

GRIP OP AGRESSIE



**EEN ONDERZOEK NAAR DE KENNIS EN ERVARINGEN
OVER AGRESSIE ONDER VERPLEEGKUNDIGEN VAN
HET CLUSTER NEUROLOGIE EN NEUROCHIRURGIE
VAN HET UMC UTRECHT**



Studenten:

E. J. Lensink
L. van der Mel
A. Veldsema

Opdrachtgevers:

M. Koedam
D.H.M. Aelbers

Begeleidend docenten:

A. Zandbergen - ten Ham, Msc
J. Lassche - Scheffer, Msc

Plaats:

Zwolle

Datum:

20 mei 2015

Een onderzoek naar de kennis en ervaring over agressie onder verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie binnen het UMC Utrecht, zodat er aan de hand van die behoeften een handzaam document wordt ontwikkeld, om adequaat te kunnen handelen rondom een agressie-incident.

Afstudeeronderzoek HBO-V

Datum:	Mei 2015
Opleiding:	Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkunde Hogeschool Viaa, te Zwolle
Instelling:	Universitair Medisch Centrum te Utrecht
Cluster:	Cluster Neurologie en Neurochirurgie binnen de divisie hersenen
Projectbegeleiders:	M. Koedam, Verpleegkundig Beleidsmedewerker, Hersencentrum - Cluster Neurologie en Neurochirurgie - UMC Utrecht D.H.M. Aelbers, Verpleegkundig Beleidsmedewerker, Hersencentrum - Cluster Neurologie en Neurochirurgie - UMC Utrecht
Afstudeerbegeleiders:	A. Zandbergen - ten Ham, docent Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkunde aan de Hogeschool Viaa J. Lassche - Scheffer, docent Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkunde aan de Hogeschool Viaa
Auteurs:	E. J. Lensink L. van der Mel A. Veldsema

©2015 Hogeschool Viaa

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

SAMENVATTING

Vraagstelling:

In het Universitair Medisch Centrum te Utrecht binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie is er onderzoek gedaan naar de ervaringen en behoeften van verpleegkundigen rondom een agressie-incident, waarbij de hoofdvraag luidt:

‘Welke ervaring is er met betrekking tot agressie-incidenten bij de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie en welk praktisch document met handvatten hebben zij nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie-incidenten?’

Aanleiding:

Agressie in de gezondheidszorg komt regelmatig voor. Uit onderzoek blijkt dat 47% van de medewerkers in de zorg te maken krijgt met verschillende vormen van agressie door bezoekers en patiënten (V&VN, 2014). Agressie is van invloed op de werkhouding en het welbevinden van de verpleegkundigen (V&VN, 2014). Daarom moet er op de juiste manier gehandeld worden rondom een agressie-incident.

Methode:

Literatuuronderzoek, kwantitatief onderzoek door het analyseren van 37 enquêtes en kwalitatief onderzoek door drie gehouden half-gestructureerde diepte-interviews, met de agressie aandachthouder, hebben geleid tot het beantwoorden van de hoofdvraag.

Resultaten:

De resultaten zijn per deelvraag beschreven aan de hand van de analyses van de ingevulde enquêtes en gelabelde interviews.

Conclusie:

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er verschillende vormen van agressie zijn. Verschillende factoren, zoals neurologische problematiek en onmacht, zijn de oorzaak van agressie van zowel patiënten als bezoekers. Niet alle agressie-incidenten worden gemeld, omdat verpleegkundigen agressie verschillend ervaren. Verpleegkundigen reageren vanuit intuïtie of de gegeven agressie trainingen op agressie.

Verpleegkundigen geven aan dat er meer kennis nodig is, om rondom een agressie-incident te handelen. Dit omdat de procedure van handelen bij (dreigende) agressie niet wordt gekend. Er is vraag naar een praktisch document, aangezien het huidige protocol niet volstaat, waarbij de voorkeur uitgaat naar een stroomschema.

Aanbevelingen:

Het advies wat voortkomt uit dit onderzoek is dat er meer kennis, training, klinische lessen en een bondig, praktisch bruikbaar document voor zowel het cluster Neurologie en Neurochirurgie als ziekenhuis breed omtrent agressie nodig is. Het ontwikkelde stroomschema met bijbehorend protocol zou hier een grote rol in kunnen spelen. Landelijk moet meer aandacht worden besteed aan agressie en vervolgonderzoek naar passende handvatten zou wenselijk zijn.

SUMMARY

Definition of the problem:

Within the cluster Neurology and Neurosurgery of the Universitair Medisch Centrum in Utrecht, there have been inquiries arising concerning the needs and experience of trained nursing staff involved in aggressive situations with patients and sometimes visitors also. The question goes as follows:

‘What experience have occurred in situations like within the cluster Neurology and Neurosurgery resulting in frustration and worse situations? What type of practical document with sound advice and/or suggestions do they need to act adequately and safe when aggressive incidents occur?’

Occasions of aggression:

Quite regularly occasions of aggressive occur with in healthcare situations. Research has revealed that 47% of the healthcare staff are quite regularly confronted with various forms (situations) of aggression from visitors and / or patients (V&VN, 2014). Aggression is an abomination and should never allowed as this influences qualified nurses in their work and well-being (V&VN, 2014). It is therefore a great importance that a staff member acts accurately when signs of aggression arise.

Method:

Inquiry, investigations and research analyzed 27 investigations and also another 3 interviews all being referred to aggression gave a positive answer to the main question concerning how to deal with this problem in healthcare situations.

Results:

The outcome of the above questions looked into have been dealt with according to the inquiries and analyses as they were labeled in the various interviews.

Conclusion:

The results of this investigation shows that there are many different ways of aggression concerning patients as well as visitors, and besides not all incident of aggression are reported because trained staff (nurses) experience aggression different one from another, as to how to resolve a certain situation without creating further problems. Trained nurses react from their own experience or from aggression training which they have learned or were given in a way of advice.

Trained nursing staff point out that there is a need for more knowledge as to how to act proficiently in incidents of aggression, because there is no procedure to look into for advice when a type of aggression is hard to avoid. There is a big need for a practical document because the protocol which is still in use nowadays is out of date and lacks good advice.

Recommendations:

We recommend according to the outcome of these investigations and the research that there is a need for more knowledge, training, clinical lectures and a sound practical useful document for the cluster Neurology and neurosurgery and the entire hospital activities concerning aggression. Whatsoever we have developed here through research etc. With a fitting protocol under the circumstances could be very beneficial. In the whole of our country and elsewhere there should be much more attention paid to the incidents of aggression and further investigation, leading to fitting (suitable) ways of dealing with the above circumstances in hospital situations.

VOORWOORD

Ter afronding van de opleiding tot HBO-verpleegkundige, hebben wij een afstudeeronderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het Universitair Medisch Centrum Utrecht binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. De afgelopen acht maanden hebben wij hier met plezier aan gewerkt. Het was voor ons als afstudeergroep een leerzame tijd. Enerzijds op het gebied van samenwerken en anderzijds op het gebied van het uitvoeren van onderzoek.

Dit onderzoek hebben wij niet kunnen uitvoeren zonder hulp van anderen.

Daarom willen wij onze dank uitspreken naar de opdrachtgevers, mevrouw M. Koedam en mevrouw D.H.M. Aelbers, verpleegkundig beleidsmedewerkers binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie in het UMC Utrecht. Wij hebben hun medewerking en betrokkenheid zeer gewaardeerd bij de begeleiding van ons onderzoek en het tot stand komen van ons eindproduct.

Namens de Hogeschool Viaa in Zwolle werden wij begeleid door mevrouw A. Zandbergen. Zij heeft met haar betrokkenheid en ondersteuning geholpen bij het onderzoekstechnische gedeelte van dit onderzoek.

Wij willen zowel mevrouw A. Zandbergen en tweede beoordelaar mevrouw J. Lassche bedanken voor hun kritische blik en opbouwende feedback wat heeft geresulteerd tot dit eindverslag.

Als laatste willen wij in het bijzonder alle verpleegkundigen en andere betrokkenen bedanken voor hun medewerking, enthousiasme, openheid en gastvrijheid.

Wij hopen met dit onderzoek en het ontwikkelde document een bijdrage kunnen leveren aan de veiligheid van de verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Zwolle, 2015

Else Lensink

Ruben van der Mel

Jeanet Veldsema

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	4
1. INLEIDING	6
1.1. Aanleiding en context	6
1.2. Beschrijving van de organisatie	6
1.3. Projectopdracht	7
1.4. Verpleegkundige relevantie	9
1.5. Leeswijzer.....	9
2. THEORETHISCHE KADER	10
2.1. Agressie.....	10
2.2. Wet en agressie.....	11
2.3. Agressie en het UMC Utrecht.....	11
2.4. Preventie en Interventies in het UMC Utrecht	12
2.5. Verpleegkunde en agressie	13
2.6. Richtlijnen / protocollen.....	14
2.7. Samenvatting.....	15
3. METHODE	16
3.1. Methode kwantitatief onderzoek.....	16
3.2. Methode kwalitatief onderzoek	18
3.3. Ethische verantwoording	20
4. RESULTATEN.....	21
4.1. Kenmerken respondenten	21
4.2. Betekenis agressie.....	22
4.3. Ervaring met agressie op de werkvloer.....	22
4.4. Het ervaren van agressie op de werkvloer.....	24
4.5. De ervaring met bestaande agressie handvatten op de werkvloer	26
4.6. Behoeftes aan kennis en ondersteuning bij agressie op de werkvloer	27
4.7. Behoeftes aan handvatten over agressie op de werkvloer.....	28
5. CONCLUSIE, DISCUSSIE, VERPLEEGKUNDIGE VISIE EN AANBEVELINGEN	30
5.1. Conclusie	30
5.2. Discussie.....	33
5.3. Verpleegkundige visie	35
5.4. Aanbevelingen	36
6. BIBLIOGRAFIE	37
7. BIJLAGEN	40
7.1. Zoekplan literatuuronderzoek.....	40
7.2. Stroomschema	42
7.3. Zakkaartje	43
7.4. Agressie protocol	44
7.5. Poster aftuderen	55
7.6. Mail voor managers van de afdeling Neurologie en Neurochirurgie	56
7.7. Mail voor verpleegkundigen van de afdeling Neurologie en Neurochirurgie	57
7.8. Toestemmingsverklaringen enquête.....	58
7.9. Enquête	59
7.10. Uitnodigingsmail interviews.....	63
7.11. Interviewvragen	64
7.12. Analyse schema.....	66
7.13. Powerpoint presentatie.....	76

1. INLEIDING

Voor u ligt het onderzoeksverslag, dat geschreven is naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek, over agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Hierin is onderzocht wat de huidige situatie is met betrekking tot agressie-incidenten en welke handvatten er nodig zijn om op een (dreigend) agressie-incident te reageren.

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven. Naast de aanleiding tot dit onderzoek, wordt beschreven in welke context dit onderzoek is uitgevoerd, wat de doelstelling is van dit onderzoek en worden de hoofdvraag en de deelvragen gepresenteerd. Ten slotte wordt de verpleegkundige relevantie van dit onderwerp toegelicht.

1.1. AANLEIDING EN CONTEXT

Agressie in de zorg is niet iets nieuws, vrijwel iedere verpleegkundige komt daarmee in aanraking. Uit onderzoek in 2006 blijkt dat 47% van de medewerkers in de zorg weleens te maken heeft gehad met seksuele intimidatie en 34% kreeg te maken met lichamelijk geweld (V&VN, 2014). In vergelijking met andere beroepen ligt het percentage binnen de zorgsector beduidend hoger. Vaak zijn patiënten en hun familie hier de oorzaak van, daarnaast speelt het ziekteproces een rol (V&VN, 2014).

Dat agressie ook invloed heeft op het mentale welbevinden van verpleegkundigen is onder andere aangetoond door V&VN (2014) in het onderzoek: *'Het grote gevaar van de zorg'*. Een ander onderzoek uit Australië onder 2487 verpleegkundigen laat hetzelfde zien, waarbij de conclusie wordt getrokken dat de negatieve invloed op het mentale welbevinden, van invloed is op de baantevredenheid van de verpleegkundigen (Diers, Duffield, Roche, Catling-Paull, 2010; Blando, Casteel, O'Hagan, Nocera, Peek-Asa, 2013). Om agressie terug te dringen zijn er een aantal landelijke maatregelen getroffen: Het Ziekenhuis Incident Registratiesysteem (ZIR) en het project Veiligezorg® zijn hier voorbeelden van (V&VN, 2008).

Agressie tegen verpleegkundigen komt voor binnen de divisie hersenen. Gegevens wijzen uit dat zich gemiddeld 40 keer per jaar een agressie-incident voordoet binnen de divisie hersenen, meestal door patiënten of bezoekers (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014). Elk kwartaal bespreken de agressie-aandachthouders de agressie-incidenten met elkaar. Deze aandachtshouders zijn verpleegkundigenexperts op het gebied van agressie. Zij stellen collega's op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en monitoren het aantal agressie-incidenten. Daarnaast wordt het melden van incidenten door hen op de werkvloer gestimuleerd (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014).

1.2. BESCHRIJVING VAN DE ORGANISATIE

De afkorting UMC Utrecht staat voor Universitair Medisch Centrum Utrecht. Dit houdt in dat het ziekenhuis verbonden is met de medische faculteit van de universiteit, waardoor de zorg gebundeld wordt met onderzoek, onderwijs en opleiding. Deze begrippen staan in het UMC Utrecht centraal en wordt geformuleerd in de missie van het ziekenhuis: *'Het UMC Utrecht is een internationaal toonaangevend Universitair Medisch Centrum waar kennis over gezondheid, ziekte en zorg, voor patiënt en samenleving wordt gemaakt, getoetst, gedeeld en toegepast'* (Hardeman, 2015).

Het UMC Utrecht heeft een aantal toonaangevende waarden en principes die worden uitgedragen in het werk binnen het UMC Utrecht. Concreet houdt dit in: *‘Wij zijn betrokken en gedreven, wij vernieuwen en zijn nooit uitgeleerd, en wij werken samen en nemen verantwoordelijkheid’* (Hardeman, 2015).

De context waarin het afstudeeronderzoek heeft plaatsgevonden is binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Onder het cluster Neurologie en Neurochirurgie vallen de volgende afdelingen: Algemene & Acute Neurochirurgie (AAN), Functionele Neurochirurgie en Oncologie (FNO), Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ), Algemene Neurologie (AN), Neuromusculaire Ziekten (NMZ), Medium Care Neurochirurgie en de Medium Care Neurologie.

Op deze afdelingen worden patiënten met onder andere bloedingen, infarcten, abcessen, tumoren, hernia's, epilepsie en neuromusculaire ziekten zoals amyotrofische laterale sclerose (ALS) opgenomen en behandeld.

Op de afdelingen werken de volgende disciplines: verpleegkundigen (in opleiding), verpleegkundig-specialisten, artsen, arts-assistenten, coassistenten, logopedisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, diëtisten, voedingsassistenten, laboranten, afdelingsassistenten en secretaresses. Daarnaast wordt er nauw samengewerkt met andere interne en externe disciplines (UMCU, 2014).

1.3. PROJECTOPDRACHT

1.3.1. PROBLEEMSTELLING

Niet alleen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie komt agressie voor, maar in het gehele ziekenhuis en algemene gezondheidszorg. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2013) schrijft dat verpleegkundigen en andere ziekenhuismedewerkers ruim 4500 keer per jaar slachtoffer zijn van fysiek of verbaal geweld. Het ondervinden van agressie kan volgens Blando et al. (2013) en Diers et al. (2010) van grote invloed zijn op het geestelijk en lichamelijk welbevinden van de verpleegkundige.

Om agressie in de zorg tegen te gaan zijn er vanuit de politiek en de ziekenhuizen verschillende acties ondernomen. In 2012 zijn er kamerbrieven geweest over een actieplan dat is ontwikkeld om veilig te kunnen werken in de zorg. In dit actieplan ligt de nadruk op anti-agressiebeleid, aanpakken veroorzaker en scholing van zorgpersoneel (Rijksoverheid, 2012). In 2013 is er een campagne gestart, vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onder de naam 'Wees duidelijk over agressie', waarbij voor landelijk gebruik agressie hulpmiddelen zijn ontwikkeld en in het hele land themabijeenkomsten worden georganiseerd over agressie (Fleuren, 2013).

Binnen het UMC Utrecht wordt zoals eerder beschreven aandacht besteedt aan het project 'Veilige Zorg' (Brouwer, 2007). Dit project is in 2003 opgestart en geïmplementeerd op de werkvloer. In het project zijn gedragsregels afgesproken tussen Justitie, Politie en het UMC Utrecht, die gelden binnen het ziekenhuis. Vanuit het project Veilige Zorg zijn er maatregelen genomen om agressie terug te dringen. Voorbeelden van deze maatregelen zijn het trainen van medewerkers in de zorg, het uitgeven van het handboek Veiligezorg® en het stimuleren tot registreren van agressie-incidenten op de werkvloer (Brouwer & Peerdeman, 2007).

Vanuit het project Veiligezorg® en het cluster Neurologie en Neurochirurgie is daaruit voortkomend de vraag ontstaan om de behoeften en ervaringen van de verpleegkundige rondom agressie te onderzoeken om op basis daarvan een handzaam document te ontwikkelen. Dit is nodig omdat er wordt opgemerkt dat verpleegkundigen niet goed met het agressie protocol omgaan en daarnaast worden niet alle agressie-incidenten gemeld (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014). Een gevolg hiervan kan

zijn, dat de verpleegkundige niet de nodige nazorg krijgt die wenselijk is na een agressie-incident. In het gesprek dat gevoerd is met de opdrachtgevers kwam ook het probleem naar voren, dat er in het UMC Utrecht binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie verschillende richtlijnen, protocollen en andere documenten te vinden zijn over agressie en hoe hierin gehandeld moet worden. Hierdoor is er geen eenduidigheid in het handelen bij dreigende agressie, tijdens en na een agressie-incident (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014).

1.3.2. HOOFDVRAAG EN DEELVRAGEN

De centrale vraagstelling die hieruit volgt, luidt:

Welke ervaring is er met betrekking tot agressie-incidenten bij de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie en welk praktisch document met handvatten hebben zij nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie-incidenten?

De centrale vraagstelling is opgedeeld in een aantal deelvragen:

1. Welke ervaringen hebben verpleegkundigen met agressie in de gezondheidszorg binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?
2. Hoe ervaren verpleegkundigen agressie-incidenten binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?
3. Wat is de ervaring van verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie met betrekking tot de bestaande handvatten ten aanzien van de aanpak van agressie-incidenten?
4. Welke kennis en informatie hebben verpleegkundigen nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?
5. Welke handvatten moeten in het document komen te staan, zodat de verpleegkundigen adequaat kunnen handelen bij agressie-incidenten?

1.3.3. DOELSTELLING

Het doel van het onderzoek is dat het duidelijk wordt welke ervaringen en behoeften verpleegkundigen hebben binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie in het UMC Utrecht om met agressie om te gaan. Dit omdat uit onderzoek is gebleken dat het ondervinden van agressie van grote invloed kan zijn op het geestelijk en lichamelijk welbevinden van de verpleegkundige (Blando et al., 2013).

Aan de hand van de ervaringen en behoeften wordt er onderzocht welke handvatten de verpleegkundigen nodig hebben om met primaire preventie, secundaire preventie, interventies en tertiaire preventie in te spelen op de stadia van agressie met als doel hiermee om te kunnen gaan. Dit moet onderzocht worden zodat de verpleegkundigen, bij (dreigende) agressie-incidenten, methodisch en veilig kunnen handelen. Hierdoor is het streven dat het welbevinden van de verpleegkundigen en kwaliteit van zorg verhoogd worden (Erfest, 2004; Diers et al., 2010; Blando et al., 2013).

Aan de hand van de verzamelde gegevens moet in juni een document ontwikkeld zijn dat aansluit bij de behoeften en ervaringen van de verpleegkundigen. Dit document moet duidelijk en overzichtelijk zijn en daarmee eenvoudig in gebruik, om te kunnen raadplegen wanneer er sprake is van een (dreigend) agressie-incident.

1.4. VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE

Agressie komt regelmatig voor binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Uit intern onderzoek blijkt dat er in 2014, 40 meldingen van agressie-incidenten zijn gedaan (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014). Omdat agressie een belangrijk thema is binnen het UMC Utrecht, wordt hier veel aandacht aan besteed. Dit wordt gedaan door middel van de werkgroep agressie. Deze werkgroep krijgt alle Meldingen Agressie-incident Personeel (MAP) binnen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie en bespreken deze MAP-meldingen met elkaar. Daarnaast wordt er twee keer per jaar een bijeenkomst voor de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie gehouden; het 'broodje MAP'. In deze bijeenkomst worden cijfers gepubliceerd en aandachtspunten met betrekking tot agressie besproken (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014).

In de gehele gezondheidszorg van Nederland komt agressie voor. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2013) schrijft dat verpleegkundigen en andere ziekenhuismedewerkers ruim 4500 keer per jaar slachtoffer zijn van fysiek of verbaal geweld. Gemiddeld genomen betekent dit dat er 12 keer per dag een agressie-incident plaats vindt. In ruim 26% van deze incidenten gaat het om fysiek geweld, zoals slaan en schoppen. In de andere gevallen gaat het veelal om bedreigingen of schelden. Het ondervinden van agressie kan volgens Blando et al. (2013) van grote invloed zijn op het geestelijk en lichamelijk welbevinden van de verpleegkundigen. Daarom is het van belang dat er een duidelijk en overzichtelijk document komt dat eenvoudig te raadplegen is door de verpleegkundigen.

1.5. LEESWIJZER

Het onderzoeksverslag is in verschillende hoofdstukken verdeeld. In het eerste hoofdstuk is de situatieschets en de projectopdracht van het afstudeeronderzoek te lezen. In hoofdstuk 2 zal het begrip agressie uitgediept worden doormiddel van literatuuronderzoek, met daarbij aandacht voor het huidige agressiebeleid in het UMC Utrecht. In hoofdstuk 3 is de methodologie van dit onderzoek weergegeven en in hoofdstuk 4 worden de resultaten van de enquêtes en de interviews getoond. In hoofdstuk 5 staat de conclusie, discussie en de aanbevelingen beschreven die naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek zijn ontwikkeld.

Aan het eind van het onderzoeksverslag bevinden zich nog relevante bijlagen, waar in de tekst naar wordt verwezen.

2. THEORETHISCHE KADER

Het theoretisch kader bevat een omschrijving vanuit de literatuur wat agressie is, wat de relatie tussen verpleegkundigen en agressie is en hoe er in het UMC Utrecht met agressie wordt omgegaan. Naast literatuur wat verkregen is, is er gebruik gemaakt van beschikbaar gestelde informatie vanuit het UMC Utrecht.

2.1. AGRESSIE

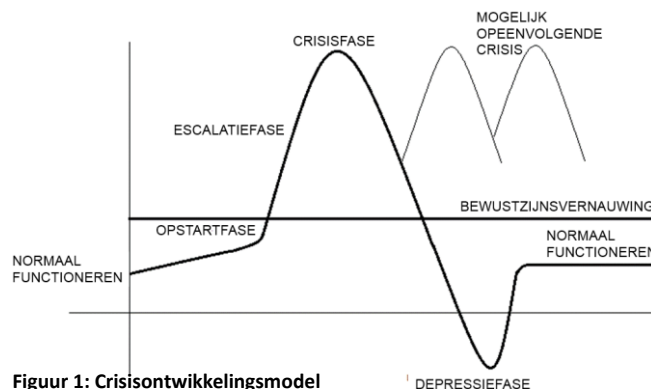
In de literatuur is gezocht naar een definitie van het begrip agressie. Er is uiteindelijk gekozen voor de definitie van het UMC Utrecht omdat deze een goede weergave geeft van alle gevonden definities. De begripsverheldering is gedaan om eenduidigheid te creëren over de term agressie in dit onderzoeksverslag. Wanneer het in dit onderzoeksverslag over agressie gaat wordt hier het volgende mee bedoelt:

‘Agressie is het toebrengen van schade aan materiaal of een andere persoon door het overschrijden van de grenzen (en/of normen of regels) van de ander’ (Hagen, 2014).

Er zijn verschillende soorten vormen van agressie. In dit onderzoek wordt met de term agressie, negatieve agressie bedoelt. Dit omvat alle vormen van agressie waarmee iemand zichzelf of een ander kwetst, benadeelt of stuk maakt (Tilburg, 2004). Agressie kan zich uiten in verbale-, fysieke-, psychische agressie en seksuele intimidatie (Jonge, 2012). Er kan onderscheidt gemaakt worden tussen indirecte en directe agressie. Indirecte agressie houdt in dat de agressie die iemand uit, niet gericht is op de oorzaak van de agressie, maar juist op iets anders in de omgeving. Een voorbeeld hiervan is dat een hulpverlener een patiënt iets verbiedt, waarop de patiënt reageert door een bord stuk te gooien. De agressie is dan gericht op het bord en niet op de hulpverlener. Directe agressie is op de oorzaak gericht waarbij de patiënt de hulpverlener uitscheldt of aanvalt (Jonge, 2012).

Mensen hebben verschillende emoties met daarbij passend gedrag dat functioneel is. De mate waarin iemand boos of agressief wordt, heeft te maken met verschillende factoren (Dam, Tilburg, Steenkist & Buisman, 2008). Factoren die in een ziekenhuis kunnen bijdragen aan het ontstaan van agressie zijn beperking van de autonomie, het afdelingsklimaat, cultuurverschillen, wachttijden, beperking in bezoektijden, beperking in het aantal bezoekers en tijdsdruk bij de verpleegkundigen (Gale, Greenwood & Swain, 2014; Maerten, 2013; Nisselrooij, 2006). Daarnaast is agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie gerelateerd aan ziektebeelden. Patiënten kunnen door abscessen, tumoren of bloedingen agressief reageren. Dit komt doordat de hersenfunctie is verstoord. Voorbeelden hiervan zijn angst bij patiënten, verkeerde interpretaties van non-verbale en verbale reacties, medicatie- gebruik, verminderde ziekte-inzicht, beperkingen in motoriek, communicatie of cognitieve stoornissen (Wester, Rood, Keeken, Hemert, Hoff & Kuks, 2010).

Agressie ontstaat niet plotseling. Hierin zijn volgens het crisisonwikkelingsmodel van Tilburg (2008) fasen in te onderscheiden. Zoals de triggerfase waarin de agitatie steeds heftiger wordt en er sprake is van stemverheffing, verhoogde motorische onrust of passief verzet. Daarbij is er een reëel gevaar van controleverlies bij stemverheffing of verbale agressie. Bij de escalatiefase wordt de controle verloren en treedt er stemverheffing op, hevige



Figuur 1: Crisisonwikkelingsmodel

motorische onrust of destructief gedrag. In de crisisfase wordt echte schade toegebracht door bijvoorbeeld fysieke agressie als: vechten of boksen, wat een gevaar kan zijn voor mensen in de omgeving. In de daarop volgende fase wordt de controle weer teruggevonden, waardoor de stem wordt genormaliseerd en de motorische onrust verminderd. Deze beschreven fasen verlopen niet allemaal na elkaar, er is vaak sprake van wisselingen in fasen. De fasen worden ook beschreven in het zo genoemde crisisontwikkelingsmodel (Tilburg, 2008).

2.2. WET EN AGRESSIE

Zoals in de vorige paragraaf vermeldt, kan agressie leiden tot psychische problemen bij de verpleegkundigen, wat grote gevolgen kan hebben zoals werkverzuim of een burn-out (Erfest, 2004). De Nederlandse wet heeft hier op geanticipeerd door onacceptabel gedrag te bestraffen. Allereerst staat in het Burgerlijk Wetboek; *“De werkgever is verplicht ... voor het verrichten van de arbeid zodanige maatregelen te treffen en aanwijzingen te verstrekken als redelijkerwijs nodig is om te voorkomen dat de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden schade lijdt”* (artikel 7:658 lid 1). Dit komt er op neer dat de werkgever de plicht heeft om een veilige werkomgeving te creëren.

Daarnaast staan in de Algemene Wet Gelijke Behandeling (AWGB) van 2 maart 1994; de Wet Gelijke Behandeling van Mannen en Vrouwen van 1 maart 1980; § 646, 678, en 679 van Boek 7, Titel 10 Arbeidsovereenkomsten van het Burgerlijk Wetboek; Arbeidsomstandighedenwet van 18 maart 1999 dat (seksuele) intimidatie verboden is.

Als laatste bestaat er met betrekking tot agressie het Wetboek van Strafrecht. Hierin staan verschillende mogelijkheden om op te treden tegen overschrijding van normen en waarden (Arbokennisset, 2014).

2.3. AGRESSIE EN HET UMC UTRECHT

Het UMC Utrecht is verantwoordelijk voor de veiligheid van patiënten en medewerkers (UMCU, 2014). Om dit te waarborgen en een veilige omgeving te creëren, zijn er op basis van de wet gedragsnormen en acties opgesteld tegen agressie. Vanwege het toenemende agressie tegen medewerkers van het UMC Utrecht is er in 2003 een convenant opgesteld tussen het UMC Utrecht, de politie regio Utrecht en het openbaar ministerie arrondissement Utrecht, om agressie prioriteit te geven en tot duidelijke gedragsregels te komen (Brouwer, 2007). Daarnaast zijn er gedragsnormen opgesteld. Deze normen zijn opgenomen in het landelijk project Veilige Zorg (Veenstra, 2014). De thema's hierbij zijn: ongewenste intimiteiten, discriminatie, geweld, wapens, diefstal en vandalisme, alcohol, drugs en privacy. Bij het overtreden van deze gedragsnormen zijn er consequenties. Het UMC Utrecht kan gele of rode kaarten uitsluiten. Een gele kaart, betekent een officiële waarschuwing. Een rode kaart betekent dat personen voor een bepaalde tijd niet meer in het ziekenhuis mogen verblijven, met uitzondering van de spoedeisende of psychiatrische hulp (UMCU, 2014).

Omdat agressie binnen het UMC Utrecht een belangrijk thema is, is er op elke afdeling binnen de divisie hersenen een agressie aandachtshouder. Zij bespreken agressiemeldingen en bedenken verbeteracties. Zij zijn ook degene die het team op de hoogte houden wanneer er veranderingen optreden omtrent agressie (Werkgroep Agressie, 2012).

2.4. PREVENTIE EN INTERVENTIES IS HET UMC UTRECHT

Het UMC Utrecht heeft verschillende richtlijnen, protocollen, handelwijzen en checklists waarin staat hoe er gehandeld moet worden bij een agressie-incident. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen primair, secundair en tertiaire preventie (UMCU, 2013).

