



Vrij in onvrijwillige zorg

FREE IN COERCED CARE

THESIS AFSTUDEREN ADVIES ZUYD HOGESCHOOL HBO-V

STUDENT:

SCARLETT VAN LIEROP 1929747
PIEN PEULEN 1938843
NAVEEN WILLEMS 1920014

DOCENT BEGELEIDER

INA QUAEDFLIEG

OPDRACHTGEVER

LIESBETH DE BOER-BESKERS

PRAKTIJKBEGELEIDER

SANNE BROUNS, MARIT GEERETS EN
SUSAN BOUMANS

22/05/2023
VERSIENUMMER 1
AANTAL WOORDEN:
9983

Samenvatting

Inleiding: Vanuit het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) wordt er op ziekenhuisniveau onderzoek gedaan door Liesbeth de Boer-Beskers naar de prevalentie van vrijheidsbeperkende interventies (VBI's) en factoren die leiden tot het inzetten van VBI's categorie 4 en 5 (zware VBI's). Uit het onderzoek blijkt, dat in 2022, 16% van de zware VBI's worden ingezet op afdeling B5. Hiermee is B5 de afdeling met de hoogste prevalentie van zware VBI's in vergelijking met andere afdelingen in het ziekenhuis. De centrale doelstelling van deze bachelor thesis is om in kaart te brengen welke factoren de verpleegkundigen en artsen van B5 belemmeren bij het voorkomen of de-escaleren van VBI-categorie 4 of 5 op afdeling B5. Met als onderzoeksvraag: Welke factoren belemmeren de verpleegkundigen en artsen van afdeling B5, bij het voorkomen of de-escaleren van VBI-categorie 4 of 5?

Onderzoeksmethode: Middels beschrijvend kwalitatief en kwantitatief onderzoek is er antwoord verkregen op de onderzoeksvraag. Om de juiste kwalitatieve data te verzamelen zijn er acht interviews gehouden met verpleegkundigen en artsen. Middels transcriberen en coderen werden de verzamelde data geanalyseerd. De kwantitatieve data werden verzameld door middel van een enquête die is uitgezet onder de verpleegkundigen en de artsen.

Resultaten: Uit de data-analyse is gebleken dat er meerdere factoren meespelen bij de belemmering van verpleegkundigen en artsen van afdeling B5, bij het voorkomen of de-escaleren van een zware VBI's. Belemmerende factoren zijn tijdsdruk, perspectief, werkervaring en kennistekort.

Conclusie: Er zijn meerdere factoren die verpleegkundigen en artsen belemmeren in het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's. Het is een complex probleem waar bij objectieve gegevens gepaard gaan met gevoelens en emotie van de zorgverleners en patiënten. Tijdsdruk, perspectief, werkervaring en kennistekort zijn factoren die verpleegkundigen en artsen van B5 belemmeren bij het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's.

Advies: Naar aanleiding van dit onderzoek worden er drie aanbevelingen gedaan om de belemmerende factoren te elimineren. Om het perspectief van de zorgverlener te hervormen wordt als voorstel een workshop aanbevolen om bewustwording te creëren. Als tweede voorstel wordt er een verplichte scholing met toetsing aanbevolen, als bijdrage aan de factoren kennistekort en werkervaring. Als derde voorstel wordt geadviseerd om vervolgonderzoek te doen om de implementatie van integraal capaciteit management te optimaliseren.

Voorwoord

Met het schrijven van deze thesis naderen wij ons afstuderen, iets waar wij naar uit keken toen wij in 2019 begonnen met de HBO-verpleegkunde op ZUYD Hogeschool. Het leek destijds ver in de toekomst te liggen, maar na vier jaar is dit moment ontzettend dichtbij.

Voor u ligt onze bachelor thesis ‘Vrij in onvrijwillige zorg’. Deze thesis is geschreven om te kunnen voldoen aan de afstudeereisen van de opleiding HBO-verpleegkunde aan ZUYD Hogeschool in Heerlen. Van februari tot en met mei 2023, zijn wij bezig geweest met onderzoek en het schrijven van onze thesis. Het is een interessante opdracht geweest, waar we veel kennis in op hebben kunnen doen die we de rest van onze carrière kunnen toepassen.

Iedere verpleegkundige krijgt er minimaal een keer in zijn/haar carrière mee te maken, vrijheidsbeperkende interventies. Ondanks dat de inzet van vrijheidsbeperkende interventies het laatste redmiddel is, gezien de ethische en juridische kwesties en daarbij meerdere nadelige fysieke en psychosociale, merkten wij dat vrijheidsbeperkende interventies in de praktijk veelvuldig worden ingezet.

Wij raakten dan ook ontzettend geïnteresseerd over de factoren die hierbij een rol spelen en wij wilde dit graag verder onderzoeken.

Een speciaal dankwoord voor onze thesisbegeleider Ina Quaedflieg, onze opdrachtgever Liesbeth de Boer-Beskers en onze praktijkopleiders Sanne Brouns, Marit Geerets en Susan Boumans. Ook willen we graag het hele team van B5 bedanken voor hun betrokkenheid bij de thesis. Tot slot willen we Kevin Frencken en Ilse van Lier bedanken voor hun ondersteuning gedurende het schrijven van de thesis.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Scarlett van Lierop, Pien Peulen en Naveen Willems
Maastricht, 2023

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	9
1.1. Vrijheidsbeperkende interventies, preventieve- en alternatieve maatregelen	9
1.2. Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature.....	10
1.3. Nurses' Views on the Use of Physical Restraints in Intensive Care: A Qualitative Study	11
1.4. Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit: an integrative review	11
1.5. Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee tenzij	12
1.6. Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst	12
1.7. Protocollen.....	12
Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode	14
2.1. Onderzoeksbenadering	14
2.2. Setting & participanten	14
2.3. Dataverzameling	16
2.3.1. Enquête	16
2.3.2. Interview.....	17
2.4. Data analyse.....	17
2.4.1. Enquête	17
2.4.2. Interview.....	18
2.5. Ethische overwegingen.....	19
Hoofdstuk 3: Resultaten	20
3. Enquête	20
3.1.1. Resultaten verpleegkundigen	20
3.1.2. Resultaten artsen	26
3.2. Interview	29
3.2.1. Interview verpleegkundigen	29
3.2.2. Interview artsen	34
Hoofdstuk 4: Conclusie en discussie.....	38

4.1. Discussie	38
4.2. Sterkte en zwakte analyse	41
4.3. Conclusie	42
Hoofdstuk 5: Aanbevelingen/advies voor de praktijk.....	44
5.1. Workshop.....	44
5.2. Scholing	45
5.3. Integraal capaciteit management	46
5.4. Advies 'Vrijheidsbeperkende interventies, sta je ook stil bij de consequenties?'	47
Literatuur	48
Bijlagen	52
Bijlage 1: Topiclijst + vragenlijst interview - Verpleegkundigen	52
Bijlage 2: Topiclijst + vragenlijst interview - Arts.....	54
Bijlage 3: Enquête - Verpleegkundige.....	55
Bijlage 4: Enquête - Arts	58
Bijlage 5: Cijfers MUMC+	61
Bijlage 6: Toestemmingformulier	62
Bijlage 7: Protocollen & richtlijnen MUMC+	67
Bijlage 8: Vrijheidsbeperkende interventies in het ziekenhuis? Nee tenzij... ..	75
Bijlage 9: Stappenplan ‘Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij...’	82
Bijlage 10: Preventieve maatregelen volgens V&VN	89
Bijlage 11: Alternatieve interventies volgens V&VN	100
Bijlage 12: Codeboom verpleegkundige	105
Bijlage 13: Codeboom artsen	135

Inleiding

In een nieuwsbericht uit oktober 2021 van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) staat het volgende beschreven:

We zitten midden in een zorginfarct. Nadat corona anderhalf jaar heeft huisgehouden moeten we met steeds minder zorgverleners steeds meer zorg leveren. Als zorgverleners weten wij als geen ander wat je moet doen bij een infarct: snel handelen! Want hoe langer de interventie op zich laat wachten, hoe ernstiger de gevolgen. In een brief aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg doet het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het tegenovergestelde. De druk wordt opgevoerd. Het aantal IC-bedden moet omhoog tot boven de 1350. En tegelijkertijd moet de reguliere zorg gewoon doorgaan, de uitgestelde zorg ingehaald én het zorgpersoneel behouden. Je hebt een hartinfarct en de dokter zegt: niet piepen, opstaan, gewoon 10 kilometer hardlopen, dan naar uw werk en vanavond lekker koken voor uw gezin (V&VN, 2021).

Volgens Van Lonkhuyzen en Weeda (2022) komen we in de Nederlandse zorg, ongeveer 80.000 zorgmedewerkers te kort. Het gevolg hiervan is dat de zorgzwaarte en de werkdruk omhoog gaat. Ook is de gemiddelde patiënt zwaarder en ouder dan voorheen, wat meer risico's met zich meebrengt. De Nederlandse zorg begint dermate vol te raken, doordat ziekenhuisbedden bezet worden gehouden, door patiënten die aan het wachten zijn op een vervolgplek of thuiszorg. Veel nieuwe verpleegkundigen worden hierdoor ontmoedigd en verlaten de zorg.

Volgens verschillende internationale onderzoeken (Jiang et al., 2015; Suliman et al., 2017; Mahmoud, 2017; Teece et al., 2020) wordt het tekort aan verplegend personeel en de hoge werkdruk beschreven als een van de meespelende factoren om een vrijheidsbeperkende interventie (VBI) in te zetten.

Het inzetten van VBI's komt in de Nederlandse ziekenhuizen regelmatig voor. Patiënten worden op diverse manieren in hun vrijheid beperkt, met alle gevolgen van dien (V&VN, 2013). Er zijn jaarlijks ernstige calamiteiten rondom de VBI's. Het inzetten van zwaardere onzorgvuldig gekozen en/of toegepaste VBI's, kan leiden tot ernstige schade aan de patiënt en

in sommige gevallen leidt dit zelfs tot een fatale afloop. De VBI-categorieën bieden de mogelijkheid een onderscheid te maken in de zwaarte van de VBI. De ernst van de interventie en hoe dicht de interventie zich bij of aan het lichaam van de patiënt bevindt, bepaalt de categorie. VBI-categorie 1 is de laagste categorie en betreft een interventie met een lichte vrijheidsbeperking betreft, VBI-categorie 5 is de meest ingrijpende categorie (V&VN, 2013). Volgens de inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Oktober 2022) worden in de Nederlandse ziekenhuizen de afgelopen jaren VBI's met een score 5, veelvuldig ingezet. In 2019 werden 6358 VBI's met een score 5 ingezet. In 2020 is dit lichtelijk afgenomen naar 5853 en in 2021 is dit getal weer gestegen naar 6052. Landelijk betreft dit een percentage van 0,4%, van het totaal opgenomen patiënten in 2021. In de ideale situatie zou de inzet van een zwaardere VBI niet of nauwelijks nodig moeten zijn.

Afdeling B5, interne geneeskunde, van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) is geen uitzondering van het zorginfarct. Deze afdeling kampt met een tekort aan personeel, ervaart een hoge werkdruk, een tekort aan bedden capaciteit en patiënten die (onnodig) lang blijven liggen. Naast een tekort aan personeel, heeft afdeling B5 ook een patiëntcategorie die een grote rol speelt in vrijheidsbeperking. Interne geneeskunde is namelijk een breed specialisme. In het MUMC+ vallen onder andere de volgende specialismes onder interne geneeskunde: interne geneeskunde; infectieziekten en ouderengeneeskunde (MUMC+ z.d.).

Er zijn zes meest voorkomende gedragingen die een verhoogde kans geven op het toepassen van een VBI bij een patiënt, namelijk; delirant gedrag, neiging tot en verwijderen van medische hulpmiddelen, valgevaar, weg- of onderuitglijden in stoel of bed, fysieke agressie en weglopen of dwalen. Deze patiënten kunnen zowel wilsonbekwaam als wilsbekwaam zijn. Dit is afhankelijk van de situatie per patiënt. Per risicogedrag wordt in de 'Handreiking vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee tenzij...' een stappenplan beschreven (V&VN, 2013). Op afdeling B5 komt het regelmatig voor dat patiënten een gevaar vormen voor zichzelf en diens omgeving. Deze fluctuerende situaties en samenloop van zowel verpleegkundige als medische diagnoses vragen veel aandacht en flexibiliteit van de verpleging. Zij moeten snel en wisselend reageren op het gedrag van de patiënt. Een van de interventies die verpleegkundigen kunnen inzetten zijn VBI's.

Uit een studie van Canzan et al. (2021) blijkt dat perspectieven van verpleegkundigen op VBI's wisselend zijn. Verpleegkundigen geven aan dat het soms voor een ideale oplossing kan zorgen om zowel rust te creëren voor de patiënt als familie. Gevaarlijke situaties kunnen hierdoor voorkomen en/of beperkt worden. Voor sommigen verpleegkundigen zorgt het routinematig werken en de prevalentie van het toepassen van VBI's ervoor dat zij geen noodzaak voelen om de rechtvaardigheid in de ethische context te evalueren. Vooral wanneer deze VBI's de patiënt en omgeving op korte termijn beschermen. Daarentegen vinden verpleegkundigen het gebruik van fixatie onaangenaam, ook al is het soms noodzakelijk in de praktijk. Ook geven verpleegkundigen aan zich te verplaatsen in de familie van de patiënt, en geven ze aan dat zij hun geliefden niet zo zouden willen zien.

