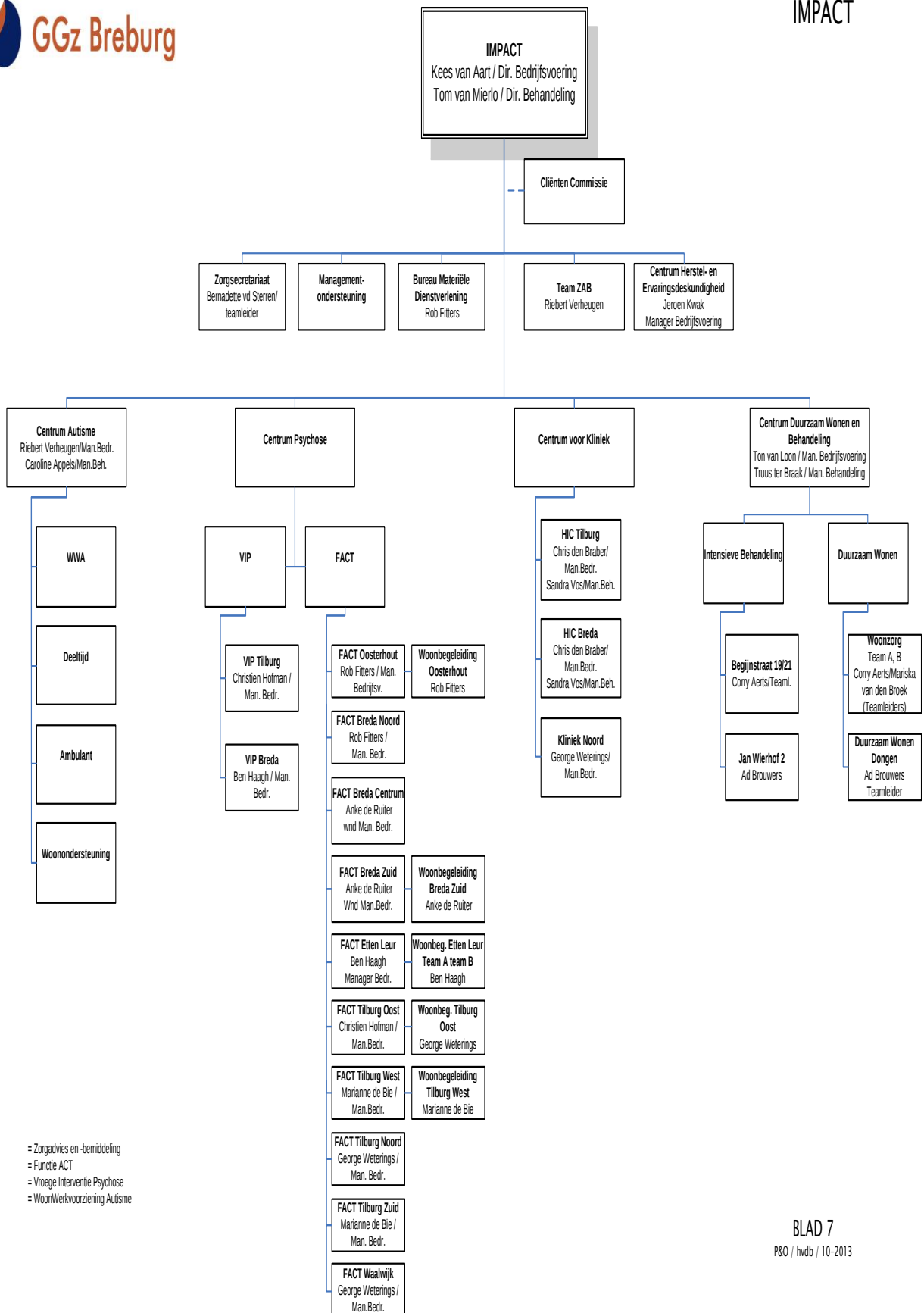
Wells, J., & Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39, 230- 240.

Wester, F. (2006). Inhoudsanalyse, theorie en praktijk. Uitgeverij Kluwer.