Primaire preventie is dat de verpleegkundige tijdens haar dienst alert is op risicofactoren en beïnvloedende factoren van agressie, om hier zo snel mogelijk op te kunnen anticiperen. Dit betekent dat de verpleegkundige voorbereid is op agressie door kennis en training (UMCU, 2013). Voor het ziekenhuis betekent dit dat er een veilige werkomgeving is waar preventieve maatregelen worden getroffen (Grube, Liszka, & Weigand-Tomiuk, 2008; Hillbrand, Spitz, Foster, Krystal & Young, 1998). Er zijn ook primaire interventies voor de teamleider, zoals het zorg dragen voor structurele evaluatie en registratie van incidenten en het zorg dragen voor scholing met betrekking tot agressie (UMCU, 2013).

Secundaire preventie is het proberen om de agressie onder controle te krijgen, door als hulpverlener risicofactoren en beïnvloedende factoren te signaleren (Nationaal Kompas Volksgezondheidszorg, 2014).

Voorbeelden van deze secundaire preventies voor de verpleegkundigen zijn het achterhalen van agressie in het verleden, kennis van het ziektebeeld van de patiënt of mogelijke psychiatrische stoornissen. Daarnaast past de verpleegkundige preventieve maatregelen toe om onrust te voorkomen en noteert deze in het verpleegkundig dossier, zoals kamer apart, nachtlampje aan en oordopjes (Grube et al., 2008; Hillbrand et al., 1998).

Als de situatie met secundaire preventie niet controleerbaar blijft, en er daadwerkelijk agressie optreedt, moeten er interventies toegepast worden, met als doel de agressie onder controle te krijgen. Deze interventies staan beschreven in verschillende richtlijnen, protocollen en handelwijzen. De interventie moet in verhouding staan tot de ernst, oorzaak en aanleiding van de agressie (Gerven & Navratil, 2013).

De globale volgorde van interventie is hierbij het achterhalen van de aanleiding bij agressie, het alarm slaan bij collega's en arts(assistent), grenzen stellen, afspraken maken over beschikbare interventies, het bepalen van je bejegeningstijl (bijvoorbeeld geduldige-, accepterende-, doorzichtige-, neutrale- of autoritaire houding naar de patiënt), het bepalen van je beïnvloedingsstrategie (bijvoorbeeld: open overleg, onderhandelen, overtuigen of afdwingen) en als laatste wordt de interventie toegepast. Bij het toepassen van de interventie is het van belang dat de verpleegkundige bepaalt welke hulp nodig is om de interventie te doen slagen. Hierbij beslist de verantwoordelijke verpleegkundige de bejegeningstijl, de bijbehorende strategie, de juiste tijd en plaats voor de interventie (UMC Utrecht, 2006).

Na het incident wordt er gerapporteerd in het verpleegkundig dossier en wordt er een MAP-melding ingevuld door de verpleegkundige. Dit formulier wordt doorgestuurd naar de leidinggevende en de agressie aandachtshouders van de desbetreffende afdeling (Schoneveld, 2011).

Tertiaire preventie is het voorkomen van verergering of ervoor zorgen dat het incident zich niet nog eens herhaalt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Binnen het UMC Utrecht betekent dit de handelwijze na een agressie-incidenten en de nazorg voor de betrokken verpleegkundige, patiënt(en) en bezoeker (UMC Utrecht, 2014).

Voorbeelden van tertiaire preventies zijn:

- Is er risico op een volgend agressie-incident?
- Hoe is er gehandeld en was het effectief?
- Rapporteren in het verpleegkundig dossier; wat is er gebeurd en hoe is er gehandeld?
- Meldingsformulier agressie-incident personeel (MAP) invullen.
- Bij letsel patiënt ook meldingsformulier incident patiëntenzorg (MIP) invullen
- Zo nodig meldingsformulier emotionele belasting personeel (MEP) invullen (UMC Utrecht, 2006).

In de literatuur komt naar voren dat nazorg na een agressie-incident belangrijk is (Abraham, Flight & Roorda, 2011). De nazorg is ervoor om het incident te verwerken, maar ook om er leerpunten uit te halen. Wat ging goed, wat zijn verbeterpunten en wat zijn de vervolgacties. Dit wordt met de betrokken medewerkers en met de werkgroep agressie besproken (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014). Nazorg binnen het UMC Utrecht houdt in dat de betrokken collega's worden opgevangen door andere collega's en de leidinggevende wordt ingelicht, deze neemt de nazorg over (Abraham et al., 2011). Binnen het UMC Utrecht is er een bedrijfsopvangteam (BOT), zij kunnen gebeld worden wanneer de verpleegkundige door wilt praten over een ingrijpende gebeurtenis (UMC Utrecht, 2006).

2.5. VERPLEEGKUNDE EN AGRESSIE

In de afgelopen jaren is er meer aandacht voor agressie gekomen door middel van officiële rapporten, media-aandacht en nationale initiatieven (Bowers & Wells, 2002). Agressie is daardoor een veel besproken onderwerp. Verschillende cijfers zijn hierover gepubliceerd zowel in binnen- en buitenland. V&VN (2013) schrijft dat verpleegkundigen en andere ziekenhuismedewerkers ruim 4500 keer per jaar slachtoffer zijn van fysiek of verbaal geweld. Deze cijfers staan ook vermeld in het artikel van Visser (2012), waarin zij schrijft dat ongeveer de helft van alle medewerkers in de zorg te maken krijgen met agressie (Visser, 2012).

Seksuele intimidatie door patiënten, lijkt een taboe om als verpleegkundige te erkennen. Dit omdat de verpleegkundige hierbij door afhankelijke patiënten wordt lastiggevallen. Daarnaast roept seksuele intimidatie verwarring, schuldgevoel en gêne op bij degene die het overkomt. Dit zorgt ervoor dat deze incidenten niet worden gemeld en er weinig over bekend is (Bos, 2000). Duidelijk is dat seksuele intimidatie bij verpleegkundige invloed heeft op hun prestaties, productiviteit en welbevinden. Uit een onderzoek in Turkije blijkt dat seksueel getinte grapjes en seksuele opmerkingen het meest voorkomen. Seksuele intimidatie door de arts komt het meest voor gevolgd door patiënten, familieleden van patiënten en andere (Dziegielewski & Kisa, 1996).

Verder blijkt dat vrouwen acht keer zoveel kans hebben op seksuele intimidatie dan mannen. Deze voorvallen worden als zeer ernstig ervaren, maar een derde wordt besproken met anderen en van slecht een heel klein deel wordt een officiële melding gemaakt. (Rikhof, Vluggen, Oude Egbrink & Bos, 2011).

In 2007 is er in Zwitserland onder 2495 verpleegkundigen onderzoek gedaan naar agressie op de werkvloer. Uit deze studie kwam naar voren dat leeftijd van de verpleegkundige, de lengte van het dienstverband invloed heeft op de blootstelling aan agressie van de patiënt of bezoeker. Een ouder persoon die al lang ergens werkt en daardoor meer ervaring heeft zal minder snel geconfronteerd worden aan agressie dan een net nieuwe jonge medewerker (Hahn, Halfens, Hantikainen, Needham, Kok & Dassen, 2012).

Een belangrijk onderdeel om agressie te voorkomen is volgens Erferst (2004), dat er geluisterd moet worden naar het verhaal van de patiënt. Door aandacht te geven aan de patiënt komt de verpleegkundige veel te weten, hierdoor kan onbegrip of onduidelijkheden weggenomen worden. Daarnaast stelt Erferst (2004) dat een agressieve patiënt moeilijk te verzorgen is. Dit heeft invloed op de kwaliteit van de zorg die de patiënt krijgt. Een verpleegkundige moet daarom met agressie om kunnen gaan. Oog voor beïnvloedende factoren is daarbij noodzakelijk. Een voorbeeld hiervan is het opmerken van veranderingen in het gedrag van een patiënt zoals: schuifelen op de stoel en met de handen wriemelen. Rondom een agressie-incident moet een verpleegkundige alert blijven. Zelfcontrole is daarbij belangrijk. Het vergt zelfvertrouwen, zekerheid en duidelijkheid en het moet verbaal en non-verbaal uitgestraald worden richting de patiënt of bezoeker. Dit alles kan bijdragen dat een situatie niet escaleert (Schoor, 2012).

In verschillende onderzoeken kwam naar voren dat verpleegkundigen de patiënten respect, tijd, deskundige zorg moeten geven, om de patiënt enige controle over hun eigen zorg en hun eigen keuze in zorg te laten ervaren, waardoor de gevoelens van woede verminderen en de agressie afneemt (Braun & Manos, 2006). Dit komt ook naar voren in het Zwitserse onderzoek waar een kalmerend en informatief gesprek als meest efficiënte aanpak van agressie wordt beschreven. Goede communicatieve vaardigheden en betrokkenheid van de organisatie bij agressie-incidenten zorgt er daarbij voor dat agressie teruggedrongen wordt (Hahn et al., 2012). Dit bevestigt dat de werkomgeving van een verpleegkundige invloed heeft op de perceptie van de verpleegkundige in hun beroep. De perceptie van een verpleegkundige heeft invloed op de productiviteit, de kwaliteit van zorg, het behoud van werk, de tevredenheid over het werk en de werkelijke veiligheid (Diers et al., 2010; Blando et al., 2013). Daarbij heeft agressie en geweld volgens diverse onderzoeken een direct verband met verhoogd ziekteverzuim door bijvoorbeeld een burn-out of posttraumatische stress-stoornis (Clare, Jackson & Mannix, 2002; Erferst, 2004; Camerino, Conway, Estryn-Behar, Fry, Hasselhorn, van der Heijden & Le Nezet, 2008).

Om deze gevolgen van agressie zoveel mogelijk te voorkomen, is het belangrijk om over de juiste middelen te beschikken, om met agressie om te gaan en te verminderen. Dit kan worden gerealiseerd door als organisatie agressietrainingen te geven en de prioriteit te leggen op betere rapportage over de agressie-incidenten om daaruit leerpunten te trekken (Bowers & Wells, 2002).

2.6. RICHTLIJNEN / PROTOCOLLEN

In de probleemstelling wordt aangegeven dat binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie veel documenten beschikbaar zijn over agressie. Voorbeelden hiervan zijn: 'Richtlijn: Omgaan met Agressie' (Werkgroep Agressie, 2012), 'Omgaan met gedragsproblemen' (Gerven & Navratil, 2013) en het 'Actieplan omgaan met patiënten met gedragsproblemen' (Gerven & Navratil, 2013).

Binnen het UMC Utrecht is enige jaren geleden al beleid gevoerd op het gebied van ongewenst gedrag, waar agressie een onderdeel van uitmaakt. Daarbij is het project Veiligezorg® geïmplementeerd. Veiligezorg® is een project dat de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) in het leven heeft geroepen om agressie te verminderen, veiligheid te creëren en de arbeidsomstandigheden binnen de ziekenhuizen te verbeteren (Brouwer, 2007).

2.7. SAMENVATTING

Om antwoord te kunnen krijgen op de hoofd- en deelvragen is er eerst een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Deze is uitgewerkt in het theoretisch kader, met specifiek aandacht voor de situatie in het UMC Utrecht.

Binnen het UMC Utrecht en het cluster Neurologie en Neurochirurgie, zijn er meerdere documenten aanwezig die beschrijven welke handelswijze gepast is rondom agressie. Dit zijn onder andere, protocollen en richtlijnen. Verder worden alle medewerkers geschoold in het omgaan met agressie door middel van agressie-training.

Agressie is gedrag wat iemand inzet om - bewust of onbewust - iets kapot te maken, een ander schade te berokkenen, en/of duidelijk te maken wat hij wel of niet wil (Hagen, 2014).

Het gedrag overschrijdt de grenzen van wat algemeen acceptabel is. Daarbij zijn er verschillende fasen en functies van agressie (Jonge, 2012; Tilburg, 2004).

Agressie is een probleem in de zorg wat niet altijd te voorkomen is, maar wel te verkleinen (Powley, 2013). Hierbij is het belangrijk om over de juiste middelen te beschikken. Om met agressie om te gaan, worden er agressietrainingen gegeven, ook ligt de prioriteit op betere rapportage (Bowers & Wells, 2002).

Binnen het UMC Utrecht wordt er duidelijk aangegeven wat wel en niet acceptabel is omtrent agressie en hoe er op agressie gereageerd dient te worden, mede vanuit het project Veiligezorg®. Dit krijgt vorm in protocollen en richtlijnen die zichtbaar zijn op de afdelingen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Het doel van primaire preventies, zoals scholing of het weghalen van uitlokkende factoren van agressie is om agressie te voorkomen. Als agressie met primaire preventie niet te voorkomen is kunnen secundaire preventies ervoor zorgen dat de situatie niet escaleert. Het is hierbij ook belangrijk om te weten wie er ingelicht moet worden als de verpleegkundigen met agressie te maken krijgen en welke stappen genomen moeten worden. Als de situatie wel escaleert is het van belang, om als dat nodig is, interventies toe te passen om ieders veiligheid te waarborgen. Het is daarnaast ook belangrijk om door middel van het maken van tertiaire preventies, op de situatie terug te kijken en er lessen uit te trekken. De nazorg voor alle betrokkenen is daarbij ook van belang (Abraham et al., 2011).

3. METHODE

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze er kwalitatief en kwantitatief onderzoek is gedaan en welke wijze van gegevensverzameling is gehanteerd. Verder wordt ingegaan op de validiteit, betrouwbaarheid en ethische verantwoording van het gehouden onderzoek.

3.1. METHODE KWANTITATIEF ONDERZOEK

3.1.1. VERANTWOORDING

De enquêtes die gehouden zijn vallen onder kwantitatief onderzoek, omdat aan de hand van de theorie een enquête is opgesteld om te meten welke ervaringen of behoeften verpleegkundigen hebben omtrent agressie (Boeije, 2005). Hierdoor heeft er een lineair onderzoeksproces plaats gevonden. Dit betekent dat eerst alle data verzameld is en vervolgens is geanalyseerd (Bakker & van Buuren, 2009). Voor de enquête is gekozen om op die manier de ervaringen en de behoeften van alle verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie te peilen. De enquêtes bevatten alleen gesloten vragen, maar bij een aantal vragen zijn er opties gegeven om indien van toepassing een ander antwoord te geven dan de antwoorden die in de keuzelijst stonden.

Voor deze vorm van enquête is gekozen om niet alleen duidelijke feiten en cijfers te verzamelen over wat de ervaringen zijn van verpleegkundigen rondom een agressie-incident, maar ook wat de behoeften zijn van de verpleegkundigen rondom een agressie-incident. De vragen van de enquête zijn gemaakt aan de hand van de gevonden literatuur. Daarbij is ook gebruik gemaakt van een andere gevalideerde vragenlijst uit de Toolkit Veiligezorg® (Brouwer & Peerdeman, 2007). Elke vraag paste daarbij binnen de uitgeschreven grenzen in de onderzoeksopzet en is vanuit het theoretische kader en de hoofddoelstelling te onderbouwen (Bakker & van Buuren, 2009). De enquêtes zijn op papier en digitaal verspreid onder de verpleegkundigen, leerlingen en stagiaires die werkzaam zijn binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie in het UMC Utrecht.

3.1.2. DE ANALYSE

De enquêtes die gehouden zijn vielen zoals eerder is beschreven onder een kwantitatief onderzoek. Na de uiterste inleverdatum van de enquêtes is eerst alle data verzameld en vervolgens geanalyseerd (Bakker & van Buuren, 2009). De enquêtes werden genummerd en één voor één gecontroleerd op volledigheid. In totaal waren er 38 respondenten voor dit onderzoek, waarvan één respondent is uitgesloten van de resultaten door een niet volledig ingevulde enquête. De respondenten zijn verdeeld in verschillende leeftijdscategorieën om zo het verschil te kunnen meten tussen jong en onervaren verpleegkundigen en ervaren verpleegkundigen. Dit is gedaan omdat uit de literatuur is gebleken dat vooral studenten verpleegkunde en onervaren verpleegkundigen meer risico lopen op agressie (Powley, 2013).

De verzamelde gegevens zijn individueel van elkaar geanalyseerd. Belangrijke punten werden gemarkeerd en genoteerd. De onderzoekers vergeleken de enquêtes met elkaar en discussieerden over de relevantie van de feiten en cijfers voor het onderzoek.

3.1.3. POPULATIE

Het onderzoek heeft plaats gevonden in het UMC Utrecht onder de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Hier vallen de afdelingen Algemene & Acute Neurochirurgie (AAN), Functionele

Neurochirurgie en Oncologie (FNO), Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ), Algemene Neurologie (AN), Neuromusculaire Ziekten (NMZ), Medium Care Neurochirurgie en de Medium Care Neurologie onder.

Bij de enquête is er voor een selecte steekproef gekozen. Het ging in de selecte steekproef om alle verpleegkundigen, leerlingen en stagiaires die aan het werk zijn op bovengenoemde afdelingen. Alle oproep- en uitzendkrachten werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Dit komt omdat zij in verschillende ziekenhuizen en afdelingen werken, waardoor er geen duidelijk onderscheid te maken zou zijn waar zij bepaalde ervaringen met agressie hebben meegemaakt (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005).

De steekproef is afgenomen onder 80 verpleegkundigen, zowel mannen als vrouwen. In totaal zijn er 37 volledig ingevulde enquêtes verzameld. Hiervan waren 4 man en 33 vrouw. De leeftijden liepen uiteen van 18 tot 67 jaar. Er is in het onderzoek onderscheid gemaakt in de geslacht, leeftijd en hoeveelheid werk ervaring als verpleegkundigen, om hiermee te bepalen of de behoeften naar geslacht, leeftijd en hoeveelheid jaren werkervaring anders zijn. Bovengenoemde hebben allemaal een enquête uitgereikt gekregen. De enquête kon zowel op papier als digitaal ingevuld en ingeleverd worden. Om er zeker van te zijn dat de enquêtes representatief waren voor de geselecteerde steekproef werd er bij de eerste vraag van de enquête geïnventariseerd of de geënquêteerde binnen de inclusiecriteria viel en welke functie deze respondent heeft binnen de divisie hersenen (Bakker & van Buuren, 2009).

3.1.4. BETROUWBAARHEID

De beschreven kaders hebben als doel gehad dat de resultaten van het onderzoek betrouwbaar zijn. Hierbij ligt de nadruk op herhaalbaarheid en controleerbaarheid van dit onderzoek binnen de kaders waarin het uitgevoerd is (Boeije, 2005). Dit betekent dat wanneer dit onderzoek herhaald wordt de uitkomsten gelijk zouden moeten zijn (Boeije, 2005). Dit is gedaan door de methode uitgebreid en expliciet te beschrijven en de meetinstrumenten in de bijlage op te nemen (Grit & Julsing, 2009).

De kwaliteit en betrouwbaarheid is verhoogd door de betrokkenheid van het UMC Utrecht en de begeleiding vanuit de Hogeschool Viaa. De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van de expertise uit de genoemde instellingen om dit onderzoek in goede banen te leiden (Grit & Julsing, 2009). De afgenomen enquêtes zijn opgesteld aan de hand van de hoofd- en deelvragen uit dit onderzoek en op basis van de verkregen literatuur. De enquêtes zijn gecontroleerd door een begeleidend docent van de Hogeschool Viaa, waarbij is gevraagd of de enquêtevragen overeenkwamen met de hoofd- en deelvragen (Grit & Julsing, 2009).

3.1.5. VALIDITEIT

De validiteit of geldigheid van een enquête is de mate waarin de enquête heeft gemeten, wat hij zou moeten meten (Bakker & van Buuren, 2009). Er is voor dit onderzoek gekozen om onder de validiteit de interne- en externe validiteit te beschrijven.

3.1.5.1. INTERNE VALIDITEIT ENQUÊTES:

De opgestelde enquête is voor het definitief uitbrengen van de enquêtes eerst door proefpersonen ingevuld, met als doel de validiteit te waarborgen. Zo werden er fouten uitgehaald en lieten de resultaten zien of er

werd gemeten wat er gemeten moest worden. De structuur van de enquête en de interpretatie van de vragen was daarbij ook van belang (Boeije, 2005).

De vragen van de enquête zijn door het projectgroep zelf opgesteld aan de hand van de gevonden literatuur. Daarbij is ook gebruik gemaakt van een andere gevalideerde vragenlijst uit de Toolkit VeiligeZorg® (Brouwer & Peerdeman, 2007). Doordat de opgestelde enquête nieuw was, is deze vanuit de literatuur niet te valideren met eerder gedane metingen. De data is verzameld aan de hand van de 37 volledig ingevulde enquêtes. Doordat het meetinstrument tijdens het onderzoek niet gewijzigd is, heeft er geen vertekening van de resultaten plaatsgevonden (Baarda et al., 2005).

3.1.5.2. EXTERNE VALIDITEIT ENQUÊTES:

De resultaten van de enquête zijn niet toepasbaar in een andere situatie. Dit komt omdat er specifiek naar de ervaringen en behoeften is gevraagd van de verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdelingen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie in het UMC Utrecht. Deze behoeften en ervaringen zijn gebruikt om tot de ontwikkeling van het document te komen.

3.2. METHODE KWALITATIEF ONDERZOEK

3.2.1. VERANTWOORDING

Naast het uitzetten van enquêtes hebben de onderzoekers ook gebruik gemaakt van semi-gestructureerde diepte-interviews. Een semigestructureerd diepte-interview wordt gekenmerkt door vastgestelde onderwerpen langs te gaan door een beginvraag te stellen en daarnaast het onderwerp verder uit te diepen door met open vragen door te vragen (Baarda et al., 2005). Deze interviewvorm is voor dit onderzoek functioneel, omdat de onderzoekers de mening van de agressie-aandachtshouder willen weten over agressie. Door in het interview open vragen te stellen had de agressie-aandachtshouder de mogelijkheid een eigen antwoord te formuleren en zodoende zijn of haar ideeën kenbaar te maken, zonder dat deze werd beïnvloed. Door middel van doorvragen zijn de antwoorden verder uitgediept, om zo een duidelijk beeld te krijgen van de mening van de agressie-aandachtshouder over het onderwerp agressie en op welke wijze hiermee op de afdeling wordt omgegaan (Boeije, 2005).

3.2.2. DE ANALYSE

Op basis van de verkregen data uit de geanalyseerde enquêtes zijn vervolgstappen genomen. De antwoorden uit de enquête waren de basis van de interviewvragen. Bij de gehouden interviews liepen het verzamelen en analyseren continue in elkaar over. Zo werd er tijdens het interview de uitspraken direct geanalyseerd zodat er doorgevraagd kon worden. De interviews werden met een voicerecorder opgenomen en zijn daarna getranscribeerd.

Bij het uitwerken van de interviews is er axiaal gecodeerd, omdat daarmee structuur verkregen wordt in de antwoorden (Bakker & van Buuren, 2009). Op deze manier werden de verkregen antwoorden geordend, om deze daarna overzichtelijk in kaart te brengen en te groeperen. De gegeven antwoorden van alle interviews zijn na het labelen samengebracht in een totaalschema en voorzien van fragmentnummer.

De analyses zijn met elkaar vergeleken en is er gekeken welke labels er gegeven zijn aan de verschillende fragmenten. Er is overlegd en gediscussieerd welk label het beste paste bij de kernwaardes. Zo kon er uiteindelijk antwoord worden gegeven op de hoofd- en deelvragen.

3.2.3. POPULATIE

De interviews werden gehouden met de drie van de vijf agressie aandachtshouders binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Deze selectie is gemaakt op basis van beschikbaarheid. De keuze om alleen de agressie-aandachtshouders te interviewen is omdat zij het aanspreekpunt zijn met betrekking tot het onderwerp agressie en daardoor meer op de hoogte zijn van incidenten. Zij verdiepen zich in de meldingen en zij spreken met de slachtoffers van agressie na een melding (Koedam, 2014).

3.2.4. BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid in de interviews is gewaarborgd door elk interview door dezelfde onderzoeker te laten afnemen, waardoor elk interview in dezelfde stijl is afgenomen. Daarnaast is er aandacht besteed aan de volgorde van vragen en de zitopstelling tijdens het interview (Boeije, 2005).

Voordat de interviews met de aandachtshouders werden afgenomen zijn er eerst proefafnames gehouden met verpleegkundigen. De reden voor deze proefafnames was om te controleren of de opgestelde vragen aansloten om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden. De afgenomen interviews voor dit onderzoek werden gehouden in een rustige omgeving om de afleiding voor de geïnterviewde te minimaliseren en ervoor te zorgen dat de antwoorden niet beïnvloed zouden worden door ruis. De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. De opnames van het interview zijn getranscribeerd en individueel geanalyseerd waardoor de intersubjectiviteit gewaarborgd is (Baarda et al., 2005). Na de individuele analyses werden deze naast elkaar gelegd en bekeken wat bruikbaar was om antwoord te krijgen op de hoofd- en deelvragen. Als vervolgstap zijn de interviews individueel van elkaar geanalyseerd, om zo de kwaliteit en betrouwbaarheid te waarborgen. Door in dit onderzoek te kijken naar ieders talenten kon er een gepaste rolverdeling worden gemaakt. Door één onderzoeker niet bij de interviews aanwezig te laten zijn en niet te laten transcriberen en analyseren, kon deze onderzoeker objectief naar de gemaakte analyses, labels en kernthema's kijken (Bakker & van Buuren, 2009).

3.2.5. VALIDITEIT

3.2.5.1. INTERNE VALIDITEIT INTERVIEWS:

Bij de semi-gestructureerde diepte-interviews zijn specifieke vragen gesteld op basis van de antwoorden die verkregen zijn door middel van de enquêtes. Dit werd gedaan zodat er informatie werd verkregen die nodig was voor het onderzoek. Door objectieve, niet sturende vragen op te stellen is geprobeerd te voorkomen dat de antwoorden van de geïnterviewde beïnvloed werden (Boeije, 2005). Daarnaast is er in het interview gebruik gemaakt van definities om de begripsvaliditeit te waarborgen. Om de mate van geldigheid van de conclusies van het onderzoek voor de onderzoeksgroep helder te hebben, is er rekening gehouden met zaken die de interne validiteit kunnen bedreigen. Een voorbeeld hiervan is dat de onderzoekers door anonimiteit en een open sfeer te creëren, zoveel mogelijk geprobeerd hebben sociaal wenselijke antwoorden van de geïnterviewde te voorkomen (Bakker & van Buuren, 2009).

Het gaat hierbij ook om de kwaliteit van de steekproef. Doordat er alleen interviews zijn gehouden met de agressie aandachtshouders en niet met de verpleegkundigen, is er van de interviews niet met zekerheid te zeggen of de resultaten van de interviews, voor de hele groep verpleegkundigen gelden (Boeije, 2005).

3.2.5.2. EXTERNE VALIDITEIT INTERVIEWS:

De resultaten van de interviews zijn niet toepasbaar in een andere situatie, anders dan dit onderzoek. Voor de interviews werd een samengesteld instrument gebruikt dat voortkomt uit de resultaten van de enquêtes. Ook zijn de uitslagen van het onderzoek niet te generaliseren voor de gehele populatie verpleegkundigen, omdat de geïnterviewden select gekozen zijn, om aan het interview deel te nemen (Bakker & van Buuren, 2009).

3.3. ETHISCHE VERANTWOORDING

Bij het doen van dit onderzoek onder de verpleegkundigen is er rekening gehouden met de informed consent, recht op privacy en het niet schaden van de deelnemer (Baarda, 2009).

Persoonsgegevens mogen vanuit de Wet Bescherming Persoonsgegevens (2000) slechts verwerkt worden voor gezondheidsonderzoek als de betrokkene toestemming heeft gegeven (Wet Bescherming Persoonsgegevens artikel 8 en artikel 23). De toestemmingsvraag moet voor de betrokkene relevante informatie bevatten. Daarom is er bij de enquête gekozen voor het toevoegen van een informed consent/toestemmingsformulier. Deze is bijgevoegd in bijlage 7.8.

De verpleegkundigen waren niet verplicht hun naam in te vullen op de enquête. Hiermee werd de anonimiteit van de verpleegkundigen die meewerkten aan het onderzoek gewaarborgd (Baarda, 2009).

Het interview is met drie agressie aandachtshouders gehouden. Door geen namen en afdelingen te verwerken tijdens het transcriberen van de audiofragmenten konden de geïnterviewden niet achterhaald worden.

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die in de analyse naar voren kwamen. Het hoofdstuk is opgebouwd uit verschillende paragrafen. In iedere paragraaf worden de resultaten per deelvraag beschreven. De resultaten worden ondersteund met grafiekresultaten van de enquêtes en citaten uit de interviews. De conclusies die uit de beschrijving van de resultaten per deelvraag voortvloeien, geven in hoofdstuk 5.1 het antwoord op de hoofdvraag. In bijlage 7.12 staan alle labels van het interview. Door middel van labelnummers is het eenvoudig om het citaat uit de resultatenbeschrijving met het analyseschema te vergelijken.

4.1. KENMERKEN RESPONDENTEN

Voor dit afstudeerproject zijn er enquêtes uitgezet binnen de afdelingen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie, aan de hand van deze enquêtes zijn er 3 diepte-interviews gehouden.

Onder het cluster Neurologie en Neurochirurgie vallen de afdelingen: Algemene & Acute Neurochirurgie (AAN), Functionele Neurochirurgie en Oncologie (FNO), Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ), Algemene Neurologie (AN), Neuromusculaire Ziekten (NMZ), Medium Care Neurochirurgie en de Medium Care Neurologie (UMCU, 2014).

Op elke afdeling is de vragenlijst uitgezet zowel op papier als digitaal. In totaal zijn er 37 volledig ingevulde enquêtes terug gekomen, waarvan 13 op papier en 24 digitaal. De algemene gegevens van de respondenten zijn weergegeven in tabel 1.

Geslacht	Aantal
Man	4
Vrouw	33
Leeftijd	Aantal
18 - 30 jaar	22
30 - 40 jaar	4
40 - 50 jaar	6
50 - 60 jaar	5
> 60 jaar	5
Werkervaring	Aantal
1 - 3 jaar	15
3 - 6 jaar	6
6 - 10 jaar	4
10 - 20 jaar	3
> 20 jaar	9

Afdeling	Aantal
Algemene Neurologie	3
Algemene & Acute Neurochirurgie	10
Cerebrovasculaire Ziekten	12
Functionele Neurochirurgie en Oncologie	6
Medium Care Cerebrovasculaire Ziekten	2
Medium Care Algemene & Acute Neurochirurgie	4
Functie	Aantal
Verpleegkundige (geen agressie aandachtshouder)	25
Agressie-aandachtshouder (en verpleegkundige)	2
Teammanager	1
Leerling	4
Stagiair	5

Tabel 1: Algemene gegevens van de respondenten van de enquête.