Patiënten ervaren vooral negatieve gevolgen van de inzet van VBI's. Zij beschrijven het als mensonterend en een schending op mensenrechten. Het inzetten van VBI's is een procedure met een hoog risico, die belangrijke gevolgen heeft voor zowel het fysieke als mentale welzijn van patiënten (Douglas et al, 2021). VBI's kunnen voor patiënten ingrijpende fysieke consequenties tot gevolg hebben, dit is afhankelijk van de duur. Fysieke gevolgen zijn onder andere verhoogde kans op decubitus, incontinentie, contracturen en afname van de spiermassa (V&VN, 2013). Percepties van patiënten omvatten gevoelens van angst voor hun veiligheid, trauma, machteloosheid, kwetsbaarheid en mensonterende gevoelens. In een klinische setting ligt de focus vaak op de fysieke gezondheid van de patiënt, niet wetend met welke mogelijke mentale schade de patiënt naar huis gaat (Strout, 2010).

Op afdeling B5, interne geneeskunde, worden VBI's met grote regelmaat ingezet. In 2022 werden er 20.850 patiënten opgenomen. Bij 266 van de 20.850 opgenomen patiënten zijn er VBI's-categorie 4 en 5 (zware VBI's) toegepast. 42 van de 266 toegepaste zware VBI's vonden plaats op B5. Hiermee is B5 de afdeling met de hoogste prevalentie van zware VBI's.

Probleemstelling

In 2022 werd binnen het MUMC+ 16% van de VBI's van categorie 4 en 5 toegepast op afdeling B5, door zowel verpleegkundigen als artsen.

Doelstelling

Aan het eind van de thesis wordt in kaart gebracht welke factoren de verpleegkundigen en artsen van B5, belemmeren bij het voorkomen of de-escaleren van VBI-categorie 4 of 5, op afdeling B5.

Vraagstelling

Welke factoren belemmeren de verpleegkundigen en artsen van afdeling B5, bij het voorkomen of de-escaleren van VBI-categorie 4 of 5?

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

1.1. Vrijheidsbeperkende interventies, preventieve- en alternatieve maatregelen

Op afdeling B5 van het MUMC+, liggen met grote regelmaat patiënten die door een ziektebeeld, gebruik van medicatie, een behandeling of door een verandering van de omgeving delirant, verward, angstig en onrustig worden. In veel van deze gevallen ontstaat de situatie dat de patiënt een gevaar voor zichzelf, voor anderen en/of voor zijn omgeving vormt. Regelmatig worden bij deze patiënten maatregelen toegepast, vaak zijn dit VBI's.

Omdat het inzetten van een VBI een ingrijpende maatregel is, is multidisciplinair samenwerken uiterst belangrijk. Het is hierbij essentieel om een eenduidige begripsomschrijving te hebben, om op dezelfde lijn te zitten. Het begrip 'VBI' kent meerdere begripsomschrijvingen. De begripsbeschrijving die het beste bij de thesis past, is gebaseerd op de begripsbeschrijving van de handreiking 'vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij...': "Vrijheidsbeperkende interventies (VBI) in de zorg zijn interventies die 'beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van patiënten'. In de meeste gevallen gaat het om de bewegingsvrijheid van de patiënt" (V&VN, 2013).

De handreiking 'vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij...' (V&VN, 2013) verdeelt mildere VBI's onder: fysieke VBI's, niet fysieke VBI's, niet fysieke afzondering, chemische VBI's en elektronische VBI's. De zware VBI's worden verdeeld onder mechanische en fysieke fixatie, zie bijlage 7. Een VBI wordt ingezet als preventieve en alternatieve maatregelen overwogen en/of toegepast zijn.

Een preventieve interventie wordt volgens de handreiking 'vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij...' beschreven als:

Preventieve interventies worden ingezet en toegepast als er een kans bestaat dat de patiënt risicogedrag kan gaan vertonen maar nog geen symptomen vertoont. Het doel is de kans op risicogedrag(ingen) van de patiënt te reduceren. Bij het toepassen van een preventieve interventie wordt de patiënt niet in zijn vrijheid beperkt (V&VN, 2013).

Voorbeelden van preventie interventies volgens de handreiking 'vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee tenzij...' (V&VN, 2013) zijn antislipmatten, antislipsokken, bevorderen slaap-

en waakritme, duidelijke communicatie, familieparticipatie en rooming-in. Zie bijlage 9 voor de volledige lijst.

Een alternatieve interventie wordt volgens dezelfde handreiking beschreven als:

Alternatieve interventies worden ingezet en toegepast als een patiënt (toenemend) risicogedrag en één of meer symptomen vertoont. Het doel is de toename van het risicogedrag te reduceren of stabiliseren. Bij het toepassen van een alternatieve interventie wordt de patiënt niet in zijn vrijheid beperkt (V&VN, 2013).

Voorbeelden van alternatieve interventies volgens zijn blauw verrijkte verlichting, half-tafelblad, overplaatsing naar eenpersoonskamer, en valmatten (V&VN, 2013). Zie bijlage 10 voor de volledige lijst.

1.2. Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature

In de systematische review: 'Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature' (Strout, 2010), worden perspectieven van patiënten geanalyseerd en onderverdeeld in vier overkoepelende thema's, namelijk; emoties en percepties, fysieke sensaties en symptomen, cognitieve en psychologische effecten en reacties op het fixatieproces. Bevindingen suggereren dat de ervaring van fysieke fixatie complex en multifactorieel is en dat er meerdere perspectieven zijn op deze ervaring. De perspectieven van de patiënten op de ervaring van fysieke fixatie zijn sterk uiteenlopend. Zo geven patiënten positieve gevoelens aan zoals het gevoel van veiligheid. Echter zijn er meer negatieve perspectieven dan positieve. Deze negatieve perspectieven werden omschreven als het gevoel van angst, verlies van autonomie, ongemak en pijn. Een aantal patiënten beschrijven ook hoe ze omgingen met de fixatie, bijvoorbeeld door te proberen te ontsnappen of door hun emoties te onderdrukken.

1.3. Nurses' Views on the Use of Physical Restraints in Intensive Care: A Qualitative Study

In de kwalitatieve studie: 'Nurses' Views on the Use of Physical Restraints in Intensive Care: A Qualitative Study' (Canzan, et al., 2021), komt uit interviews naar voren dat de inzet van fysieke fixatie verschillende gedachten en gevoelens bij de verpleegkundigen opwekt. Ook blijkt uit deze studie dat in de praktijk de verpleegkundigen de professionals zijn, die het meest intensief bij de patiënt betrokken zijn en daarom belangrijke besluitvormers zijn als het gaat om de inzet van VBI's. Uit dit onderzoek komen twee facetten van de definitie 'VBI' naar voren. De positieve perceptie beschrijft een VBI als een noodzakelijk hulpmiddel, om de veiligheid van de patiënt en anderen te waarborgen. Verpleegkundigen beschouwen een VBI daarom als essentieel en als de 'enige optie', waardoor het als een gangbare, routinematige handeling wordt beschouwd. Verpleegkundigen uit deze studie hebben op professioneel vlak vrede met VBI's, omdat het als onderdeel van hun werk wordt gezien. Daartegenover bestaat ook een negatieve perceptie omtrent VBI's. Gevoelens als angst, medelijden en frustratie komen bij de verpleegkundigen naar boven. Deze inzichten benadrukken het belang van het stimuleren van onderwijs, training en beleidsontwikkeling op het gebied van VBI's.

1.4. Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit: an integrative review

In de integrative review: 'Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit: an integrative review' (Teece et al., 2020), worden beweegredenen benoemd tot het inzetten van VBI's, die zijn gebaseerd op een aantal factoren. In de literatuur wordt beschreven dat verpleegkundigen altijd kiezen voor patiëntveiligheid. VBI's worden ingezet bij gedrag als agitatie, delirium, desoriëntatie en agressie. Ook wordt er beschreven dat er voor een VBI wordt gekozen wanneer er medische apparaten in het geding komen, die levensreddend zijn, of de gezondheid van de patiënt bevorderen. Verder blijkt dat de werkomstandigheden van de verpleegkundigen een rol spelen bij het inzetten van VBI. Wanneer een verpleegkundige meerdere patiënten onder zijn hoede heeft, zal er volgens meerdere studies sneller een VBI worden ingezet dan wanneer de verpleegkundige één op één verpleging doet. Tot slot wordt in de literatuur geschreven dat de inzet van VBI's gebaseerd is op afdelingscultuur en het gebrek aan kennis van de verpleegkundigen (Teece et al., 2020).

1.5. Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee tenzij...

In de Nederlandse ziekenhuizen komen zowel patiënten als zorgprofessionals op diverse manieren in aanraking met vrijheidsbeperkende middelen. Door middel van de handreiking ‘Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee tenzij...’ wil het V&VN stapsgewijs ondersteuning bieden op de werkvloer bij de besluitvorming en overgaan op het inzetten van preventieve en alternatieve interventies in dreigende situaties. Wanneer deze interventie onvoldoende resultaat oplevert of er sprake is van een noodsituatie kan de verpleegkundige in een uiterst geval een besluit nemen en overgaan op het toepassen van een VBI. Op deze manier wil V&VN ervoor zorgen dat er bewust en eenduidig wordt gehandeld bij een patiënt op het juiste moment en met een passende en doeltreffende interventie. In de afgelopen jaren hebben meerdere ziekenhuizen een eigen protocol of handreiking ontwikkeld. De kern van deze protocollen is gelijk, maar er zijn verschillen in opzet en inhoud. In bijlage 8 wordt het algemene stappenplan van de V&VN beschreven, waarna een specifiek stappenplan per risicogedrag volgt (V&VN, 2013).

1.6. Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst

Uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) blijkt dat VBI's alleen mogen worden toegepast als er sprake is van gevaar voor de patiënt of zijn omgeving. Dit betekent dat VBI's alleen mogen worden gebruikt als de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen, en als er geen alternatieve middelen beschikbaar zijn om dit gevaar te voorkomen. De WGBO bepaalt ook dat VBI's proportioneel moeten zijn en niet langer mogen duren dan strikt noodzakelijk. Daarnaast moeten zorgprofessionals zich houden aan de geldende wettelijke voorschriften en protocollen en moeten ze de patiënt of zijn vertegenwoordiger vooraf informeren over de interventie en toestemming vragen voor de toepassing ervan (Veiligheid en Justitie, 2006).

1.7. Protocollen

Binnen het MUMC+ wordt er gewerkt volgens het protocol ‘vrijheid beperkende interventies VBI: hoofddocument’ (Rambelje, 2020), waarin stapsgewijs de inzet van een VBI wordt beschreven. Zie bijlage 6 voor het volledige protocol. In het hoofddocument VBI staan snelkoppeling die leiden naar specifieke VBI protocollen. Het doel van het protocol is om tot een wel overwogen beslissing te komen, wanneer ondanks aanwezige preventiemaatregelen of alternatieven, toch het gebruik van een VBI nodig is. De uitvoerenden en verantwoordelijken

zijn gediplomeerd verpleegkundigen in acute situaties en artsen. Het MUMC+ maakt tevens ook gebruik van de handreiking ‘vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, ... tenzij’, waarbij bij iedere patiënt wordt nagegaan of er een verhoogde kans is op risicogedrag.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen dreigend gevaar en acuut gevaar. Bij dreigend gevaar sluit de arts eventuele lichamelijke oorzaken uit, waarna in overleg met de arts, door de verpleegkundige/verzorgende preventieve of alternatieve maatregelen en indien nodig VBI's kunnen worden ingezet. Na het inzetten van een VBI wordt de patiënt gecontroleerd volgens de afgesproken frequentie met de arts. Bij acuut gevaar wordt er geprobeerd om de hoofdbehandelaar te bereiken, die vaststelt of er sprake is van een noodsituatie of wilsonbekwaamheid. Indien deze niet bereikbaar is zal de gediplomeerde verpleegkundige overleggen met een collega. De verpleegkundige sluit eventuele lichamelijke oorzaken uit of probeert deze op te heffen. Indien dit geen effect heeft wordt er overgegaan tot een VBI. De patiënt dient na 15 minuten geobserveerd te worden, waarna de arts ingelicht wordt. De arts zal de situatie herbeoordelen en de familie inlichten. De verpleegkundige rapporteert de situatie in het verpleegkundig elektronisch patiënt dossier (VEPD).

Na het inzetten van een VBI dient er nazorg te worden uitgevoerd. Minimaal éénmaal per etmaal evalueert de hoofdbehandelaar samen met de verpleegkundige of de (mate van) toegepaste VBI gecontinueerd moet worden. Per dienst worden de observaties van de controles en de opvallende complicaties bij de patiënt beschreven in het VEPD en besproken met de arts.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethodiek toegelicht. Hierin worden de onderzoeksbenadering, setting, participanten, dataverzamelingstechnieken, data-analyse en de ethische overwegingen beschreven.

2.1. Onderzoeksbenadering

Het doel van het onderzoek 'Vrijheidsbeperkende interventies, sta je ook stil bij de consequenties?' van Liesbeth de Boer-Beskers is om het toepassen van zware VBI's terug te brengen in het MUMC+ van 1,8% naar 1,2%. Uit het onderzoek is gebleken dat in 2022 binnen het MUMC+ 16% van alle zware VBI's werd toegepast op afdeling B5. Zie bijlage 5 voor deze cijfers. Hiermee is afdeling B5 de afdeling met de hoogste prevalentie van zware VBI's in vergelijking met andere afdelingen in het ziekenhuis. In deze thesis is vervolgonderzoek gedaan naar de factoren die verpleegkundigen belemmeren bij het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's, specifiek op afdeling B5.

