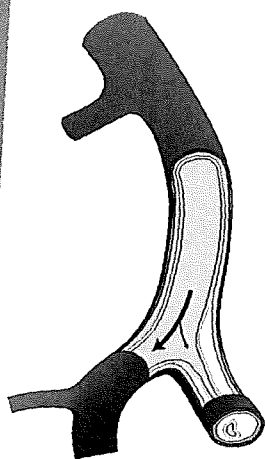


Dé

JAARGANG 13 • NUMMER 2 • JUNI 2018

Verpleegkundig SPECIALIST



Direct werkende orale
anticoagulantia: de praktijk

Slikstoornissen bij
neurologische aandoeningen

Functiedifferentiatie mbo-hbo
biedt de verpleegkundig specialist
een kans om zich te profileren

Sekseverschillen:
pathofysiologie en farmacologie

Grip op veiligheid

Een kwalitatief onderzoek naar ervaren gevoel van veiligheid onder verpleegkundigen van een acute afdeling in de psychiatrie

38

K. Ketelaar MSc, GGNet, Apeldoorn

Dr. E. van Loon, Saxion Hogeschool, Enschede

S. Wassink MSc, GGNet, Apeldoorn

Dr. E. Noorthoorn, GGNet, Apeldoorn

Inleiding

Binnen een High Intensive Care (HIC) in de GGZ worden verpleegkundigen regelmatig geconfronteerd met agressie en risicogedrag als brandstichting of suïcidepogingen. Dit veroorzaakt onveilige situaties voor de verpleegkundigen. Agressie en risicogedrag onder opgenomen psychiatrische patiënten komt regelmatig voort uit psychische onstabiliteit.¹ Opname is een kunstmatige situatie, waar patiënten vaak zelf niet voor hebben gekozen. Dit kan een luxerende factor zijn voor agressief gedrag.¹

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) eist van instellingen dat ze inzichtelijk maken hoe zij dergelijk gedrag binnen hun afdelingen monitoren en managen.²

De HIC van GGNet heeft dit willen bewerkstelligen door een risicotaxatie-instrument te implementeren: het Gecombineerde Risicotaxatie Instrument voor de Psychiatrie (GRIP). Van dit risicotaxatie-instrument wordt verwacht dat het verpleegkundigen meer inzicht geeft in het agressieve en risicovolle gedrag van de patiënt, zodat zij tijdig kunnen interveniëren en onnodige escalaties kunnen voorkomen.

Verpleegkundigen lijken een eigen opvatting te hebben over agressie of risicogedrag en dat maakt dat men daar op verschillende wijzen op reageert en intervenueert. Dit wordt bevestigd in een recent uitgevoerde studie naar agressie binnen een spoedeisende-hulpafdeling.³ Er werd vastgesteld dat de demografische achtergrond (leeftijd, sekse, leefvorm, kinderen, woonomgeving, sociaal-economische status) van de verpleegkundige bepalend is voor de wijze waarop hij of zij omgaat met agressie en risicogedrag. Deze verschillen in het omgaan met agressie en risicogedrag kunnen bepalend

zijn voor het al dan niet ervaren van (on)veiligheid door de verpleegkundige. Uit onderzoek van Martin & Daffern⁴ naar de perceptie van persoonlijke veiligheid en zelfverzekerdheid van verpleegkundigen bij het omgaan met agressief gedrag van patiënten die opgenomen zijn op een forensisch psychiatrische afdeling, blijkt dat een combinatie van 'zachte' complementaire samenwerkingsfactoren en 'harde' feitelijke factoren, belangrijk zijn om veiligheid te ervaren binnen een afdeling waar patiënten zijn opgenomen die agressief gedrag vertonen (tabel 1).

Tabel 1. 'Zachte' en 'harde' factoren in relatie tot gevoel van veiligheid.

'zachte' factoren	'harde' factoren
je collega kennen	agressietraining
teamwork	personele bezetting
	preventie/interventiestrategieën
	ervaring en scholing

De hoofdvraag in het onderzoek was: wat hebben verpleegkundigen van de HIC van GGNet in Apeldoorn nodig om zich veilig te voelen ondanks agressief en risicogedrag van patiënten en welke invloed heeft het risicotaxatie-instrument GRIP op dat gevoel van veiligheid?

Deelvragen waren: welke 'zachte' en 'harde' factoren zijn voor de verpleegkundigen belangrijk in relatie tot hun gevoel van veiligheid m.b.t. agressie en risicogedrag en welke ervaring hebben verpleegkundigen met het risicotaxatie-instrument GRIP in relatie tot hun gevoel van veiligheid?

Methode

Een kwalitatief fenomenologisch onderzoek in de vorm van semigestructureerde interviews, afgenomen bij de verpleegkundigen van de acute-opnameafdeling van GGNet (n = 10). Om tot een generieke groep te komen is gekozen om enkel de verpleegkundigen met ervaring met het ingevoerde risicotaxatie-instrument te interviewen. Dit betreft alle verpleegkundigen van de acute afdeling en deze groep heeft als onderdeel van haar werk de taak het risicotaxatie-instrument in te vullen. De data zijn geanalyseerd door de uitspraken uit de interviews te coderen in het softwarepakket ATLAS.ti.