De diepte-interviews zijn met drie van de vijf agressie aandachtshouders gehouden. Deze keuze is gemaakt op basis van beschikbaarheid. Daarnaast was het saturatiepunt bereikt. Iedere afdeling binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie heeft een verpleegkundige die agressie als aandachtsgebied heeft.

4.2. BETEKENIS AGRESSIE

Om de resultaten van dit onderzoek goed te interpreteren is het belangrijk dat de definitie van agressie duidelijk is. Na literatuuronderzoek is er gekozen voor de definitie van het UMC Utrecht over agressie; *'Agressie is het toebrengen van schade aan materiaal of een andere persoon door het overschrijden van de grenzen (en/of normen of regels) van de ander'* (Hagen, 2014).

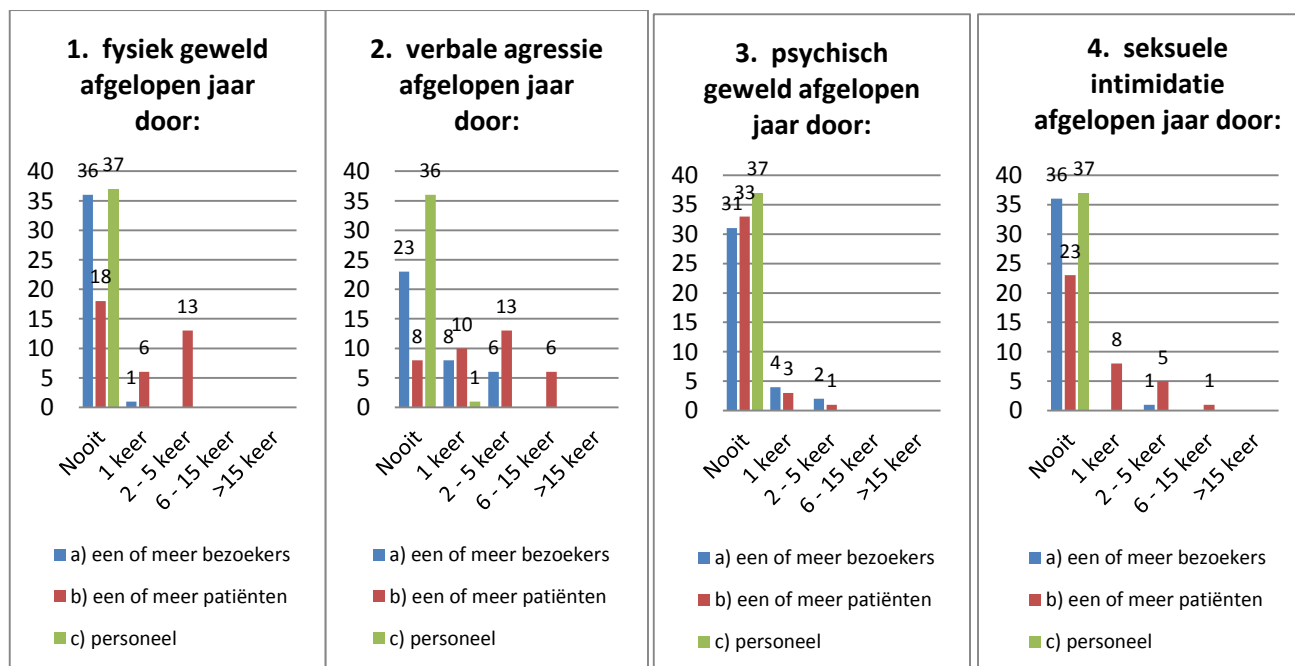
Om in de enquêtes en de interviews ervoor te zorgen dat onder de term agressie hetzelfde verstaan wordt, is er in de enquête voor gekozen om achter iedere vorm de definitie van dat soort agressie tussen haakjes te zetten. In de interviews hebben we een begripsverheldering gedaan door aan de agressie-aandachtshouder te vragen wat zij onder de verschillende vormen van agressie verstaan. Om er zo achter te komen of er hetzelfde bedoeld wordt.

Uit de interviews kwam verder naar voren dat de onderzoekers dezelfde omschrijving hadden als de respondenten voor verbale agressie, psychisch geweld en seksuele intimidatie.

4.3. ERVARING MET AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Allereerst is er onderzocht welke ervaringen de respondenten binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie hebben met agressie. In de enquête is gevraagd wat de respondenten aan agressie hebben meegemaakt en wat hiervan de oorzaak was.

Verschiedende vormen van agressie komen voor binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Te denken valt aan fysieke, verbale, psychische agressie en seksuele intimidatie. Bij agressie-incidenten kunnen zowel patiënten als bezoekers betrokken zijn. Figuur 2 laat zien hoe vaak welke soort agressie zich voordoet en door wie. Deze cijfers zijn gebaseerd op wat de respondenten in het afgelopen jaar ervaren hebben.



Figuur 2: Aantal keer dat er afgelopen jaar geweld is meegemaakt door de verpleegkundigen. (Respons = 37)

In de figuren is te zien dat agressie wordt ervaren door patiënten en bezoekers. Fysieke en verbale agressie komen het meest voor. De resultaten laten zien dat stagiaires en studenten vaker met verbale agressie te

maken kregen dan de vaste verpleegkundigen. Dit bevestigt de theorie dat de leeftijd en de lengte van het dienstverband van invloed kunnen zijn op de ervaring van agressie-incidenten (Hahn et al., 2012; Powley, 2013).

In de diepte-interviews is erop ingegaan dat er veel verbale- en psychische agressie voorkomt van bezoekers. In alle antwoorden op de vraag van de oorzaak van agressie door bezoekers, kwamen gelijke termen naar voren; onmacht, onwetendheid, onzekerheid, angst en bezorgdheid.

“Het een stuk onwetendheid, onzekerheid, angst.” (label 2.1.5.)

In de enquête kwam naar voren dat seksuele intimidatie door patiënten relatief veel voorkomt en dat dit door een deel van de verpleegkundigen geaccepteerd wordt.

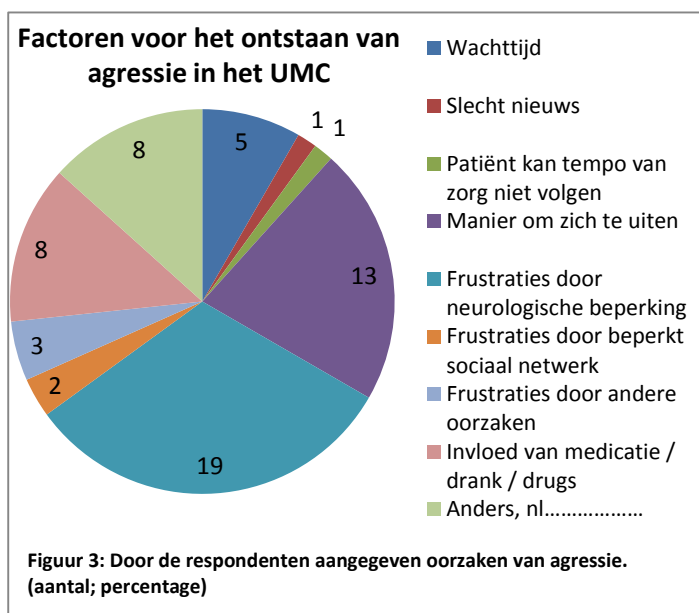
“Dat de oorzaak de neurologische... Niet altijd, soms er mensen ook gewoon gezond en doen ze het om andere redenen.” (label 1.1.20)

“Je mag dat nooit tolereren. Maar dat is een stukje ontremming komt er wel eens bij. Dan ligt het niet aan de verpleegkundige denk ik.” (label 2.1.14)

Hierboven werden de ervaringen met agressie van bezoekers beschreven. In de enquête hebben de respondenten aangegeven wat de oorzaak was van de meegemaakte agressie. In figuur 3 is te zien wat de respondenten hebben aangegeven als factor voor het ontstaan van agressie.

Frustraties door neurologische beperking en als manier om zich te uiten scoren het hoogst.

Bij de overige factoren voor het ontstaan van agressie is aangegeven; verzoek geen bezoek tijdens rusttijd, delier, familie, ontremd gedrag, laag IQ, taalbarrière, onbegrip bezoekers en ontevredenheid over mogelijkheden van de zorg in Nederland.



In de interviews werden de meest voorkomende oorzaken als neurologische beperking en manier van uiten ook bevestigd.

“Dus ik denk inderdaad onmacht ook opleidingsniveau ook als je gaat kijken naar de patiënt, vanuit de patiënt dan de schade in het hoofd over waar ze niets aan kunnen doen.” (label 1.1.7)

4.4. HET ERVAREN VAN AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Eerder is aangegeven wat de ervaringen van de respondenten binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie zijn. Belangrijk om achter de behoeften van de respondenten te komen is om te weten hoe zij agressie ervaren. In de enquête zijn er een aantal stellingen aan de respondenten voorgelegd waar zij 'waar' of 'niet waar' op konden antwoorden. Al deze stellingen ging over agressie, het werk, gevolgen en acceptatie. Zie tabel 1. voor de resultaten.

	Waar	Niet waar
Agressie hoort bij mijn werk	14	23
Agressie van neurologische patiënten accepteer ik	19	18
Agressie van bezoekers accepteer ik	2	35
Agressie-incidenten hebben impact om mijn werk (houding)	22	15

Tabel 2: Hoeveelheid verpleegkundigen die waar of niet waar hebben ingevuld.

In de enquête kwam naar voren dat meer dan de helft van de respondenten aangeeft dat agressie niet bij het werk hoort, maar dat ongeveer de helft van de respondenten agressie van neurologische patiënten accepteert. Van de 23 respondenten die aangeven dat agressie niet bij het werk hoort, geven 10 verpleegkundigen aan dat ze agressie van de neurologische patiënt wel accepteren.

“Wij accepteren geen agressie. Maar dat je het in sommige gevallen wel kan beargumenteren waarom het zo is.” (label 1.2.21)

“Ik denk dat dezelfde handeling op cardio of weet ik waar nou dat wordt absoluut niet getolereerd hoor. Nee, maar dat is hier toch al snel. Ja. Nooit goed te keuren, maar dat wordt wel heel, die meneer of die mevrouw weet niet wat ze doet. Dat is misschien ook niet zo, maar dan nog mag je het niet, nooit laten gebeuren natuurlijk.” (label 2.2.15)

“... dus gewoon waar je op een gegeven moment denkt dit is de grens. En wat is dan de grens? Ja, dat is voor ieder mens verschillend, kan niet zeggen van ‘kut wijf’, ‘klote vent’.” (label 3.2.17)

De theorie laat zien dat de leeftijd en de lengte van het dienstverband van invloed zou zijn op de ervaring van agressie-incidenten (Hahn et al., 2012; Powley, 2013). Dit onderzoek laat zien dat agressie bij onervaren verpleegkundige veel meer impact heeft op hun werkhouding.

De respondenten ervaren ook onveilige situaties. 10 van de 37 respondenten hebben dit afgelopen jaar ervaren tijdens gesprekken met patiënten en/of met bezoekers. Een klein aantal van de respondenten hebben zich ergens anders in het ziekenhuis onveilig gevoeld. Voornamelijk de parkeergarage van het ziekenhuis was een veel benoemde locatie in het ziekenhuis waar de respondenten zich het onveiligst voelden.

22 van de 37 respondenten die de enquête hebben ingevuld, geven aan dat agressie-incidenten impact heeft op hun werk (houding). In één van de gehouden interviews werd dit bevestigd:

“Best wel van invloed kan zijn op later ziekmelding of burn-out.” (label 1.3.31)

De volgende tabel geeft de resultaten uit de enquêtes weer, waaruit ook blijkt dat niet alle agressie-incidenten gemeld, gerapporteerd en besproken worden.

	Waar	Niet waar
Agressie-incidenten moeten altijd gemeld worden	25	12
Ik meld alle agressie-incidenten (MAP)	21	16
Ik rapporteer alle (dreigende) agressie-incidenten in EZIS	26	11

Tabel 3: De eigen mening / ervaring van respondenten met de acties na een agressie-incident.

De tabel laat zien dat de helft van de verpleegkundigen van mening is dat agressie-incidenten altijd gemeld moeten worden, wat ze ook over het algemeen doen.

In de diepte-interviews is hierop doorgegaan door te vragen waar de grens ligt om agressie-incidenten te melden.

“Ik maak niet altijd een melding maar wel als het mijn grens overschrijdt. Dus dat betekend eigenlijk en ook voor mijn collega’s omdat ik natuurlijk aandachtshouder ben en ook het goede voorbeeld wil geven.” (label 1.2.23)

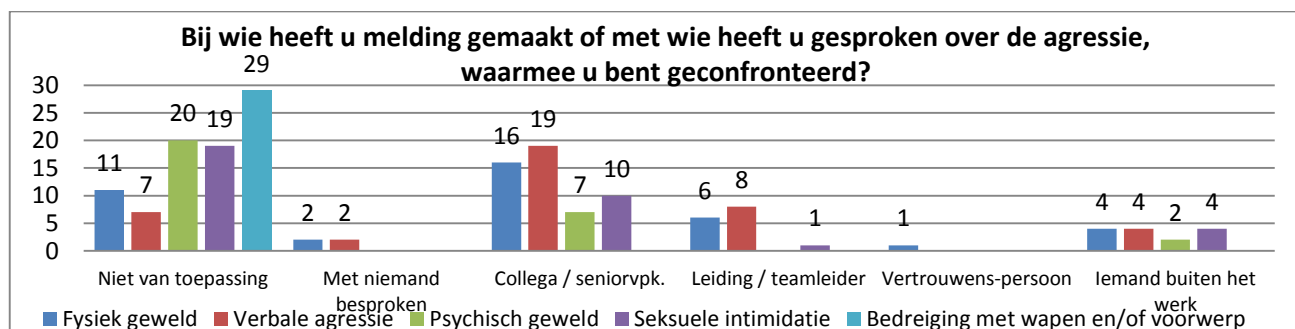
“...is een echt een bewust handeling. Dit is niet in zijn verwardheid dat hij even zo slaat, nee echt naar mij toe van dan vind ik, dan meld ik het inderdaad.” (label 2.2.18)

In de interviews met de agressie aandachtshouders is er gesproken over de oorzaak van het feit dat er niet bij ieder incident een ‘Melding Agressie Personeel’ (MAP-melding) gedaan wordt;

“Ik heb weleens gehoord, in de wandelgangen dat sommige collega’s zeggen melding hoor ik nooit heel veel van terug of er veranderd toch niets.” (label 1.2.24)

“Ik probeer dat altijd te zeggen van ja he altijd de MAP melding invullen. Ook al denk je van nou ja, of andere verpleegkundigen zeggen van ach joh, ik vul het niet in er wordt toch niets mee gedaan of laat maar zitten.” (label 2.2.17)

Uit de enquête kwam naar voren dat één derde van de respondenten van mening is, dat niet alle agressie-incidenten gemeld moeten worden. Er is ook gekeken naar de bespreking van een agressie-incident. Deze resultaten staan uitgewerkt in figuur 4. In het figuur 4 staat ‘niet van toepassing’. Dit betekent dat de respondenten in het afgelopen jaar geen enkele vorm van agressie hebben meegemaakt, waardoor melden niet van toepassing was..



Figuur 4: Het aantal keer dat agressie besproken is, waarmee de respondent is geconfronteerd

In figuur 4 is te zien dat de teamleider in de helft van de gevallen niet direct betrokken wordt bij een agressie-incident. De teamleider krijgt alle MAP meldingen automatisch doorgestuurd. Uit tabel 3 blijkt dat er niet altijd een MAP wordt ingevuld, waardoor de teamleider niet op de hoogte is van alle agressie-incidenten op zijn of haar afdeling. Verder gaven alleen studenten aan dat zij agressie-incidenten hebben besproken met iemand buiten het werk.

“Nou nee. Onze... teamleider die krijgt natuurlijk ook die MAP meldingen en die hoort natuurlijk net zo goed als ik hoort wat dan ook de senior en die springt er best wel op in hoor.” (label 2.3.27)

4.5. DE ERVARING MET BESTAANDE AGRESSIE HANDVATTEN OP DE WERKVLOER

In het UMC Utrecht zijn er verschillende manieren om agressie tegen te gaan. Hier vallen onder andere alle protocollen, richtlijnen en andere documenten en de agressie training aangeboden door het UMC Utrecht onder. Om te peilen of deze handvatten helpen om op de juiste manier om te gaan met agressie is er in de enquête gevraagd hoe de respondenten wisten hoe zij moesten reageren tijdens een agressie-incident. De respondenten konden verschillende antwoorden aankruisen of een eigen aanvulling geven. Deze antwoorden zijn weergegeven in figuur 5. De meeste respondenten hebben aangegeven, dat zij vanuit hen eigen intuïtie reageren op agressie. Daarnaast helpt de aangeboden agressie trainingen mee. Maar drie respondenten gebruikt een protocol of richtlijn om te zien hoe zij moeten handelen tijdens een (dreigend) agressie-incident

In het interview is aan de aandachthouders gevraagd wat hun indruk is hoe er op dit moment gehandeld wordt bij een agressie-incident.

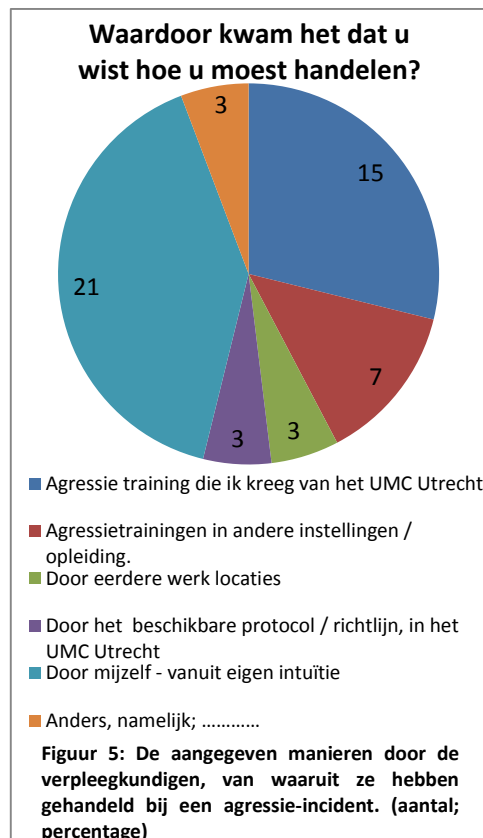
“Bij ons wordt er best wel gelijk op ingesprongen van voorzorgsmaatregelen.” (label 2.3.19)

“... wel gelijk gebeld naar de beveiliging, wat in het protocol staat. We gaan met een aantal verpleegkundigen naar die patiënt toe, niet alleen. Geen leerlingen er naar toe” (label 2.3.20)

Op de vraag hoe er werd gehandeld door verpleegkundigen werd geantwoord dat er gehandeld wordt door een combinatie van training en intuïtie.

“.. iedereen reageert anders ergens op, maar het volgen van een cursus en het bijhouden ook en werkervaring ligt. Het is wel zo van dat uiteindelijk het ook wel effect dus ook wel anders is.” (label 1.1.16)

“Dan is die agressietraining niet voldoende geweest. Dan zou je daar een hogere score van moeten krijgen.” (label 2.3.21)



In de enquête is gevraagd hoe de respondenten omgaan met de beschikbare protocollen, de resultaten hiervan staan in tabel 4.

	Waar	Niet waar
Ik weet dat er protocollen zijn als ik te maken krijg met agressie	37	0
Ik weet deze protocollen te vinden	33	4
Ik pas deze protocollen toe	24	13

Tabel 4: De eigen mening / ervaring van respondenten met agressieprotocollen.

Uit de enquête blijkt dat alle respondenten op de hoogte zijn van het bestaan van de agressieprotocollen en waar ze te vinden zijn. Dertien respondenten gaven aan deze niet altijd toe te passen. Daarnaast waren drie van de negen studenten die aangaven het protocol niet toe te passen.

“Een protocol er is daardoor een soort van ja niet echt een lekker instrument waarmee je kan werken. Dus verpleegkundigen zijn nu eenmaal van het moet gewoon praktisch zijn, gewoon makkelijk te gebruiken dus ik begrijp soms wel dat ze zeggen van ja ik ga dat niet helemaal doorlezen.” (label 1.3.27)

4.6. BEHOEFTE AAN KENNIS EN ONDERSTEUNING BIJ AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Om antwoord te kunnen geven welke kennis en ondersteuning verpleegkundigen nodig hebben, is het van belang om te achterhalen wat de respondenten al weten over agressie. In tabel 5 zijn stellingen weergegeven en is te zien in hoeverre de respondenten zichzelf beoordelen op hun kennis.

O (onvoldoende) M (Matig) V (Voldoende) RV (Ruimvoldoende) G (Goed)	O	M	V	RV	G
Wat agressie precies is	0	0	12	17	7
Welke soorten agressie er zijn	0	2	15	15	4
Welke agressie niveaus er zijn	4	9	12	9	2
De procedure die ik moet volgen als ik denk dat ik met een potentieel gewelddadige situatie geconfronteerd word	2	10	13	8	3
De preventieve maatregelen om agressie-incidenten te voorkomen	1	8	17	7	3
Welke preventieve maatregelen ik wanneer kan inzetten	1	9	17	7	2
De uitlokkende factoren van een agressie-incident	0	5	16	12	3
Wie ik moet inschakelen als er agressie dreigt	1	4	16	10	5
Welke bejegeningstijlen er zijn om op agressie te reageren.	1	6	15	11	3
Wat de vervolgacties zijn na een agressie-incident	3	3	15	11	4
Hoe ik mijn collega kan opvangen na een agressie-incident	2	3	20	9	2
Hoe er gerapporteerd dient te worden na een agressie-incident	4	5	16	8	3
Welke meldingen er gedaan moeten worden na een agressie-incident.	0	6	16	12	2

Tabel 5: De mate waarin respondenten op de hoogte zijn van het huidige beleid in het UMC Utrecht.

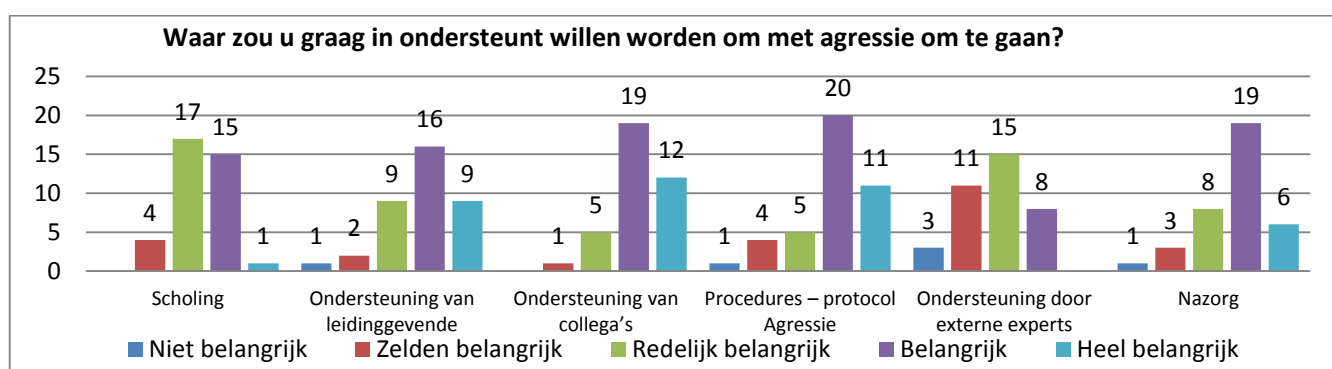
Uit de enquêtes kwamen de volgende kennistekorten naar voren: de verschillen tussen agressie niveaus, onwetendheid over de te volgen procedures en preventieve maatregelen bij (dreigende) agressie. Verpleegkundigen scoorden ruim voldoende of goed bij de kennis over wat agressie precies is en welke soorten agressie er zijn.

In de interviews is de mening gevraagd aan de agressie-aandachtshouder over wat er nodig is zodat verpleegkundigen beter kunnen handelen rondom een agressie-incident:

“Wat is het belang van een goede anamnese, wat te doen bij een anamnese met patiënten die al agressie hebben gehad, wat te doen bij het signaleren, hoe ze moeten melden, hoe ze het bespreekbaar moeten maken in het team, dus ook echt uitleg geven over de tools, dus over de protocollen, waar staat het, waar kan ik het vinden, hoe werkt het? Praktische informatie.” (label 1.4.36)

“... ja maar gaat dat eerst maar eens opzoeken. Als er agressie is, nou dat doe je niet. En dat staat dan in zulke moeilijk woorden, je moet het gewoon wel heel praktisch maken.” (label 2.4.29)

In de enquête is tevens gevraagd waar de respondent in ondersteund wil worden om zo goed mogelijk met agressie om te kunnen gaan. In figuur 6 zijn de resultaten weergegeven wat de respondenten geantwoord hebben.



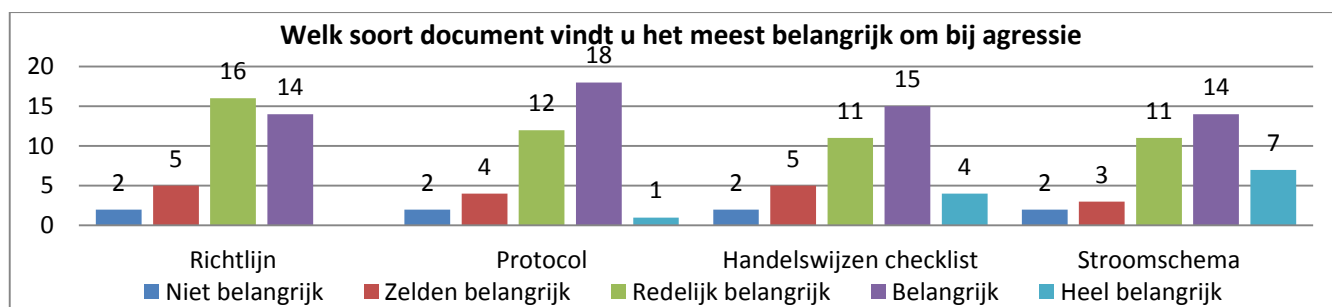
Figuur 6: Aantallen waarin respondenten graag ondersteund willen worden om met agressie om te gaan

De respondenten willen met name ondersteuning van collega's en in procedures - protocol agressie. Ook wil meer dan de helft van de respondenten ondersteuning van de leidinggevende. Dit werd bevestigd in de interviews:

“Het is wel zo dat mijn teamleider daar melding van krijgt, die ziet ook dezelfde MAP-meldingen binnen komen. Maar het is niet zo dat zij ook initiatief neemt naar mij toe.” (label 1.3.32)

4.7. BEHOEFTE AAN HANDVATTEN OVER AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Als aansluiting op de vorige resultaten is het van belang om duidelijk te krijgen welk document het beste past. Aan de respondenten is gevraagd welk document zij graag terug willen zien op de afdeling. In figuur 7 is te zien waar de respondenten voor gekozen hebben.



Figuur 7: Aantallen van welk soort document de respondenten het meest belangrijk vinden bij agressie.

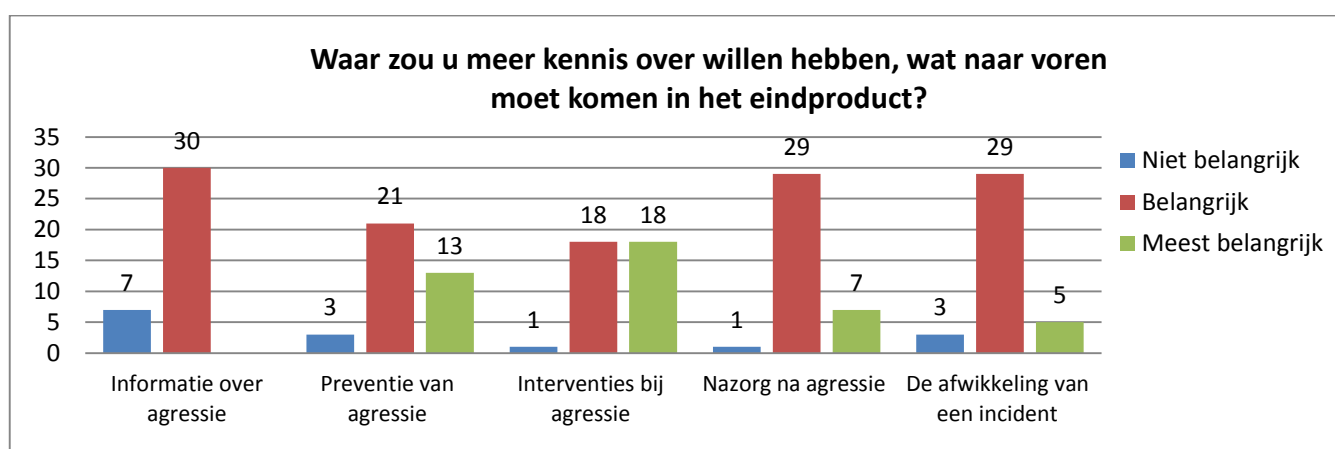
Figuur 7 laat zien dat de behoefte het grootst is aan een stroomschema. Deze bestaat nog niet in het UMC Utrecht ten aanzien van agressie. De richtlijn komt op de laatste plaats. Dit is bevestigd in de interviews:

“... het gaat mij er gewoon om van een werkbaar document voor in de praktijk, en ik zeg altijd maar: Less is more!” (label 1.5.38)

“Er zijn zoveel dingen, maar in ieder geval overzicht en makkelijk te gebruiken.” (label 1.5.40)

“... nou inderdaad van kan dit een dreiging zijn, wat ga ik dan doen, welke stappen ga ik dan ondernemen? Beetje van het begin tot het einde.” (label 2.4.30)

In het stroomschema moeten handvatten komen over verschillende onderwerpen over agressie. In de enquête is gevraagd naar welke onderwerpen de meeste behoefte is, wat terug moet komen in het document, zie hiervoor figuur 8.



Figuur 8: Wat de respondenten belangrijk vinden in het eindproduct.

Er is de meeste behoefte aan interventie en preventieve maatregelen van agressie. Ook aan de nazorg en afwikkeling van een agressie-incident moet aandacht worden besteed.

In de gehouden interviews kwam ook de inhoud van de vergaderingen van de agressie aandachtshouders naar voren. Hierin is besproken hoe agressie op de afdelingen meer onder de aandacht gebracht kan worden. Op basis daarvan werden suggesties en ideeën voorgesteld in het interview.