Om de probleemstelling zo breed mogelijk te benaderen, is er binnen dit onderzoek gekozen voor 'mixed methods' om zowel kwalitatieve als kwantitatieve data te verzamelen, die een rol spelen met betrekking tot het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's op afdeling B5. Door het gebruik van mixed methods is de externe validiteit hoger. (Scribbr, z.d.). Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek, volgden er adviezen om deze factoren te elimineren.

2.2. Setting & participanten

De setting waarin het praktijkgericht onderzoek plaats vond is op afdeling B5, interne geneeskunde, binnen het Maastricht UMC+. Op deze afdeling zijn zestien verpleegkundigen, twee arts-assistenten en twee supervisors internisten werkzaam. De afdeling heeft een beddencapaciteit van 32 bedden, waarvan acht éénpersoonskamers. Door een verminderde personeelscapaciteit waren er tijdens de periode van het onderzoek gemiddeld tussen de 18 en 24 bedden beschikbaar. Hierdoor lagen de meeste patiënten alleen op een kamer. Deze patiënten werden meestal verdeeld over twee tot drie verpleegkundigen in de ochtend- en avonddienst. In de nachtdienst waren er twee verpleegkundigen aanwezig op de afdeling.

De deelnemers aan de enquêtes waren gediplomeerde verpleegkundigen, werkzaam op afdeling B5, en zowel arts-assistenten als supervisors, werkzaam binnen de stafgroep interne geneeskunde van het MUMC+. De deelnemers aan de interviews waren drie verpleegkundigen die minder dan vijf jaar werkzaam zijn (jong gediplomeerde verpleegkundigen) en drie verpleegkundigen met meer dan vijf jaar ervaring (oud gediplomeerde verpleegkundigen), één arts-assistent en één supervisor. Allen waren werkzaam op afdeling B5. Deze onderzoekspopulatie is een goede weerspiegeling van de medewerkers op afdeling B5. Studenten werden niet meegenomen, omdat zij niet verantwoordelijk zijn over het beleid omtrent een VBI. Goed gedefinieerde inclusie- en exclusiecriteria vergroten de kans dat een onderzoek betrouwbare resultaten oplevert. Zie Tabel 1 en 2 voor de inclusie- en exclusiecriteria.

Tabel 1

Inclusie- en exclusiecriteria enquête

Respondenten	Inclusie	Exclusie
Verpleegkundigen	• Werkzaam binnen de organisatie MUMC+ en werkzaam op afdeling B5.	• Studenten/stagiaires • Verpleegkundigen op detacheringsbasis.
Arts-assistent	• Werkzaam binnen de organisatie MUMC+ en werkzaam op binnen de stafgroep interne geneeskunde • AIOS + ANIOS Interne geneeskunde	
Supervisor internist	• Werkzaam binnen de organisatie MUMC+ en werkzaam binnen de stafgroep interne geneeskunde • Specialist interne geneeskunde	

Tabel 2

Inclusie- en exclusiecriteria interview

Respondenten	Inclusie	Exclusie
Jong gediplomeerde verpleegkundigen	• Werkzaam binnen de organisatie MUMC+ en werkzaam op afdeling B5. • Verpleegkundigen met minder dan 5 jaar ervaring	• Studenten/stagiaires • Verpleegkundigen op detacheringsbasis.
Oud gediplomeerde verpleegkundigen	• Werkzaam binnen de organisatie MUMC+ en werkzaam op afdeling B5. • Verpleegkundigen met meer dan 5 jaar ervaring.	• Verpleegkundigen op detacheringsbasis.
Arts-assistent	• Werkzaam binnen de organisatie MUMC+ en werkzaam op afdeling B5 • AIOS Interne geneeskunde	• ANIOS
Supervisor internist	• Werkzaam binnen de organisatie MUMC+ en werkzaam op afdeling B5 • Specialist interne geneeskunde	

2.3. Dataverzameling

De interviews werden afgenomen en de gegevens van de enquêtes werden verzameld in processen die parallel aan elkaar verliepen.

2.3.1. Enquête

Voor het verzamelen van kwantitatieve data is er gekozen voor een enquête in de vorm van een kwantitatief explorerend onderzoek. Hierbij is het van belang om vooraf al ideeën te hebben over factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn (Baarda, 2019). In verschillende literatuurstudies (Strout, 2010; Teece et al., 2020; Canzan, et al., 2021), werd beschreven dat kennistekort en perspectief van de zorgverlener mogelijke factoren zijn tot het veelvuldig inzetten van VBI's. De vragen in de enquête zijn opgesteld aan de hand van het protocol 'VBI: Hoofddocument' (Rambelje, 2020), en gaan met name over de kennis die nodig is om zware VBI's in te zetten. Ook zijn er vragen opgesteld op basis van de beïnvloedende factoren uit literatuurstudies, beschreven in het theoretisch kader. De data werden verzameld met de online enquête tool QuestBack (Questback, z.d.). Zie bijlage 3 en 4 voor de enquête.

2.3.2. Interview

Voor het verzamelen van kwalitatieve data is er gekozen voor interviews. Een interview is een kwalitatieve onderzoeksmethode om het gedrag van de geïnterviewde beter te begrijpen en een beter inzicht te verkrijgen in waarnemingen, meningen, overtuigingen en gevoelens van de geïnterviewde (Rijksuniversiteit Groningen, 2021). De interviews werden op een semigestructureerde manier afgenomen, om uitgebreide data te verzamelen en diepgaande inzichten te krijgen. Bij semigestructureerde interviews zijn er een aantal vragen opgesteld, maar is de volgorde waarin deze vragen gesteld worden flexibel. Daarnaast heeft de interviewer de mogelijkheid om door te vragen op de antwoorden van de respondent (Genau, 2023). De vragen voor het interview zijn gebaseerd op een topiclijst. De topics zijn opgesteld op basis van mogelijke factoren die een rol spelen bij het inzetten van zware VBI's (Strout, 2010; Teece et al., 2020; Canzan, et al., 2021). De volgende topics zijn gebruikt: definitie VBI; kennis en ervaring; protocol; preventieve en alternatieve interventies; mening over VBI's. Daarnaast zijn er extra topics opgesteld voor de interviews met verpleegkundigen: frequentie; hulpmiddelen MUMC+; beïnvloedende factoren. In bijlage 1 en 2 staan voor zowel de geïnterviewde artsen als de verpleegkundigen de topiclijst en vragenlijst beschreven. Van de gesprekken zijn geluidsopnamen gemaakt, zodat de gesprekken geanalyseerd kunnen worden. Voor het afnemen van de geluidsopnamen is zowel mondeling als schriftelijk toestemming gevraagd aan de respondenten. Het toestemmingsformulier is te vinden in bijlage 5.

2.4. Data analyse

2.4.1. Enquête

Met een enquête is onderzocht welke categoriale variabelen een effect hebben op inhoudelijke kennis van artsen en verpleegkundigen omtrent het protocol 'VBI'. De enquête was onafhankelijk getoetst bij artsen en verpleegkundigen en de respondenten hebben geen contact gehad met elkaar tijdens het invullen van de enquête.

Binnen de populatie verpleegkundigen zijn er vijf categoriale variabelen die van potentieel belang zijn op de eindscore: (1) leeftijdscategorie, (2) bekendheid met de handreikingen, (3) totale arbeidsduur binnen het MUMC+, (4) bekendheid met protocollen en (5) raadpleging van de handreikingen.

Bij de populatie artsen zijn er zeven categoriale variabelen die van potentieel belang zijn op de eindscore: (1) leeftijdscategorie, (2) totale arbeidsduur binnen het MUMC+, (3) functie, (4) werkzaam op afdeling B5, (5) bekendheid met de handreiking, (6) bekendheid met protocollen en (7) raadplegen van protocollen.

De verpleegkundigen konden in totaal 29 punten behalen, de artsen konden in totaal 24 punten behalen.

Statistische analyse

Data analyse werd gedaan aan de hand van een algemeen lineair Analysis of Variance model (ANOVA). ANOVA toets de verschillen in gemiddelden van diverse populaties en onderzoekt of categoriale, onafhankelijke variabelen een effect hebben op de respons. Aan de hand van de respons en eliminatie van niet significante variabelen, kan een accuraat model worden gebouwd, om te onderzoeken wat de belangrijkste factoren zijn op de eindscore. Er is gekozen voor significantieniveau (alfa) van 0.15 te hanteren, deze alfa is een standaard voor eliminatie van het ANOVA-model binnen de software Minitab (2021).

Daarbij worden de model assumpties, zoals (1) normaliteit, (2) constante variatie en (3) onafhankelijkheid getoetst. Aan de hand van het model kon een verwachting worden geschept over welke populatie verpleegkundigen en artsen de hoogste score geven.

Software

Minitab statistische software (versie 21.2) was gebruikt voor alle data analyses (Minitab LLC., 2021).

2.4.2. Interview

Van de interviews zijn geluidsopnamen gemaakt, die na afloop getranscribeerd werden. De geïnterviewde kreeg de mogelijkheid om de transcriptie door te lezen en eventuele misinterpretaties te corrigeren. Vervolgens werd de transcriptie systematisch geanalyseerd volgens de gefundeerde theoriebenadering van Baarda (2019), waarbij in vijf stappen werd gewerkt. In stap één werden de gegevens geordend in fragmenten, gevolgd door stap twee waarbij de relevantie van de fragmenten voor het onderzoek werden bekeken. Daarna vond datareductie plaats door open te coderen en in stap vier werden de codes met elkaar vergeleken en de labels geordend door middel van axiaal coderen. In stap vijf werd de data selectief

gecodeerd aan de hand van de vooraf opgesteld topic. Vervolgens werd een samenvattende beschrijving gemaakt aan de hand van een codes, zie bijlage 11 en 12 voor de codeboom.

2.5. Ethische overwegingen

Dit onderzoek in de thesis omvat geen medische handelingen of patiëntencontact, waardoor het niet valt onder Wet Medisch-Wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO-onderzoek) en er geen toetsing nodig was bij het METC.

Toestemming is verkregen van het afdelingshoofd van verpleegafdeling B5 via een toestemmingsformulier. Het PIF-formulier (bijlage 5) is gebruikt om toestemming te vragen aan de deelnemers, waarin het doel van het onderzoek en de procedure voor deelname, weigering of terugtrekking, gegevensbeheer, klachtenprocedure en anonimiteit zijn beschreven.

Het onderzoek is volledig geanonimiseerd, waarbij de privacy en anonimiteit van de participerende verpleegkundigen en artsen werden gewaarborgd. Er is zowel mondeling als schriftelijk toestemming gevraagd aan de respondenten om de geluidsopname te maken en de gegevens te verwerken in het onderzoek. Uit de transcripties zijn alle persoonlijke gegevens verwijderd, waardoor niet achterhaald kan worden wie de respondent is. De transcripties zijn veilig opgeslagen in Onedrive alleen toegankelijk door de onderzoekers zelf. Ten alle tijden is de privacywet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in acht genomen.

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de analyse van de enquête en interviews beschreven. In deze data worden hoofd- en bijzaken gescheiden.

3. Enquête

3.1.1. Resultaten verpleegkundigen

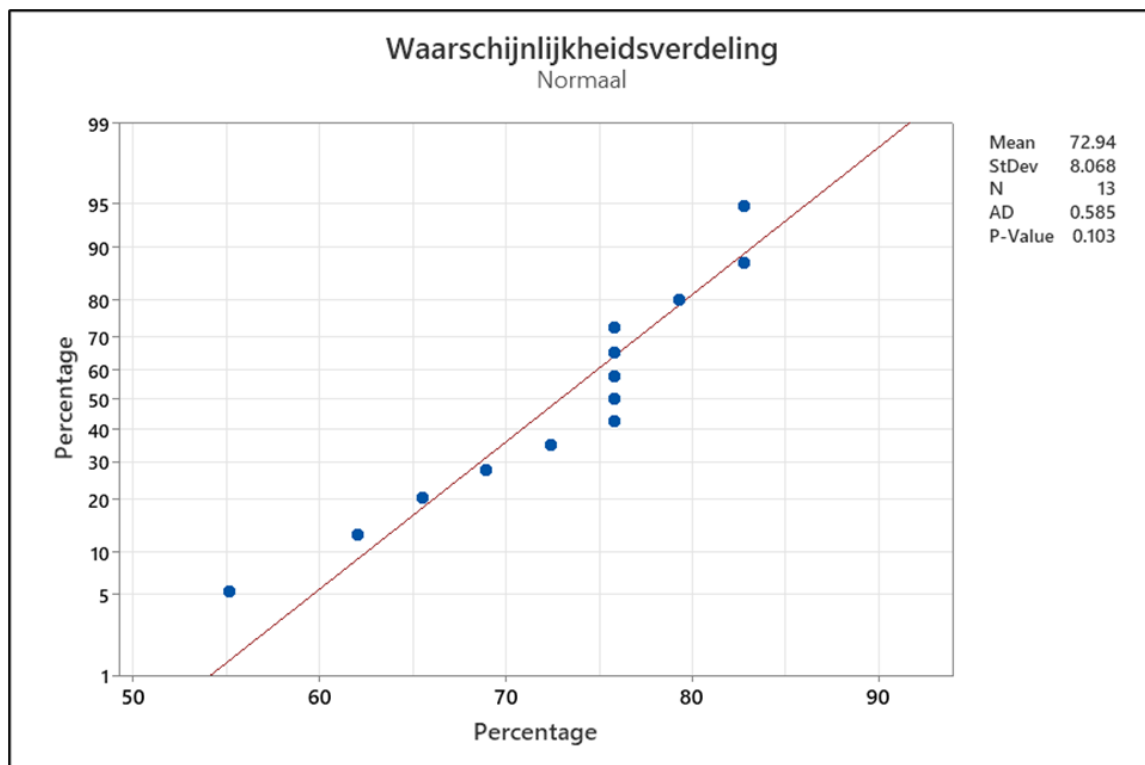
De verpleegafdeling B5 bestaat uit zestien gediplomeerd verpleegkundigen. Van de totale populatie verpleegkundigen hebben dertien de enquête ingevuld. De totale respons op de enquête was daarmee 81%.