Bijlage 1, Organigram



IMPACT



BLAD 7
P&O / hvdB / 10-2013

Bijlage 2, Wat is herstel ondersteunende zorg?

Herstelprocessen verschillen van persoon tot persoon. Het gaat om unieke en persoonlijke processen. Een eenduidig antwoord op de vraag 'Wat is herstel ondersteunende zorg?' is dan ook moeilijk te geven. Ook dat verschilt van persoon tot persoon.

Herstel ondersteunende zorg is alle zorg die gericht is op het bevorderen van het herstel- proces. Ondersteunen bij herstel betekent in elk geval op een andere manier kijken naar mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid dan gebruikelijk was in de psychiatrie. Begeleiding en zorg zouden tot doel moeten hebben om mensen te helpen zoveel mogelijk zichzelf te helpen. De directe en indirecte omgeving van de cliënt, alle diensten binnen en buiten de organisatie, diagnostiek, behandeling, trajectbegeleiding etc., zouden ten dienste moeten staan van het persoonlijke herstelproces van de cliënt. Davidson e.a. (2009) geven de volgende definitie: "Hersteloriëntatie van een instelling verwijst naar de mate waarin het personeel en het aanbod van de instelling persoonlijk herstel faciliteren of bevorderen, en omvat de verschillende aspecten van de dienstverlening waarvan wordt verondersteld dit te doen." Herstel ondersteunende zorg heeft onder meer te maken met de kwaliteit en de beschikbaarheid van het basale zorgaanbod, de invloed die de cliënt heeft op de eigen woonomgeving en het leefmilieu (bijvoorbeeld huisregels), goed hulpverlenerschap, persoonlijke aandacht, cliëntgerichtheid, sociale participatie en inzet van ervaringsdeskundigheid; dit alles vanuit een visie op herstel. Wat betreft goed hulpverlenerschap ligt het accent veelal op de attitude van de hulpverlener en het contact tussen cliënt en hulpverlener. Dröes en Plooy (2010) noemen de volgende kenmerken van herstel ondersteunende zorg (gebaseerd op Boevink e.a., 2009):

De hulpverlener:

- heeft een attitude van hoop en optimisme;
- is present (aandachtig aanwezig);
- gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze;
- maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het eigen verhaal van de cliënt;
- herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief;
- erkent, benut en stimuleert de ontwikkeling van ervaringskennis van de cliënt;
- erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen;
- is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/autonomie.

Deze kenmerken moeten begrepen worden als samenhangende kenmerken. De kenmerken van herstel ondersteunende zorg zijn immers gebaseerd op het herstelproces van de cliënt en moeten daaraan ruimte bieden. De kenmerken zijn daarom niet los van elkaar te zien. Het geleidelijk aan duidelijk krijgen van het eigen verhaal werkt bijvoorbeeld ook empowerend en de cliënt ontwikkelt daarmee tegelijkertijd ervarings- kennis.

De cliënt en het eigen herstelproces zijn te allen tijde leidend. Dit maakt echter een proactieve houding bij professionals niet onmogelijk. Integendeel, hun rol hierbij is uitermate belangrijk. Door goed aan te sluiten bij de cliënt kunnen herstelprocessen niet alleen worden ondersteund, maar ook worden aangewakkerd. Dit kunnen hulpverleners doen door dicht bij cliënten te blijven, vertrouwen te geven en vooral door ruimte te scheppen. Hierbij zijn een luisterend oor en een helpende hand nodig, maar ook het onderkennen van noodsituaties waarin steunend kan worden opgetreden. In ieder geval is het van groot belang om voortdurend respect te tonen voor het herstelproces van cliënten: zij moeten zelf het voortouw nemen en houden of in staat worden gesteld om het voortouw weer in handen te krijgen. Binnen de ggz gaat herstelondersteuning om het vinden van het juiste evenwicht tussen behandeling en ondersteuning bij het herstel van identiteit (als persoon), gezondheid, dagelijks functioneren en maatschappelijk functioneren. Het gaat dan om de vermindering van symptomen, het innemen van rollen van betekenis, een bevredigend sociaal netwerk, (betaald) werk hebben etc. Het is van de cliënt zelf afhankelijk welk herstel voorop staat en welke volgorde in het herstelproces voor hem of haar belangrijk is. In elk geval dienen zoveel mogelijk relevante mensen en organisaties betrokken te zijn: lotgenoten, familie en vrienden, maatschappelijke instellingen, algemene gezondheids- zorg en specialistische geestelijke gezondheidszorg.