“Thema’s vind die erin naar voren moeten komen, is het verwerkt in het activiteitenplan, staat het als iemand eerder agressie heeft gehad, staat het ook boven in het dossier, EZIS.” (label 1.5.39)

“We hebben wel eens gedacht bij de werkgroep aan van die handzame kaartjes.” (label 2.3.24)

5.1. CONCLUSIE

In dit hoofdstuk zijn de resultaten uit de enquêtes, interviews en theorie gebundeld om tot een kernachtige conclusie te komen. Deze zijn per deelvraag uitgewerkt om zo antwoord te geven op de hoofdvraag.

5.1.1. ERVARING MET AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Deelvraag 1: Welke ervaringen hebben verpleegkundigen met agressie in de gezondheidszorg binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?

De verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie hebben ervaring met verschillende vormen van agressie. Hieronder vallen de volgende soorten: fysieke, verbale, psychische agressie en seksuele intimidatie. Verbale agressie van patiënten en bezoekers en seksuele intimidatie van patiënten komen ten opzichte van andere soorten agressie het meest voor. Oorzaken die hiervoor gegeven worden zijn: onwetendheid, onzekerheid, angst en onmacht bij familie en bezoekers. Vaak wordt de neurologische aandoening van de patiënt als oorzaak gegeven bij agressie door patiënten. Deze persoonsgebonden en omgevingsgebonden factoren komen ook in diverse onderzoeken naar voren naar de oorzaken van agressie (Gale et al., 2014; ; Maerten, 2013; Nisselrooij, 2006).

5.1.2. HET ERVAREN VAN AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Deelvraag 2: Hoe ervaren verpleegkundigen agressie-incidenten binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?

Uit dit onderzoek bleek dat de respondenten aangaven dat agressie niet bij hun werk hoort, maar dit wel accepteren. De acceptatie van agressie heeft relatie met de neurologische staat van de patiënt. Respondenten gaven aan dat agressie op de werkvloer van invloed is op hun werkhouding, wat als gevolg daarvan ervoor kan zorgen dat de respondent zich ziek meldt of een burn-out krijgt. De theorie laat zien dat er daarbij een direct verband te zien is tussen geweld en agressie tegen verpleegkundigen en de werkhouding, het ziekteverzuim en burn-outs van verpleegkundigen (Camerino, et al., 2008; Clare et al., 2002; Erfest, 2004;).

De grens om agressie-incidenten te melden is voor iedere respondent verschillend. In de interviews zijn verschillende redenen genoemd zoals: zichzelf indekken of het alleen te melden als de agressie een bewuste handeling is. In de praktijk blijkt het dat meldingen niet altijd gedaan worden, dit met als reden dat de respondenten het nut van melden niet in ziet. De respondenten zagen geen veranderingen na aanleiding van de MAP meldingen op de werkvloer. Daarnaast werd de teamleider niet tot zelden betrokken bij het bespreken van een agressie-incident.

In dit onderzoek is er ook gekeken naar het verschil tussen de beginnende en de ervaren beroepsbeoefenaar. In de enquête kwam naar voren dat de beginnende beroepsbeoefenaren meer agressie ervaren. Door na te denken over gewelddadige incidenten, verpleegkundigen nieuwe kennis op te laten doen, het verbeteren van de praktijkervaring en zich voorbereiden op soortgelijke incidenten is het risico op een agressie-incident te verkleinen (Powley, 2013).

5.1.3. DE ERVARING MET BESTAANDE AGRESSIE HANDVATTEN OP DE WERKVLOER

Deelvraag 3: Wat is de ervaring van verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie met betrekking tot de bestaande handvatten ten aanzien van de aanpak van agressie-incidenten?

Uit onderzoek blijkt dat er op verschillende manieren met agressie op de werkvloer binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie wordt omgegaan. Alle respondenten geven aan dat het gebruik van protocollen en richtlijnen tijdens een agressie-incident verschilt per situatie. In totaal 36 respondenten gaven aan voornamelijk te reageren vanuit training en intuïtie. Het wisselend toepassen van protocollen wordt veroorzaakt doordat het huidige document(en) uitgebreid en niet praktisch te gebruiken is in de praktijk waardoor er niet altijd adequaat wordt gehandeld bij een agressie-incident. Hierdoor is er geen eenduidigheid in het handelen rondom een agressie-incident (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014). Uit de enquête blijkt dat alle respondenten op de hoogte zijn van het bestaan van de agressieprotocollen en waar ze te vinden zijn. Dertien respondenten gaven aan deze niet altijd toe te passen. Dit komt overeen met andere gemeten resultaten, waarin naar voren komt dat relatief weinig verpleegkundigen de beschikbare richtlijn pakken, om te handelen bij een agressie-incident.

5.1.4. BEHOEFTE AAN KENNIS EN ONDERSTEUNING BIJ AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Deelvraag 4: Welke kennis en informatie hebben verpleegkundigen nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?

Uit de resultaten kwam naar voren dat de respondenten ervaren dat ze te weinig kennis hebben over de procedure van preventieve maatregelen bij een agressie-incident. Preventieve preventie van agressie door training en kennis, is belangrijk om goed te kunnen handelen rondom agressie (Hillbrand et al., 1998; Grube et al., 2008). Daarnaast gaven de agressie-aandachtshouders aan dat er te weinig kennis was over: het agressieverleden van een patiënt, het belang van een goede anamnese, het signalering van agressie, het melden van agressie en het bespreekbaar maken in de praktijk met collega's en leidinggevenden. In de protocollen, richtlijnen en andere documenten zoals 'Richtlijn: Omgaan met Agressie' (UMC Utrecht, 2014), staat aangegeven dat er na een agressie-incident altijd een Melding Agressie Personeel (MAP) formulier ingevuld moet worden en dat teamleider ook ingelicht moet worden. De respondenten gaven aan voorkeur te hebben aan ondersteuning door collega's en procedures, bij voorkeur door een stroomschema.

5.1.5. BEHOEFTE HANDVATTEN OVER AGRESSIE OP DE WERKVLOER

Deelvraag 5: Welke handvatten moeten in het document komen te staan, zodat de verpleegkundigen adequaat kunnen handelen bij agressie-incidenten?

Er is onderzocht welk praktisch document het beste past bij de behoeften en de ervaringen van de respondenten om te gebruiken in de praktijk. Hierbij kwam naar voren dat er het meest behoefte is aan een stroomschema die tot op heden niet aanwezig is. In dit stroomschema moet de procedure van begin tot einde bij het handelen rondom een agressie-incident helder, kort en praktisch beschreven staan.

Om met agressie om te gaan, worden er agressietrainingen gegeven, ook ligt de prioriteit op betere rapportage (Bowers & Wells, 2002). Daarnaast is goede communicatie en betrokkenheid van de organisatie zeer belangrijk (Hahn et al., 2012).

Agressie is in de zorg niet altijd te voorkomen, maar door na te denken over gewelddadige incidenten, verpleegkundigen nieuwe kennis op te laten doen, het verbeteren van de praktijkervaring en zich voorbereiden op soortgelijke incidenten is het risico op een agressie-incident te verkleinen (Powley, 2013).

5.1.6. CONCLUSIE OP DE HOOFDVRAAG

Hoofdvraag: Welke ervaring is er met betrekking tot agressie-incidenten bij de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie en welk praktisch document met handvatten hebben zij nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie-incidenten?

Verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie ervaren verschillende vormen van agressie door zowel bezoekers als patiënten. Voornamelijk verbale agressie, fysieke agressie en seksuele intimidatie worden ervaren. Agressie wordt veroorzaakt door verschillende factoren, waarbij het ziektebeeld van de patiënt een grote rol speelt. Er wordt vooral gehandeld vanuit de training en intuïtie en niet volgens protocol. Hierbij wordt de reden gegeven dat het protocol geen duidelijk en praktisch toepasbaar document is. Er is duidelijk behoefte aan een handzaam document dat de verpleegkundige van het begin tot einde leidt, om zo op de juiste wijze te kunnen handelen rondom een agressie-incident. Hierbij is het ontwikkelde stroomschema en bijbehorend protocol een goed handvat, waar kort en duidelijk geformuleerd staat wat er gedaan moet worden in de verschillende fasen van agressie.

Agressie is niet acceptabel en hoeft nooit getolereerd te worden. Als het zich toch voordoet, dient daar adequaat (passend en conform daarvoor geldende regels en richtlijnen) tegen opgetreden te worden.

5.2. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de discussiepunten over de onderzoeksmethodiek en de inhoudelijke kant van het onderzoek beschreven. Bij de methodologische discussie is er gekeken naar de sterke en zwakke punten van de methode. Hier vallen onder andere het literatuuronderzoek, de enquêtes, de interviews, analyses en resultaten onder. In de inhoudelijke discussie worden bijzonderheden, verbinding met de literatuur en de verpleegkundige visie benoemd.

5.2.1. METHODOLOGISCH

Als voorbereiding en verdieping op het onderwerp en het onderzoek is er een literatuurstudie uitgevoerd. De literatuur is gevonden in boeken en databanken zoals Academic Search, Google Scholar, Pubmed, Picarta en Scoop van het UMC. Tijdens het schrijven van het onderzoeksverslag kwam er meer relevante literatuur naar voren die een toegevoegde waarde hadden bij hetgeen wat al gevonden was. Dit is in overleg toegevoegd in het onderzoeksverslag. Omdat de informatie die in de onderzoeksopzet stond klopte, blijven de gebruikte meetinstrumenten betrouwbaar. Het sterke punt daarbij is dat er een gedegen theoretisch kader achter het onderzoeksverslag zit. Voor een volgend onderzoek moet het theoretisch kader in het begin stadia beter worden uitgediept (Bakker & van Buuren, 2009).

Om achter de kennis, behoeften en ervaringen te komen is ervoor gekozen om een enquête aan de verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie, uit te brengen. Hierop reageerden 37 respondenten. Deze magere respons kan veroorzaakt zijn doordat er bij het uitzetten van de enquête op de afdelingen al meerdere, verschillende enquêtes lagen van andere onderzoeken. Met het gevolg dat dit de motivatie van de verpleegkundigen om de enquête voor dit onderzoek in te vullen niet versterkt. Daarom is het voor een volgend onderzoek verstandig om voortijdig te inventariseren welke onderzoeken er al lopen binnen het cluster, om zo een dergelijke situatie te voorkomen. Daarnaast waren er vragen van een afdeling over de relevantie van dit onderzoek, aangezien er op die afdeling een korte tijd geleden al onderzoek is gedaan naar agressie. Dit onderzoek ondervond daar minimaal wat weerstand van qua respons.

De anonimiteit van de respondenten, in de fase dat de enquêtes werden afgenomen, was een discussiepunt. Door het ondertekenen van het toestemmingsformulier die vastgemaakt zat aan de papieren enquête, kon er achterhaald worden welke verpleegkundige welke enquête had ingevuld. Om de anonimiteit zo goed mogelijk te waarborgen is er gekozen om het toestemmingsformulier los te halen van de enquête. Een ander discussiepunt is dat de interviewvragen gebaseerd zijn op de uitslagen van de enquête. Er is geprobeerd om de betrouwbaarheid zo goed mogelijk te waarborgen, maar dit is niet volledig te garanderen doordat de vragen vanuit een bepaalde achtergrond gesteld zijn (Boeije, 2005).

Tijdens het analyseren van de interviews kwam naar voren dat ondanks de gehouden proefafnames het houden van nog een proefafname relevant was geweest, zodat de vragen nog beter hadden kunnen aansluiten bij de hoofd- en deelvragen. Dit omdat het bij het labelen duidelijk werd dat er in de interviews vooral naar agressie van bezoekers werd gevraagd, terwijl dit niet altijd even relevant was voor het onderzoek. Ook was er achteraf te weinig aandacht tijdens de interviews voor wat er volgens de agressie-aandachthouders aan handvatten in het ontwikkelde document moeten komen staan. Een mogelijke oorzaak hiervoor kan zijn, het niet diep genoeg doorvragen van de interviewer. Een ander punt ter discussie is de selecte groep geïnterviewden, namelijk drie agressie aandachthouders. Drie interviews is te weinig om resultaten op te

kunnen baseren. In het laatste interview kwamen geen nieuwe zaken meer naar voren, maar dit wil niet zeggen dat het saturatiepunt bereikt was (Baarda et al., 2005).

De enquêtes en interviews zijn geanalyseerd om zo tot waardevolle informatie te komen voor het onderzoek. Bij de enquêtes is het programma Microsoft Excel gebruikt om op een overzichtelijke manier de antwoorden te bundelen. Dit programma was voor dit onderzoek waardevol omdat er met één druk op de knop in tabellen en figuren de percentages en cijfers te zien waren van een vraag.

Tijdens de bespreking om de resultaten definitief te maken, is er herhaaldelijk gediscussieerd. De geanalyseerde resultaten kwamen grotendeels overeen. Een discussiepunt voor dit onderzoek was de relevantie van fragmenten uit de gehouden interviews, wat zorgde voor interessante argumenten. Uiteindelijk hebben alle partijen concessies gedaan en is het resultaat beschreven aan de hand van de gevonden citaten.

5.2.2. INHOUDELIJK

Tijdens het begingesprek met de opdrachtgevers van het UMC Utrecht werd het duidelijk wat de verwachtingen waren, namelijk dat er in praktijk een eenvoudig, praktisch en hanteerbaar document zou komen om binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie om te gaan met agressie. Doordat er objectief onderzoek gedaan moest worden vanuit de Hogeschool Viaa, wat niet gericht is op het eindproduct, was het lastig om het onderzoek op de juiste manier vorm te geven. Er moest een weg gevonden worden waarin alle partijen tevreden zouden zijn. Er is uiteindelijk onderzoek gedaan naar de behoeften en ervaringen van verpleegkundigen omtrent agressie, waaruit een handzaam document is ontstaan.

De enquête liet zien dat de respondenten agressie van bezoekers anders ervaren en accepteren dan van patiënten, die door hun ziekte niet meer weten wat ze doen. Hiermee is ook onderscheid gemaakt in het ontwikkelde document of de agressie van bezoekers of patiënten afkomstig was. Uiteindelijk is het ontwikkelde document geschreven voor het handelen bij agressie door patiënten. Voor agressie door bezoekers is er een UMC breed gedragen protocol.

Tijdens het analyseren van de interviews werd het kernthema 'ervaring' gebruikt. Tijdens het beschrijven van de resultaten bleek dat het begrip ervaring op twee manieren uitgelegd kan worden. Namelijk hoe iemand iets ervaart en wat de ervaring is in iets, zoals werkervaring of ervaring met agressie. Dit leidde tot verwarring bij de beschrijving van de resultaten, wat van negatieve invloed kan zijn op de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Tijdens het verwerken van de resultaten is gebleken dat de interviews veel interessante gegevens bevatten die niet direct te plaatsen waren onder de geformuleerde deelvragen. Hierdoor worden deze deelvragen vanaf één kant beantwoord en kon er geen vergelijking gedaan worden tussen de theorie en praktijk. Een andere vraag blijft of de respondenten de enquête op de juiste wijze hebben geïnterpreteerd.

5.3. VERPLEEGKUNDIGE VISIE

Agressie in de gezondheidszorg komt voor. Agressie is niet altijd te voorkomen, maar voor verpleegkundigen is het belangrijk om agressie zoveel mogelijk te reduceren. Agressie kan er namelijk voor zorgen dat verpleegkundigen ziek worden en hun werk niet meer naar behoren kunnen uitvoeren (Blando et al., 2013). Dat gaat ten koste van de kwaliteit van zorg (Erferst, 2004). Ervoor zorgen dat agressie niet meer voorkomt zou de meest gewenste situatie zijn. Alleen doordat er met mensen gewerkt wordt en ieder persoon uniek is, is dit niet te realiseren. Daarom moet ervoor gezorgd worden dat er op een juiste manier met agressie en neurologische problemen wordt omgegaan (Bowers & Wells, 2002), waarvoor kennis nodig is en gewaarborgd wordt. Een ander gewenste situatie zou zijn dat agressie bij de eerste symptomen door de verpleegkundigen geanticipeerd wordt. Wanneer dit niet lukt, om welke reden dan ook, moet agressie op een zo veilige en efficiënt mogelijke manier gestopt worden door de verpleegkundige. Hieraan draagt het onderzoek en het gemaakte stroomschema aan bij, om agressie tijdig te signaleren en de juiste interventie toe te passen.

5.3.1. MICRONIVEAU

Dit onderzoek is voor verpleegkundigen op het cluster Neurologie en Neurochirurgie relevant, aangezien er onderzoek is gedaan, met de verpleegkundigen die op dit cluster werkzaam zijn. Daarom zijn de resultaten en aanbevelingen direct toepasbaar op de afdelingen. De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat er daadwerkelijk geluisterd is naar de ervaringen en behoeften van de verpleegkundigen op de werkvloer, omdat deze worden weergegeven in de uitkomsten van dit onderzoek. Dit stimuleert ook het toepassen van de aanbeveling op de werkvloer, omdat de verpleegkundigen zelf hebben meegedacht en hun innovatievermogen hebben laten zien. Met als mogelijk positief gevolg dat hun gedrag op een eenvoudige wijze kan worden beïnvloed en verbeterd. Daarnaast laat het onderzoek zien dat het onderwerp agressie relevant is op de afdeling. Vernieuwing en onderzoek is daarom van belang binnen het cluster.

5.3.2. MESO-NIVEAU

Hoewel dit onderzoek binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie heeft plaats gevonden heeft dit onderzoek wel bredere relevantie, namelijk binnen het gehele UMC Utrecht. Agressie komt op iedere afdeling binnen het UMC Utrecht voor en verbeteringen en adviezen zijn daarom altijd welkom (M. Koedam, kennismakingsgesprek afstuderen, 20 oktober 2014). Dit onderzoek is toegespitst op de neurologische patiënt, wat van invloed kan zijn op het handelen van de verpleegkundigen rondom een agressie-incident. Voor het uiteindelijk gebruik van het ontwikkelde document zal dit niet van invloed zijn en is het dus ziekenhuis breed te gebruiken.

5.3.3. MACRONIVEAU

Dit onderzoek bevestigt dat verpleegkundigen behoefte hebben aan meer handvatten bij agressie. Dit komt overeen met artikelen in landelijke media, waarbij meer aandacht wordt gevraagd voor agressie. Dit onderzoek is landelijk niet toepasbaar, aangezien de onderzoekspopulatie te klein is, om deze meningen te generaliseren. Wel geeft dit onderzoek meer inzicht in dit onderwerp, wat een stimulans is tot extra onderzoek en is het daarom voor iedere verpleegkundige interessant.

5.4. AANBEVELINGEN

Uit de discussie is gebleken dat er voor bepaalde aspecten extra aandacht moet zijn. Voor deze aandachtspunten zijn aanbevelingen geschreven. In deze paragraaf staan deze aanbevelingen beschreven.

5.4.1. MICRONIVEAU

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de respondenten op de afdeling meer kennis willen verzamelen over agressie. Deze kennis moet gaan over het handelen rondom agressie-incidenten. Om deze kennis aan te laten sluiten bij de behoeften van de respondenten, is het van belang trainingen, scholing in de vorm van klinische lessen en e-learning op de afdelingen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie in het UMC Utrecht beschikbaar te stellen.

Uit de enquête kwam naar voren dat agressie van de neurologische patiënt geaccepteerd wordt, omdat dit in strijd is met de visie van het UMC Utrecht, moet er op afdelingsniveau onderzoek uitgevoerd worden naar de acceptatie hiervan door verpleegkundigen. Van belang daarbij is om aandacht te hebben voor hoe de acceptatie doorbroken kan worden en ervoor te zorgen dat ieder agressie-incident wordt gemeld.

Op het cluster Neurologie en Neurochirurgie moet de teamleider, door de verpleegkundige die betrokken is geraakt bij agressie, mondeling ingelicht worden. Dit om het eigen mentale welzijn en indirect de veiligheid en werkdruk voor collega's te waarborgen.

Agressie moet meer bespreekbaar gemaakt worden op de afdelingen, omdat dit onderwerp vaak nog uit de weg gegaan wordt. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door in de teamvergaderingen agressie als standaard agendapunt te hebben.

5.4.2. MESONIVEAU

Om de continuïteit en veiligheid binnen de zorg te waarborgen, is het van belang dat er een éénduidig document met betrekking tot het handelen rondom agressie wordt geïmplementeerd, op alle afdelingen binnen het UMC Utrecht. Het advies is daarom om het stroomschema met bijbehorende protocol te implementeren op alle afdelingen binnen het UMCU.

5.4.3. MACRONIVEAU

Om agressie in de zorg tegen te kunnen gaan moet er landelijk meer aandacht worden besteed aan dit onderwerp. Dit door middel van campagnevoering, maar ook door symposia voor verpleegkundigen en artsen om hen meer voor te bereiden op agressie in de zorg. Daarnaast zouden landelijke richtlijnen en regels kunnen helpen om eenduidig, op dezelfde manier agressie in de zorg tegen te gaan. Met elkaar ervoor gaan!

5.4.4. SLOTWOORD

Dit onderzoek heeft bijgedragen aan de veiligheid van het verpleegkundig personeel van het cluster Neurologie en Neurochirurgie van het UMC Utrecht bij het omgaan met agressie. Dit door aan te sluiten bij de behoeften van de verpleegkundigen en hier passende handvatten aan te reiken. Het is daarom raadzaam vervolgonderzoek uit te voeren om te meten of dit daadwerkelijk zo is.

6. BIBLIOGRAFIE

- Abraham, M. Flight, S. & Roorda, W. (2011) *Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak*. Amsterdam: DSP - groep BV
- *Algemene Wet Gelijke Behandeling* (1994) Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; http://wetten.overheid.nl/BWBR0006502/geldigheidsdatum_09-02-2015
- *Arbeidsomstandighedenwet* (1999) Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; http://wetten.overheid.nl/BWBR0010346/geldigheidsdatum_09-02-2015 Arbeidsovereenkomsten van het Burgerlijk Wetboek (1996) § 646, 678, en 679 van Boek 7, Titel 10
- Arbokennisnet (2014) *Dossier agressie en geweld*. Geraadpleegd op 10 december 2014 van; http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/dossiers/psa/d_agressie_en_geweld.pdf
- Baarda, D. B. (2009) *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen / Houten: Noordhoff
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede, J. Teunissen. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen / Houten: Noordhoff
- Bakker, E. Buuren, H. van. (2009) *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen / Houten: Noordhoff
- Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Brouwer, E. Peerdeman, P. (2007) *Handboek Veiligheidszorg®*. Baarn: HBuitgevers
- Blando, J.D., Casteel, C., O'Hagan, E., Nocera, M., & Peek-Asa, C. (2013) Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management*, Vol. 21, Issue 3, p 491-498
- Braun, J., & Manos, P.J. (2006) *Care of the difficult patient: a nurse's guide*. USA: Routledge
- Bos, M. (2000) *Seksuele intimidatie in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Bowers, L., & Wells, J. (2002) How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 39, Issue 3, p230-240. 11p
- Burgerlijk Wetboek Art. 7:658 lid 1. Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/Boek7/Titel10/Afdeling6/Artikel658/geldigheidsdatum_09-02-2015
- Camerino, D. Conway, P.M. Estryn-Behar, M. Fry, C. Hasselhorn, H.M. Heijden, B. van der, Le Nezet, O. (2008) Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med (London)*, Vol. 58, Issue 2, p107-114.
- Diers, D., Catling-Paull, C., Duffield, C. & Roche, M. 2010) Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes, *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 42, Issue 1, p13-22
- Clare, J., Jackson, D., & Mannix, J. (2002) Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, Vol.10, Issue 1, p13-20
- Dam, A. van, Tilburg, C. van, Steenkist, P. & Buisman, M. (2008) *Niet meer door het lint*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dziegielewski, S.F., Kisa, A. (1996) Sexual Harassment of Female Nurses in a Hospital in Turkey. *Health Serv Manage Res*. Vol. 9, Issue 4, p243-253
- Erferst, D. (2004) Wat als agressie toeslaat? ...beter voorkomen dan bevechten. *Spoedgevallen*, 23 (5), p130-143

- Fleuren, K. (2013) *Veilige Zorg*. Geraadpleegd op 09 februari 2015 van <https://scoop.mijnumc.nl/Scoop/Nieuws/Kom+van+elkaar+leren+over+agressie.htm>
- Gale, C., Greenwood, R., & Swain, N. (2014) Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *The New Zealand Medical Journal*, Vol 127, Issue 1394
- Goosen, C. (2013) *In vertrouwen: onderzoek naar professionaliteit van de vertrouwenspersoon seksuele intimidatie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant uitgevers.
- Gerven, G. Navratil, D. (2013) *Actieplan omgaan met patiënten met gedragsproblemen*. Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur.
- Gerven, G. Navratil, D. (2013) *Omgaan met gedragsproblemen FNO*. Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur.
- Hahn, S., Halfens, R., Hantikainen, V., Needham, A. Kok, G., & Dassen, T., (2012) Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 68, Issue 12, p2685-2699. 15p. 5 Charts.
- Hillbrand, M., Spitz, R.T., Foster, H.G., Krystal, J.H. & Young, J.L. (1998) Creatine kinase evaluations and aggressive behaviour in hospitalized forensic patients. *Psychiatri Q* 69(1): p69-82.
- Grit, R. Julsing, M. (2013) *Zo doe je een onderzoek*. Groningen / Houten: Noordhoff
- Grube, M., Liszka, R. & Weigand-Tomiuk, H. (2008) Creatine kinase associated with aggressive behaviour in psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry* 30 (6) 564-71.
- Facilitair bedrijf (2013) Plan van aanpak "Duidelijkheid over agressie in het UMC", Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur.
- Hagen, M. van (2014) *Beleid en veiligheid*. Geraadpleegd op 7 april 2015 van <https://richtlijn.mijnumc.nl/JCI/Documentatie/Paginas/Beleid-Veiligheid-en-Beveiliging.aspx>
- Hardeman, G. (2015) *Missie en visie UMC Utrecht*. Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; <https://scoop.mijnumc.nl/NR/ronlyres/4998BAAB-E36E-430A-90A1-39EA65425C28/133497/Strategieboek2013DVF4.pdf>
- Jonge, H. de (2012) *Relaties in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Maerten, M. (2013), *Efficiënt omgaan met verbale agressie op de psychiatrie*. Geraadpleegd op 8 december 2014 van; <http://dspace.howest.be/bitstream/10046/1040/1/Bachelorproef+-+Mien+Maerten.pdf>
- Nesselrooij, T. van (2006) *Alternatieven vrijheidsbeperkende maatregelen*. Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; <https://scoop.mijnumc.nl/NR/ronlyres/EEF473B2-B897-438F-AF06-DE559655F3C7/92629/AlternatieveinterventiesUMCU992.pdf>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (23 juni 2014), *Wat is preventie?* Geraadpleegd op 8 december 2014 van; <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/>
- Powley, D. (2013) Reducing violence and aggression in the emergency department. *Emergency Nurse*, Vol. 21, Issue 4, p26-29
- Rijksoverheid (2012) *Actieplan Veilig Werken in de Zorg* Geraadpleegd op 24 maart 2015 van; <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/03/22/actieplan-veilig-werken-in-de-zorg.html>
- Rikhof, M., Vluggen, P., Oude Egbrink, M., Bos, G. (2011) *Onderzoek naar seksuele intimidatie bij co-assistenten Geneeskunde in Maastricht*. <http://medischcontact.artsennet.nl/archief->

[6/Tijdschriftartikel/93089/Onderzoek-naar-seksuele-intimidatie-bij-coassistenten-Geneeskunde-in-Maastricht.htm](#)

- Schuur, G. (2012) *Omgaan met agressie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schoneveld, C. (2011) *Agressie in de patiëntenzorg*. Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; <https://scoop.mijnumc.nl/Scoop/Divisiesen+UMC+organen/Divisies/Hersenen/Neurologie+en+Neurochirurgie/Richtlijnen/Agressie.htm>
- Tilburg, E. van (2004) *Agressie: Praktijkboek voor hulpverleners, begeleiders en leerkrachten*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant uitgevers.
- Veenstra, H. (2014) *Uniforme grens bij agressie gesteld*. Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; <https://scoop.mijnumc.nl/Scoop/Nieuws/Uniforme+grens+bij+agressie+is+gesteld.htm>
- Visser, M. (2012) *Helpt zorgwerknemers krijgt te maken met agressie* Geraadpleegd op 2 januari 2015 van; <http://www.elsevier.nl/Carriere/nieuws/2012/7/Helpt-zorgwerknemers-krijgt-te-maken-met-agressie-ELSEVIER344504W/>
- V&VN (2008) Het grote gevaar van zorg. Geraadpleegd op 18 november 2014 van; <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=tZ5N4D7i0qU%3d&tabid=3457>
- V&VN (2013) *Nieuwe cijfers agressie ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 9 december 2014 van; <http://www.venvn.nl/Dossiers/Agressie/Detail/tabid/5044/ArticleID/8425/mod/13130/Nieuwe-cijfers-agressie-in-ziekenhuizen.aspx>
- V&VN (2014) Dossier agressie. Geraadpleegd op 18 november 2014 van; <http://www.venvn.nl/Dossiers/Agressie/Detail/tabid/5044/ArticleID/6655/mod/13130/Het-grote-gevaar-van-de-zorg.aspx>
- Werkgroep Agressie (2012). Richtlijn Omgaan met Agressie. Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur.
- UMC Utrecht (2003) Werkboek 'Omgaan met emotionele belasting' Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur.
- UMC Utrecht (2014) Regels en rechten. Geraadpleegd op 8 april 2015 van <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/In-het-ziekenhuis/Regels-en-rechten/Plichten>
- Wester, M. Rood, B. Keeken, P. van, Hemert- van der Poel, H. van, Hoff, H. & Kuks, J. (2010) *Zorg rondom neurologie: handboek voor de verpleegkundige praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wet Bescherming Persoonsgegevens (2000) artikel 8. http://wetten.overheid.nl/BWBR0011468/geldigheidsdatum_09-02-2015#Hoofdstuk2
- Wet Bescherming Persoonsgegevens (2000) artikel 23. Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; http://wetten.overheid.nl/BWBR0011468/geldigheidsdatum_09-02-2015#Hoofdstuk2
- Wet Gelijke Behandeling van Mannen en Vrouwen (1980) Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; http://wetten.overheid.nl/BWBR0003299/geldigheidsdatum_09-02-2015
- Wetboek van Strafrecht (1881) artikel 261, 262, 285, 300, 301, 302 en 303 Geraadpleegd op 9 februari 2015 van; http://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/TweedeBoek/geldigheidsdatum_09-02-2015

7. BIJLAGEN

7.1. ZOEKPLAN LITERATUURONDERZOEK

STAP 1: FORMULERING VAN DE PROBLEEMSTELLING

Hoofdvraag	Welke ervaring is er met betrekking tot agressie-incidenten bij de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie en welk praktisch document met handvatten hebben zij nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie-incidenten?
Deelvragen	1 Welke ervaringen hebben verpleegkundigen met agressie in de gezondheidszorg binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie? 2 Hoe ervaren verpleegkundigen agressie-incidenten binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie? 3 Wat is de ervaring van verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie met betrekking tot de bestaande handvatten ten aanzien van de aanpak van agressie-incidenten? 4 Welke kennis en informatie hebben verpleegkundigen nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie? 5 Welke handvatten moeten in het document komen te staan, zodat de verpleegkundigen adequaat kunnen handelen bij agressie-incidenten?