Statistische validatie verpleegkundige data

Alvorens een ANOVA-model aangewend mag worden, moet de data geanalyseerd worden op normaliteit en gelijke afwijkingen. De resultaten hiervoor staan weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1

Toets voor normaalverdeling voor verpleegkundigen van afdeling B5



Uit Figuur 1, blijkt dat de gemiddelde score binnen de totale populatie verpleegkundigen 73% is met een spreiding van 8%. De P-waarde voor de score op de enquête van de dertien verpleegkundigen is 0.103. Wanneer P-waarde groter dan 0.05 is, betekent dit dat de data een normale verdeling volgt. Vervolgens is de data getoetst op gelijke afwijkingen. Dit is een belangrijke test om te bepalen of de variatie gelijk is tussen de responses (een van de voorwaarden voor ANOVA).

De P-waarde voor de gelijke afwijkingen test is 0.312. Hierbij geldt dat als de P-waarde groter is dan 0.05, aangenomen kan worden dat de afwijkingen gelijk zijn.

Nu de data zijn gevalideerd op normaliteit en gelijke afwijkingen, kunnen verdere statistische hypothesen worden uitgevoerd.

Resultaten enquête- verpleegkundigen

Binnen de populatie verpleegkundigen zijn er vijf categoriale variabelen, die van potentieel belang zijn op de eindscore: (1) leeftijdscategorie, (2) bekendheid met de handreikingen, (3) totale arbeidsduur binnen MUMC+, (4) bekendheid met protocollen en (5) raadpleging van de handreiking.

De relatie tussen de variabelen op de respons is weergegeven aan de hand van de ANOVA-toets. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3

P-waarde per categoriale variabele

Categoriale variabele	P-waarde (alfa=0.15)
1. Wat is je leeftijd?	0.068
2. Ben je bekend met de handreikingen?	0.05
3. Hoelang ben je werkzaam binnen het MUMC+?	0.177
4. Ben je bekend met het protocol?	0.339
5. Raadpleeg je wel eens de handreikingen?	0.085

Zoals gezien kan worden in Tabel 3, hebben de resultaten van vraag 3 en 4 hebben geen significant effect op de eindscore ($\alpha > 0.15$). Het model kan daarom vereenvoudigd worden. De vereenvoudiging van het model wordt gedaan door de eerste, niet significante ($\alpha > 0.15$) te elimineren uit het model vanaf de laatste vraag (“Backward Elimination”). In dit geval is dat vraag 4. De resultaten van het herziende model zijn weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4

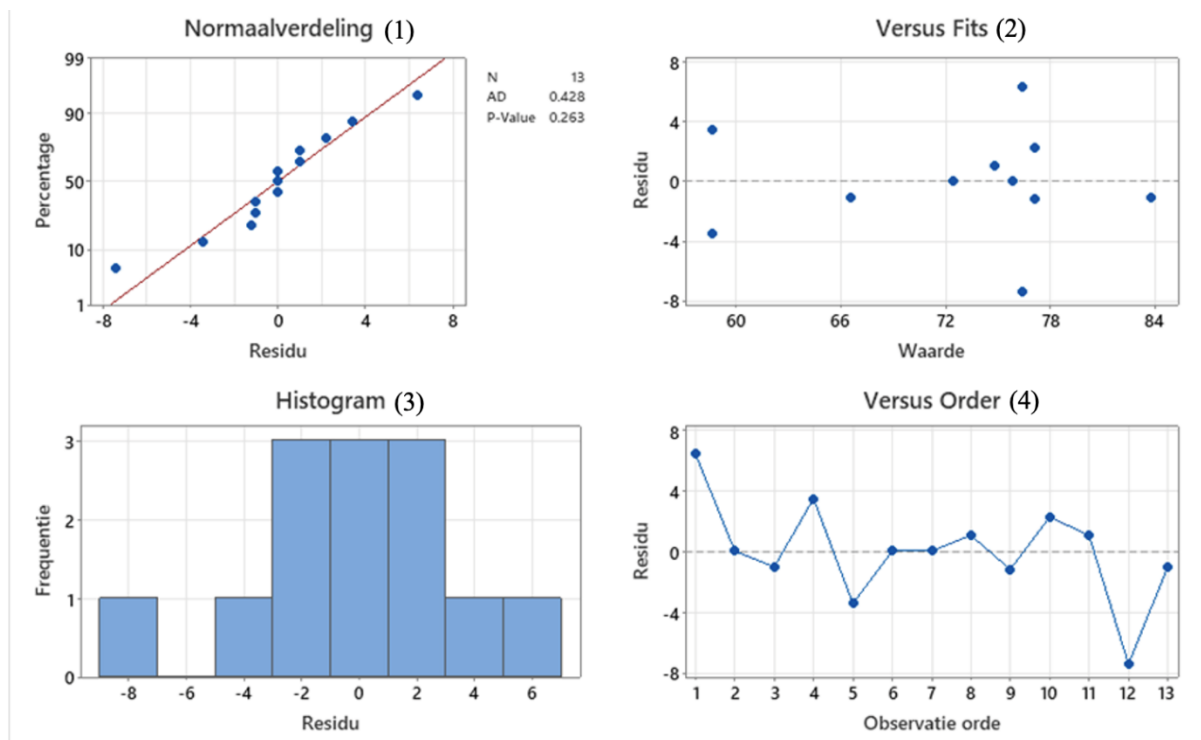
P-waarde per categoriale variabele na eliminatie vraag 4

Categoriale variabele	P-waarde ($\alpha=0.15$)
1. Wat is je leeftijd?	0.061
2. Ben je bekend met de handreikingen	0.008
3. Hoelang ben je werkzaam binnen het MUMC+?	0.027
5. Raadpleeg je wel eens de handreikingen?	0.078

De data uit Tabel 4 laten zien dat resultaten van vraag 1, 2, 3 en 5 een significant effect hebben op de eindscore van de verpleegkundigen. De fitting van het model is met een responsratio van 81% zeer hoog. Dit betekent dat de variabelen van het model een sterke, lineaire fit hebben op de respons. Dit model is gevalideerd aan de hand van de resultaten in Figuur 2.

Figuur 2

Residu plots voor eindscore



Uit Figuur 2 is het duidelijk dat de residuen van het model (1) normaal verdeeld zijn, (2) de residuen een constante variatie (geen patroon) hebben en (3) onafhankelijkheid (geen trend). Binnen het model kan er nog dieper gekeken worden naar de antwoorden bij iedere vraag die het meest significant van belang zijn op de eindscore. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5*Definitieve P-waarde*

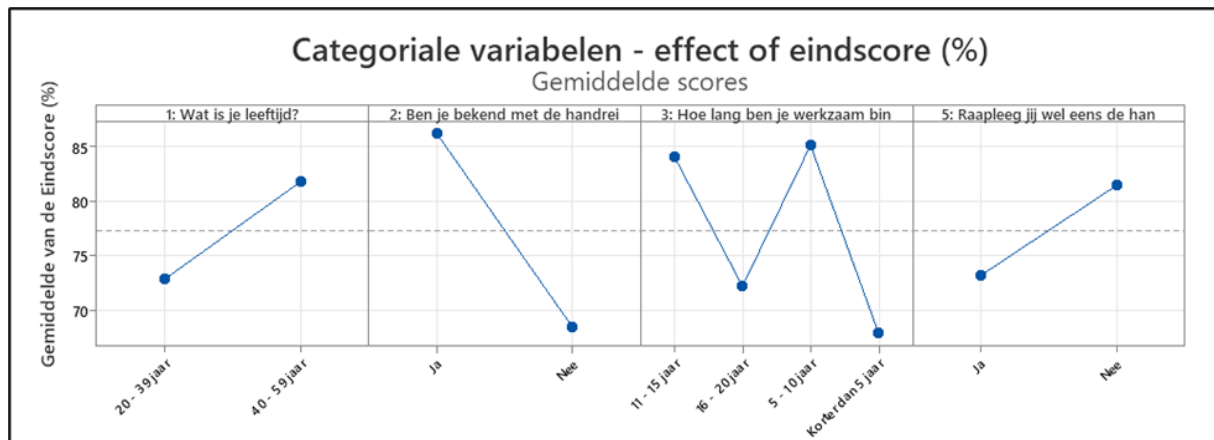
Categoriale variabele	P-waarde
1. Wat is je leeftijd? - 20-39 jaar	0.061
2. Ben je bekend met de handreiking? - Ja	0.008
3. Hoelang ben je al werkzaam binnen het MUMC+? - 11-15 jaar - 16-20 jaar - 5-10 jaar	0.07 0.346 0.062
5. Raadpleeg je wel eens de handreiking? - Ja	0.078

Uit Tabel 5, blijkt dat er een correlatie is tussen de leeftijdscategorie 20-39 jaar en de eindscore ($P=0.061$). Ook het feit dat de verpleegkundigen bekend zijn met de handreiking heeft een significant effect op de eindscore ($P=0.008$). Hoelang een verpleegkundigen werkzaam is binnen het MUMC+, heeft een significant effect op de eindscore—wanneer dit 5-10 jaar ($P=0.062$), of 11-15 jaar ($P=0.070$) is. Raadpleging van de handleiding heeft ook een significant effect op de eindscore ($P=0.078$).

Deze data is tevens weergegeven in een “hoofd-effect plot”, zie Figuur 3.

Figuur 3

Hoofd-effect plot



Figuur 3 laat de gemiddelde scores binnen een vraagstelling en antwoord zien per model. Gezien kan worden dat:

- (1) Binnen de eerste vraagstelling, de 40-59-jarigen gemiddeld hoger scoren (82% ten opzichte van 72%);
- (2) Binnen de tweede vraagstelling, bekendheid van de handreiking leidt tot een hogere gemiddelde score (86% ten opzichte van 68%);
- (3) Binnen de derde vraagstelling, er een spreiding is in de gemiddelde eindscore tussen de diverse arbeidsduren op de afdeling;
- (5) Binnen de vijfde vraagstelling, de raadpleging van de handreiking niet per se leidt tot een hogere gemiddelde eindscore.

3.1.2. Resultaten artsen

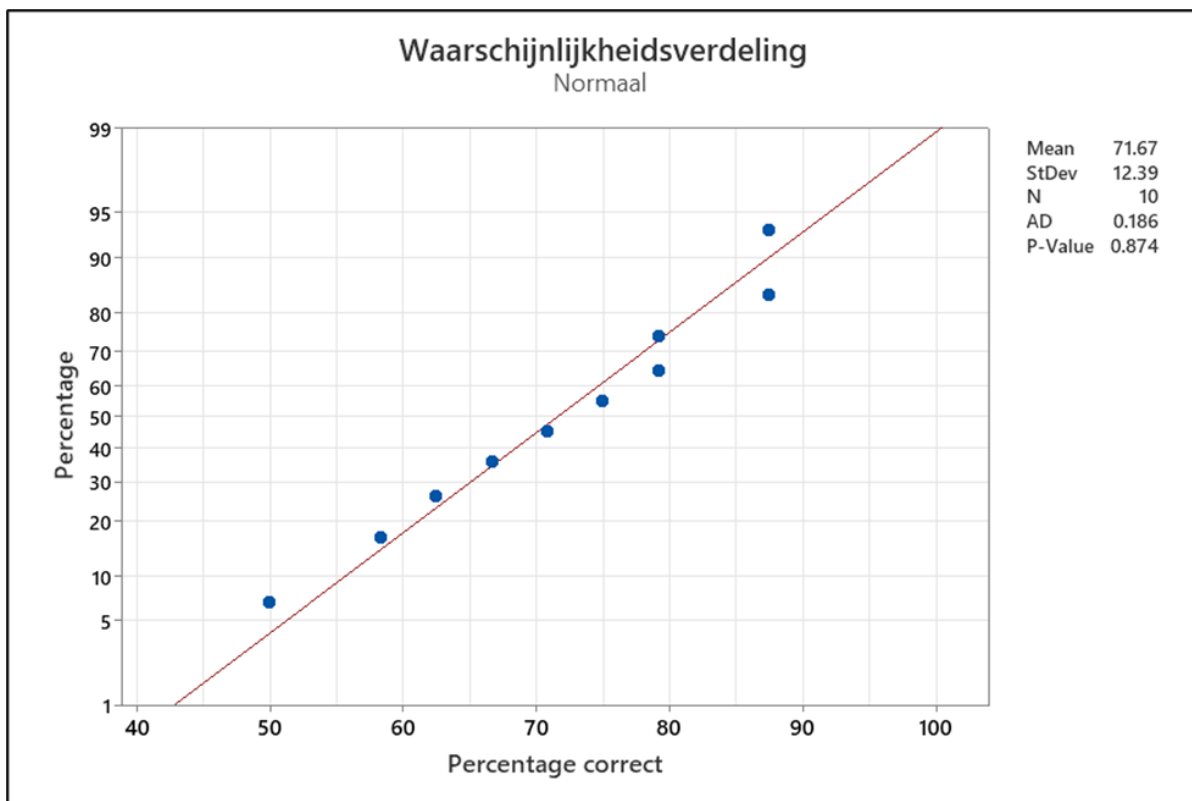
Binnen het specialisme interne geneeskunde zijn 160 artsen werkzaam. Van de totale populatie, hebben 10 artsen de enquête ingevuld. De respons komt daarmee uit op 6%.