Figuur 2. Aspecten van herstel en herstelondersteuning

Aspecten van herstel	Hulpverlening	Resultaten
Herstel als persoon	Herstelwerkgroepen Psychotherapie Gesprekken	Zingeving, zelfgevoel, grenzen (persoonlijke identiteit)
Herstel van gezondheid	Bemoeizorg Behandeling Leren omgaan met symptomen	Minder symptomen Soms genezing
Herstel van dagelijks functioneren	Rehabilitatie in de leefomgeving	Dagelijkse routines
Herstel van rollen	Rehabilitatie in de maatschappij	Rolherstel (maatschappelijke identiteit)

Bron: Jos Dröes. Naar Dröes, Van Wel en Korevaar (2011).

Herstel bevorderende en -belemmerende factoren

Herstelondersteuning kan pas dan plaatsvinden als er aandacht is voor herstelprocessen van cliënten zelf. Voorwaarde is dat deze processen, hoe pril dan ook, herkend worden door cliënten, naastbetrokkenen en medewerkers. Om dit goed te kunnen zien is het van belang dat er een visie is op herstel en dat voor betrokkenen duidelijk is wat het herstel kan bevorderen maar ook wat het kan belemmeren.

Herstel bevorderende factoren

Herstel ondersteunende zorg vraagt een bewuste houding van cliënt en medewerker. De cliënt moet de ruimte krijgen en de medewerker dient deze ruimte te scheppen en te respecteren. Er is veel overeenstemming over welke factoren herstel bevorderend kunnen zijn. Er zijn echter grote verschillen van persoon tot persoon hoe dit beleefd wordt, het gaat hier immers over zeer individuele processen. In de loop van het proces zullen bepaalde factoren meer of minder op de voorgrond staan, meer of minder invloed hebben.

Factoren die veel genoemd worden (Boevink & Dröes, 2005):

- acute stabilisatie bij crisis en (toegang tot) goede behandeling en therapie;
- de vervulling van de meest basale behoeften;
- de aanwezigheid en ondersteuning van een betrokken en competent persoon die begrijpt wat de persoon in kwestie doormaakt;
- hoop;
- acceptatie;
- copingsvaardigheden;
- vaardigheden om met een dreigende terugval om te gaan;
- zelfzorgvaardigheden;
- sociale vaardigheden;
- belangenbehartiging;
- de moed om risico's te nemen;
- begeleiding bij werk en opleiding;
- bevredigend werk en bevredigende relaties;
- diversiteit in gewaardeerde rollen;
- financiële zekerheid;
- intimiteit;
- spiritualiteit.

Herstel belemmerende factoren

Ook voor de belemmerende factoren geldt dat er per persoon verschillen zullen zijn en dat deze gedurende het proces zullen veranderen. Veel genoemde factoren zijn:

- het ontbreken van de meest basale levensvoorzieningen;
- inadequate en ineffectieve professionele hulp;
- middelenmisbruik;
- traumatische ervaringen;
- onwaardige behandeling door anderen;
- gebrek aan vertrouwen en gevoelens van hopeloosheid bij belangrijke anderen;
- het ontbreken van kansen op het innemen van gewaardeerde sociale rollen;
- gebrek aan informatie over bruikbare copingstrategieën ten aanzien van de psychische klachten;
- stigma;
- schaamte.

(Boevink & Dröes, 2005)

Bijlage 3, Selectiecriteria voor literatuur van Fontys Hogeschool

1. *Het tijdschrift*

Bepaal in welk tijdschrift het artikel gepubliceerd is en wat voor soort tijdschrift het is (populair en/of wetenschappelijk).