STAP 2: GLOBALE AFBAKENING VAN HET ONDERWERP

Periode	: Afgelopen 5 jaar
Plaats	: Wereldwijd
Taal	: Nederlands, Engels

STAP 3: ORIËTERING OP HET ONDERWERP

Vaktermen	Trefwoorden	Engelse termen
Agressie Neurologie Interventies Nazorg agressie Richtlijnen agressie Agressie ziekenhuis Verpleegkundige	Agressie, gewelddadigheid, Neurologie, Primaire preventie, secundaire preventie, tertiaire preventie, Nazorg agressie, Richtlijnen agressie, protocol agressie, Agressie ziekenhuis Verpleegkundige	Aggression, violence, Neurology, Primary interventions, secondary interventions, tertiary interventions, Aftercare aggression, Guidelines aggression, aggression protocol, Aggression hospital Nurse

STAP 4: OPSTELLEN DEFINITIEVE LIJST 'ZOEKWOORDEN'

Optie 1: Nurse, aggression / violence, interventions

Optie 2: Guidelines aggression, hospital

STAP 5: ZOEKEN IN CATALOGI, DATABANKEN, INTERNET

Voor het overzicht zijn alleen de in het theoretische kader gebruikte artikelen en boeken uitgewerkt. Aangezien er veel bronnen af vielen vanwege de afbakening van de literatuurstudie, hebben we deze bronnen hieronder niet vermeld.

Naam Databank: Academic Search

Gebruikte zoektermen:

Optie 1: 'Nurse' AND 'interventions' AND 'violence'

Optie 2: 'Guidelines aggression' AND 'hospital'

76 resultaten - 3 bruikbaar

1 resultaat - niet bruikbaar

Artikelen:

Titel	Tijdschrift	Auteur	ISSN	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz
Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey.	Journal of Advanced Nursing.	Hahn, S. Hantikainen, V. Needham, A. Kok, G. Dassen, T. Halfens, R.	0309-2402	Dec2012 Vol. 68	Issue 12	p2685-2699. 15p. 5 Charts.
Reducing violence and aggression in the emergency department.	Emergency Nurse.	Powley, D.	1354-5752	Jul2013, Vol. 21	Issue 4	p26-29. 4p.
How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?	Journal of Advanced Nursing.	Wells, J. Bowers, L.	0309-2402	Aug2002, Vol. 39	Issue 3	p230-240. 11p

Naam Databank: *Bibliotheek - boeken*

Gebruikte zoektermen:

Optie 1: 'Agressie' AND 'zorg' 26 resultaten - 6 bruikbaar
Optie 2: 'preventie' AND 'agressie' AND 'ziekenhuis' 6 resultaten - 0 bruikbaar

Boeken:

Titel	Auteurs	ISBN	Jaar	Uitgever
<i>Handboek Veiligheidszorg®.</i>	Brouwer, E. Peerdeman, P.	9789055745937	2007	Baarn: HBuitgevers
<i>In vertrouwen: onderzoek naar professionaliteit van de vertrouwenspersoon seksuele intimidatie</i>	Goosen, C.	9789044130072	2013	Antwerpen/Apeldoorn : Garant uitgevers
<i>Relaties in de zorg</i>	Jonge, H. de	9031325775 & 9789031325771	2012	Houten: Bohn Stafleu van Loghum
<i>Omgaan met agressie</i>	Schuur, G.	9031369616 & 9789031369614	2012	Houten: Bohn Stafleu van Loghum
<i>Agressie: Praktijkboek voor hulpverleners, begeleiders en leerkrachten</i>	Tilburg, E. van	9044114301 & 9789044114300	2009	Antwerpen/Apeldoorn : Garant uitgevers
<i>Zorg rondom neurologie: handboek voor de verpleegkundige praktijk</i>	Wester, M. Rood, B. Keeken, P. van, Hemert- van der Poel, H. van, Hoff, H. & Kuks, J.	9789031350476	2010	Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Naam Databank: *Google Scholar*

Gebruikte zoektermen:

Optie 1: 'Nurse' AND 'interventions' AND 'violence' 321 resultaten - 4 bruikbaar
Optie 2: 'Guidelines aggression' AND 'hospital' 0 resultaten - niet bruikbaar

Artikelen:

Titel	Tijdschrift	Auteur	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz
Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention.	Journal of Nursing Management	Jackson, D. Clare, J. Mannix, J.	Jan2002, Vol.10	Issue 1	p 13–20
Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety.	Journal of Nursing Management	Blando, J.D. Casteel, C. O'Hagan, E. Nocera, M. Peek-asa, C.	Apr2013 Vol. 21	Issue 3	p 491–498
Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting.	The New Zealand Medical Journal	Gale, C. Greenwood, R., Swain, N.	May2014 Vol 127	Issue 1394	
Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes	Journal of Nursing Scholarship	Diers, D. Duffield, C. Roche, M. Catling-Paull, C.	Mar2010 Vol. 42	Issue 1	p 13–22

Naam Databank: *Picarta*

Gebruikte zoektermen:

Optie 1: 'Nurse' AND 'interventions' AND 'violence' 6 resultaten - 1 bruikbaar
Optie 2: 'aggression' AND 'hospital' AND 'Neuro*' 18 resultaten - niet bruikbaar

Boeken:

Titel	Auteurs	ISBN	Jaar
Care of the difficult patient : a nurse's guide.	Peter J. Manos and Joan Braun	0-415-35823-X	2006

Naam Databank: *Pubmed*

Gebruikte zoektermen:

Optie 1: 'Nurse' AND 'interventions' AND 'violence' 32 resultaten - 1bruikbaar
Optie 2: 'aggression' AND 'hospital' AND 'Neuro*' 18 resultaten - niet bruikbaar

Artikelen:

Titel	Tijdschrift	Auteur	Jaar + Jaargang	Aflevering	Blz
Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study.	Occup Med (London)	Camerino, D. Conway, P.M. Estryn-Behar, M. Fry, C. Hasselhorn, H.M. Heijden, B. van der, Le Nezet, O.	Mar2008 Vol. 58	Issue 2	p107-114.

Naam Databank: *UMC Utrecht - Scoop*

Gebruikte zoektermen:

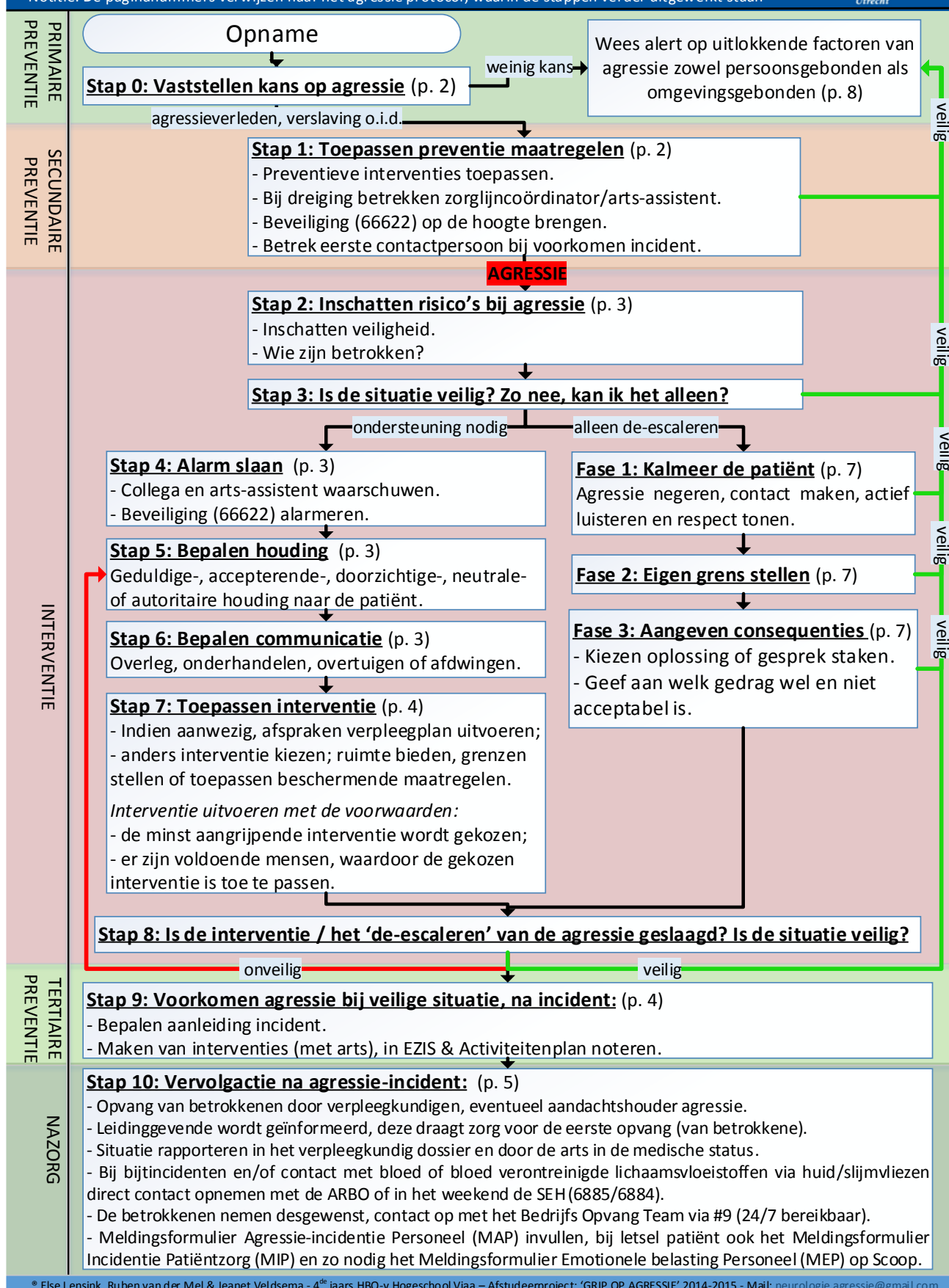
'Agressie' AND 'Neurologie' AND 'Preventie'

Publicaties:

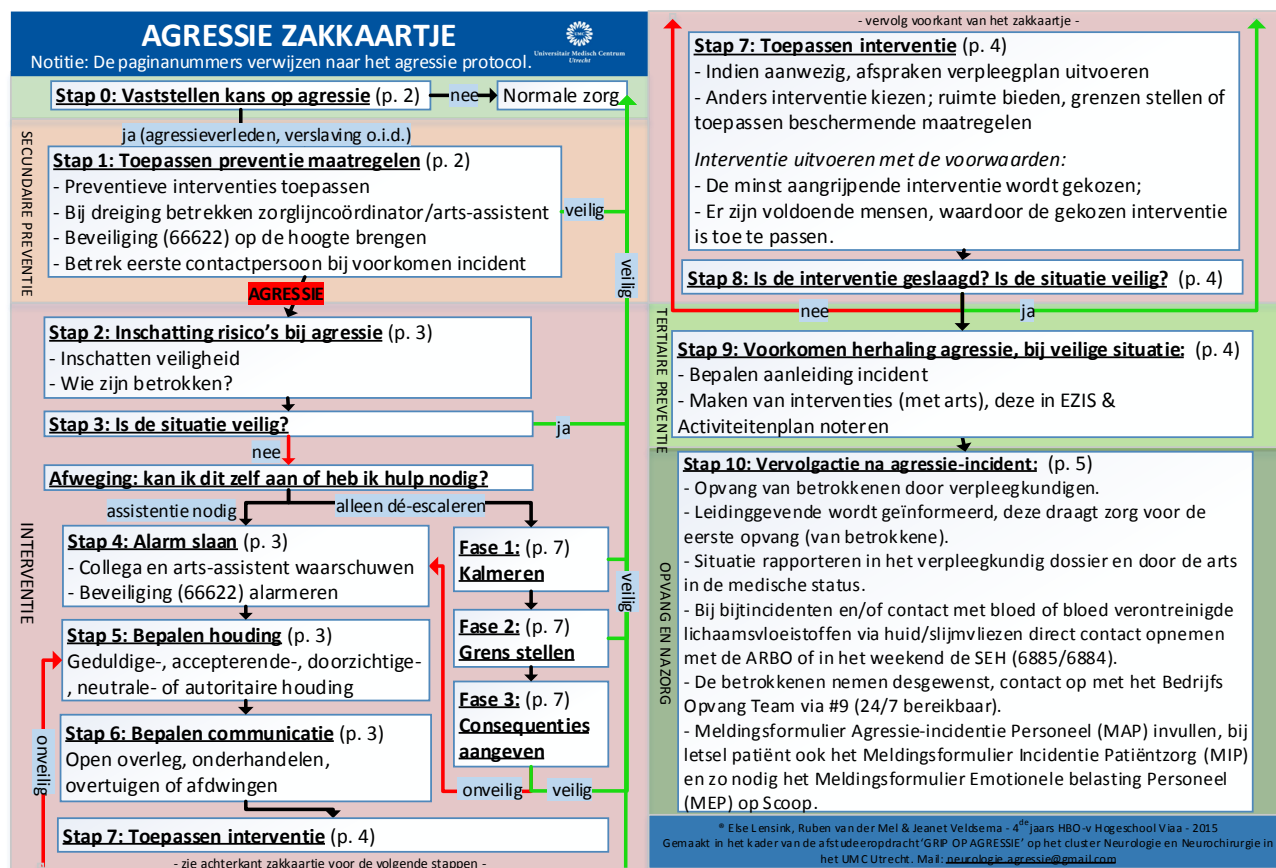
Titel	Auteurs	Jaar
Actieplan omgaan met patiënten met gedragsproblemen.	Gerven, G. Navratil, D	2013
Omgaan met gedragsproblemen FNO	Gerven, G. Navratil, D.	2013
Richtlijn Omgaan met Agressie	Werkgroep Agressie	2012
Werkboek 'Omgaan met emotionele belasting'	UMC Utrecht	2002/2003
Alternatieven vrijheidsbeperkende maatregelen	Nesselrooij, T. van	2006
Plan van aanpak "Duidelijkheid over agressie in het UMC"	Facilitair bedrijf	2013
Agressie in de patiëntenzorg	Schoneveld, C.	2011

AGRESSIE STROOMSCHEMA

Notitie: De paginanummers verwijzen naar het agressie protocol, waarin de stappen verder uitgewerkt staan



7.3. ZAKKAARTJE



1. Documenteigenschappen

Titel	Protocol agressie
Auteur	Lensink E.J., Mel, van der L., Veldsema A.
Medebeoordelaars	Koedam, M. en Aelbers, D.H.M.
Eindverantwoordelijke	
Beheerder (meestal de divisiecoördinator)	
Verantwoordelijke divisie	Hersenen
Verantwoordelijke afdeling	Cluster Neurologie en Neurochirurgie
Datum autorisatie	
Revisiedatum (max. na 2 jaar)	
Datum wijziging	X
Korte omschrijving wijziging	X
Evidenced based/ best practice/ consensus	X
Indien van toepassing: Niveau van evidence	X
Trefwoorden	Agressie, Agressie voorkomen, preventie agressie, interventie agressie, nazorg agressie
Status: Gereed voor publicatie	Ontwerp 0.3

2. Inhoud protocol**ONDERWERP**

Dit protocol richt zich op agressie van patiënten tegen medewerkers van het UMC Utrecht cluster Neurologie en Neurochirurgie.

OMSCHRIJVING

Agressie komt voor binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Er zijn verschillende fasen waarin de verpleegkundige verschillende methoden nodig heeft om adequaat te kunnen handelen tijdens een agressie-incident. Hiermee wordt het voorkomen van agressie, toepassen van interventies tijdens een agressie-incident en de afwikkeling en nazorg na een agressie-incident bedoeld. Om op de juiste manier te kunnen handelen tijdens de verschillende fasen van agressie te handelen helpt dit protocol.

PATIËNTENCATEGORIE

Dit protocol geldt voor verpleegkundigen en medici die patiënten behandelen die opgenomen zijn op het cluster Neurologie en Neurochirurgie van de divisie hersenen binnen het UMC Utrecht.

BEVOEGDHEID

Geen voorbehouden handeling.

DOEL

Dit protocol heeft als doel het aantal en de ernst van agressie-incidenten te verminderen en het gevoel van veiligheid bij medewerkers en patiënten te vergroten.

INDICATIES

- Patiënt die agressief gedrag vertoont op de afdeling
- Patiënt die in het verleden bekend is geweest met agressief gedrag

CONTRA-INDICATIES

- Patiënten die geen agressief gedrag vertonen
- Patiënten die in het verleden niet bekend zijn met agressie gedrag

1. Primaire preventie: Signalering & preventie

Wanneer de patiënt in het verleden bekend is geweest met agressie moet hier in de anamnese aandacht aan besteed worden. Het volgende stappenplan kan als handvat rondom de zorg van een agressieve patiënt gebruikt worden.

Stap 0: Vaststellen verhoogde kans op het ontstaan van agressie.

1. Wat is het probleem
 - Is de patiënt bekend (geweest) met agressie?
 - Zijn er risicofactoren voor het ontstaan van agressie? (vb. ziektebeeld)
 - Is er dreiging van agressie? Wat houdt de dreiging in?
2. Wat is de oorzaak
 - Is het gedrag verklaarbaar door een neurologische ziekte?
 - Als de patiënt bekend is met agressie, waar bestond deze agressie uit?
 - Spelen er beïnvloedende factoren die agressie bij de patiënt kunnen veroorzaken of beïnvloeden?
 - Persoonsgebonden kenmerken (bijlage 5.2.1.).
 - Omgevingsgebonden kenmerken (bijlage 5.2.2.).
 - Zijn er ervaringen met interventies met betrekking tot agressie van de patiënt? Zijn er interventies vanuit een andere instelling die in het UMC te gebruiken zijn bij deze patiënt.

2. Secundaire preventie: Hantering

Stap 1: Toepassen preventieve maatregelen

3. Preventieve maatregelen
 - Wilsbekwaamheid en risico's
 - Is de patiënt wilsbekwaam? Waarover kan hij wel / niet beslissen? Wie heeft dit vastgesteld?
 - Maak een inschatting van het gevaar voor zichzelf, anderen en de omgeving van de patiënt.
 - Wie zijn betrokken:
 - Maak hierover afspraken en betrek hierbij de seniorverpleegkundige.
 - Betrek bij dreigende agressie de zorglijncoördinator en arts assistent.
 - Eventueel overleg met verpleegkundig specialist GGZ (Evt. afspraak psychiatrisch consult).
 - Stel bij dreigende agressie de beveiliging (66622) op de hoogte, of maak alvast afspraken.
 - Betrek de eerste contactpersoon bij het voorkomen van een agressie-incident.
 - Uitlokkende factoren / hoeveelheid prikkels.
 - Zijn uitlokkende factoren bekend? Pas deze zo mogelijk aan (bijlage 5.2).
 - Maak afspraken over de hoeveelheid prikkels.
 - Begeleiding en verpleging
 - Maak eventueel voor de patiënt een vast dagprogramma.
 - Maak afspraken over begeleiding en verpleging (bijlage 5.2.3 en 5.2.4).
 - Bespreek met de patiënt (en familie) de gedragsregels van de afdeling.
 - Zorg coördinatie
 - Wie is er voor de patiënt verantwoordelijk? Aanspreekpunt?
 - Overige afspraken over bezoek, arts overleg en calamiteiten.
 - Bezoek
 - Bijv. Aangepast bezoek, reactie op familie, rooming-in en fixatie los bij bezoek.
 - Medicatie
 - (Preventief) geven van (dwang)medicatie na inschatting risico's en wilsbekwaamheid.
 - Fixatie
 - Type fixatie afgesproken?

Noteer alle afspraken en adviezen in EZIS en activiteitenplan!

3. Interventie

Stap 2: Taxatie risico's:

- Richt de agressie zich op zichzelf, anderen en/of materialen? Hoe hoog is de spanning?
- Wie is/zijn betrokken?
- Nagaan of er mensen gewond zijn.
- Maak een inschatting van:
 - Veiligheid van medepatiënten en personeel.
 - Kwetsbaarheid van de medepatiënten.
 - Veiligheid in de omgeving (materialen / wapen)
 - Eigen veiligheid en draagkracht.
 - Kennis en vaardigheden van overig personeel.

Stap 3: Vaststellen of de situatie veilig/onder controle is

Op basis van de bovenstaande taxatie stel je vast of de situatie veilig of onveilig is.

Is de situatie **onveilig**:

- Je hebt hulp nodig → ga verder met stap 4
- Je kunt het alleen aan → ga naar bijlage 5.1 (de-escaleren)

Is de situatie **veilig** → ga verder met stap 9

Stap 4: Alarm slaan

Met als doel het onder controle krijgen van de situatie en het beperken van schade en letsel.

- Alarm slaan bij collega;
- Dienstdoende arts-assistent zo spoedig mogelijk waarschuwen;
- Bepaal of de beveiliging (66622) gebeld moet worden;
- De verantwoordelijke verpleegkundige maakt afspraken en een taakverdeling met directe collega's: bij een incident met lichamelijk letsel of ernstige dreiging, neemt een collega verpleegkundige zowel de zorg voor de patiënt als de uitvoering van de richtlijn agressiehantering over.

Stap 5: Bepalen houding

De verantwoordelijk verpleegkundige bepaalt (in overleg met collega's) de bejegeningstijl: (bijlage 5.3)

- Geduldige houding: hierbij gaat het om uitleg geven, tijd geven om te reageren, luisteren, kijken of de patiënt en hulpverlener elkaar begrijpen.
- Accepterende houding: gericht op het maken van empathisch contact met de patiënt.
- Doorzichtige houding: gericht op het hier en nu, duidelijk en helder zeggen dat een bepaald gedrag niet wordt toegestaan, zonder op de relatie of achterliggende motieven in te gaan.
- Neutrale houding: hierbij gaat het erom op een nuchtere, niet bekritiserende manier duidelijk te maken wat de hulpverlener van de patiënt verwacht.
- Autoritaire houding: wanneer alle andere strategieën falen, kan streng optreden de enige strategie zijn die het ongewenste een halt toe roept (geen concessies, geen discussie).

Stap 6: Bepalen communicatie

De verantwoordelijk verpleegkundige bepaalt (in overleg met collega's) de beïnvloedingsstrategie: (bijlage 5.4)

- Open overleg: De zorgverlener en de patiënt werken samen, er wordt rekening gehouden met wensen en behoeften van de patiënt (geen specifieke tactieken, verborgen agenda etc.)
- Onderhandelen: De zorgverlener en de patiënt zijn niet (meer) bereid tot samenwerken. Het gaat om het uitwisselen en bediscussiëren van standpunten en ideeën. Het resultaat is een compromis dat voor beiden acceptabel is.
- Overtuigen: De zorgverlener en de patiënt zijn niet (meer) bereid tot samenwerken, de patiënt voegt zich op den duur wel. De mening of het verzoek van de patiënt wordt aangehoord, maar de hulpverlener gaat er niet over in discussie. Probeer de patiënt te overtuigen van je eigen standpunt.
- Afdwingen: De zorgverlener en patiënt zijn beiden niet bereid tot samenwerking. De hulpverlener waarschuwt de patiënt voor de consequenties bij het niet accepteren van een bepaald voorstel of een oplossing (afdwingen is meer dan bij overtuigen gekoppeld aan negatieve consequenties)

Stap 7: Interventiekeuze

Met als doel op grond van de volgende overwegingen tot een interventiekeuze te komen:

- De verantwoordelijk verpleegkundige:
 - gaat na op wie de interventies gericht moeten zijn (zie stap 1);
 - maakt een snelle inschatting van de aanleiding van het incident.
- Indien aanwezig, afspraken uit het behandel- cq. verpleegplan;
- De interventies die mogelijk en toepasbaar zoals: (bijlage 5.5)
 - Ruimte bieden: De zorgverlener geeft de patiënt de gelegenheid om zijn emoties te uiten en iets met zijn spanning te doen. Doel is de-escalatie, anders omgaan met spanningen.
 - Grenzen stellen: De zorgverlener gaat op een directieve manier in op het (dreigend) agressieve gedrag met de bedoeling de patiënt erop te wijzen dat hij een grens overschrijdt en dat het gedrag moet veranderen. Doel is leren op een geaccepteerde manier met spanning omgaan, de-escalatie, vrijheidsbeperking voorkomen en duidelijkheid voor medepatiënten.
 - Toepassen van beschermende maatregelen: Er bestaat geen andere mogelijkheid dan het tijdelijk beschermen van de patiënt tegen eigen handelingen, om te voorkomen dat er gevaar voor letsel ontstaat of de veiligheid van anderen in gevaar komt. (Zie ook het protocol 'vrijheidsbeperkende maatregelen' op Scoop)

De verantwoordelijk verpleegkundige bepaalt: (indien mogelijk in overleg met collega's)

- op grond van de getaxeerde risicofactoren welke hulp zij nodig heeft om de interventie uit te voeren.
- de minst aangrijpende maatregel die er is. (de toegepaste interventie moet in verhouding staan tot de ernst, de oorzaak en aanleiding van het incident)
- de bejegeningstijl en strategie.
- de juiste plaats en tijd voor de interventie, door "nu" aan te geven.

Stap 8: Vaststellen effect interventie

Na de uitvoering van de interventie bepaalt de verantwoordelijk verpleegkundige of de situatie veilig is en zo wordt ervaren door de betrokkene(n).

Is de situatie **onveilig** → ga terug naar stap 4

Is de situatie **veilig** → ga verder met stap 9

4. Tertiaire interventies: Voorkomen herhaling van agressie

Stap 9: Voorkomen agressie-incident bij veilige situatie

Ter voorkoming van een volgend agressie-incident worden de volgende stappen doorlopen:

- a) De verantwoordelijk verpleegkundige bepaalt, na overleg met collega's, wat de aanleiding van het incident was vanuit zowel het perspectief van de patiënt als van de medewerker. Dit aan de hand van de volgende vragen:
 - Was er sprake van een oplopende spanning die door het incident doorbroken is of blijft de dreiging ook na het incident bestaan?
 - Wat was de oorzaak van de agressie?
 - Komt het voort uit een neurologisch ziektebeeld?
 - Heeft het te maken met het afdelingsklimaat?
 - Is het incident eenmalig of herhaaldelijk?
- b) De verantwoordelijk verpleegkundige bepaalt, na overleg met collega's, vervolg interventies:
 - Pas, indien nodig, het verpleeg/ behandelbeleid aan.
 - In overleg met collega's en/of dienstdoende arts nagaan welke interventies verder mogelijk zijn (bijv. ruimte bieden, grenzen stellen, vrijheid beperken, medicatie).
 - De gekozen en uitgevoerde interventies worden gerapporteerd in het verpleegkundig dossier (denk met het rapporteren aan tijdstip en namen betrokkenen).

5. Opvang & nazorg

5.1 Opvang betrokken medewerker(s)

Stap 10: Vervolgacties na het agressie-incident

Ter afsluiting, na een agressie-incident, dienen de volgende stappen doorlopen te worden:

- De betrokken medewerkers worden in eerste instantie opgevangen door collega's (zie opvangtips p. 6).
- De taken van de betrokken medewerker(s) worden, indien nodig, door collega's overgenomen. Indien het letsel van de medewerker zo ernstig is dat opname in het ziekenhuis nodig is wordt de medewerker op een andere afdeling opgenomen dan de eigen afdeling.
- De direct leidinggevende (teamleider) wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd (indien de directe leidinggevende niet bereikbaar is, wordt een collega teamleider gebeld en indien deze niet bereikbaar is het hoofd zorg en anders wordt de manager zorg gebeld).
- De leidinggevende draagt zorg voor de eerste opvang van betrokken medewerker(s) en patiënten.
- De betrokken medewerker neemt direct contact op met de ARBO (6400 / 6401) indien deze betrokken is geweest bij een bijtincident en/of in contact is geweest met bloed of met bloed verontreinigde lichaamsvloeistoffen via een niet intacte huid/slijmvliezen. Buiten kantoor tijd en in het weekend contact opnemen met Spoedeisende hulp (6885/6884).
- De betrokkenen nemen desgewenst, contact op met het Bedrijfs Opvang Team (# 9, vragen naar bedrijfsopvangteam). Deze is 24 uur per dag bereikbaar.
- Vul een Meldingsformulier Agressie Personeel (MAP) in.
- Vul bij letsel bij de patiënt het Meldingsformulier Incident Patiëntenzorg (MIP) in.
- Vul zo nodig het Meldingsformulier Emotionele belasting Personeel (MEP) in.
- Bespreek het incident na met het team.

5.2 Opvang betrokken patiënten

Wanneer één of enkele patiënten betrokken of getuige geweest zijn van het incident, neemt een verpleegkundige hen apart en bespreekt het incident na en bekijkt of er vervolg interventies nodig zijn.

5.3 Nabespreking incident / Opvang en Nazorg

De teamleider draagt zorg voor het bespreken van het incident met:

- de bij het incident betrokken medewerkers
- de behandelend arts
- de Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige (EVV)
- de betrokken medewerkers van de beveiliging

Deze nabespreking vindt uiterlijk plaats op de eerst volgende werkdag na de dag waarop het agressie-incident zich voordoet. Indien een agressie-incident zich voordoet buiten kantoor tijden, kan afhankelijk van de aard en de ernst van het incident telefonisch contact worden gezocht met de teamleider.