Statistische validatie artsen

Idem als voor de data van de verpleegkundigen is de data geanalyseerd op normaliteit en gelijke afwijkingen. De resultaten hiervoor staan weergegeven in Figuur 4.

Figuur 4

Toets voor normaalverdeling voor artsen stafgroep interne geneeskunde



Uit figuur 4, blijkt dat de gemiddelde score binnen de totale populatie artsen 72% is met een spreiding van 12%. De P-waarde voor de eindscore op de enquête van de tien artsen is 0.874. De P-waarde is groter dan 0.05, wat betekent dat de data een normale verdeling volgt. Vervolgens is de data getoetst op gelijke afwijkingen. Dit is een belangrijke test om te bepalen of de variatie gelijk is tussen de responses (een van de voorwaarden voor ANOVA).

Resultaten enquête- artsen

De data van de artsen is gevalideerd op normaliteit, waardoor de data in een model kon worden opgebouwd. Bij de populatie artsen zijn er zeven categoriale variabelen die van potentieel belang zijn op de eindscore: (1) leeftijdscategorie, (2) totale arbeidsduur binnen het MUMC+, (3) functie, (4) werkzaam op afdeling B5, (5) bekendheid met de handreiking, (6) bekendheid met protocollen en (7) raadplegen van protocollen. De vijf meest belangrijke variabelen zijn meegenomen in het model, omdat er te weinig vrijheidsgraden beschikbaar waren. De leeftijdscategorie en bekendheid met het protocol werden geëlimineerd omdat de respons niet gelijk verdeeld was op deze vragen.

De relatie tussen de variabelen op de respons is weergegeven aan de hand van de ANOVA. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 6.

Tabel 6

P-waarde per categoriale variabele

Categoriale variabele	P-waarde (alfa=0.15)
2. Hoelang ben je werkzaam binnen het MUMC+?	0.567
3. Wat is je functie?	0.530
4. Werk je op B5 of ben je in de afgelopen 2 jaar werkzaam geweest op B5?	0.667
5. Ben je bekend met het protocol?	0.745
7. Raadpleeg jij wel eens het protocol?	0.656

Zoals te zien in Tabel 6, is voor elke variabele de P-waarde groter dan 0.15. Dit betekent dat in het huidige model, geen enkele variabele een significant effect heeft op de eindscore.

Ook na “Backward Elimination” van de vijf categoriale variabelen in het model is er geen significant verschil effect te zien. Ongeacht de (1) arbeidsduur, (2) functietitel, (3) kennis van de protocollen en/of (4) hedendaagse/verledense werkzaamheden binnen B5 er geen verschil in eindscore.

Vanwege bovenstaande feiten, is het interessant om de gemiddelde en mediaan score van de totale populatie afgetoetste artsen verder te onderzoeken, zie Tabel 7.

Tabel 7

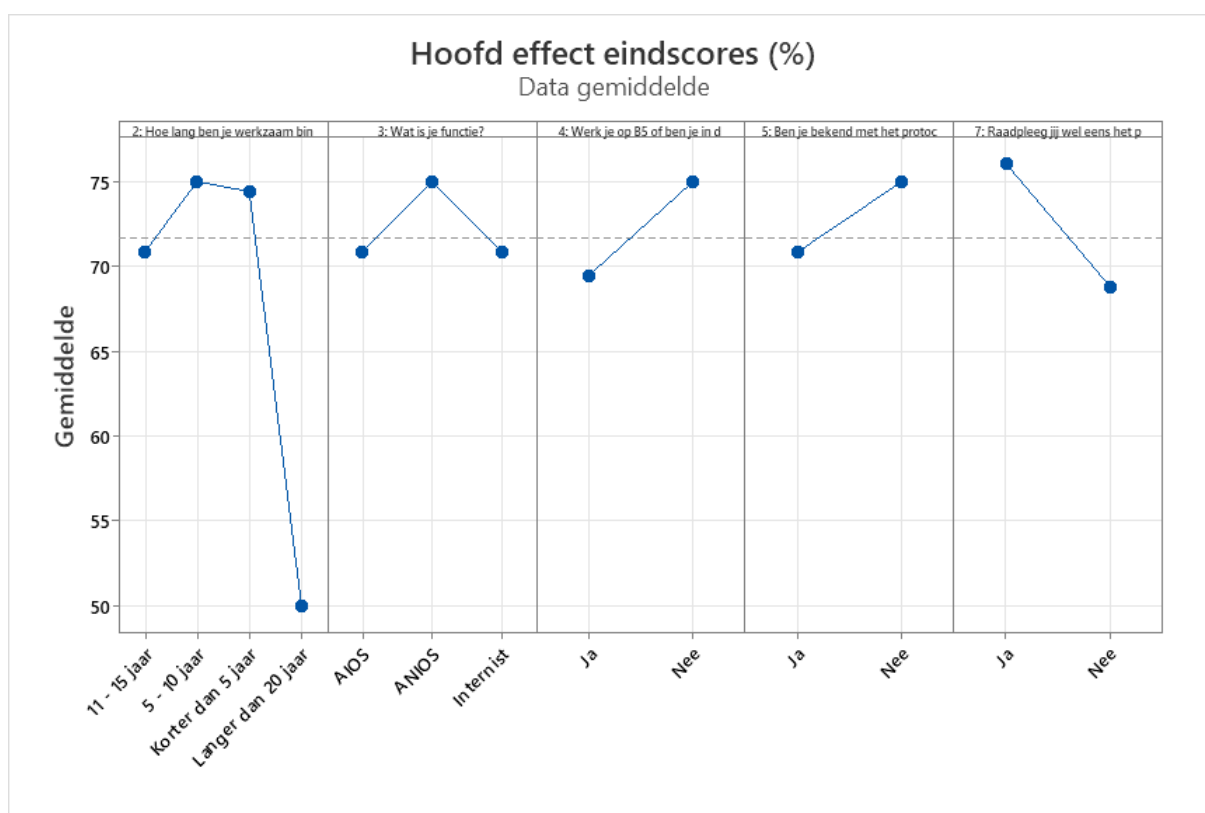
Gemiddelde en mediaan score

Variabele	$N_{\text{totaal artsen}}$	Gemiddelde eindscore (%)	Standaard afwijking (%)	Mediaan eindscore (%)
Eindscore artsen (%)	10	72	12	73

De gemiddelde eindscore van de totale populatie artsen is 72% met een spreiding van 12% en de mediaan is 73%. De gemiddelde kunnen verder onderzocht worden per vraag, zie Figuur 5.

Figuur 5

Hoofd effect eindscores



Zoals gezien in Figuur 5, is de spreiding in de data het gemiddelde binnen elke vraagstelling minimaal, behalve bij vraag twee.

3.2. Interview

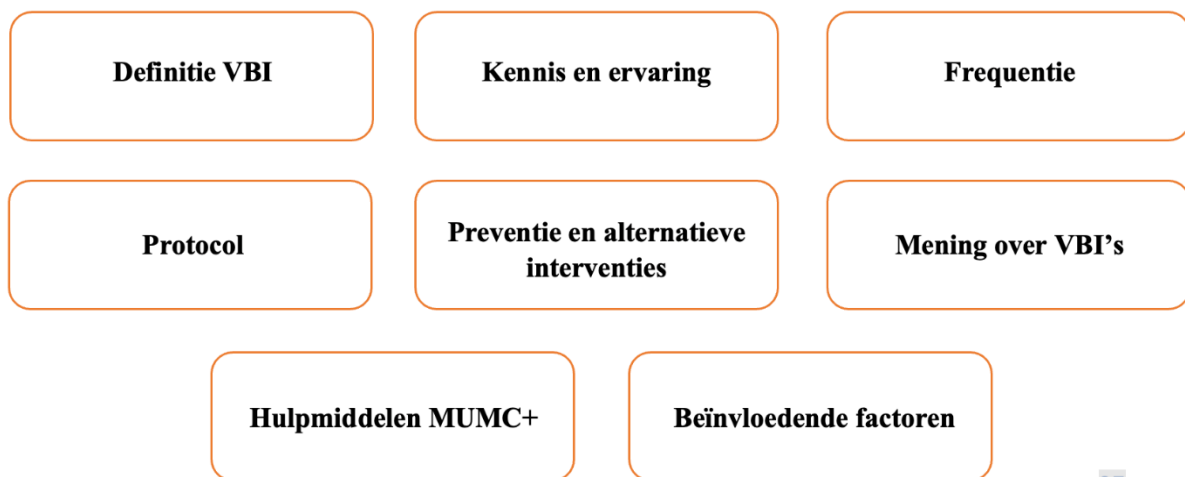
Op afdeling B5 hebben acht interviews plaats gevonden, waarvan drie met jong gediplomeerde verpleegkundigen, drie oud gediplomeerde verpleegkundigen, één arts-assistent en één supervisor internist. Op basis van de analyse van de interviews, die ervaringen, kennis en meningen rondom VBI's beschrijven, leverden nieuwe inzichten en verbeterpunten op.

3.2.1. Interview verpleegkundigen

Voorafgaand aan het interview zijn er topics opgesteld. Op basis van deze topics, werden de interviews geanalyseerd. Zie Figuur 6 voor deze topics.

Figuur 6

Topics verpleegkundigen



Definitie VBI

Zowel jong als oud gediplomeerde verpleegkundigen beschreven de definitie van een VBI als volgt: De verpleegkundige neemt de vrijheid van de patiënt (deels) weg, om de veiligheid van zowel de patiënt als de betrokkenen, te waarborgen. Zowel jong, als oud gediplomeerde verpleegkundigen associëren de inzet van een VBI met risicogedrag, zoals agressie en verwardheid.

R6: "Iemand fixeren als dan de veiligheid in het gedrang komt van de patiënt, of eventueel een andere patiënt, of van verpleegkundigen".

Kennis en ervaring

Jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan dat ze niet bekend zijn met het protocol 'VBI', die het MUMC+ aanbiedt, waardoor ze naar eigen zeggen geen kwalitatieve patiëntenzorg over VBI's kunnen bieden. De verpleegkundigen wisten niet dat het er was, of gaven aan dat het ze nooit vermeld is. Oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan dat ze bekend zijn met het protocol 'VBI' en naar eigen zeggen voldoende kennis te bezitten om kwalitatieve patiëntenzorg over VBI's te bieden. Jong gediplomeerde verpleegkundigen geven aan er 'te makkelijk' over na te denken en onvoldoende ervaring met VBI's te hebben. De oud gediplomeerde verpleegkundigen geven aan voldoende praktijkervaring te bezitten, maar te weinig theoretische kennis te hebben.

R1: “. . .Of soms niet goed over nadenk. Waarom en wat de impact dat voor iemand heeft en ook het stukje communiceren naar de patiënt . . .”;

R2: “Is me nooit eigenlijk gezegd dat er een protocol van is”.

Vrijwel alle verpleegkundigen geven aan dat ze de arts niet meteen verwittigen, wanneer ze een VBI inzetten die een 'lagere' categorie betreft. Eén jong gediplomeerde verpleegkundige gaf aan dat ze vaak onbewust een VBI inzet. De oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan dat ze een VBI inzetten, zonder eerst met de arts overlegd te hebben, als de casus als acuut of gevaarlijk worden beschouwd. Een enkeling geeft aan nooit een VBI in te zetten zonder de arts eerst te hebben verwittigd. Zowel jong, als oud gediplomeerde verpleegkundigen, gaven aan dat wanneer ze de arts wel verwittigen, deze de patiënt niet fysiek beoordeelt en dat de arts louter telefonisch toestemming verleent. Volgens de oud gediplomeerde verpleegkundigen spelen hier verschillende factoren in mee, zoals soort dienst, drukte op de werkvloer en de kennis en ervaring van de verpleegkundige.

R4: “Als er een gevaar is voor de patiënt zelf, of gevaar voor mij of medepatiënten, heb ik ook wel gedaan. Dat is een acute situatie, ja”;

R5: “Ja, ik denk niet dat ooit een arts is komen kijken. Ja overdag met de zaal arts, maar ik denk in de avond en de nacht...Dan bel ik voor toestemming te vragen, die krijg ik dan ook gewoon telefonisch”.

Eén jong gediplomeerde verpleegkundige en de oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan dat de verpleegkundige de verantwoordelijkheid draagt over het (de)escaleren van een VBI. Hierbij spelen factoren als patiëntveiligheid, een rol. Daarnaast wordt er door de oud gediplomeerde verpleegkundigen benoemd dat (de)escalatie van een VBI vaker multidisciplinair wordt besproken en dat de verpleegkundige een grote rol speelt in (de)escalatie, gezien zij op dit gebied worden gezien als de ‘expert’. Tot slot wordt er benoemd dat de verpleegkundige voorafgaand aan (de)escalatie van een VBI, preventieve- en alternatieve maatregelen in overweging neemt.

R5: “. . . Dat de dokter mede verantwoordelijke is voor het beleid, dat de verpleegkundige daar wel de expert in is. . .”.

Frequentie

Twee geïnterviewde jong gediplomeerde verpleegkundigen hebben nog nooit een VBI ingezet. De andere jong gediplomeerde verpleegkundige gaf net als alle oud gediplomeerde verpleegkundigen, aan wekelijks een VBI in te zetten. De oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven daarnaast aan dat het frequent voorkomt dat de VBI niet door henzelf wordt gestart, maar dat er wel dagenlang mee gewerkt wordt. Tot slot gaven ze aan dat de meeste VBI's in de avond- en nachtdienst worden ingezet. De verpleegkundigen gaven aan dat er in de ochtenddienst meer alternatieve opties zijn.