Onderzoeksveld

Het onderzoek vond plaats onder de verpleegkundigen van de HIC van GGNet in Apeldoorn, onderdeel van de divisie volwassenenzorg van een instelling voor gespecialiseerde psychiatrie. Binnen de afdeling verbleven 22 patiënten (18-65 jaar), met een gemiddelde opnameduur van 17 dagen, die door een psychische crisis niet in staat waren zich staande te houden in hun eigen woon- en sociale omgeving. De behandeling richtte zich op stabilisatie, instellen op medicatie of een begin maken met diagnostiek. Het verpleegkundig team werd dagelijks geconfronteerd met agressie en risicogedrag van patiënten.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit verpleegkundigen werkzaam binnen de HIC, waarvan 3 hbo- en 5 mbo-geschoold. De leeftijd varieerde van 25 tot 55 jaar, waarbij er 7 onder de 35 jaar waren met minder dan vijf jaar werkervaring. Het ging om verpleegkundigen die in de dagelijkse 24-uurszorg directe begeleiding en zorg boden aan de patiënten. Zij hadden een actieve rol bij het gebruiken van het risicotaxatie-instrument GRIP en konden vanuit die ervaring spreken over de invloed van dit instrument op het gevoel van veiligheid.

Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats aan de hand van een semigestructureerd interview met behulp van een topiclijst die tot stand gekomen was door een literatuurstudie en gesprekken met 'peer debriefing'-partners. Er zijn 10 verpleegkundigen van het afdelingsteam geïnterviewd. Interpretaties uit de interviews werden na vier interviews voorgelegd aan collega-onderzoekers en als steekproef werden interpretaties getoetst bij een van de respondenten in het kader van 'peer debriefing'. De topiclijst is na deze vier interviews op basis van gesprekken binnen de onderzoeksgroep en met de respondent bijgesteld. De interviews duurden gemiddeld één uur. Datasaturatie werd na acht interviews bereikt. De data zijn beschreven op basis van 'thick description', wat inhoudt dat de interviews letterlijk beschreven zijn, gedetailleerd zodat er zo min mogelijk kans bestaat op verschillende interpretaties van de data.

Dataverzameling en data-analyse werden met elkaar afgewisseld. Na ieder interview vond direct analyse plaats. De 'peer debriefing'-partners die als referenten deelnamen waren de hoofdonderzoeker van de organisatie en de hoofdopleider van de verpleegkundig specialisten van

dezelfde organisatie. Zij zijn de derde en de laatste auteur van het artikel. Tevens heeft een expert op het gebied van kwalitatief onderzoek zich beschikbaar gesteld als 'peer debriefing'-partner, tevens de tweede auteur van het artikel. Een van de 'peer debriefing'-partners fungeerde als tweede codeur. Deze partner kende de afdeling en de context van het team niet. Definitieve codering werd bepaald op basis van de discussie en consensus van de onderzoeker en de 'peer debriefing'-partner die bij de codering betrokken was.

Ethische aspecten

Van WMO-plicht was in het kader van dit onderzoek geen sprake omdat er geen medisch wetenschappelijk onderzoek werd verricht. De anonimiteit van respondenten en in de interviews besproken patiënten was gewaarborgd door de transcripties direct te anonimiseren. Bij deelname werd informed consent verkregen van de respondenten.

Resultaten

Algemene bevindingen

De overkoepelende vraag in de interviews was: wat heb je nodig om je veilig te voelen in je werk? Dit werd besproken aan de hand van concrete ervaringen. De ervaringen rond concrete casussen werden uitgediept aan de hand van de uit de literatuur opgestelde topiclijsten. Respondenten werd gevraagd naar hun belevingen ten aanzien van agressie en risicogedrag en welke 'zachte' en 'harde' factoren invloed hadden op hun gevoel van veiligheid. Onveiligheid werd geassocieerd met drie vormen van agressie: agressie ten opzichte van anderen, ten opzichte van zichzelf en ten opzichte van materiaal.

Beleving van agressie en risicogedrag

Stress. Het grootste deel van de respondenten gaven aan dat ze zich niet bewust waren van stress ten gevolge van agressie en risicogedrag van patiënten:

'Het is al een tijdje geleden dat ik gespannen op de afdeling liep n.a.v. dit gedrag.'

Anderzijds gaf de helft van de ondervraagden aan wel mentale of fysieke reacties bij zichzelf te herkennen naar aanleiding van agressie of risicogedrag van patiënten. Reacties die genoemd werden, waren o.a. de neiging te verstarren, te vluchten of te vechten:

'Niet meer kunnen praten omdat je hart in je keel zit, er schiet zo veel door je hoofd dat het eigenlijk een leegte wordt. Je blokkeert aan alle kanten eh, zweten, dat soort dingen.'

Het merendeel van de respondenten was van mening dat agressie en risicogedrag hoort bij werken in de psychiatrie en dat het acceptabel is dat je af en toe stressgevoelens mee naar huis neemt.

'Zachte' factoren in relatie tot gevoel van veiligheid

Uit de interviews kwamen 'zachte' factoren naar voren, waarbij sommige factoren belemmerend en andere bevorderend waren op het gevoel van veiligheid en waarin de context waarbinnen het gedrag zich voerdeed ook bepalend was.