De volgende punten komen tijdens de nabespreking aan de orde:

1. Oorzaak incident
 - In hoeverre is er een relatie tussen het incident en
 - de organisatie en de gehanteerde werkwijze op de afdeling
 - de patiënt en zijn/haar gedrag
 - de (on)mogelijkheden en karakteristieken van de zorgverleners
 - Zijn er verbeterpunten en zo ja, welke?
2. Evaluatie interventies
 - Zijn de stappen uit het protocol Agressie gebruikt bij de beoordeling van de situatie en interventie keuze?
 - Zijn er verbeterpunten, die een mogelijke herhaling van het incident helpen te voorkomen?
 - Zijn het behandelplan en verpleegplan aangepast?
3. Nazorg

Is nazorg geregeld voor:

 - betrokken medewerker(s)
 - medepatiënten

Welke afspraken zijn hierover gemaakt?

Voor stroomschema pagina 5

Van de nabespreking van het incident wordt een verslag gemaakt door de teamleider. Deze wordt bewaard bij de MAP-registratie. Twee keer per jaar geeft de afdelingsleiding, tijdens een afdelingsoverleg, een terugkoppeling van de nabesprekingen en de MAP-registratie.

Opvangtips voor collega's / teamleider van betrokken medewerker van agressie:

- Zoek een plek waar je ongestoord kunt praten.
- Bied praktische steun aan en vraag of je iets kunt doen.
- Vraag de ander of hij/zij wil vertellen wat er is gebeurd. Respecteer een nee-antwoord.
- Stel open vragen: 'Wat is er gebeurd?' 'Wat deed je?'.
- Vat af en toe in je eigen woorden kort samen: 'Als ik je goed begrijp dan....'
- Sta stiltes toe.
- Zeg of laat merken dat je meeleeft.
- Reageer op gevoelens, praat er niet overheen.
- Kom er later nog eens af en toe op terug. Neem daartoe zelf het initiatief.

VERSLAGLEGGING

- Vul een Meldingsformulier Agressie Personeel (MAP) in, deze is voor het cluster Neurologie en Neurochirurgie te vinden onder: Scoop → (vul divisie hersenen in) → Neurologie en Neurochirurgie → Zorglijn overstijgend → MAP Meldingen → MAP Verpleegafdeling Neurologie en Neurochirurgie.
- Vul bij letsel bij de patiënt het Meldingsformulier Incident Patiëntenzorg (MIP) in.
- Vul zo nodig het Meldingsformulier Emotionele belasting Personeel (MEP) in.
- Rapporteer in EZIS het agressie-incident, wat lokte het incident uit en welke interventies hielpen om de agressie te stoppen
- Noteer in het activiteitenplan dat patiënt agressief gedrag kan vertonen, wat zijn de symptomen en welke interventies hielpen om de agressie te stoppen

BRONVERMELDING

- Brouwer, E. Peerdeman, P. *Handboek Veiligheidszorg*®. Baarn: HBuitgevers; 2007
- Fleuren, K. *Veilige Zorg*. Internet site Veilige Zorg 2013. Beschikbaar via: <https://scoop.mijnumc.nl/Scoop/Nieuws/Kom+van+elkaar+leren+over+agressie.htm>. Geraadpleegd 2015 februari 9.
- Gerven, G. Navratil, D. *Actieplan omgaan met patiënten met gedragsproblemen*. Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur; 2013
- Gerven, G. Navratil, D. *Omgaan met gedragsproblemen FNO*. Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur; 2013
- GGNet Agressieprotocol. Internet site GGNet 2015. Beschikbaar via: <http://www.ggz-connect.nl/bericht/3292/agressieprotocol>. Geraadpleegd 2015 april 14.
- Facilitair bedrijf. Plan van aanpak "Duidelijkheid over agressie in het UMC", Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur; 2013
- Hardeman, G. *Missie en visie UMC Utrecht*. Internet site UMC Utrecht 2015. Beschikbaar via: <https://scoop.mijnumc.nl/NR/rdonlyres/4998BAAB-E36E-430A-90A1-39EA65425C28/133497/Strategieboek2013DVF4.pdf>. Geraadpleegd 2015 februari 9.
- Schoneveld, C. *Agressie in de patiëntenzorg*. Internet site UMC Utrecht 2011. Beschikbaar via: <https://scoop.mijnumc.nl/Scoop/Divisies+UMC+organen/Divisies/Hersenen/Neurologie+en+Neurochirurgie/Richtlijnen/Agressie.htm>. Geraadpleegd 2015 februari 9.
- Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties. *Handboek agressie en geweld voorkomen, beperken, afhandelen*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties Grafische en Multimediale Diensten; 2008
- UMC Utrecht. *Werkboek 'Omgaan met emotionele belasting'* Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur. 2002/2003
- Veenstra, H. *Uniforme grens bij agressie gesteld*. Internet site UMC Utrecht 2014. Beschikbaar via: <https://scoop.mijnumc.nl/Scoop/Nieuws/Uniforme+grens+bij+agressie+is+gesteld.htm>. Geraadpleegd 2015 februari 9.
- Werkgroep Agressie. *Richtlijn Omgaan met Agressie*. Interne publicatie, opvraagbaar bij auteur; 2012

6. BIJLAGEN

6.1 AGRESSIEHANTERING DOOR ÉÉN PERSOON

Door op een juiste manier te reageren, kan verdere spanningsopbouw bij de patiënt mogelijk voorkomen worden. Hoe sneller de toenemende spanning opgemerkt wordt, des te groter de kans dat het lukt de spanningsopbouw te stoppen of af te bouwen ('de-escaleren').

Agressiehantering wordt ingezet vanuit het beginsel dat er eerst de-escalerend gewerkt moet worden alvorens je de confrontatie met alle betrokkene kunt aangaan over wat er gaande is.

Situatie taxeren

Om een juiste strategie te kiezen moet de verpleegkundige eerst de situatie herkennen en inschatten. Hij let daarbij op:

- de aard van de agressie;
- hoe hoog de spanning bij betrokkenen is opgelopen;
- de mogelijke impact bij verdere escalatie;
- de mogelijkheden in de gegeven situatie.

Met behulp van deze inschatting kiest de verpleegkundige zijn aanpak. De hoogte van de spanning is daarbij ook een belangrijke indicatie voor wat hij wel of niet kan doen.

Aanpak kiezen en afhandelen

Nadat de verpleegkundigen inschatting heeft gemaakt van de spanningsopbouw bij de patiënt en bij hemzelf, kan hij inschatten met welk soort agressie hij geconfronteerd wordt. Daarna overweegt hij op welke manier hij het best kan reageren. Er zijn drie mogelijkheden:

- Laten gaan. Het heeft geen zin om actie te ondernemen.
- Agressiehantering. De kans op succesvol de-escaleren is positief er word ge-de-escaleert.
- Hulp inschakelen. De spanning is bij de patiënt zo hoog opgelopen, dat succesvol de-escaleren uitgesloten lijkt. Vraag dan hulp, zodat het andere protocol in gang kan worden gezet, vanaf stap 3.

De-escaleren:

Fase 1: Kalmeren

Probeer de patiënt te kalmeren door de strijd te negeren, contact te maken en actief te luisteren. Nodig de patiënt uit om aan te geven wat hem agressief maakt. Vermijd om de patiënt terug te geven dat hij/zij zich agressief is/doet. Vanuit de verwondering benaderen, vanuit de verontwaardiging mijden.

Op deze manier wordt respect getoond voor de patiënt. Soms is collegiale inmenging in het gesprek nodig en noodzakelijk. Deze inmenging toont aan dat je er niet alleen voor staat.

Fase 2: Grens stellen

Als de patiënt toch doorgaat moet je de patiënt vragen ook naar jou te luisteren en te stoppen met zijn gedrag.

Fase 3: Consequenties aangeven

Als de patiënt doorgaat met zijn agressieve gedrag geef je aan dat de patiënt kan kiezen tussen een oplossing zoeken of het gesprek/de zorg staken. Geef duidelijk aan welk gedrag je wel en welk gedrag je niet accepteert.

Fase 4: Alarm slaan

Geen effect? → Ga naar stap 4 uit de richtlijn.

Onderneem geen onnodige risico's. Als grens geldt: als iemand je persoonlijk bedreigt, beëindig je het gesprek of de zorg onmiddellijk.

6.2 BEÏNVLOEDENDE FACTOREN AGRESSIE

Factoren die het ontstaan van agressie veroorzaken of beïnvloeden. Door de uitlokkende factoren te beïnvloeden en afspraken te maken over de verzorging en begeleiding kan agressie voorkomen worden.

6.2.1 PERSOONSGEBONDEN KENMERKEN:

- Verwardheid
- Agitatie
- Medicatiegebruik
- Gebruik alcohol en drugs
- Verminderd ziekte-inzicht
- Beperkte motoriek
- Beperkte communicatie (door afasie, dysartrie, dysfasie of het niet beheersen van de Nederlandse taal)
- Cognitieve stoornissen
- Medische en verpleegkundige handelingen/ behandeling

6.2.2 OMGEVINGSGEBONDEN KENMERKEN:

- Vrijheidsbeperking
- Weinig personeel
- Te weinig of te veel structuur / autonomie
- Te rigide of juist inconsequente bejegening
- Afdelingsklimaat
- Cultuur verschillen
- Beperking in bezoektijden of aantal bezoekers
- Wachttijden

6.2.3 UITLOKKINGSFACTOREN BEÏNVLOEDEN

Afspraken over hoeveel prikkels:

- | | |
|---|----------|
| - Eenpersoonskamer | ja / nee |
| - Mag de patiënt een telefoon / tv / internet? | ja / nee |
| - Mag de patiënt roken? | ja / nee |
| - Roken met begeleiding | ja / nee |
| - Roken op de kamer (<i>na overleg brandweer</i>) | ja / nee |

6.2.4 BEGELEIDING EN VERPLEGING

Begeleiding en verpleging:

- | | |
|--|-------------------|
| - Communiceert de patiënt Nederlands? | ja / nee |
| - Verstaat de patiënt Nederlands? | ja / nee |
| - Contactmoment per uur? | ja / nee |
| - Afspraken over hoe te handelen bij opwindings? | ja / nee |
| - Volgt de patiënt instructies op? | ja / nee |
| - Is er een dagprogramma? | ja / nee |
| - Werkt het dagprogramma? | ja / nee / n.v.t. |
| - Verzorging met 2 of meer personen? | ja / nee |
| - Bepalen of er beveiliging in de buurt moet zijn | ja / nee / n.v.t. |
| - Is de minimale zorg bepaald? (voeding en verschooning) | ja / nee / n.v.t. |

6.3 BEJEGENINGSSTIJL

Een bejegeningstijl is een bewust gekozen houding van de hulpverlener om de patiënt mee tegemoet te treden (stijl die op dat moment past bij het gedrag van de patiënt past).

De verantwoordelijk verpleegkundige bepaalt (in overleg met collega's) de bejegeningstijl:

- Geduldige houding: hierbij gaat het om uitleg geven, kijken of de patiënt begrijpt wat de hulpverlener bedoelt, tijd geven om te reageren, luisteren, kijken of de hulpverlener begrijpt wat de patiënt bedoelt.
- Accepterende houding: gericht op het maken van contact met de patiënt, (patiënt veel ruimte geven).
- Doorzichtige houding: gericht op het hier en nu duidelijk en helder zeggen dat een bepaald gedrag niet wordt toegestaan, zonder daar doekjes om te winden en zonder op de relatie of achterliggende motieven in te gaan.
- Neutrale houding: hierbij gaat het erom op een nuchtere, niet bekritiserende manier duidelijk te maken wat de hulpverlener van de patiënt verwacht.
- Autoritaire houding: wanneer alle andere strategieën falen, kan streng optreden de enige strategie zijn die het ongewenste een halt toe roept (geen concessies, geen discussie).

6.4 BEINVLOEDINGSSTRATEGIE

Een beïnvloedingsstrategie is een strategie die de hulpverlener kiest om de situatie te beïnvloeden. Bij de keuze is bepalend of de patiënt en de hulpverlener bereid zijn samen te werken.

- Open overleg:
 - Een vorm van samenwerking tussen patiënt en hulpverlener, er wordt rekening gehouden met wensen en behoeften van de patiënt (geen specifieke tactieken, verborgen agenda etc.). Samen wordt besproken wat ze aan het probleem kunnen doen, of hoe de hulpverlener aan de behoeften van de patiënt tegemoet kan komen.
Activiteiten:
 - Suggesties
 - Adviezen
 - Keuzen voorleggen
- Onderhandelen:
 - Er is bereidheid tot samenwerking. Het gaat om het uitwisselen en bediscussiëren van standpunten en ideeën. Geven en nemen van twee kanten, totdat er een compromis is dat voor beiden acceptabel is.
Activiteiten:
 - Zgn. koppelverkoop: verzoek afwijzen en alternatief bieden
 - Gesloten keuze voorleggen
- Overtuigen:
 - De hulpverlener en de patiënt zijn niet (meer) bereid tot samenwerken, de patiënt voegt zich op den duur wel. De mening of het verzoek van de patiënt wordt aangehoord, maar de hulpverlener gaat er niet over in discussie. Probeert de patiënt te overtuigen van haar eigen standpunt.
Activiteiten:
 - Gekleurde informatie geven
 - Afleiden met een keuze die er minder toe doet
- Afdwingen:
 - De hulpverlener en patiënt zijn beiden niet bereid tot samenwerking. De hulpverlener waarschuwt de patiënt voor de consequenties bij het niet accepteren van een bepaald voorstel of een oplossing (afdwingen is meer dan bij overtuigen gekoppeld aan negatieve consequenties)
Activiteiten:
 - Waarschuwen voor negatieve consequenties en deze uitvoeren
 - Deze strategie wordt toegepast in drie typen situaties:
 - als de situatie binnen zeer korte tijd op een voor de hulpverlener onverwacht moment escaleert.
 - als andere strategieën om de situatie te beïnvloeden niet tot de-escalatie hebben geleid (geen grip op het gedrag).
 - soms als afdwingen in het verleden effectief is gebleken in het voorkomen van agressie.

6.5 INTERVENTIES

Een interventie betreft de directe zorg of behandeling die een hulpverlener verricht ten behoeve van de patiënt. Het gaat om een doelgerichte, bewust gekozen activiteit die verbonden is aan een (verpleegkundige) diagnose of (verpleeg) probleem en die hoort bij de functie. Interventies zijn meer op een abstract niveau en activiteiten op een concreet niveau (gedragingen, handelingen om patiënten tot een gewenst resultaat te brengen).

De volgende interventies en de hierbij behorende activiteiten kunnen toegepast worden bij een agressie incident:

- Ruimte bieden: De hulpverlener geeft de patiënt de gelegenheid om zijn emoties te uiten en iets met zijn spanning te doen. Doel is de-escalatie, anders omgaan met spanningen.

Activiteiten:

- Informatie en uitleg geven
- Ingaan op spanningen
- Troosten
- Steunen
- Afleiding bieden
- Rust adviseren
- Medicatie aanbieden
- Uitstel geven
- De regel aanpassen

- Grenzen stellen: De hulpverlener gaat op een directieve manier in op het (dreigend) agressieve gedrag met de bedoeling de patiënt erop te wijzen dat hij een grens overschrijdt en dat het gedrag moet veranderen. Doel is leren op een geaccepteerde manier met spanning omgaan, de-escalatie, vrijheidsbeperking voorkomen en duidelijkheid voor medepatiënten.

Activiteiten:

- Weigering serieus nemen
- Duidelijk grenzen aangeven
- Confronteren
- Waarschuwen
- Alternatieven aanreiken
- Correctie
- Gedrag positief bekrachtigen

- Toepassen van beschermende maatregelen: Het tijdelijk beschermen van de patiënt tegen eigen handelingen om te voorkomen dat er gevaar voor letsel ontstaat of de veiligheid van anderen in gevaar komt. (Zie ook het protocol 'vrijheidsbeperkende maatregelen' op Scoop)

Activiteiten (doel is o.a. voorkomen van gewelddadig gedrag, prikkelvermindering voor de patiënt):

- Afzondering, bv. even alleen op de kamer zetten.
- Fixatiematerialen: pols-, enkel- en taillebanden, rolstoelfixatie, hagortstoel, zit/ligstandstoel (tableau) of bedhekken.
- (Gedwongen) medicatie
- In uitzonderlijke situaties kan opname op een gesloten afdeling en separatie voorgeschreven worden door een psychiater.

6.6 TAKEN VERANTWOORDELIJKE VERPLEEGKUNDIGE

Taken van de verantwoordelijk verpleegkundige tijdens een agressie-incident:

- Neemt de leiding bij de taakverdeling.
- Heeft het woord en praat (de-escalerend) met de patiënt.
- Bepaalt of en wanneer de patiënt wordt “overmeesterd” (timing)
- Geeft d.m.v. het woord ‘nu’ de assisterende collega’s te kennen de patiënt tegelijkertijd te benaderen en middels de gekozen interventie onder controle te krijgen.
- Checkt bij de begeleiders of ze de patiënt onder controle hebben.
- Geeft aan waar de patiënt naartoe wordt gebracht.
- Draagt zorg voor een juiste afwikkeling van de situatie en schakelt zo nodig meer hulp in.

6.7 TAKEN LEIDINGGEVENDE BIJ AGRESSIE

Algemene taken (specifiek op agressie gericht)

- De teamleider draagt zorg voor structurele evaluatie en registratie van incidenten.
- De teamleider draagt zorg voor continue scholing van medewerkers met betrekking tot agressie.
- Twee keer per jaar geeft de teamleider, tijdens een afdelingsoverleg, een terugkoppeling van de MAP-incidenten en de MAP-registratie.

Taken bij een onveilige situatie/agressie:

- Samen met de agressie aandachtshouder eerste aanspreekpunt, wanneer agressie heeft plaatsgevonden.
- De direct leidinggevende (teamleider) wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd na een agressie-incident. De leidinggevende draagt zorg voor de eerste opvang van betrokken medewerker(s) en patiënten. (indien de direct leidinggevende niet bereikbaar is wordt een collega teamleider gebeld en indien deze niet bereikbaar is het hoofd zorg en anders wordt de manager zorg gebeld).
- De teamleider voert de vervolgacties uit aan de hand van hoofdstuk 5 de ‘Opvang & Nazorg’.

6.8 TAKEN ARTS-ASSISTENT BIJ AGRESSIE

- Wordt gewaarschuwd bij een (dreigend) agressie-incident. Past het verpleegplan/beleid aan.
- Wordt op de hoogte gesteld bij agressie. Evalueert de oorzaak van agressie en licht zijn supervisor in. De supervisor kan naar eigen zeggen het medische hoofd van de zorglijn of afdelingshoofd op de hoogte stellen.
- Aanpassen medische status na agressie-incident.

6.9 TAKEN AGRESSIE AANDACHTSHOUDER

Werkzaamheden:

1. De aandachtshouder agressie is samen met de leidinggevende het eerste aanspreekpunt indien een agressie incident heeft plaatsgevonden. Zij vangt de collega op en bespreekt met hem/haar de stappen uit hoofdstuk 6.1.
2. De aandachtshouder fungeert als aanspreekpunt voor de betreffende zorglijn.
3. De aandachtshouder ziet erop toe dat de richtlijn wordt toegepast indien een incident zich voordoet.
4. De aandachtshouder heeft een signalerende functie bij het signaleren van knelpunten, het opstellen van verbeteringen en het aankaarten hiervan in de werkgroep.
5. De aandachtshouder neemt het initiatief om het onderwerp agressie onder de aandacht te brengen bij collega's. Zoals het organiseren van themabijeenkomsten, incidentenbespreking en in de teamvergadering.
6. De aandachtshouder is op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot agressie. Nieuws/incidenten en koppelt deze terug naar collega's tijdens het teamoverleg.
7. Het deelnemen aan het Neuro-podium, waarbij de agressie aandachtshouders werkgroep ondersteund wordt door een verpleegkundig beleidsmedewerker.

De aandachtshouders agressie zullen het meeste tijd kwijt zijn aan het organiseren van de activiteiten aan met ondersteunen van collega's na een incident.

Afstudeeronderzoek

‘Agressie op de werkvloer’

Door wie?

Wij zijn Else Lensink, Ruben van der Mel en Jeanet Veldsema, vierdejaars HBO-V studenten van de Hogeschool Viaa in Zwolle.

Wat?

Van februari 2015 tot april 2015 kunt u door ons benaderd worden voor ons afstudeeronderzoek. Dit onderzoek wordt uitgevoerd binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Dit onderzoek heeft als onderwerp: ‘Agressie op de werkvloer’ en is onderdeel van het project ‘Veilige Zorg’.

Waarom?

Dit onderzoek wordt gedaan met als doel een praktisch hanteerbaar document te maken waarin staat hoe een verpleegkundige moet handelen rondom een agressie-incident. In dit document zal de behoeften van jullie als verpleegkundigen meegenomen worden.

Heeft u vragen?

Vraag het ons persoonlijk, of stuur een mail naar:
neurologie.agressie@gmail.com



7.6. MAIL VOOR MANAGERS VAN DE AFDELING NEUROLOGIE EN NEUROCHIRURGIE

Aan alle zorglijncoördinatoren van het cluster Neurologie en Neurochirurgie,

Wij willen u op de hoogte stellen van ons afstudeeronderzoek binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Vanaf februari 2015 tot april 2015 zijn wij hiermee bezig en zullen wij zichtbaar zijn op de afdelingen.

Het onderwerp van ons afstudeeronderzoek is 'Agressie op de werkvloer'. Dit onderwerp maakt onderdeel uit van het al lopende project 'Veilige Zorg' binnen het UMC Utrecht. Het doel van dit onderzoek is om de verpleegkundigen handvatten te geven rondom agressie. Aan de hand van deze enquête willen wij peilen wat de verpleegkundigen behoeften daarin zijn.

Om de resultaten te verzamelen gaan wij enquêtes uitzetten onder alle verpleegkundigen en interviews afnemen met de aandachtshouders van de werkgroep 'Agressie'. Heeft u vragen over dit afstudeeronderzoek, vraag het ons gerust. Dit kunt u persoonlijk doen, maar ook door een mail te sturen naar neurologie.agressie@gmail.com.

Om alle verpleegkundigen op de hoogte te stellen willen wij zelf deze week een mail sturen met de informatie over dit onderzoek. Graag ontvangen wij hiervoor de e-mailadressen van de verpleegkundigen.

Wij houden u de komende tijd op de hoogte van de voortgang van ons onderzoek. Alvast bedankt.

Met vriendelijk groet,

Els Lensink
Ruben van der Mel
Jeanet Veldsema

Vierdejaars studenten van de HBO-V van de Hogeschool Viaa uit Zwolle.

7.7. MAIL VOOR VERPLEEGKUNDIGEN VAN DE AFDELING NEUROLOGIE EN NEUROCHIRURGIE

Aan alle verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie,

In het kader van ons afstudeeronderzoek sturen wij u deze mail.

Allereerst willen wij onszelf voorstellen. Wij zijn Ruben van der Mel, Jeanet Veldsema en Else Lensink. Wij zijn vierdejaars studenten van de opleiding HBO-V aan de Hogeschool Viaa in Zwolle. Dit onderzoek wordt uitgevoerd binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie.

Het onderwerp van ons afstudeeronderzoek is 'Agressie op de werkvloer'. Dit onderwerp maakt onderdeel uit van het al lopende project 'Veilige Zorg' binnen het UMC Utrecht. Het doel van dit onderzoek is om de verpleegkundigen handvatten te geven rondom agressie. Aan de hand van deze enquête willen wij peilen wat de verpleegkundigen behoeften daarin zijn.

Hoe willen wij deze resultaten verzamelen? Dit onderzoek bestaat uit twee delen. Allereerst zetten wij een enquête uit onder alle verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. Daarnaast willen wij gegevens verzamelen door middel van interviews.

Van februari 2015 tot april 2015 gaan wij u hiervoor benaderen. Wij begrijpen dat u privacy erg op prijs stelt en daarom worden de gegevens uit de enquêtes en interviews anoniem verwerkt. Heeft u vragen over dit afstudeeronderzoek, vraag het ons gerust. Dit kunt u persoonlijk doen, maar ook door een mail te sturen naar neurologie.agressie@gmail.com.

Wij houden u de komende tijd op de hoogte van de voortgang van ons onderzoek. Alvast bedankt.

Met vriendelijk groet,

Else Lensink

Ruben van der Mel

Jeanet Veldsema

7.8. TOESTEMMINGSVERKLARINGEN ENQUETE

Het toestemmingsformulier wordt bij het ophalen van de enquêtes van de afdeling gescheiden om er zo voor te zorgen dat de anonimiteit gewaarborgd blijft. Bij de digitale toestemmingsverklaring is digitaal goedkeuring gegeven, waardoor de anonimiteit hierbij gewaarborgd is.

7.8.1. PAPIEREN ENQUETE

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Onderzoek: 'Ontwikkeling document over agressie binnen het cluster Neurologie & Neurochirurgie'

Verantwoordelijke onderzoekers: Ruben van der Mel, Else Lensink en Jeanet Veldsema.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

7.8.2. DIGITALE ENQUETE

TOESTEMMINGSFORMULIER

- Uw antwoorden zullen volledig anoniem verwerkt worden. Niemand kan naderhand geïdentificeerd worden.
- Over dit project zal niets gepubliceerd worden wat naar een individu herleidbaar is.
- Wanneer u aan de enquête begint, geeft u toestemming om deel te nemen aan de studie.

Wanneer u niet wilt deelnemen aan deze studie kunt u nu meteen stoppen.

Wanneer u op enig moment tijdens het invullen van de enquête toch besluit niet door te willen gaan, mag u te allen tijde stoppen. Hiervoor hoeft u geen reden op te geven.

ELEKTRONISCHE TOESTEMMING: wilt u uw toestemming hieronder geven.

Door klikken op de "akkoord" knop geeft u aan dat:

- U de informatie hierboven gelezen heeft
- U vrijwillig toestemming geeft voor deelname
- U ten minste 18 jaar oud bent

7.9. ENQUETE

Enquête 'Agressie op de werkvloer'



UMC Utrecht

0. Afdeling

	Man	Vrouw
1. Bent u man of vrouw?		

	18-30 jaar	30-40 jaar	40-50 jaar	50-60 jaar	>60 jaar
2. Hoe oud bent u?					

	Verpleegkundige Geen agressie aandachtshouder	Verpleegkundige en agressie aandachtshouder	Teammanager	Leerling	Stagiair
3. Wat is uw functie?					

	1-3 jaar	3-6 jaar	6-10 jaar	10-20 jaar	>20 jaar
4. Hoeveel jaar bent u werkzaam?					

	AN	A&AN	CVZ	NMZ	MC CVZ	MC A&AN
5. Op welke afdeling bent u werkzaam?						

1. Geweld en agressie

Bent u afgelopen jaar slachtoffer geweest van: (Zet een kruisje)

1. fysiek geweld (bijvoorbeeld slaan, schoppen, trekken, duwen) afgelopen jaar door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers					
b) een of meer patiënten					
c) personeel					

2. verbale agressie (bijvoorbeeld schelden, pesten, treiteren) afgelopen jaar door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers					
b) een of meer patiënten					
c) personeel					

3. psychisch geweld (bijvoorbeeld bedreigen, intimidatie, achtervolgen) afgelopen jaar door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers					
b) een of meer patiënten					
c) personeel					

4. seksuele intimidatie (ongewenst aanraken/betasten, seksuele opmerkingen) afgelopen jaar door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers					
b) een of meer patiënten					
c) personeel					

5. bedreiging met gebruik van wapens en/of andere voorwerpen afgelopen jaar door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers					
b) een of meer patiënten					
c) personeel					

Indien u een agressie-incident hebt meegemaakt ga naar vraag 2, ga anders verder naar vraag 5.

2. Factoren voor het ontstaan van agressie in het UMC

Indien u een agressie-incident hebt meegemaakt bij een patiënt, wat was de mogelijke oorzaak?
(meerdere antwoorden mogelijk)

	Oorzaak:
Wachttijd	
Slecht nieuws	
Patiënt kan tempo van zorg niet volgen	
Manier om zich te uiten	
Seksuele / relationele frustraties	
Frustraties door neurologische beperking	
Frustraties door beperkt sociaal netwerk	
Frustraties door andere oorzaken	
Invloed van medicatie / drank / drugs	
Moeilijk gesprek met de patiënt	
Fysieke nabijheid in de buurt van de patiënt	
Anders, nl.....	

3. Handelen bij agressie

Waardoor kwam het dat u wist hoe u moest handelen? (meerdere antwoorden mogelijk)

Agressie training die ik kreeg van het UMC Utrecht	
Agressietrainingen in andere instellingen / opleiding.	
Door eerdere werk locaties	
Door het beschikbare protocol / richtlijn, in het UMC Utrecht	
Door mijzelf - vanuit eigen intuïtie	
Ik wist het niet	
Anders, namelijk;	

4. Contact na incident

Bij wie heeft u melding gemaakt of met wie heeft u gesproken over de agressie, waarmee u bent geconfronteerd?
(meerdere antwoorden mogelijk)

	Niet van toepassing	Met niemand besproken	Collega / seniorvbk.	Leiding / teamleider	Vertrouwens -persoon	Iemand buiten het werk
Fysiek geweld						
Verbale agressie						
Psychisch geweld						
Seksuele intimidatie						
Bedreiging met gebruik van wapens en/of andere voorwerpen						

5. Eigen mening / ervaring over agressie

Waar / niet waar vragen

	Waar	Niet waar
Ik weet dat er protocollen zijn als ik te maken krijg met (een dreiging van) agressie		
Ik weet deze protocollen te vinden		
Ik pas deze protocollen toe		
Agressie hoort bij mijn werk		
Agressie van neurologische patiënten accepteer ik		
Agressie van bezoekers accepteer ik		
Agressie van medewerkers accepteer ik		
Agressie-incidenten moeten altijd gemeld worden		
Ik meld alle agressie-incidenten (MAP)		
Ik rapporteer alle (dreigende) agressie-incidenten in EZIS		
Agressie-incidenten hebben impact op mijn werk (houding)		

6. Onveilige situaties

Heeft u zich het afgelopen jaar onveilig gevoeld in de volgende situaties of op de volgende locaties:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
Tijdens gesprekken met patiënten					
Tijdens gesprekken met bezoekers					
Tijdens gesprekken met personeelsleden					
Als ik alleen, zonder collega, ergens in het ziekenhuis werkzaam was					
Buiten het ziekenhuis, werk gerelateerd					

7. Agressie richtlijn

Ik ben op de hoogte van: **O** (onvoldoende) **M** (Matig) **V** (Voldoende) **RV** (Ruimvoldoende) **G** (Goed)

	O	M	V	RV	G
Wat agressie precies is					
Welke soorten agressie er zijn					
Welke agressie niveaus er zijn					
De procedure die ik moet volgen als ik denk dat ik met een potentieel gewelddadige situatie geconfronteerd word					
De preventieve maatregelen om agressie-incidenten te voorkomen					
Welke preventieve maatregelen ik wanneer kan inzetten					
De uitlokkende factoren van een agressie-incident					
Wie ik moet inschakelen als er agressie dreigt					
Welke bejegeningstijlen er zijn om op agressie te reageren.					
Wat de vervolgacties zijn na een agressie-incident					
Hoe ik mijn collega kan opvangen na een agressie-incident					
Hoe er gerapporteerd dient te worden na een agressie-incident					
Welke meldingen er gedaan moeten worden na een agressie-incident.					