R4: “. . . Eén keer per week. En dan is het wel iets wat ik start, maar het kan natuurlijk wel zijn dat ik een VBI dagenlang heb op de afdeling bij een patiënt . . .”.

Jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan het niet vaak oneens te zijn met de VBI die een collega inzet. Oud gediplomeerde verpleegkundigen zijn hierbij in mening verdeeld. Een deel gaf aan regelmatig het niet eens te zijn met de VBI, het andere deel gaf aan het af en toe niet eens te zijn met de VBI. Wel wordt er aangegeven dat er af en toe te snel gehandeld wordt, met betrekking tot een VBI. Indien jong en oud gediplomeerde verpleegkundigen het oneens zijn met een VBI, maken ze dit bespreekbaar. Oud gediplomeerde verpleegkundigen geven als argumenten gebrek aan kennis van collega's, maar ook ethische dilemma's en gemakzucht van collega's. De jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan dat beïnvloedende factoren hierbij een rol spelen, zoals de soort dienst en het risicogedrag van de patiënt. Er wordt aangegeven dat de VBI bij een patiënt soms te lang wordt behouden.

R1: “. . . Nee komt niet vaak voor. Ik vind de veiligheid van de patiënt vooropgesteld. Uhm waarbij ik soms mijn twijfels heb is dat er te snel gehandeld wordt in een poseybed of iets. Dat heeft toch een impact op een patiënt . . .”;

R4: “. . . Ik ben het vaker niet eens met de VBI, omdat Poseybedden te pas en te onpas worden gebruikt. Poseybed wordt eigenlijk gebruikt voor valgevaar. Het wordt ook wel eens gebruikt op afdelingen voor dwaalgedrag, terwijl het daar niet voor ingezet wordt . . .”.

Protocol

Zowel jong, als oud gediplomeerde verpleegkundigen, gaven aan niet protocollair te werken. Twee jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven als hoofdargument dat zij nog nooit een VBI hebben ingezet. Eén jong gediplomeerde verpleegkundige gaf aan dat beïnvloedende factoren, zoals gemakzucht en acuut handelen, factoren zijn tot het niet in acht nemen van het protocol. De oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan het protocol ‘VBI’ te raadplegen wanneer ze lange tijd geen VBI hebben ingezet. Ook werd er door de oud gediplomeerde verpleegkundigen aangegeven dat zij zich onbewust bekwaam voelen om een VBI in te zetten en om deze reden niet altijd het protocol raadplegen. Zowel jong als oud gediplomeerde verpleegkundigen weten waar ze een ingezette VBI moeten rapporteren, wel wordt het rapporteren vaker vergeten.

R1: “Uhum gemakzucht denk ik. Ja. Uhum eigenlijk is het meteen handelen. Uhm bij een patiënt, oh ik zet het preventief in. Of iemand is al gevallen dus je zet al meteen uh een actie in. Dus daarbij niet echt het protocol erbij genomen”;

R4: “. . .Eeh, nee als het iets is wat ik al langere tijd niet heb gebruikt, dan pak ik het protocol erbij . . .”.

Jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan VBI's wel eens preventief of alternatief in te zetten, tevens werd medicatie en rooming-in benoemd. Ook werd aangegeven dat er bij de inzet van preventieve en alternatieve maatregelen, maar ook bij de inzet van VBI's, wordt gekeken naar het gedrag van de patiënt. Op deze manier bieden de verpleegkundigen zorg op maat aan. Oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan met name gebruik te maken van rooming-in,

medicatie en activiteitenbegeleiding. Ook gaven ze aan dat ze gebruik maken van hulpmiddelen en andere creatieve oplossingen.

R2: “. . . Medicatie, zodat iemand niet onrustig wordt, rooming-in zodat familie gewoon erbij kan zijn en sowieso de bedrekken gebruiken. . .”;

R5: “. . . Ja, ik probeer daar wel creatief in te zijn, omdat we vaak moeten fixeren om een venflon niet uit te trekken, of dergelijke, of een katheter niet te kunnen verwijderen. Dan plak ik vaak wel eens een venflon van op de hand, waarbij ze dan wel aan kunnen pulken. . .”.

Mening over VBI

Zowel jong, als oud gediplomeerde verpleegkundigen, gaven aan dat zij een negatief gevoel over houden aan het inzetten van een VBI, door de fysieke en mentale gevolgen die de patiënt en zijn naasten ervaren. Echter gaven de verpleegkundigen aan dat het uit professioneel perspectief noodzakelijk kan zijn. De jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan dat de VBI genormaliseerd is en dat er soms onbewust mee wordt omgegaan. De oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan dat er negatief perspectief bestaat met betrekking tot de inzet van een VBI in verband met tijdsdruk.

R1: “. . . Ik vind het niet leuk voor de patiënt dat hun er dan uiteindelijk mee zitten want dat voel je altijd iemand krijgt hier altijd alles mee en vaak ben je er zelf niet van bewust dat patiënten dat allemaal meekrijgen. . .”;

R4: “. . . Dat is omdat ik al eerder aangaf: mensen worden immobiel, incontinent, krijgen niet voldoende vocht en voeding binnen, ja. . .”.

Hulpmiddelen MUMC+

De jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan onvoldoende kennis te hebben over het onderwerp ‘VBI’ en dat er te weinig protocollair wordt gewerkt. De oud gediplomeerde verpleegkundigen hebben genoeg kennis, maar gaven aan dat nieuwe collega’s geschoold moeten worden en dat het onderwerp onder de aandacht moet worden gebracht. Alle verpleegkundigen gaven aan dat het onderwerp ‘VBI’ al een ruime tijd onderbelicht is. Omdat er weinig aandacht voor het onderwerp is geweest, wensen de verpleegkundigen scholing, een

duidelijke handleiding, bewustwording, duidelijke afspraken en tot slot handvaten, zoals een beslistool.

R5: “. . . Ik denk dat dat voor alle collega’s die nieuw zijn in huis goed zou zijn om bewustwording van het bestaan van het protocol, het bestaan van de filmpjes op kennisplein, wat je allemaal moet doen. Ja gewoon meer bewustwording, meer onder de aandacht brengen. . . ”.

Beïnvloedende factoren

Een aantal verpleegkundigen gaven aan dat een VBI niet wordt ingezet in verband met tijdsdruk, maar niet zeker weten of dit altijd zo is. Het merendeel van de geïnterviewde verpleegkundigen gaf aan dat een VBI wel degelijk wordt ingezet in verband met tijdsdruk. Wanneer de patiënt risicogedragingen, zoals dwaalgedrag, vertoont, is er vaak geen tijd om dit te blijven corrigeren. Dit gebeurt met name in de avond- en nachtdienst.

R2: “Ik denk wel dat iemand vaak wegloopt, of veel tijd in beslag nemen omdat diegene wegloopt, onrustig wordt, omdat het gewoon niet echt tijd is om daar meer op in te gaan dat er misschien wel te snel af en toe een Poseybed wordt ingezet”;

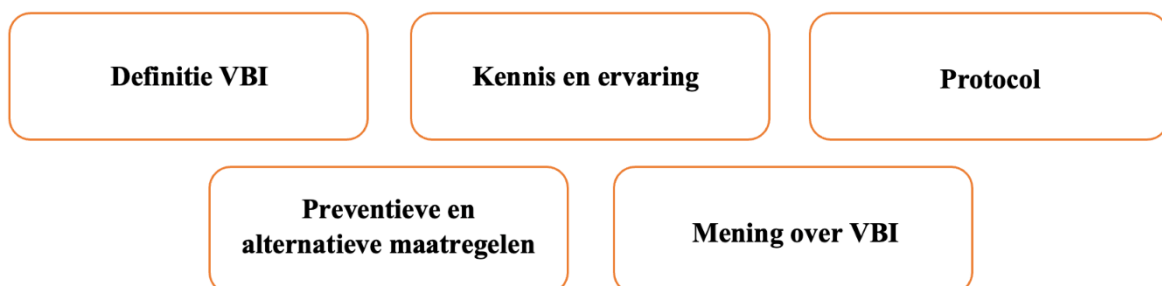
R5: “. . . Ja zeker weten, zeker de laatste tijd. Ik denk dat het ook persoonlijk is hoe je VBI inzet. Ik zou dat nooit doen. . . ”.

3.2.2. Interview artsen

Voorafgaand aan de interviews met de artsen zijn topics opgesteld. Deze topics zijn gebruikt als leidraad bij de analyse. Zie Figuur 7 voor deze topics.

Figuur 7

Topics artsen



Definitie VBI

Zowel de arts-assistent als de supervisor beschreven een VBI als een maatregel waarbij je iemands vrijheid beperkt door een beperking op te leggen.

R7: “. . . Een vrijheidsbeperkende maatregel dan ontnemen je iemand uh de vrijheid . . .”.

Kennis en ervaring

Zowel de arts-assistent als supervisor gaven aan dat ze niet bekend zijn met het protocol 'VBI', dat het MUMC+ aanbiedt, maar zouden naar eigen zeggen wel voldoende kennis te bezitten over het onderwerp VBI. De supervisor gaf aan dat zij zich ervan bewust is, dat het goed is om haar kennis over het protocol op te frissen en gaf daarbij aan vertrouwen te hebben in de verpleegkundigen, omdat zij hierin de expert zijn. De supervisor verklaart dat de verpleegkundige contact opneemt met de arts voor VBI, waarna hij/zij accordeert als dit als zinvol wordt gezien. De supervisor geeft daarnaast aan niet te weten wat hij/zij dan nog uit het protocol moet halen.

R8: “. . . Uhm denk ik wel van misschien is het goed om daar zelf weer wat meer bewust van te zijn en zelf weer wat meer kennis ervan te hebben. En nogmaals Ik denk dat de verpleging op onze afdeling daar ja best wel in getraind is. Uh dus misschien ben ik op die manier ook daar wel lui in geworden. . .”.

Zowel arts-assistent als supervisor gaven aan verantwoordelijkheid te voelen voor het (de)escaleren van de inzet van een VBI. De supervisor onderstreept daarnaast de medeverantwoordelijkheid van de verpleegkundigen aan en het belang van het evaluatiemoment met de verpleegkundigen.

R8: “Ja, ik vind dat we dat gewoon elke dag of dat doen we ook elke dag evalueren. Is deze VBI nog nodig en kunnen we eventueel een stap terug. Al vind ik het zeker wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid want de verpleegkundigen ziet die patiënt natuurlijk veel meer dan ik die patiënt zien, dus ja”.

Protocol

Zowel de arts-assistent als supervisor gaven aan bij het inzetten van een VBI niet het protocol te raadplegen. De arts-assistent gaf aan dat het altijd haar bedoeling is om de patiënt te beoordelen, echter is dit door tijdsdruk niet altijd mogelijk. Ze gaf aan om soms de interventie alvast in te zetten, waarna zij vervolgens naar de patiënt komt wanneer dit mogelijk is. De supervisor gaf aan dat dit voornamelijk gebeurt in de late/nachtdienst. Door tijdsdruk tijdens deze diensten is het niet altijd mogelijk om de patiënt te beoordelen. Er wordt altijd geluisterd naar de onderbouwing van de verpleegkundige en aan de hand daarvan wordt er geselecteerd om te gaan kijken of niet. Indien verpleegkundige wil dat arts komt kijken, gaat zij altijd.

R8: “. . .Uhm Ik denk dat dat er helemaal vanaf hangt wat het verhaal is dus hoe goed de verpleegkundige het verhaal kan vertellen. . . ”.

Preventieve en alternatieve maatregelen

Zowel de arts-assistent als supervisor kunnen beschrijven wat preventieve en alternatieve maatregelen zijn en wanneer deze worden ingezet. De supervisor geeft daarnaast ook aan dat de inzet afhankelijk is van de patiënt. Daarnaast gaf zij aan dat uit ervaring blijkt dat er meestal pas te laat wordt gestart met preventieve of alternatieve maatregelen.

R8: “. . .Nou ja in eerste instantie wil je natuurlijk de oriëntatie zo goed mogelijk krijgen. Dus we hebben zo'n oriëntatie box die we gebruiken met een klok en een kalender. . .”;

R8: “. . .Ja of we ze echt preventief goed inzetten daar heb ik al mijn twijfels bij. . .”.

Mening over VBI's

Zowel de arts-assistent als de supervisor gaven aan dat hun gevoel afhangt van de zwaarte van de VBI. Beiden artsen hebben minder moeite met een VBI van een lagere categorie. Daarnaast gaven beiden artsen aan dat het belangrijk is om goed te communiceren met de familie en rekening te houden met de fysieke en mentale gevolgen van een patiënt. Ook geeft de supervisor aan dat zij veel positieve ervaringen heeft met betrekking tot het inzetten van een VBI, wanneer deze nodig was.

R8: “. . . Ik denk dat je daar dat je daar meer schade mee doet als je hem niet inzet bij een patiënt die val gevaarlijk is of niet veilig kan lopen maar wel uit bed stapt dan dat je hem niet gebruikt. Het is daar vind ik ja heb ik qua ethiek wat minder moeite mee. .
.”

Hoofdstuk 4: Conclusie en discussie

4.1. Discussie

In de discussie van deze thesis wordt er een link gemaakt tussen de bestaande literatuur en de resultaten van het huidige onderzoek. Daarnaast worden de sterktes en zwaktes van het onderzoek onderbouwd en worden de implicaties voor zowel het verpleegkundig vakgebied als voor toekomstig onderzoek besproken.