- Je kunt hiervoor de website en/of het colofon van het tijdschrift raadplegen.
- Wetenschappelijke tijdschriften vermelden veelal dat ze zijn verbonden aan een wetenschappelijke instantie, universiteit of (academisch) ziekenhuis.
- Indien het tijdschrift een "peer-reviewed journal" betreft, kun je er vanuit gaan dat het wetenschappelijk verantwoord is.
- Probeer te achterhalen wie er in het tijdschrift publiceren en wat voor auteurs dit zijn.
- Zoek op internet wie of welke instantie(s) het tijdschrift gebruiken en/of eraan refereren.

2. *De uitgever*

Bepaal en beoordeel de uitgever.

- Onderzoek of de uitgever meerdere tijdschriften uitgeeft en welke (wat voor soort) dit zijn.
- Bekijk de website van de uitgever en bepaal of deze betrouwbaar overkomt.

Controleer dit door te kijken of:

- De site regelmatig wordt bijgehouden.
- De functionaliteiten goed werken.
- De site "degelijk" en onafhankelijk overkomt (professioneel en zonder reclame).
- Er duidelijke contactgegevens en/of assistentie geboden worden.

3. *De auteur*

Bepaal de auteur en kwalificeer daarmee het artikel.

- Probeer de biografische gegevens van de auteur te krijgen via een naslagwerk of gerenommeerde internetsite.
- Is de auteur een specialist (autoriteit) op het vakgebied?
- Heeft hij/zij meerdere publicaties over dit onderwerp geschreven?
- Is de auteur verbonden aan een wetenschappelijke instantie?
- Wordt de auteur (en/of het artikel) geciteerd door anderen? Door wie? Hoe vaak? (let wel: vaak geciteerd wil niet per definitie 'goed' betekenen!)

4. *De inhoud*

Bepaal waar het artikel precies over gaat. Hoe meer artikelgegevens je hebt, des te beter je kunt bepalen of een artikel geschikt is. Er zijn grofweg drie mogelijkheden

- Alleen bibliografische gegevens > beoordelen kan op basis van (tijdschrift)titel, trefwoorden, schrijver en wat formele gegevens (kun je in een andere database meer gegevens vinden?)
- Bibliografische gegevens en een samenvatting > beoordelen kan als 1, maar nu met een inhoudelijke toelichting. Je kunt zo specifieker bepalen of het artikel geschikt is.
- Bibliografische gegevens en het fulltext artikel. De inhoud wordt volledig gegeven en biedt zo alle gelegenheid om te bepalen of deze geschikt is.

5. *De actualiteit*

Bepaal of het artikel niet verouderd of achterhaald is.

- Wanneer is het artikel geschreven en gepubliceerd?
- Indien er een bronnenlijst vermeld is, kijk je of de bronnen actueel zijn (eventueel door wie ze geschreven zijn).
- Probeer recentere artikelen te vinden die handelen over hetzelfde onderwerp.
- Zoek uit of er recentere publicaties van de auteur te vinden zijn (die wellicht over hetzelfde onderwerp gaan).

6. *Relevantie en geschiktheid*

Bepaal of het artikel geschikt en relevant is voor je eigen onderzoek (kan vaak alleen met fulltext)

- Geeft het artikel onderzoeksgegevens en wordt er naar betrouwbare bronnen verwezen?
- Is het artikel objectief of vanuit een bepaald standpunt geschreven, geeft het een opinie?
- Schrijft de auteur vanuit een bepaalde positie of overtuiging?
- Is de inhoud van het artikel daadwerkelijk relevant, wat je zoekt? Voegt het wat toe aan je onderzoek of vraagstelling?
- Geeft het artikel voldoende informatie en diepgang, is het volledig?

7. *Betreft het een wetenschappelijk artikel?*

- Is het artikel verschenen in een wetenschappelijk tijdschrift?
- Is de auteur verbonden aan een wetenschappelijk instituut?
- Is het onderzoek wetenschappelijk uitgevoerd:
 - Is het objectief?
 - Is het controleerbaar?
 - Is het systematisch?
 - Is het herhaalbaar?