8. Agressie professioneel benaderen

Waar zou u graag in ondersteund willen worden om met agressie om te gaan?

	Niet belangrijk	Zelden belangrijk	Redelijk belangrijk	Belangrijk	Heel belangrijk
Scholing					
Ondersteuning van leidinggevende					
Ondersteuning van collega's					
Procedures – protocol Agressie					
Ondersteuning door externe experts					
Nazorg					

9. Begeleiding vanuit het ziekenhuis bij agressie

Welk soort document vindt u het meest belangrijk om bij agressie het snelst informatie te verkrijgen hoe er gehandeld moet worden?

	Niet belangrijk	Zelden belangrijk	Redelijk belangrijk	Belangrijk	Heel belangrijk
Richtlijn					
Protocol					
Handelswijzen checklist					
Stroomschema					

9b. Is er nog een andere manier om u te ondersteunen als verpleegkundige om met agressie om te gaan?

Wat zou u het meeste helpen om rondom agressie het snelst informatie te verkrijgen hoe er gehandeld moet worden? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Kruis aan:
Training (naast de huidige agressietraining)	
Klinische les	
Filmpjes op Scoop	
Anders, namelijk;	

10. Aandacht prioriteit in het UMC Utrecht m.b.t. agressie

Waar zou u meer kennis over willen hebben, wat naar voren moet komen in het eindproduct?

	Niet belangrijk	Belangrijk	Meest belangrijk
Informatie over agressie			
Preventie van agressie			
Interventies bij agressie			
Nazorg na agressie			
De afwikkeling van een incident			

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen, dan kunt u die hieronder (anoniem) kwijt.

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

De ingevulde enquêtes kunnen in het daarvoor bestemde postvak op de afdeling ingeleverd worden.

7.10. UITNODIGINGSMAIL INTERVIEWS

Geachte, (persoonlijke naam)

Door middel van deze mail willen wij u op de hoogte stellen over de voortgang van ons afstudeeronderzoek rondom agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie. In de afgelopen weken hebben wij de enquêtes op de afdelingen uitgezet en op basis van deze resultaten willen wij ons onderzoek verder verdiepen door middel van interviews met de aandachtshouders van de werkgroep 'Agressie'. Hierbij bent u uitgenodigd om deel te nemen aan ons onderzoek. De uitslag van de enquêtes zullen hierin ook globaal besproken worden.

Deze interviews willen wij in de komende weken (week 12-15) plannen. Het interview wordt gehouden in een spreekkamer buiten de eigen afdeling, om zo weinig mogelijk gestoord te worden. Het interview duurt ongeveer 30 minuten. Graag horen wij van wanneer het interview met u ingepland kan worden.

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

Ruben van der Mel

Jeanet Veldsema

Else Lensink

Vierdejaars HBO-V studenten van de Hogeschool Viaa uit Zwolle.

7.11. INTERVIEWVRAGEN

Hoofdvraag: Welke ervaring is er met betrekking tot agressie-incidenten bij de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie en welk praktisch document met handvatten hebben zij nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie-incidenten?

Deelvragen:

- **Welke ervaringen hebben verpleegkundigen met agressie in de gezondheidszorg binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?**

1. Wat verstaat u onder het begrip agressie?

Binnen het UMC Utrecht wordt de volgende definitie gehanteerd: 'Agressie is het toebrengen van schade aan materiaal of een andere persoon door het overschrijden van de grenzen (en/of normen of regels) van de ander' (UMC Utrecht, 2012).

Verbale agressie:

2. Wat verstaat u onder verbale agressie? *(bijvoorbeeld schelden, pesten, treiteren)*

3. Uit de enquête kwam naar voren dat de mate van verbale agressie van bezoekers naar verpleegkundigen toe erg hoog is.

Herkent u dit? Wat is volgens u de oorzaak van dit hoge aantal?

4. Wat helpt u om met (verbale) agressie van bezoekers om te gaan?

Psychisch geweld:

5. Wat verstaat u onder psychisch geweld? *(bijvoorbeeld bedreigen, intimidatie, achtervolgen)*

6. Uit de enquête kwam naar voren dat de mate van psychisch geweld van bezoekers hoger is dan bij patiënten. Wat is volgens u daar de oorzaak van?

7. Op welke wijze wordt er volgens u door verpleegkundigen gereageerd op situaties waarin sprake is van bedreiging door een bezoeker? *(Wordt de beveiliging weleens ingeschakeld?) (Hoe handelt u zelf in zo'n situatie)*

Seksuele intimidatie:

8. Wat verstaat u onder seksuele intimidatie? *(ongewenst aanraken/betasten, seksuele opmerkingen)*

9. Uit de enquête kwam naar voren dat seksuele intimidatie door patiënten voorkomt. Herkent u dit? Wat zou volgens u de mogelijke oorzaak kunnen zijn?

- **Hoe ervaren verpleegkundigen agressie-incidenten binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?**

10. In de enquête kwam naar voren dat meer dan de helft van de verpleegkundigen vinden dat agressie niet bij het werk hoort, maar het word wel geaccepteerd. Wat zou volgens u hier de reden van kunnen zijn? *(75% van de ondervraagden had bij beide een antwoord staan wat niet overeen komt, zoals Ja- Nee of Nee - Ja)*

11. Waar ligt voor u de grens om een agressie-incident wel of niet te melden? Wat zou volgens u een oorzaak kunnen zijn dat agressie-incidenten wel of niet gemeld worden? *57% van de verpleegkundigen gaf aan dat ze niet alle agressie-incidenten melden.*

- **Wat is de ervaring van verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie met betrekking tot de bestaande handvatten ten aanzien van de aanpak van agressie-incidenten?**

Handelen bij agressie:

12. Wat is uw indruk over hoe er op dit moment gehandeld wordt bij een agressie-incident?

13. In de enquête kwam naar voren dat het handelen bij agressie, vaak door de in het UMC Utrecht gegeven training (30%) en eigen intuïtie (44%) plaatsvindt. Wat vindt u hiervan als aandachtshouder?

14. In de enquête kwam naar voren dat er weinig gebruik gemaakt wordt van het agressieprotocol op de afdeling. Wat zouden volgens u redenen hiervoor kunnen zijn? *(Hoe zou dat anders kunnen?)*

15. Wordt de in het UMC Utrecht gegeven agressietraining volgens u als voldoende ervaren? Wat vindt u goed? En wat zou er verbeterd kunnen worden? *(Ook kijkend naar de resultaten uit de enquête)*

Bespreking van agressie:

16. Uit de enquête komt naar voren dat men niet alle incidenten bespreekt, (met niemand) is dit bij u bekend? Wat zou volgens u hier de reden van kunnen zijn? Wordt hier wat mee gedaan?
17. Uit de enquête komt naar voren dat wanneer een agressie-incident besproken wordt, deze veelal besproken wordt met collega / senior-verpleegkundige. Is het bij u als agressie-aandachtshouder bekend dat de teamleider zelden betrokken wordt bij een agressie-incident. Wat is volgens u hier een mogelijke oorzaak voor?

- **Welke kennis en informatie hebben verpleegkundigen nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?**

Uit de enquête komt naar voren dat er op de werkvloer vooral aandacht gegeven moet worden aan de preventie van, en interventies bij, agressie-incidenten. Daarnaast is de nazorg en het afwikkelen van een agressie-incident ook belangrijk.

18. Uit de enquête komt naar voren dat er winst te behalen is in het voorkomen van agressie-incidenten, omdat hierbij wordt aangegeven dat er te weinig kennis over is. Herkent u dit? *(Wat zou volgens u een mogelijke oplossing zijn voor dit kennistekort?)*
19. Uit de enquête komt naar voren dat de huidige procedure bij (dreigende) agressie-incidenten in het UMC Utrecht binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie niet goed gekend wordt. Wat is hier volgens u een mogelijke oorzaak van?
20. Wat moet een verpleegkundige volgens u aan kennis hebben, om adequaat te handelen bij een (dreigend) agressie-incident?

- **Welke handvatten moeten in het document komen te staan, zodat de verpleegkundigen adequaat kunnen handelen bij agressie-incidenten?**

21. Wat zijn volgens u handvatten die bij een agressie-incident gebruikt kunnen worden, om adequaat te kunnen handelen? *(Klinische les, document, stroomschema etc.)*
22. We hebben gevraagd naar welk document het meeste behoefte is als handvat bij agressie. Er is voornamelijk aangegeven dat een stroomschema of checklist de verpleegkundige het meeste helpt om adequaat te kunnen handelen bij een agressie-incident. Richtlijn of protocol wilde zij over het algemeen niet, wat zou hier een reden voor kunnen zijn?
23. Waar moeten we volgens u rekening mee houden bij het ontwerpen van handvatten of het implementeren hiervan?

7.12. ANALYSE SCHEMA

Betekenis van de verschillende kolommen

1e kolom	Label van het fragment	4e kolom	1e nr. = Interviewnummer
2e kolom	Kernlabel van het fragment		2e nr. = Deelvraag
3e kolom	Dimensie van het kernlabel		3e nr. = Fragment nummer

Onderwerp/hoofdvraag: Welke ervaring is er met betrekking tot agressie-incidenten bij de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie en welk praktisch document met handvatten hebben zij nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie-incidenten?						
Deelvraag 1 Welke ervaringen hebben verpleegkundigen met agressie in de gezondheidszorg binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?						
	Fragment per interview	Labels	Codes	Kernthema	Lading	Fr. nr.
Vraag 1 Wat verstaat u onder het begrip agressie?	"...dat de patiënt of diens familie iets doet wat intimiderend is voor jou als persoon en wat eigenlijk jouw grenzen overschrijdt..."	Intimiderend overschrijdend gedrag	Intimidatie	Gedrag	duidelijk	1.1.1
	"En dat je daar een intimiderend gevoel bij hebt, dat kan dus zijn agressie verbaal of non-verbaal maar kan ook zijn seksuele intimidatie..."	Intimiderend gevoel, verschillende vormen	Intimidatievormen	Gedrag	duidelijk	1.1.2
	"Dat kan verbaal zijn, handtastelijk zijn, dat kan agressief gedrag zijn, dat kan discriminatie zijn"	Verbaal, agressief, discriminatie	Intimidatievormen	Gedrag	duidelijk	2.1.1
	'Zowel fysiek als met woorden'.	Fysiek, met woorden	Agressie	Gedrag	Duidelijk	3.1.1
Vraag 2 Wat verstaat u onder verbale agressie?	"Verbale agressie versta ik echt iemand bijvoorbeeld wordt uitgescholden..."	Uitschelden	Verbale agressie	Gedrag	duidelijk	1.1.3
	"iemand ook passief agressief, het kan ook zo zijn dat iemand zegt op een rustige toon van ik zoek je nog wel even op na het werk..."	Passief agressief	Passieve agressie	Gedrag	duidelijk	1.1.4
	"Verbale agressie: stemverheffing en daarbij boos worden, iets weigeren, iets schreeuwen".	Stemverheffing, boos, weigeren, schreeuwen	Verbale agressie	Ervaring	duidelijk	2.1.2
	"eigenlijk en iemand z'n zin proberen te krijgen op een verbale manier".	Verbale manier	Verbale agressie	Gedrag	twijfel	2.1.3
	'Woorden gebruiken, dus gewoon waar je op een gegeven moment denkt dit is de grens'	Woorden, grens	Verbale agressie	Gedrag	Duidelijk	3.1.2.
Vraag 3	"van bezoekers? Nee eigenlijk niet zo"	Bezoekers, nee	Bezoekers	Bezoekers	ontkenning	1.1.5

Uit de enquête kwam naar voren dat de mate van verbale agressie van bezoekers naar verpleegkundigen toe erg hoog is. Herkent u dit? Wat is volgens u de oorzaak van dit hoge aantal?	"...vaak patiënten die een neurotrauma hebben gehad en daardoor verward zijn. Inderdaad, wij hebben wel eens gehad dat de familie agressief was...,	Neurotrauma, verward, familie	Familie	Bezoekers	Duidelijk	1.1.6
	"Dus ik denk inderdaad onmacht ook opleidingsniveau ook als je gaat kijken naar de patient, vanuit de patiënt dan de schade in het hoofd over waar ze niets aan kunnen doen".	Onmacht, opleidingsniveau, schade	Aspecten	Patiënt	Eigen mening	1.1.7
	"Maar het kan inderdaad, ik heb het inderdaad verschillende keren meegemaakt. En wat gebeurt er dan, Ja de familie, bezorgd, overbezorgd".	Verschillende keren, familie, bezorgd	Bezorgd	Ervaring	Herkenning	2.1.4
	"Het een stuk onwetendheid, onzekerheid, angst"	Onwetendheid, onzekerheid, angst	Onzekerheid	Familie	Duidelijk	2.1.5
	"Verkeerde verwachtingen scheppen eigenlijk".	Verkeerde verwachtingen	Communicatie	Ervaring	Ervaring	2.1.6
	'Ja absoluut. Waarschuwingen, ja er zijn meer voorbeelden. We hebben meer bezoekers gehad die namelijk amok maakten'.	Bezoekers, amok	Bezoekers	Ervaring	Herkenning	3.1.3.
	'Nou een deel is dus ook gewoon alcohol'.	Alcohol	Bezoekers	Ervaring	Duidelijk	3.1.4
	Een Marokkaanse jongen was (eh) aan het inbreken. De buurman die hoort wat die slaat hem met een stok. Mm. En hier begint tie ook te meppen. O ja. En wij hebben een jong meisje gehad van achttien jaar met alcohol en drugsverleden die met scootertje tegen (eh) vuilniscontainer bij haar gereden was. En die gezicht die lag ingedrukt. Mmm. En die sloeg, die trapte, die beet, die tufte. Ja. (Eh) overal wat ze maar te pakken kon krijgen, op een gegeven moment lag ze met buikband, armbanden, beenbanden vast. En dan nog, als je te dicht bij kwam dan flikte ze het.	Agressie	Patiënten	Ervaring	Voorbeeld	3.1.5.
Vraag 4 Wat helpt u om met (verbale) agressie van bezoekers om te gaan?	"Ten eerste start met duidelijke huisregels als afdeling of als divisie of als UMC".	Huisregels, divisie, UMC	Regels	UMC	Duidelijk	1.1.8
	"Vaste contact momenten te hebben bij de patient met de familie. De familiegesprekken waardoor gewoon al eigenlijk vragen al goed worden beantwoord".	Contactmomenten, familiegesprekken	Contact, gesprekken	Familie/comunicatie	Duidelijk	1.1.9
	"... een goede anamnese bij de patient. Dus dat je goed uitvraagt, is er al agressie in het verleden geweest en dat	Uitgebreide anamnese, EZIS	Dossier	Preventieve maatregelen	Duidelijk	1.1.10

	als dat zo is dat ook automatisch goed verwerkt wordt via EZIS”.					
	“Het onderwerp goed op de kaart te zetten en ik denk dat het belangrijk is dat dat gedaan wordt en niet een ondergeschoven kindje wordt”.	Onderwerp goed belichten	Aandacht	Team	Mening	1.1.11
	“..ten eerste rustig blijven dat is al een belangrijk ... je niet mee laten slepen in hun emoties”	Rust en niet mee gaan met emoties	Preventieve maatregelen	Ervaring	Ervaring	2.1.7
	“Daar draait alles om eigenlijk het stukje communicatie”	Duidelijk communicatie	Communicatie	Ervaring	Ervaring	2.1.8
	‘Nou dat je duidelijk je grenzen aangeeft dat dat daar niet van gediend zijn en als we dus als we als ze dan door gaan dat we dan de beveiliging bellen’.	Grenzen aangeven	Regels	Ervaring	Duidelijk	3.1.6.
	Kijk ik heb me grenzen, en leg ze vast. Punt.	Grenzen	Verpleegkundige	Omgaan		3.1.7.
Vraag 5 Wat verstaat u onder psychisch geweld?	“Soort van oorlogsvoering op een bepaalde manier en dat kan dus gewoon zijn op een vriendelijke manier, wat ik net zei, op een passief agressie”	Oorlogsvoering op een passief agressieve manier	Passieve agressie	Gedrag	Duidelijk	1.1.12
	“dat zuigen van mensen weet je wel, en elke keer toch weer proberen je uit uit een bepaalde iets te lokken wat je zegt of wat je toestemt”.	“Zuigen”, het laten zeggen wat je niet wilt	Gedrag	Ervaring	Twijfel	2.1.9
	‘Nou dat kan toch wel ook met de mondeling en fysiek kan je toch wel een bepaald psychisch in de knoop komen te raken’	Mondeling, fysiek	Agressie	Gedrag	Ervaring	3.1.8.
Vraag 6 Dit de enquête kwam naar voren dat de mate van psychisch geweld van bezoekers hoger is dan bij patiënten. Wat is volgens u daar de oorzaak van?	“vaak is onmacht inderdaad ook he, van iemand verliezen”	Onmacht, iemand verliezen	Familie	Ervaring	Duidelijk	1.1.13
	“emotionele toestand van de familie”	Emoties van de familie	Emotie	Familie	Duidelijk	1.1.14
	“Soms in de communicatie dingen niet goed tegen ze is verteld”	Onduidelijke communicatie	Communicatie	Ervaring	Ervaring	1.1.15
	“..Die willen bevestiging hebben die willen de echt dat wij klip en klaar een oplossing voor het probleem kunnen geven van...”	Bevestiging voor familie	Familie	Ervaring	Ervaring	2.1.10
Vraag 7 Op welke wijze wordt er volgens u door verpleegkundigen gereageerd	“.. iedereen reageert anders ergens op, maar het volgen van een cursus en het bijhouden ook en werkervaring ligt, het is wel zo van dat uiteindelijk het ook wel effect dus ook wel anders is..”	Reactie van verpleegkundigen verschillen	Reacties	Verpleegkundig handelen (3)	Onduidelijk	1.1.16

op situaties waarin sprake is van bedreiging door een bezoeker?	“het voor iedereen verschillend is hoe ze ermee omgaan en wat ze er mee doen inderdaad”	Iedereen reageert verschillend	Verskillende reacties	Verpleegkundig handelen (3)	Duidelijk	1.1.17
	“een klein stukje begrip tonen”.	Begrip tonen	Begrip	Familie (3)	Onduidelijk	2.1.11
	‘Nu was het gewoon puur handelen’	Handelen	Reactie	Verpleegkundig handelen	Duidelijk	3.1.9.
Vraag 8 Wat verstaat u onder seksuele intimidatie?	“Seksuele intimidatie versta ik eigenlijk alles onder wat bij de persoon over de grens heen gaat en dat kan bij iedereen verschillend zijn”	Grens overschrijdend gedrag, verschilt per persoon	Grensoverschrijdend gedrag	Gedrag	Duidelijk	1.1.18
	“Dus eigenlijk alles waarbij je ongepast gedrag onder seksuele noemer zal maar zeggen, wat over jouw grenzen heen gaat”	Ongepast gedrag met seksuele noemer	Ongepast, seksueel	Gedrag	Duidelijk	1.1.19
	“Ja dat kan iets kleins zijn. Dat kan een hand op je bil zijn of op je schouder of op je borst”.	Kleins zoals handtastelijkheid	Grensoverschrijdend gedrag	Ervaring	Eigen mening	2.1.12
	‘ja eigenlijk ook woorden en dat echt dat al alle al aan je zitten’	Woorden, fysiek	Ongepast	Gedrag	Duidelijk	3.1.10.
Vraag 9 Uit de enquête kwam naar voren dat seksuele intimidatie door patiënten voorkomt. Herkent u dit? Wat zou volgens u de mogelijke oorzaak kunnen zijn?	“Dat de oorzaak de neurologische... Niet altijd, soms er mensen ook gewoon gezond en doen ze het om andere redenen”.	Neurologische problemen als oorzaak of geen reden	Neurologische problemen	Ervaring	Ervaring	1.1.20
	“Ja, als je meer toch van de verpleegkundige dat ze denken dat ze toch wel iets verder mogen of dat verpleegkundigen dat wel leuk vinden, die jonge meiden. Of daar geven ze niks om of dat vinden ze wel leuk. Maar ook echt gericht. Van ja, ik probeer het..”.	Denken dat verpleegkundigen dit accepteren	Tolerantie	Bezoekers	Eigen gedachten	2.1.13
	“Je mag dat nooit tolereren. Maar dat is een stukje ontremming komt er wel eens bij. Dan ligt het niet aan de verpleegkundige denk ik”.	geen tolerantie, ontremming	Tolerantie	Verpleegkundig handelen	Duidelijk	2.1.14
	‘Ziekte speelt wel een rol... ...Ja dat is met agressie ook, maar het moet wel tot een bepaalde grens blijven’.	Ziekte, grenzen	Tolerantie	Omgaan	Eigen gedachte	3.1.11.

Deelvraag 2 Hoe ervaren verpleegkundigen agressie-incidenten binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?						
	Fragment per interview	Labels	Codes	Kernthema	Lading	Fr. nr.
Vraag 10 In de enquête kwam naar voren dat meer dan de helft van de verpleegkundigen vinden dat agressie niet bij het werk hoort, maar het word wel geaccepteerd. Wat zou volgens u hier de reden van kunnen zijn?	"wij accepteren geen agressie. Maar dat je het in sommige gevallen wel kan beargumenteren waarom het zo is"	Geen acceptatie agressie, wel kunnen beargumenteren	Tolerantie	Verpleegkundig handelen (3)	Duidelijk, begrip	1.2.21
	"Als het dan nog zo is dan, multidisciplinair dat je alles hebt ingezet en je hebt dan nog agressie, oké. Dan heb je in ieder geval van alle expertise gebruik gemaakt. Dus dan accepteer ik het wel"	Multidisciplinaire inzet, gebruik expertise, wel acceptatie	Tolerantie	Verpleegkundig handelen (3)	Duidelijk	1.2.22
	"...ik denk dat dezelfde handeling op cardio of weet ik waar nou dat wordt absoluut niet getolereerd hoor. Nee, maar dat is hier toch al snel. Ja. Nooit goed te keuren, maar dat wordt wel heel, die meneer of die mevrouw weet niet wat ze doet. Dat is misschien ook niet zo, maar dan nog mag je het niet, nooit laten gebeuren natuurlijk".	Reactie op agressie is verschillend per afdeling. Neurologische problemen spelen mee in acceptatie	Tolerantie	Gevoel	Duidelijk	2.2.15
	'De ziektes van een patient'	Ziekte als oorzaak	Tolerantie	Omgaan	Eigen mening	3.2.12.
	'Nou, kijk seksuele intimidatie daar ben ik niet zo bang voor. Maar fysiek, mm nee dat pik ik niet. Never'.	Intimidatie, fysiek	Intimidatie	Gedrag	Eigen gevoel	3.2.13
	Ja, een de kant, kan er niets aan doen. Ander moment denk je ja ho even moet hier ook veilig m'n werk kunnen doen.	- Werken - veiligheid	Agressie	Omgaan		3.2.14
Vraag 11 Waar ligt voor u de grens om een agressie-incident wel of niet te melden? Wat zou volgens u een oorzaak kunnen zijn dat agressie-incidenten wel of niet gemeld worden?	"ik maak niet altijd een melding maar wel als het mijn grens overschrijdt. Dus dat betekend eigenlijk en ook voor mijn collega's omdat ik natuurlijk aandachtshouder ben en ook het goede voorbeeld wil geven"	Altijd melding, als goed voorbeeld voor collega's	MAP	Verpleegkundig handelen (3)	Duidelijk, verantwoordelijkheidsg gevoel	1.2.23
	"ik wel eens hoor, in de wandelgangen dat sommige collega's zeggen melding hoor ik nooit heel veel van terug of er veranderd toch niets".	Niet terug zien van meldingen op de afdeling	MAP	Verpleegkundig handelen (3)	Subjectief	1.2.24
	"Ik accepteer het absoluut niet. Ik zeg er gelijk wat van".	Geen acceptatie	Tolerantie	Omgaan	Duidelijk	2.2.16
	"Ik probeer dat altijd te zeggen van ja he altijd de MAP melding invullen. Ook al denk je van nou ja, of andere verpleegkundigen zeggen van ach joh, ik vul het niet in er wordt toch niets mee gedaan of laat maar zitten".	Altijd melden via MAP melding, ook al zie je het niet terug	MAP	Verpleegkundig handelen (3)	Verantwoordelijkheidsg gevoel	2.2.17

	"...is een echt een bewust handeling, dit is niet in zijn verwardheid dat hij even zo slaat, nee echt naar mij toe van Dan vind ik, dan meld ik het inderdaad".	Bewust of onbewuste agressie maakt verschil	(on) bewuste agressie	Omgaan	Eigen mening	2.2.18
	'Dat wordt nog wel te weinig gedaan vind ik. Sommigen als je agressie-incidenten worden niet altijd gemeld'.	Weinig melden	MAP	Verpleegkundig handelen	Subjectief	3.2.15.
	'me eigen indekken'	Zichzelf indekken	MAP	Verpleegkundig handelen	Verantwoordelijk	3.2.16
	, dus gewoon waar je op een gegeven moment denkt dit is de grens. En wat is dan de grens? Ja, dat is voor ieder mens (eh) verschillend, ik kan niet zeggen van (eh) kut wijf, klote vent.	- Grens - uitschelden	Agressie	Omgaan		3.2.17.

Deelvraag 3

Wat is de ervaring van verpleegkundigen binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie met betrekking tot de bestaande handvatten ten aanzien van de aanpak van agressie-incidenten?

	Fragment per interview	Labels	Codes	Kernthema	Lading	Fr. nr.
Vraag 12 Wat is uw indruk over hoe er op dit moment gehandeld wordt bij een agressie-incident?	"Je merkt wel dat het verpleegkundige team vaak meer de leiding neemt dan de artsen. Dus dat zou eigenlijk omgekeerd moeten zijn"	Verpleegkundigen nemen ipv arts de leiding	Leiding	Verpleegkundig handelen	Ervaring	1.3.25
	"Bij ons wordt er best wel gelijk op ingesprongen van voorzorgsmaatregelen".	Voorzorgsmaatregelen worden genomen	Voorzorgsmaatregelen	Verpleegkundig handelen	Duidelijk	2.3.19
	"wel gelijk gebeld naar de beveiliging, wat in het protocol staat, we gaan met een aantal verpleegkundigen naar die patient toe, niet alleen. Geen leerlingen er naar toe".	Acties volgens protocol	Protocol	Verpleegkundig handelen	Duidelijk	2.3.20
	'Wat ik al zei, heel wisselend nog van arts tot arts... Nee, alle neurologen hoor. Ja. De enige... dat vinden allemaal niet zo dat kan niet want we moeten observeren enzovoort enzovoort. Dan denk ik ja, ho even. Geef ze wat middelen om wat rustiger te worden. Dan hoeven we misschien iets minder te fixeren'.	Artsen zitten niet op één lijn met de verpleegkundige	Leiding	Verpleegkundig handelen	Ervaring	3.3.18.
	'Nou dan wordt wel actie ondernomen. Alleen ik vind dat sommigen collega's iets te makkelijk zijn om weer mensen los te maken. En niet met elkaar overleggen'	Actie ondernemen in overleg	Overleg	Verpleegkundig handelen	Ervaring	3.3.19.
Vraag 13	"Dan reageer je toch altijd vanuit de combinatie intuïtie met training. Dus dat vind ik helemaal prima"	Reactie altijd vanuit intuïtie en training	Training	Verpleegkundig handelen	Eigen mening	1.3.26

In de enquête kwam naar voren dat het handelen bij agressie wordt gedaan vanuit de training en intuïtie. Wat vind u hiervan als aandachtshouder?	"Dan is die agressietraining niet voldoende geweest. Dan zou je daar een hogere score van moeten krijgen".	Training is niet voldoende	Training	Verpleegkundig handelen	Ontevreden	2.3.21
	'En ze wachten niet meer zo als sommigen deden, nee het is gewoon protocollair. Dus hup, starten ermee'.	Protocollair handelen	Protocol	Verpleegkundig handelen	Ervaring	3.3.20.
Vraag 14 In de enquête kwam naar voren dat er weinig gebruik gemaakt wordt van het agressieprotocol op de afdeling. Wat zouden volgens u redenen hiervoor kunnen zijn?	"een protocol er is daardoor een soort van ja niet echt een lekker instrument waarmee je kan werken. Dus verpleegkundigen zijn nu eenmaal van het moet gewoon praktisch zijn, gewoon makkelijk te gebruiken dus ik begrijp soms wel dat ze zeggen van ja ik ga dat niet helemaal doorlezen"	Protocol is een niet praktisch document	Protocol	Handvatten	Duidelijk, ervaring	1.3.27
	"Ja, we hebben nu ook voorlichting. Dan naar nieuwe studenten. Dat geven we nu ook sinds een jaar. Dat die ook al wat meer op de hoogte zijn van het protocollen hoe gaan we handelen. En dat je bij nieuwe werknemers, inderdaad toch wat wat beter dat protocol erin moet zitten krijgen".	Voorlichting aan nieuwe collega's om protocol te promoten	Voorlichting	Verpleegkundig handelen	Duidelijk, licht verdedigend	2.3.22
	'Terwijl, ik weet wel toen ik net begonnen was op een gegeven moment hadden wij iets van dertig bladzijden, nou sorry. Ik heb het wel doorgelezen maar als aandachtshouder, maar je gaat het dus niet in een stresssituatie nog doorlezen'.	Te veel pagina's door te lezen	Protocol	Handvatten	Duidelijk	3.3.21.
Vraag 15 Wordt de in het UMC Utrecht gegeven agressietraining volgens u als voldoende ervaren? Wat vind u goed? En wat zou er verbeterd kunnen worden?	"Ik denk een agressietraining, ik denk een E-learning, ik weet niet of die er als is, ik denk gewoon verplichte klinische lessen over agressie"	Training en e-learning moeten verplicht zijn	Training	Handvatten	Duidelijk	1.3.28
	"En dan op die agressietraining leer je natuurlijk heel uitzonderlijk he handelen, handtastelijk, fysiek geweld vaak. Maar ja, dat hoeft niet altijd te zijn natuurlijk".	Agressietraining gaat niet in op psychisch geweld	Training	Handvatten	Duidelijk	2.3.23
	"We hebben wel eens gedacht bij de werkgroep aan van die handzame kaartjes".	Werkgroep, zakkaartjes	Zakkaartjes	Handvatten	Idee van anderen	2.3.24
	'ik weet niet of dat jaarlijks is, of twee jaarlijks dat weet ik niet. Op een gegeven moment als je als je het feit dat je nu al acht uur studiebelasting krijgt. Dan denk ik bij me eigen ja kijk acht uur zeggen ze, schrijf acht uur maar	Training, e-learning, studiebelasting	Training	Handvatten	Ervaring	3.3.22.

	soms ben je langer bezig. En vooral als er dan namelijk e-learning niet kloppen’.					
Vraag 16 Uit de enquête komt naar voren dat men niet alle incidenten bespreekt, (met niemand) is dit bij u bekend? Wat zou volgens u hier de reden van kunnen zijn? Wordt hier wat mee gedaan?	“Als ze dan wel gemeld worden dat is bij ons de afspraak dat ik als aandachtshouder daarover in gesprek ga”	Bij melding gesprek met aandachtshouder	MAP	Verpleegkundig handelen	Duidelijk	1.3.29
	“Ik vind dat natuurlijk iemand er ook recht op heeft als ze uiteindelijk het besluit ook heeft ik wil er niet meer over praten. Maar ik vind wel dat het moet worden aangeboden door de leidinggevende/aandachtshouder”	Recht op niet praten, wel aanbieden van gesprek	MAP	Verpleegkundig handelen	Eigen mening	1.3.30
	“Best wel van invloed kan zijn op later ziekmelding of burn-out”.	Invloed Ziekmelding/ burn-out	Effecten	Omgaan	Duidelijk	1.3.31
	“Ja, weet dat het zo is inderdaad. Moet je dat stimuleren? Ook misschien via die agressietraining, dat je daarover spreekt”.	Stimuleren via agressietraining	Training	Handvatten	Twijfel	2.3.25
	“Ja wat zal de oorzaak zijn? niet durven? Misschien vinden we, misschien vinden ze me stom? Kinderachtig?”	Kinderachtig, stom	Gêne	Belemmeringen	Twijfel	2.3.26
Vraag 17 Uit de enquête komt naar voren dat wanneer een agressie-incident besproken wordt, deze veelal besproken wordt met collega / senior-verpleegkundige. Is het bij u als agressie-aandachtshouder bekend dat de teamleider zelden betrokken wordt bij een agressie-incident. Wat is volgens u hier een mogelijke oorzaak voor?	“Het is wel zo dat mijn teamleider daar melding van krijgt, die ziet ook dezelfde MAP-meldingen binnen komen. Maar het is niet zo dat zij ook initiatief neemt naar mij toe”	Teamleider neemt geen initiatief naar aandachtshouder	MAP	Verpleegkundig handelen	Ervaring, onvrede	1.3.32
	“nee in principe weet ik niet wat daar de oorzaak van is. Maar als je het goed zou willen doen, zou je in principe in haar functie omschrijvingen moeten zetten”	Geen oorzaak bekend, in functieomschrijving	MAP	Verpleegkundig handelen	Twijfel	1.3.33
	“Nou nee. Onze... teamleider die krijgt natuurlijk ook die MAP meldingen en die hoort natuurlijk net zo goed als ik hoort wat dan ook de senior en die springt er best wel op in hoor”.	Teamleider krijgt de meldingen, gaat goed ermee om	MAP	Verpleegkundig handelen	Geen herkenning	2.3.27
	‘Ja, het is eigenlijk hetzelfde als melden. Het is gewoon veel werk en eigenlijk als het met een sisser afloopt laat je eigenlijk ook naar de teamleider toe of naar de zorglijn laat je dat zitten. Alleen de echte dingen die uit de hand lopen of als ze niet luisteren ja dan hebben wij, bij wijze van spreken als de arts zegt: ik kom niet, zoek het maar uit. Ja dan heb je dus dat wij de zorglijn er bij halen. Maar anders niet’.	Uit de gelopen situaties, veel werk	MAP	Verpleegkundig handelen	Ervaring	3.3.23.