Responsratio artsenenquête

In hoofdstuk 3 blijkt, dat na “Backward Elimination” van de categoriale variabelen in het ANOVA-model, er geen variabele over blijft die een significant effect heeft op de eindscore van de artsen. Dit betekent dat ongeacht de arbeidsduur, functietitel, kennis van de protocollen en/of hedendaagse/verledense werkzaamheden binnen B5 de kennis binnen de afgetoetste artsen populatie niet verschillend is. Dit is te wijten aan een responsratio van 6%, waardoor er te weinig data is. Tevens is de variatie in responses is zeer groot. Omdat er geen significante variabele zijn bij de enquête van de artsen, kan het interessant zijn om het gemiddelde en de mediaan score van de totale populatie afgetoetste artsen verder te onderzoeken. In het geval van een hoger aantal responses of een betere spreiding binnen de gegeven antwoorden, zou het model kunnen veranderen. Factoren die eerst niet van significant effect zijn op de eindscore zouden dan wel een significant effect kunnen hebben.

Leeftijd verpleegkundigen

Tijdens de interviews met verpleegkundigen werd er louter onderscheid gemaakt tussen jong en oud gediplomeerde verpleegkundigen, op basis van hun hoelang zij gediplomeerd zijn. De categoriale variabele ‘leeftijd’ (groep 20-39 jaar), binnen de enquête van de verpleegkundigen, blijkt echter een significant effect te hebben op de eindscore. Het is belangrijk om te vermelden dat de data van de verpleegkundigen die volgt uit de enquête kritisch moet worden geïnterpreteerd. De variatie in responses is zeer groot, gezien leeftijdsgroep 20-39 jaar N=10 is en de leeftijdsgroep 40-59 jaar N=3 is. In de interviews is geen onderscheid gemaakt tussen leeftijd.

Werkervaring in het MUMC+

Zowel uit de enquêtes, als interviews blijkt dat werkervaring binnen het MUMC+ een rol speelt bij het inzetten van zware VBI's. Twee van de jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven in de interviews aan dat ze nog nooit een VBI hebben ingezet, waardoor beiden verpleegkundigen een aantal gestelde vragen omtrent het inzetten van een VBI niet hebben kunnen beantwoorden. Uit de enquête blijkt dat zowel artsen, als verpleegkundigen de meeste kennis bezitten over VBI's, wanneer ze tussen de 5 en 10 jaar werk ervaring hebben binnen het MUMC+, terwijl de groepen die langer dan 10 jaar werkzaam zijn juist lager scoren.

Tijdsdruk

In de interviews gaven verpleegkundigen aan dat VBI's met enige regelmaat worden ingezet vanwege tijd gerelateerde factoren, in plaats van indicaties die zijn vereist voor de inzet van een zware VBI. Deze bevindingen komen overeen met de studie van Vaismoradi et al. (2020). Uit deze studie blijkt dat bepaalde verpleegkundige zorg niet verleend wordt door verschillende factoren, waaronder tijd gerelateerde factoren. Dit is een duidelijke oorzaak, die direct invloed heeft op het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's.

Fysiek beoordelen van de patiënt door een arts

In de interviews blijkt dat zowel artsen, als verpleegkundigen, de verpleegkundige als expert beschouwen bij het inzetten van VBI's vanwege hun langere interactie met de patiënt. In de interviews geven de artsen aan de patiënt niet altijd fysiek te komen beoordelen, met als argument dat ze de verpleegkundigen beschouwen als experts op het gebied van VBI's. Echter blijkt uit zowel de enquête, als de interviews, dat er bij de verpleegkundigen een kennistekort over VBI's is. Hierdoor wordt er door de arts onterecht vertrouwd op de kennis van VBI's van de verpleegkundigen.

Raadplegen van de protocollen en handreiking

De resultaten van de enquête van de verpleegkundigen laten een duidelijk significant verschil zien omtrent het wel of niet raadplegen van de protocollen en handreiking. Verpleegkundigen die zeggen de protocollen en de handreiking wel te raadplegen, scoren minder goed op de kennis vragen ten opzichte van verpleegkundigen die de protocollen en handreiking niet raadplegen. De oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven in de interviews aan de protocollen en handreiking niet te raadplegen, gezien zij naar eigen zeggen weten waar zij rekening mee moeten houden bij het inzetten van een VBI.

Kennistekort

In de interviews geven artsen en jong gediplomeerde verpleegkundigen, in tegenstelling tot oud gediplomeerde verpleegkundigen, aan geen kennis te hebben van het protocol. De jong gediplomeerde verpleegkundigen kunnen naar eigen zeggen onvoldoende kwalitatieve patiëntenzorg bieden, doordat zij onvoldoende kennis bezitten. Jong gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan er te makkelijk over na te denken en onvoldoende ervaring met VBI's te hebben. Oud gediplomeerde verpleegkundigen gaven aan onvoldoende theoretische kennis te bezitten, maar wel veel praktijkervaring te hebben.

Een bedreiging indien men op de huidige manier blijft doorwerken met betrekking tot het inzetten van een VBI, is het ontbreken van vertrouwen van artsen in het handelen van verpleegkundigen.

Perspectief van de zorgverlener

De interviews geven inzicht in de standpunten en ervaringen over VBI's, het uitvoeren en naleven van protocollen en perspectieven ten opzichte van VBI's over het algemeen. Artsen en verpleegkundigen gaven aan voornamelijk negatieve gevoelens te ervaren na de inzet van een VBI, maar dit wordt volgens hen gerechtvaardigd vanwege de consequenties die mogelijk kunnen volgen wanneer een VBI niet wordt ingezet. Verpleegkundigen gaven aan dat naarmate de jaren verstrijken, het inzetten van een VBI normaler wordt. Een enkeling beschrijft ook positieve gevoelens te ervaren, omdat een aantal patiënten tot rust komen na de inzet van een VBI. In een recente studie van Canzan et al. (2021) worden soortgelijke perspectieven beschreven. Het gevoel van rechtvaardiging of het normaal worden van de situatie is een belemmerende factor bij het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's.

4.2. Sterkte en zwakte analyse

In de sterkte en zwakte analyse worden de sterke en zwakte punten uit het onderzoek beschreven.

Sterke punten:

- De populatievaliditeit in het onderzoek is generaliseerbaar. De populatie in het onderzoek is een weerspiegeling van de betrokken populatie in de praktijk. Voor zowel de enquêtes en de interviews zijn zowel jong als oud gediplomeerde verpleegkundigen, als artsen bevraagd, waardoor het onderzoek als inclusief kan worden beschouwd;
- De interviews zijn opgenomen en daarna getranscribeerd en gecodeerd, voordat er conclusies en verbanden werden getrokken. Er werd gebruik gemaakt van een membercheck om eventuele misinterpretaties te corrigeren;
- De respondenten zijn door inclusie- en exclusiecriteria zorgvuldig gekozen;
- Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is er triangulatie toegepast om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Er zijn zowel enquêtes afgenomen, als interviews gehouden;
- Voor de enquêtes, uitgezet onder de verpleegkundigen die werkzaam zijn op afdeling B5, is er een responsratio van 81 procent. Hierdoor is het betrouwbaarheidspercentage hoog.

Zwakke punten:

- De enquête is onder ongeveer 160 internisten uitgezet. Slechts tien van de 160 internisten hebben de enquête ingevuld, hierdoor is de responsratio 6%, waardoor de betrouwbaarheid daalt. De kans bestaat dat, bij herhaling van de enquête, er een ander resultaat is;
- Respondenten konden op elke vraag binnen de enquête één punt scoren. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen vragen die (in)direct effect hebben op het inzetten van een VBI. Op de vragen die direct invloed hebben op het inzetten van een VBI scoren de respondenten minder goed in tegenstelling tot de vragen die indirect effect hebben op het inzetten van een VBI. Er zou een beter inzicht op de kennis verkregen kunnen zijn, wanneer de vragen die direct invloed hebben, een zwaardere telling hadden gekregen;
- De enquête is onder ongeveer 160 internisten uitgezet. Om het onderzoek exclusief op afdeling B5 af te laten spelen, is de vraag ‘ben je werkzaam of werkzaam geweest op

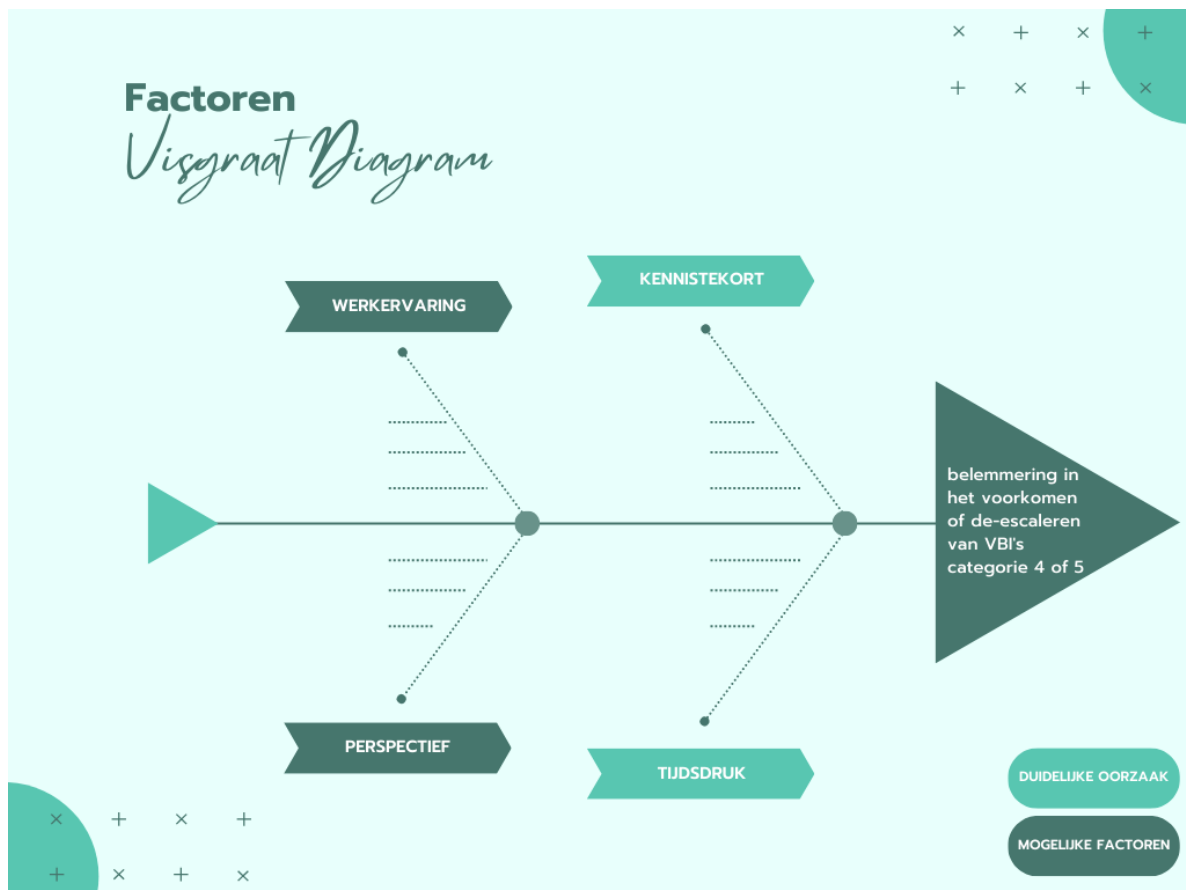
afdeling B5' gesteld. De intentie was, om de antwoorden op basis van deze vraag te filteren, zodat er exclusief resultaten in het onderzoek zouden worden weergegeven, die betrekking hebben op afdeling B5. Gezien de lage responsratio is deze filter uiteindelijk niet toegepast.

4.3. Conclusie

Er zijn verschillende factoren die verpleegkundigen en artsen belemmeren in het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's. Het is een complex probleem waar bij objectieve gegevens gepaard gaan met gevoelens en emotie van de zorgverleners en patiënten. Om een overzichtelijk antwoord te geven op de hoofdvraag "Welke factoren belemmeren de verpleegkundigen en artsen van B5 bij het voorkomen of de-escaleren van VBI's categorie 4 of 5?" worden de factoren verwerkt in een visgraat-diagram, deze diagram zorgt voor een visuele rangschikking van de mogelijke oorzaken van een probleem (Lean Six Sigma Partners, z.d.). Zie Figuur 18.

Figuur 18

Factoren visgraat diagram



Zowel kennistekort als tijdsdruk zijn belemmerende factoren die duidelijk effect hebben op het voorkomen of de-escaleren van VBI's. Werkervaring (minder dan 5 jaar) en perspectief zijn belemmerende factoren die mogelijk effect hebben. Om ervoor te zorgen dat VBI's vaker gede-escaleerd of voorkomen kunnen worden, is het belangrijk om passende alternatieven en oplossingen te zoeken voor deze vier factoren.

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen/advies voor de praktijk

Het MUMC+ heeft al verschillende acties ondernomen om VBI's juist toe te passen, voornamelijk in de vorm van protocollen en richtlijnen. Deze acties hebben geleid tot het huidige resultaat, benoemd in hoofdstuk 3 en 4.

Om een passend advies te geven, wordt deze gegeven vanuit een vraagstelling.

De vraag luidt als volgt: Wat is er nodig om belemmerende factoren te elimineren, die verpleegkundigen en artsen van B5 ervaren bij het voorkomen of de-escaleren van VBI's categorie 4 en 5?