Bijlage 4, Methode zoals gebruikt door Conner bij het analyseren van artikelen betreffende veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen

Hieronder laat ik in een gedeelte uit de tekst van het volgende artikel zien op welke wijze ik te werk ben gegaan bij het analyseren. Het artikel is van Moylan, B., Cullinan, M. (2011) en is getiteld 'Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. Om tot een goede analyse te komen zijn de voor ons onderzoek belangrijkste delen gearceerd.

Violence in psychiatry is a complex issue and may be related to multiple factors. Organizational problems such as short staffing, overcrowding and restrictive policies, individual characteristics of the patient relating to their mental illness, and untherapeutic approaches by staff have been identified as contributing factors (Fisher 2003). Fisher (2003) also discusses the role-conflict of nurses who need to develop a therapeutic relationship with the patient, yet, at the same time they are required to set limits and enforce unit policy.

Om de naar voren gekomen onderwerpen categorisch in te delen ben ik als volgt te werk gegaan:

Short staffing.....	Personeelstekort.....	Personeelsbezetting
Overcrowding.....	Overvolle afdeling.....	Facilitaire inrichting
Restrictive policies.....	Afgebakende regels.....	Aandacht om veiligheid te verhogen
Individual characteristics.....	Individuele karaktertrekken.....	Clïëntkarakteristieken
Mental illness.....	Psychisch ziektebeeld.....	Clïëntkarakteristieken
Untherapeutic approaches.....	Niet therapeutische benadering.....	Aandacht omtrent veiligheid
Set limits/enforce policy.....	Grenzen stellen.....	Middelen om veiligheid te verhogen

Deze vertaalde steekwoorden zijn omgezet in topics waarna, tijdens onze brainstormsessies, de vragen voor de interviews zijn ontstaan. De topics zijn in bepaalde variabelen onder te verdelen. Deze variabelen zijn letterlijk in de literatuur terug te vinden.

Hieronder volgt een tabel waarin de topics en de daaraan gekoppelde variabelen zijn weergegeven. Deze topics zijn uiteindelijk gebruikt om de vragen voor het interview op te stellen.

Veiligheid versus visie	Management, stafvariabelen
Samenwerking verpleegkundige en team	Sociale steun, management, stafvariabelen
Verbale agressie	Cliëntvariabelen, stafvariabelen
Fysieke agressie	Cliëntvariabelen, stafvariabelen
Personeelsbezetting	Sociale steun, stafvariabelen, management
Facilitaire inrichting, inclusief noodhulp	Bouwkundige aspecten
Inzet van behandelaren, management, senior	Management
Meldingen en reactie daarop	Sociale steun, stafvariabelen, management, bouwkundige aspecten
Trainingen	Management, stafvariabelen
Aandacht omtrent veiligheid	Stafvariabelen, management, bouwkundige aspecten
Middelen om veiligheid te verhogen	Stafvariabelen, management

Bijlage 5, Methode zoals gebruikt door Michael bij het analyseren van artikelen betreffende veiligheidsgevoel onder verpleegkundigen

Artikel: Managing distressed and disturbed patients: the thoughts and feelings experienced by Italian nurses, Camuccio et al.

Gevonden informatie:

Wanneer een verpleegkundige in contact komt met een agressieve cliënt in crisis, ontstaat er een algemeen gevoel van angst. De volgende 5 thema's hebben er mee te maken:

- Fear of harm to self or patient (angst voor verwonding van hemzelf of cliënt)

Angst voelen de verpleegkundigen het meest. Persoonlijke veiligheid is in geding. Er is geen verschil in medewerkers en geslacht die angst ervaren. Er is angst dat hunzelf wat wordt aangedaan, maar ook dat de angst omslaat om de cliënt schade aan te doen, ondanks dat zij zelf risico lopen voor hun eigen veiligheid (ethisch aspect). Verpleegkundigen accepteren ook het agressieve gedrag in relatie tot het ziektebeeld en vinden het normaal om hierop te reageren.