Deelvraag 4 Welke kennis en informatie hebben verpleegkundigen nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?						
	Fragment per interview	Labels	Codes	Kernthema	Lading	Fr. nr.
Vraag 18 Uit de enquête komt naar voren dat er winst te behalen is in het voorkomen van agressie-incidenten, omdat hierbij wordt aangegeven dat er te weinig kennis over is. Herkent u dit?	“qua kennis zal het ook wel wat verschillen, zal maar zeggen. En daardoor is het belangrijk ook al maak je het super vaak mee of juist helemaal niet. Dat het in ieder geval een soort van gewaarborgd wordt door middel van wat ik net aangaf. De klinische les, e-learning”	Kennis verschilt, gewaarborgd door klinische les, e-learning	Klinische les	Handvatten	Duidelijk	1.4.34
	“Ja, misschien toch wat meer kennis over desbetreffende patient of als het in het verleden wat meer, agressie schijnt is geweest dat we dan voorbereidt zijn”.	Kennis over verleden van patient	Dossier	Verpleegkundig handelen	Suggestie	2.4.28
	‘Nou ieder geval dus dat ze echt wel kunnen zien aankomen, weten vanuit de anamnese dat er agressie is geweest, wat er eventueel gedaan moet worden.... wat de interventies kunnen zijn’.	Kennis verleden in anamnese, interventies	Dossier	Verpleegkundig handelen	Duidelijk	3.4.24.
Vraag 19 Uit de enquête komt naar voren dat de huidige procedure bij (dreigende) agressie-incidenten in het UMC Utrecht binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie niet goed gekend wordt. Wat is hier volgens u een mogelijke oorzaak van?	“Maar het is natuurlijk wel zo dat als je er nooit mee in aanraking komt, ja dat wisselt dus nogal, maar dat moet je in ieder geval wel als organisatie wel momenten aanbieden waar in ieder geval er over kan praten en waar de kennis wordt gedeeld”.	Kennis in organisatie aanbieden en delen	Kennis	UMC	Duidelijk	1.4.35
	Nee, ja maar gaat dat eerst maar eens opzoeken. Als er agr... nou dat doe je niet. En dat staat dan in zulke moeilijk woorden, je moet gewoon wel heel praktisch maken”.	Protocol opzoeken, moet praktisch gemaakt worden	Protocol	Verpleegkundig handelen	Onvrede, belachelijk dat protocol	2.4.29
	‘Dat je dus in tien, twaalf steekwoorden dingetjes hebt en niet even dertig bladzijden moet lezen’.	Protocol is te groot	Protocol	Verpleegkundig handelen	Onvrede	3.4.25.
	Kaartjes..... Met (eh) aandachtspuntjes en kort. Het protocol is zo groot.	- protocol - Kaartjes - Aandachtspunten	Informatie	Handvatten	suggestie	3.4.26.
Vraag 20 Wat moet een verpleegkundige volgens u aan kennis hebben, om adequaat te handelen bij een (dreigend) agressie-incident?	“Wat is het belang van een goede anamnese, wat te doen bij een anamnese met patiënten die al agressie hebben gehad, wat te doen bij het signaleren, hoe ze moeten melden, hoe ze het bespreekbaar moeten maken in het team, dus ook echt uitleg geven over de tools, dus over de protocollen, waar staat het, waar kan ik het vinden, hoe werkt het? Praktische informatie”	Goede anamnese, bespreekbaar maken in team, uitleg over protocollen, praktische informatie	Praktische informatie	Handvatten	Duidelijk	1.4.36

	“nou inderdaad van kan dit een dreiging zijn, wat ga ik dan doen, welke stappen ga ik dan ondernemen? Beetje van het begin tot het einde”.	Alle stappen benoemen	Stappenplan	Handvatten	Duidelijk	2.4.30
	‘wat ik al zei één keer training per jaar. Theorie en praktijk’.	Theorie en praktijk, training	Kennis	Handvatten	Suggestie	3.4.27.
	‘Kijk hier worden heel veel kaartjes ontwikkeld, maar zo’n kaartje...zou moeten kunnen’.	Praktisch	Zakkaartje	Handvatten	Suggestie	3.4.28

Deelvraag 5						
Welke handvatten moeten in het document komen te staan, zodat de verpleegkundigen adequaat kunnen handelen bij agressie-incidenten?						
	Fragment per interview	Labels	Codes	Kernthema	Lading	Fr. nr.
Vraag 21 Wat zijn volgens u handvatten die bij een agressie-incident gebruikt kunnen worden, om adequaat te kunnen handelen?	De klinische les, e-learning, duidelijk document waarmee...”	Klinische les, e-learning, document	Klinische les	Handvatten	Duidelijk	1.5.37
	“Nou, dat is misschien wel een als werkgroep gaan we willen we een korte klinische les op elke afdeling gaan presenteren. En in het teamoverleg, kort, kort en bondig. Dat we daar dat kaartje...”.	Teamoverleg, kort en bondig.	Teamoverleg	Handvatten	Duidelijk	2.5.31
Vraag 22 Uit de enquête kwam naar voren dat een stroomschema of checklist bij het handelen bij agressie. Wat zou hier een reden voor kunnen zijn?	“Maar het gaat mij er gewoon om van een werkbaar document voor in de praktijk, en ik zeg altijd maar: less is more”.	Werkbaar document voor praktijk. Less is more.	Praktisch document	Handvatten	Ervaring	1.5.38
	“Want iedereen moet toch op dat moment duidelijkheid.. mee om kunnen gaan. En inderdaad die richtlijn, kom op zeg. Daar komt toch niemand uit”.	Duidelijkheid, richtlijn niet.	Praktisch document	Handvatten	Afwerend	2.5.32
Vraag 23 Waar moeten we volgens u rekening mee houden bij het ontwerpen van handvatten of het implementeren hiervan?	“Thema”s vind die erin naar voren moeten komen, is het verwerkt in het activiteitenplan, staat het als iemand eerder agressie heeft gehad staat het ook boven in het dossier, EZIS”	Activiteitenplan, verleden agressie, EZIS	Dossier	Verpleegkundig handelen	Duidelijk	1.5.39
	“Er zijn zoveel dingen, maar in ieder geval overzicht en makkelijk te gebruiken”	Overzicht, gemakkelijk te gebruiken	Praktisch document	Handvatten	Duidelijk	1.5.40
	“En als dat op elke afdeling doen door de aandachtshouders”.	Aandachtshouders betrokken hierbij	MAP	Verpleegkundig handelen	Twijfel Idee	2.5.32
	(Eh) nou ieder geval dus dat ze echt wel kunnen zien aankomen, weten vanuit de anamnese dat er agressie is geweest, wat er eventueel gedaan moet worden,	- Anamnese - Handelen	Informatie	Verpleegkundig handelen		3.5.30.
	wat ik al zei, niet te lang. Maak het alsjeblieft niet te lang.	Inhoud	Informatie	Handvatten		3.5.31.

Afstudeerpresentatie 'GRIP OP AGRESSIE'

Cluster Neurologie en Neurochirurgie - UMC Utrecht

Donderdag 4 juni 2015 van 9:30 tot 10:30

Else Lensink
Ruben van der Mel
Jeanet Veldsema



Universitair Medisch Centrum
Utrecht



VOORSTELLEN



Else Lensink



Ruben van der Mel



Jeanet Veldsema

Studenten HBO-V aan de Hogeschool Viaa in Zwolle



INHOUD:

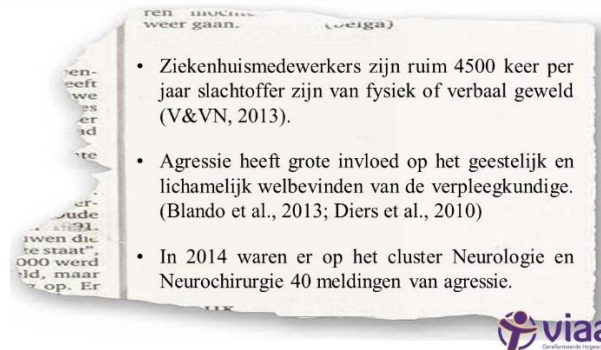
1. Aanleiding
2. Probleemstelling
3. Doelstelling
4. Hoofd- en deelvragen
5. Theoretische onderbouwing/verpleegkundige relevantie
6. Methode van onderzoek
7. Resultaten enquêtes en interviews
8. Conclusie
9. Inhoudelijke discussie
10. Verpleegkundige visie
11. Aanbevelingen
12. Discussie
13. Slot + presentje



FILMPJE



1. AANLEIDING



2. PROBLEEMSTELLING



- Geen eenduidigheid in het handelen bij dreigende agressie, tijdens en na een agressie incident (Koedam, 2014)
- Als opvolging van het project Veiligezorg® is de vraag ontstaan om tot handzaam document te komen bij agressie.



3. DOELSTELLING



Een onderzoek naar de kennis en ervaring met agressie onder verpleegkundige van het cluster Neurologie en Neurochirurgie van het UMC Utrecht, zodat er aan de hand van die behoefte een handzaam document komt om te kunnen handelen rondom een agressie incident.



4. HOOFDVRAAG



"Welke ervaring is er met betrekking tot agressie incidenten bij de verpleegkundigen van het cluster Neurologie en Neurochirurgie en welk praktisch document met handvatten hebben zij nodig om adequaat te kunnen handelen bij agressie incidenten?"



4. DEELVRAGEN



De centrale vraagstelling is opgedeeld in een aantal deelvragen:

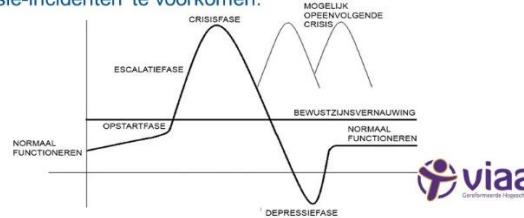
1. Welke **ervaringen** hebben **verpleegkundigen met agressie** in de gezondheidszorg binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?
2. **Hoe ervaren verpleegkundigen** **agressie** incidenten binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?
3. Wat is de **ervaring van verpleegkundigen** binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie **met betrekking tot de bestaande handvatten** ten aanzien van de aanpak van agressie incidenten?
4. Welke **kennis en informatie** hebben verpleegkundigen **nodig om adequaat te kunnen handelen** bij agressie binnen het cluster Neurologie en Neurochirurgie?
5. Welke **handvatten** moeten **in het document** komen te staan, zodat de verpleegkundigen **adequaat kunnen handelen** bij agressie incidenten?

'Agressie is het toebrengen van schade aan materiaal of een andere persoon door het overschrijden van de grenzen (en/of normen of regels) van de ander' (Hagen, 2014).

Agressie kan zich uiten in verbale-, fysieke-, psychische agressie en seksuele intimidatie (Jonge, 2012).



Agressie kent verschillende fases en ontstaat niet plotseling. In het crisisontwikkelingsmodel van Tilburg (2008) zijn verschillende fasen te onderscheiden. Door goed op de fasen te reageren als verpleegkundige, is een groot deel van de agressie-incidenten te voorkomen.



- Agressie heeft invloed op de kwaliteit van de zorg die de patiënt hoort te krijgen (Erferst, 2004)
- Agressie kan volgens Blando et al. (2013) van grote invloed zijn op het geestelijk en lichamelijk welbevinden van de verpleegkundige.
- Door na te denken over agressie incidenten, kennis op te doen, het verbeteren van de praktijkervaring en het voorbereiden op incidenten is het risico op een agressie incident te verkleinen (Powley, 2013).



6. METHODE VAN ONDERZOEK

**Kwalitatief:**

- Enquêtes onder verpleegkundigen

Kwantitatief:

- Interviews met agressie aandachtshouders

Betrouwbaarheid & validiteit:

- Proefafnames, begripsvaliditeit, transcriptie, anonimiteit



7.0 DE RESPONS

**Enquêtes:**

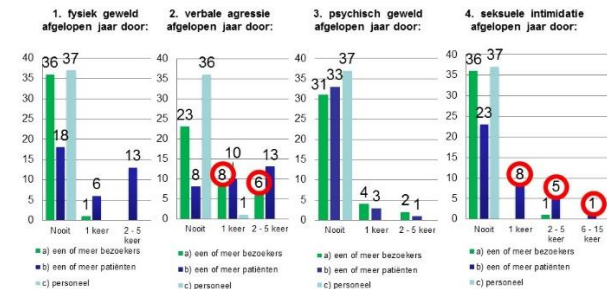
- 33 vrouwen en 4 mannen
- Verschillende leeftijden
- 25 verpleegkundigen, 2 verpleegkundige agressie aandachtshouders, 1 teamleider, 4 leerlingen en 5 stagiaires.
- Van verschillende afdelingen (AN 3; A&AN 10; CVZ 12; FNO 6; MC CVZ 2; MC A&AN 4)

Interviews:

- 3 agressie aandachtshouders



7.1 ERVARING MET AGRESSIE OP DE WERKVLOER



Figuur 2: Aantal keer dat er afgelopen jaar geweld is meegemaakt door de verpleegkundigen. (Respons = 37)

KOPPELING MET INTERVIEW AGRESSIE AANDACHTSHOUDER



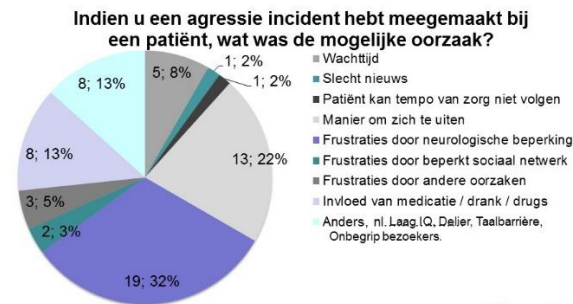
Agressie van bezoekers:

"Het een stuk onwetendheid, onzekerheid, angst" (label 2.1.5.)

Seksuele intimidatie:

"Je mag dat nooit tolereren. Maar dat is een stukje ontremming komt er wel eens bij..." (label 2.1.14)

FACTOREN VOOR HET ONTSTAAN VAN AGRESSIE IN HET UMC



Figuur 3: Door de respondenten aangegeven oorzaken van agressie. (aantal; percentage)



7.3 HET ERVAREN VAN AGRESSIE OP DE WERKVLOER



	Waar	Niet waar
Agressie-incidenten moeten altijd gemeld worden	25	12
Ik meld alle agressie-incidenten (MAP)	21	16
Ik rapporteer alle (dreigende) agressie-incidenten in EZIS	26	11

Tabel 3: De eigen mening / ervaring van respondenten met de acties na een agressie-incident.

"... in de wandelgangen dat sommige collega's zeggen; melding hoor ik nooit heel veel van terug of er veranderd toch niets" (label 1.2.24)

"dat (melden) wordt nog wel te weinig gedaan vind ik" (label 3.2.15)



7.2 HET ERVAREN VAN AGRESSIE OP DE WERKVLOER



	Waar	Niet waar
Agressie hoort bij mijn werk	14	23
Agressie van neurologische patiënten accepteer ik	19	18
Agressie van bezoekers accepteer ik	2	35
Agressie-incidenten hebben impact op mijn werk (houding)	22	15

Tabel 1: Hoeveelheid verpleegkundigen die waar of niet waar hebben ingevuld.

"wij accepteren geen agressie. Maar dat je het in sommige gevallen wel kan beargumenteren waarom het zo is" (label 1.2.21)

"Best wel van invloed kan zijn op later ziekmelding of burn-out" (label 1.3.31)

PROTOCOLLEN BIJ AGRESSIE



	Waar	Niet waar
Ik weet dat er protocollen zijn als ik te maken krijg met 37 agressie	0	
Ik weet deze protocollen te vinden	33	4
Ik pas deze protocollen toe	24	13

Tabel 2: De eigen mening / ervaring van respondenten met agressieprotocollen.

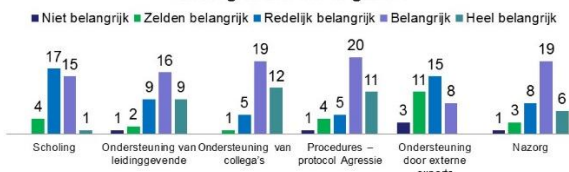
"het protocol is niet echt een lekker instrument waarmee je kan werken. Dus verpleegkundigen zijn nu eenmaal van het moet gewoon praktisch zijn, gewoon makkelijk te gebruiken..." (label 1.3.27)

"Nee, ja maar gaat dat eerst maar eens opzoeken. Als er agr... nou dat doe je niet... je moet gewoon wel heel praktisch maken" (label 2.4.29)

7.6 AGRESSIE PROFESSIONEEL BENADEREN



Waar zou u graag in ondersteunt willen worden om met agressie om te gaan?



Figuur 6: Aantallen waarin respondenten graag ondersteunt willen worden om met agressie om te gaan

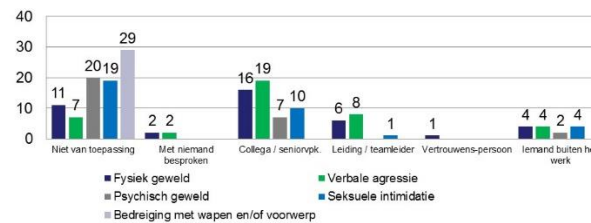
"nou inderdaad van kan dit een dreiging zijn, wat ga ik dan doen, welke stappen ga ik dan ondernemen? Beetje van het begin tot het einde". (label 2.4.30)



CONTACT NA INCIDENT



Bij wie heeft u melding gemaakt of met wie heeft u gesproken over de agressie, waarmee u bent geconfronteerd?



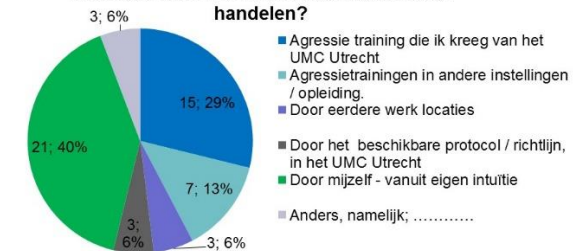
Figuur 4: Het aantal keer dat agressie besproken is, waarmee de respondent is geconfronteerd



7.4 DE ERVARING MET BESTAANDE HANDVATTEN OP DE WERKVLOER



Waarom kwam het dat u wist hoe u moest handelen?



Figuur 5: De aangegeven manieren door de verpleegkundigen, van waaruit ze hebben gehandeld bij een agressie incident. (aantal; percentage)



7.5 BEHOEFTE AAN KENNIS EN ONDERSTEUNING BIJ AGRESSIE OP DE WERKVLOER



	O (onvoldoende)	M (Matig)	V (Voldoende)	RV (Ruimvoldoende)	G (Goed)
Wat agressie precies is	0	0	12	17	7
Welke agressie niveaus er zijn	4	9	12	9	2
De procedure die ik moet volgen als ik denk dat ik met een potentieel gewelddadige situatie geconfronteerd word	2	10	13	8	3
Welke preventieve maatregelen ik wanneer kan inzetten	1	9	17	7	2
Wat de vervolgtacties zijn na een agressie-incident	3	3	15	11	4
Hoe er gerapporteerd dient te worden na een agressie-incident	4	5	16	8	3
Welke meldingen er gedaan moeten worden na een agressie-incident.	0	6	16	12	2

Tabel 3: De mate waarin respondenten op de hoogte zijn van het huidige beleid in het UMC Utrecht.



KOPPELING MET INTERVIEW AGRESSIE AANDACHTSHOUDER

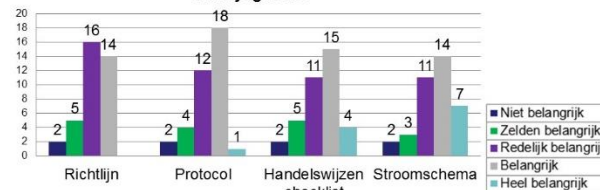


"Wat is het belang van een goede anamnese, wat te doen bij een anamnese met patiënten die al agressie hebben gehad, wat te doen bij het signaleren, hoe ze moeten melden, hoe ze het bespreekbaar moeten maken in het team, dus ook echt uitleg geven over de tools, dus over de protocollen, waar staat het, waar kan ik het vinden, hoe werkt het? Praktische informatie" (label 1.4.36)

BEHOEFTE AAN HANDVATTEN OVER AGRESSIE OP DE WERKVLOER



Welk soort document vindt u het meest belangrijk om bij agressie



Figuur 7: Aantallen van elk soort document de respondenten het meest belangrijk vinden bij agressie.



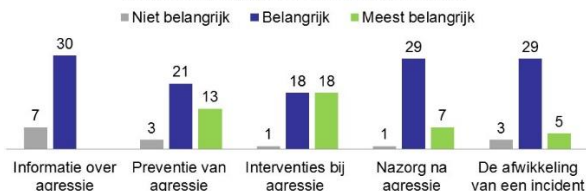
KOPPELING MET INTERVIEW AGRESSIE AANDACHTSHOUDER



"... het gaat mij er gewoon om van een werkbaar document voor in de praktijk, en ik zeg altijd maar: Less is more". (label 1.5.38)

"Want iedereen moet toch op dat moment duidelijkheid... mee om kunnen gaan. En inderdaad die richtlijn, kom op zeg. Daar komt toch niemand uit". (label 2.5.32)

Waar zou u meer kennis over willen hebben, wat naar voren moet komen in het eindproduct?



Figuur 8: Wat de respondenten belangrijk vinden in het eindproduct.



"... een goede anamnese bij de patiënt. Dus dat je goed uitvraagt, is er al agressie in het verleden geweest en dat als dat zo is dat ook automatisch goed verwerkt wordt via EZIS". (label 1.1.10)

"We hebben wel eens gedacht bij de werkgroep aan van die handzame kaartjes". (label 2.3.24)

- Verschillende vormen van agressie worden ervaren.
- Iedereen gaat er op zijn eigen manier mee om.
- Agressie-incidenten worden te weinig gemeld.
- Er is te weinig kennis over het voorkomen van agressie.
- Er is behoefte aan een kort, eenduidig en overzichtelijk document, om te handelen bij agressie.
- Ondersteuning van collega's is belangrijk.

Conclusie: Agressie is niet acceptabel en hoeft nooit getolereerd te worden en als het zich toch voordoet, dient daar adequaat (passend en conform daarvoor geldende regels en richtlijnen) tegen opgetreden te worden.



9. INHOUDELIJKE DISCUSSIE



10. VERPLEEGKUNDIGE VISIE



11. AANBEVELINGEN



- Magere respons op de enquête
- Meer interviews houden, zodat er duidelijker een conclusie getrokken kan worden.
- Tweestrijd bij de onderzoekers tussen in opdracht van de opdrachtgever toewerken naar een product en de opdracht van school, het onafhankelijk betrouwbaar onderzoek doen.
- Geen duidelijk verschil onderzocht tussen het ervaren van agressie van patiënten of bezoekers.
- Interessante gegevens uit de enquête paste niet altijd bij de deelvragen.



Agressie heeft blijvend aandacht nodig, omdat:

- het een negatieve invloed heeft op het functioneren van de verpleegkundige;
- en het ten koste gaat van de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Microniveau:

- Geluisterd naar de behoefte van de verpleegkundigen.
- Scholen van verpleegkundigen.

Mesoniveau:

- Breder relevantie voor verpleegkundigen, dan alleen die van het cluster Neurologie en Neurochirurgie.

Macroniveau:

- Agressie moet beter bespreekbaar worden.
- Op zowel micro-, meso- als macroniveau is meer actie nodig om agressie te voorkomen.



Microniveau:

- Kennisvergroting bij verpleegkundigen door training, e-learning etc.
- Persoonlijke ondersteuning krijgen van leidinggevende / agressie aandachtshouder.

Mesoniveau:

- Implementatie stroomschema op de divisie hersenen, cluster neurologie en neurochirurgie.

Macroniveau:

- Er moet een onderzoek komen naar de acceptatie van agressie door verpleegkundigen van patiënten.
- Er moet meer geld komen om agressie in de zorg terug te dringen.



12. DISCUSSIE



ONS EINDPRODUCT!



Bronnen



Stelling 1:

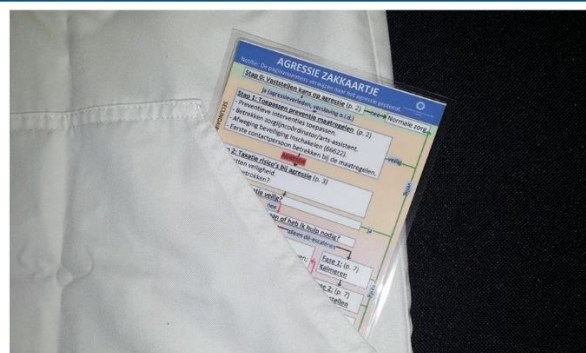
- Agressie van een patiënt met neurologische problematiek accepteer ik.

Stelling 2:

- Agressie hoort bij mijn werk.

Stelling 3:

- Ik meld alle agressie incidenten.



- Brouwer, E. Peerdeman, P. (2007) *Handboek Veiligheidszorg*. Baarn: Houtboeken.
- Blando, J.D., Casteel, C., O'hagan, E., Nocera, M., & Peek-Asa, C. (2013) Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management*, Vol. 21, Issue 3, p 491-498
- Diers, D., Gating-Paul, C., Duffield, C. & Roche, M. (2010) Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 42, Issue 1, p 13-22
- Erfster, D. (2004) Wat als agressie toelaat? ... beter voorkomen dan bevestigen. *Spoodgevallen*, 23 (5), 130-143
- Hagen, M. van (2014) *Beleid en veiligheid. Geraadpleegd op 7 april 2015 via* <https://richtlijn.nl/nunc-nl/UCI/Documentatie/Pagina/Beleid-Veiligheid-en-Beveiliging.aspx>
- Jonge, H. de (2012) *Relaties in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Powley, D. (2013) Reducing violence and aggression in the emergency department. *Emergency Nurse*, Vol. 21, Issue 4, p26-29. doi:10.1016/j.emn.2013.05.001
- Tilburg, E. van (2004) *Agressie: Praktijkboek voor hulpverleners, begeleiders en leerkrachten*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant uitgeverij.
- V&VN (2013) *Nieuwe cijfers agressie ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 9 december 2014 van: <http://www.venvn.nl/Dossiers/Agressie/Detailtabid5044/ArticleID8425/mod13130/Nieuwe-cijfers-agressie-in-ziekenhuizen.aspx>
- V&VN (2014) *Dossier agressie*. Geraadpleegd op 18 november 2014 van: <http://www.venvn.nl/Dossiers/Agressie/Detailtabid5044/ArticleID8655/mod13130/Het-grote-gevaar-van-de-zorg.aspx>