- Team safety

Verpleegkundigen hebben geen vertrouwen in collega's die geen angst voelen of het niet willen accepteren en laten zien. Het lijkt erop dat verpleegkundigen zich allemaal hetzelfde willen voelen, gevoelens samen delen, naast de besluiten, visie en missie.

- The known/unknown patients

Bekende cliënten veroorzaken minder een onveilig gevoel dan onbekende cliënten. Ze weten namelijk niet wat ze kunnen verwachten bij een onbekende cliënt.

- Patients considered non-psychiatric

Ook cliënten die niet psychiatrisch gerelateerd zijn, maar vooral drugs/alcohol verslaafd of lichamelijk wat mankeren, brengt verpleegkundigen aan de twijfel/onveiligheid. Verpleegkundigen voelen dat zij niet de communicatieve vaardigheden en persoonlijke skills hebben om deze crisis te managen bij mensen die niet psychiatrisch ziek zijn. Dubbele diagnoses vinden zij ook lastiger.

- Patient physique

Een grote fysieke mannelijke cliënt brengt bij de verpleegkundigen ook eerder een onveilig gevoel. Geslacht en lichamelijke gesteldheid zijn van invloed.

Er zijn geen grote verschillen in gevoelens ongeacht geslacht, opleiding, leeftijd of aantal jaren werkzaam. Angst was het grootste gevoel en wordt beïnvloed door teamsamenwerking, voorkennis van de cliënt, vertrouwen onderling bij collega's, gevoelens delen met de medewerkers en zelfbewustzijn.

Betekenis voor ons onderzoek:

Deze informatie wordt meegenomen in het onderzoek. Het geeft cliëntvariabelen, maar ook stafvariabelen aan. De cliënt met zijn karakteristieken als agressief en groot fysieke mannelijke cliënt zijn van invloed op het veiligheidsgevoel. Ook het middelengebruik geeft een gevoel van onveiligheid. Naast deze factoren, speelt vertrouwen van verpleegkundigen onderling een rol, waarbij zij zich veiliger voelen als een verpleegkundige ook zijn angst laat zien of voelt. Het is relevante informatie voor het onderzoek.

Bijlage 6, Bouwkundige aspecten

Bouwkundigen aspecten

- Bouwkundig-functionele opzet van een afdeling zijn voldoende privacy, ruim uitgevoerde algemene ruimten en een goed overzicht. Verkeersruimten zodanig zijn opgezet dat confrontaties zoveel mogelijk te voorkomen zijn.
- Toe te passen materialen en afwerkingen zijn bij voorkeur letselvoorkomend, molestbestendig en onderhoudsvriendelijk en moeten daarbij geen agressie uitlokken.
- Technische hulpmiddelen als persoon beveiligingssystemen en camera's kunnen de veiligheid en toezicht voor medewerkers bevorderen en veel praktische problemen oplossen. Echter kunnen camera's ook agressie uitlokken.

Uitgangspunten bij ggz-voorzieningen:

- Bij calamiteiten op tijd en voldoende (ondersteuning van) personeel aanwezig.
- De toegang van buitenaf moet kunnen worden afgeschermd, in verband met overlast van drugs en agressie van buitenaf.

Opzet en situering van de voorziening:

- Realisatie van voldoende privacy
- Gangen van 1,8 tot 2 meter.
- Rookruimte en recreatieruimte (voldoende omvang) ter verveling cliënten.
- Buitenruimte en/of tuin
- Vrije hoogte (armaturen, vluchtwegaanduidingen, camera's, rookmelders) moet obstakel vrij zijn.
- Geen doodlopende gangen voor agressieve cliënten, voorkeur doorlopende circuit.
- Grootte van de afdeling in combinatie met grootte cliëntengroep.

Overzicht bevorderende maatregelen:

- Gangen recht en overzichtelijk.
- Diepe nissen in gangen vermijden, zodat een cliënt zich niet kan onttrekken aan zicht.
- Glazen puien

Materiaalkeuze en afwerkingsniveau:

- Geen demontabele of beweegbare elementen in slaapkamers.
- Vast plafond.

Technische voorzieningen:

- Persoonsbeveiligingssysteem
- Telefoon

Dit is allemaal op afdelingsniveau.

Bijlage 7, Analyse methode Migchelbrink, gebruikt bij de interviews onder verpleegkundigen.

Migchelbrink geeft aan dat er verschillende methoden zijn om te analyseren. De methode die gekozen is voor dit onderzoek is de specifiek gerichte analyse. Hierbij wordt rekening gehouden met de vraagstelling. Dit is een variant op de analyse vanuit een startlijst. Alleen de inhoud van de analyse heeft hier een andere voeding. (Migchelbrink, 2006)

De specifiek gerichte analyse gaat uit van het onderzoek op frequentie van verschijnselen.. De regelmatig aangehaalde bewoordingen worden door mij gearceerd.

Interviewer: Gebruikt iedereen eenzelfde crisisbeheersingsmethode?

Geïnterviewde één: Sinds kort is hier een **crisissignaleringsplan**. Het is nieuw ingebracht hier.

Geïnterviewde twee: Hier op de afdeling werken we met **crisissignaleringsplannen**. Iedere cliënt heeft een crisissignaleringsplan. En dat zijn algemene afspraken die gelden, of specifieke afspraken die gelden voor die cliënt, waar iedereen kennis van kan nemen waarvan ook geacht wordt dat iedereen daar kennis van neemt. Dus als een cliënt uit zijn dak gaat dan is het de bedoeling iedereen een eenduidige manier van werken hebben.

Geïnterviewde drie: ...je bent je eigen instrument eigenlijk he? Jij moet vroeg signaleren, jij moet zorgen dat het niet zo ver komt denk ik... en verder hebben we een comfortzone en hebben we de separeer en hebben we dus de zo nodig medicatie voor de mensen en we hebben **crisissignaleringsplannen**... ja.

Geïnterviewde vier geeft bij een vraag over faciliteiten het volgende antwoord:

Ja. Je merkt dat een aantal cliënten de behoefte heeft aan vaste gezichten. Het is natuurlijk veel makkelijker als je bekend bent met iemand, je kent het **signaleringsplan**...

Hieruit kan ik concluderen dat het veel aangehaalde onderwerp als betrouwbaar kan worden gezien en dat dit meegenomen kan worden in de analyse van het onderzoek.

Over de reactie van de teammanager na het melden van een incident, zijn de verpleegkundigen tevreden. Dit blijkt uit de volgende analyse:

Interviewer: Heb je zelf wel eens een melding gemaakt van een agressie incident?

Geïnterviewde één: Ja, meestal als je de melding doet dan heb je **binnen een aantal dagen** dat de teammanager er even op terugkomt.

Geïnterviewde twee: ...ja, daar zie je altijd wat van terug. Is het niet via de mail dan is het wel face to face. **Mijn leidinggevende handelt dat ook af op het moment**... van goh... he dat incident... Ik heb het gelezen... hoe gaat het nu met jou? Die staat er heel erg voor open.

Geïnterviewde drie: ...als ik een melding maak dan komt dat ook automatisch bij onze leidinggevende terecht. En onze **leidinggevende die reageert daar** per mail op. **En die reageert daar ook persoonlijk op** van goh... wil je dat ik daar nog iets mee doe? Heb je voldoende nazorg gehad? Ja, ik vind dat echt heel erg fijn

Hoewel de teammanager/leidinggevende niet genoemd wordt in de vraag, wordt deze wel frequent aangehaald in de antwoorden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat zij tevreden zijn over de wijze waarop op een melding wordt gereageerd.

Bijlage 8, Analyse interviews management en beleidsmedewerker.

In onderstaande scan is een gedeelte van de uitwerking van een interview te zien. Deze is aan de hand van de thematische analyse van Braun en Clarke (2006) geanalyseerd.

De eerste stap was het letterlijk uitschrijven van het interview. De tweede stap is codes maken of onderstrepen. Dit is te zien in het document dat relevante informatie is onderstreept. Ook zijn er thema's of woorden naast de kantlijn neergezet, zodat er makkelijk geclusterd kon worden. Dit is namelijk de derde stap, zodat relevante informatie gekoppeld wordt. In stap vier wordt gekeken of thema's voldoende informatie bevatten en in stap vijf worden definitieve thema's gemaakt, zoals in dit voorbeeld "bouw" en "verantwoordelijkheid" als onderwerpen zijn geselecteerd. Uiteindelijk onderwerpen werden "bouwtechnische aspecten" en "eigen verantwoordelijkheid". De laatste stap is alles verwerken in een eindrapportage. Dit is te lezen in het verslag onder het hoofdstuk "resultaten".

M: Kan het dan ook het veiligheidsgevoel vergroten op BG19?

T: Jazeker, bijvoorbeeld, het is niet te hopen, maar stel: BG19A heeft geen boodschap meer aan BG19 en er is een alarm en ze stellen andere prioriteiten dan wordt het heel onveilig op zo'n afdeling. Dus als je er 1 club van maakt en je zegt: wij zijn samen verantwoordelijk voor hier, voor de cliënten van bg19, maar ook omgekeerd... Dan is dat als je goed samenwerkt, een automatisme. Ik heb het vanochtend met P&O erover gehad, eigenlijk als je kijkt naar BG 19, 21, 19A, dan is het ziekteverzuim als je kijkt naar de cijfers binnen de GGZ, is eigenlijk onder de norm. Dat is laag. Naar mijn idee hoe dat komt, we hebben daar een relatief jongere populatie van krachten, maar ook dat men zich verantwoordelijk voelt voor elkaar. Want als jij je ziek meldt, weet je ook van dat er iemand anders moet terugkomen, dus ook de verantwoordelijkheid naar elkaar. Dat maakt dat ik me niet zorgen maak over dat team. Ik denk dat dat wel goed komt. Alleen men moet weer even leren om weer in een nieuwe situatie samen te werken. Daar moet je gewoon in faciliteren. En als teams of verpleegkundigen zich gezien of gehoord voelen, en weten dat er in hun wordt geïnvesteerd, dan komt de samenwerking vanzelf. En dan is de veiligheid er ook.

M: Zou het ook de omgekeerde wereld kunnen zijn? Dat de verpleegkundigen zich allemaal zo veilig voelen, dat er daardoor juist minder ziekteverzuim is? Ze vertrouwen op zichzelf en elkaar...

T: Dat heeft zeker invloed. Als je goed in je vel zit, met plezier naar je werk gaat, dan voel je niet alles. Dan slaap je beter, nou.. zo werkt het bij mij.

M: Zo werkt het bij mij ook. Je kan dan ook meer hebben dan iemand die niet lekker in zijn vel zit.

T: Ja, dat is zo. Ik zeg altijd, je moet goed naar je eigen lijf luisteren. Je eigen lijf is de beste thermometer. Als je voelt, het zit niet goed, spreek het uit. Ga met elkaar praten, dan hoef je niet meteen er een heel intervisie verhaal over te hebben, maar als je het idee hebt dat een collega er iets mee kan of een behandelaar of een leidinggevende, leg het maar op tafel. Het hoeft niet meteen een heel groot probleem te zijn. Bijvoorbeeld: Goh, ik vind het nu toch wel vervelend worden, elke dag zo'n 5x per week naar zo 1op1 begeleiding moet. Ik voel me dan niet prettig. Nou dat kan. Dan ga je toch even met elkaar kijken, ja, jij bent wel de enige man en daarom doe jij het steeds. En je werkt altijd met een leerling. Misschien moeten we kijken of we er BG 21 bij moeten betrekken, snap je? Op die manier kan je al een heleboel dingen voorkomen. Maar dat kan pas als jij je mond open doet.

M: Kan ik dan ook zeggen dat de verantwoordelijkheid ook gewoon ligt bij de verpleegkundigen? Meer bij jezelf? Zee maar. Je hebt 90% zelf invloed op het

voorbeeld

minder ziekteverzuim
verantwoordelijkheid

communicatie

verantwoordelijk
heeft
uitspreken naar
elkaar