Hiervoor zijn drie adviezen opgesteld, die in de volgende paragrafen worden beschreven en onderbouwd.

5.1. Workshop

Op basis van recent literatuuronderzoek, zoals beschreven in het theoretisch kader, en het huidige onderzoek op B5, blijkt dat het perspectief van zorgverleners invloed kan hebben op het gebruik, voorkomen en de-escalatie van zware VBI. Het gevoel van rechtvaardiging en normalisatie als gevolg van herhaaldelijke situaties leiden ertoe dat verpleegkundigen zich niet altijd meer bewust zijn van de effecten van VBI's op patiënten. Informatie over de mogelijke effecten zijn niet terug te vinden in de protocollen.

Om bewustwording te vergroten, wordt er een workshop aanbevolen waarbij de effecten van VBI's op patiënten centraal staan. Tijdens deze workshop kunnen verpleegkundigen en artsen zelf ervaren hoe het voelt om beperkt te worden in hun vrijheid. Het betrekken van de actieve patiëntenraad van het MUMC+ kan mogelijk een contactmoment creëren tussen zorgverleners en patiënten die eerder beperkt zijn geweest in hun vrijheid tijdens een ziekenhuisopname.

Deze workshop kan bijdragen aan het veranderen van het perspectief van verpleegkundigen en artsen ten opzichte van VBI's. Zie Figuur 20 voor een concept voor deze workshop.

Figuur 20

Concept workshop

betrokken disciplines	Actie
Academie	1. Vormgeving aan workshop 2. Aanleveren van geschikte locatie voor workshop
Patiëntenraad	1. Inventariseren of er patiënten zijn die beperkt werden in hun vrijheid tijdens hun ziekenhuisopname 2. Desbetreffende patiënten vragen of zij willen deelnemen aan de workshop
Medisch depot	1. Aanleveren van VBI categorie 4 of 5
Verpleegkundigen	1. Deelname aan workshop
Artsen	1. Deelname aan workshop

5.2. Scholing

Op dit moment biedt het MUMC+ geen cursussen of trainingen aan voor verpleegkundigen met betrekking tot het gebruik van VBI's. De kennis over VBI's is momenteel afhankelijk van de zelfbeoordeling van verpleegkundigen. Er wordt alleen een praktijkles aangeboden aan studenten, waarin ze leren hoe ze een fixatieband (VBI-categorie 5) moeten gebruiken.

Het MUMC+ heeft besloten om de handeling fixeren niet langer verplicht te stellen in het kwaliteitspaspoort van de verpleegkundigen en laat dit over aan de individuele verpleegafdelingen. Gezien de ernstige gevolgen die een zware VBI kan hebben voor de patiënt, wordt er geadviseerd om de handeling niet uit het kwaliteitspaspoort te verwijderen. In plaats daarvan wordt aanbevolen om verplichte scholing aan te bieden aan verpleegkundigen (in opleiding), samen met een toets in het kwaliteitspaspoort met betrekking tot zware VBI's. Deze toets zou verpleegkundigen verplichten om hun vaardigheden te demonstreren en te bewijzen dat ze niet alleen bekwaam, maar ook bevoegd zijn om de handeling uit te voeren.

Deze scholing moet minimaal de volgende aspecten aanpakken:

- Categorieën VBI's;
- Complicaties van VBI's categorie 4 en 5;
- Aanbod van VBI's in het MUMC+;
- Preventieve en alternatieve maatregelen omtrent VBI's.

Het verplicht stellen van scholing in combinatie met een toetsing in het kwaliteitspaspoort elimineert de factoren kennistekort en werkervaring en heeft een positieve bijdrage aan de factor perspectief van de zorgverlener. Zie Figuur 21 voor het concept voor deze scholing.

Figuur 21

Concept scholing

betrokken disciplines	Actie
Academie	1.Scholing ontwerpen met betrekking tot VBI's 2.Inzet van VBI-categorie 4 en 5 toevoegen als handeling in het kwaliteitspaspoort
Medisch depot	1.Aanleveren van VBI categorie 4 of 5 ten behoeve van toetsing
Verpleegkundigen	1.Deelname aan scholing 2.Deelname aan toetsing

5.3. Integraal capaciteit management

Uit het onderzoek blijkt dat tijdsdruk een grote belemmerende factor is voor verpleegkundigen bij het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's. Het MUMC+ maakt gebruik van een geautomatiseerd systeem genaamd 'Integraal Capaciteit Management' (ICM), dat het benodigde aantal personeelsleden berekent op basis van het aantal patiënten op de afdeling. Hoewel de berekening van het ICM gebaseerd is op evidence-based methoden en zou moeten werken in de praktijk, zijn er signalen vanuit het verplegend personeel die het tegenovergestelde suggereren. Daarom wordt geadviseerd om een vervolgonderzoek uit te voeren om de oorzaak van deze signalen te achterhalen. Indien men de voorgaande factoren elimineert maar op de huidige manier blijft doorwerken, kunnen verpleegkundigen hun expertise niet toepassen in de

praktijk en blijft het hen belemmeren in het voorkomen of de-escaleren van zware VBI's. Dit vervolgonderzoek zou een uitstekende afstudeerscriptie kunnen zijn voor HBO-verpleegkundestudenten.

5.4. Advies 'Vrijheidsbeperkende interventies, sta je ook stil bij de consequenties?'

Liesbeth de Boer-Beskers heeft in haar onderzoek een concept ontwikkeld dat op ziekenhuisniveau de incidentie van zware VBI's terug moet brengen van 1,8% naar 1,2%. Eén onderdeel van dit concept is een psychiatrisch consult voor verpleegkundigen, waarvan zijn laagdrempelig gebruik maken op het moment dat zij zware VBI's toepassen. Samen met de consulent wordt bepaald of, en zo ja, in welke mate, een VBI ingezet moet worden. Hoewel dit een goed advies is, is het belangrijk om eerst de belemmerende factoren zoals beschreven in deze thesis aan te pakken. Als het perspectief van verpleegkundigen en artsen niet verandert en de tijdsdruk nog steeds hoog is, zal een psychiatrisch consult niet worden ingezet.

Literatuur

- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!: handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (3de editie) [E-book]. Noordhoff Uitgevers bv.
- Canzan, F., Mezzalana, E., Solato, G., Mortari, L., Brugnolli, A., Saiani, L., Debiasi, M., & Ambrosi, E. (2021). Nurses' Views on the Use of Physical Restraints in Intensive Care: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9646. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189646>
- Douglas, L. E., O'Donoghue, G., & Morrissey, J. (2022). Patient Experience of Physical Restraint in the Acute Setting: A Systematic Review of the Qualitative Research Evidence. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(5), 473–481. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1978597>
- Genau, L. (2023, 23 januari). *Semigestructureerde of half-gestructureerde interviews in je scriptie*. Scribbr. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/semigestructureerd-interview/#:~:text=Bij%20een%20semigestructureerd%20interview%2C%20ook,respondenten%20kunnen%20volledig%20vrij%20antwoorden.>
- Jiang, H., Li, C., Gu, Y., & He, Y. (2015). Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. *Nursing Ethics*, 22(6), 652–660. <https://doi.org/10.1177/0969733014557118>
- Mahmoud, A. A. (2017). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.013>

Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport. (2022). Terugkoppeling indicatoren basisset medisch specialistische zorg 2021. In *Inspectie gezondheidszorg en jeugd*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van

<https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2022/10/13/terugkoppeling-indicatoren-basisset-msz-2021>

Minitab LLC. (2021). Minitab Statistical Software (Version 21.2) [Computer software].

<https://www.minitab.com/>

MUMC+. (z.d.). *Interne Geneeskunde*. Maastricht UMC+. Geraadpleegd op 14 februari 2023, van

<https://www.mumc.nl/patient-bezoeker/specialismen-afdelingen/interne-geneeskunde>

MyResearchMentor. (2021, 23 april). *Geloofwaardigheid in kwalitatief onderzoek*.

Geraadpleegd op 17 april 2023, van <https://myresearchmentor.nl/geloofwaardigheid-in-kwalitatief-onderzoek/#:~:text=De%20positieve%20aspecten%20van%20member,een%20bepaalde%20mate%20van%20formalisatie>.

Rambelje, N. L. M., de la. (2020, 29 december). *Vrijheid Beperkende Interventie (VBI): hoofddocument*. Odin. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van

<https://mumc.zenya.work/Portal/#/document/b8c8b842-e0f7-4944-965b-f6c977fff712>

Rijksuniversiteit Groningen. (2021, 29 november). *Interviews en enquêtes*. Geraadpleegd op 27 maart 2023, van

<https://www.rug.nl/society-business/scholierenacademie/scholieren/pws-hulp/fase3/interviews-en->

[enquetes#:~:text=Een%20diepte%20interview%20\(kwalitatief%20onderzoek,en%20gevoelens%20van%20een%20ge%C3%A5nterviewde.](#)

Lean Six Sigma Partners. (z.d.). Visgraatdiagram - Lean Six Sigma Partners. Geraadpleegd op 16 mei 2023, van

<https://www.leansixsigmapartners.nl/lean-six-sigma/visgraatdiagram-lean-six-sigma-partners#:~:text=Het%20visgraatdiagram%2C%20ontwikkeld%20door%20Kaoru,mogelijke%20oorzaken%20van%20een%20probleem.&text=Ishikawa%20zag%20dat%20omensen%20vaak,succes%20van%20een%20proces%20bepalen>

Questback. (z.d.). Opgehaald op 16 mei 2023, van <https://www.questback.com/nl/>

Scribbr. (z.d.). Mixed methods: Combineren van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Geraadpleegd op 16 mei 2023, van

<https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/mixed-methods/>

Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 416–427. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x>

Suliman, R. M., PhD, Aloush, R. S., PhD, & Al-Awamreh, R. K., PhD. (2017). Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint. *Nursing in critical care*, 22(5), 264–269. <https://doi.org/10.1111/nicc.12303>

Teece, A., Baker, J. M., & Smith, H. (2020). Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1–2), 5–19.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15052>

- Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, M. F. (2020). Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2028.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
- Veiligheid en Justitie. (2006, 1 februari). Regeling - wijzigingswet burgerlijk wetboek, enz. (geneeskundige behandelingsovereenkomst) - BWBR0007021. Overheid wettenbank. Geraadpleegd op 12 maart 2023, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/2006-02-01>
- V&VN. (2013, november). *Handreiking vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij. . .* venvn. Geraadpleegd op 16 februari 2023, van <https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/handreiking-vrijheidsbeperking/>
- V&VN. (2021 Oktober 15). Zorginfarct. V&VN. <https://www.venvn.nl/nieuws/zorginfarct/>
- Van Lonkhuyzen, L., & Weeda, F. (2022, 30 november). *Het gevreesde 'zorginfarct' is er al. Wie ermee te maken krijgt? Dat is een kwestie van toeval.* NRC. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/11/25/wachtlijsten-personeelstekort-opnamestops-het-gevreesde-zorginfarct-is-er-al-a4149361>

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijst + vragenlijst interview - Verpleegkundigen

Inleiding

Voor onze thesis willen wij in kaart brengen welke factoren een rol spelen bij het veelvuldig inzetten van VBI's op afdeling B5 van het MUMC+. Het doel van dit interview is om standpunten/perspectieven van verpleegkundigen over VBI's in kaart te brengen.

Dit interview is volledig anoniem. Het interview wordt getranscribeerd doormiddel van een geluidsopname. De geïnterviewde kan het getranscribeerde interview inzien, om te kijken of hij/zij het hier mee eens is.

Tabel 1.1

Topics verpleegkundigen

Topics	Vragen
Definitie VBI	- Wat is een VBI?
Kennis en ervaring	- Ben je bekend met het protocol “VBI” die het MUMC+ aanbiedt? - o Zo nee > Waarom niet? - Denk je dat je voldoende kennis hebt over het protocol om zorg te leveren m.b.t. VBI's - Hoe vaak en wanneer maak je een beslissing omtrent VBI's, zonder tussenkomst van de arts? - Komt de arts altijd de patiënt beoordelen als er een VBI wordt ingezet? - Heb jij het gevoel dat jij de verantwoordelijk hebt met betrekking tot het (de)escaleren van VBI's - Vind jij dat jouw kennis over VBI's voldoende is, om kwalitatieve patiëntenzorg te leveren?
Frequentie	- Hoe vaak zet je een VBI in? - Hoe vaak ben jij het niet eens met de inzet van een VBI?

	○ kun je voorbeelden opnoemen van situaties dat je het niet eens was met de inzet van VBI? En wat doe je dan als je het er niet mee eens bent?
Protocol	- Waar moet je een VBI rapporteren? ○ Rapporteer je dit ook daadwerkelijk? - Raadpleeg jij wel eens het protocol VBI van het MUMC+, voordat je een VBI inzet? ○ Zo nee > Waarom niet?
Preventieve en alternatieve interventies	- Zet je wel een preventieve of alternatieve maatregelen in? ○ Ja > welke preventieve maatregelen zet je in? Hoe vaak zet jij preventieve maatregelen in? Nee > waarom niet?
Mening over VBI's	- Wat is jouw gevoel bij het inzetten van een VBI?
Hulpmiddelen MUMC+	- Wat zou je nodig hebben om meer kennis te krijgen over het onderwerp VBI?
Beïnvloedende factoren	- Zet jij wel eens een VBI i.v.m. tijdsdruk? ○ Denk je dat het wel eens voor komt op de afdeling dat een VBI wordt ingezet i.v.m. tijdsdruk?

Wil je nog iets kwijt?

Bijlage 2: Topiclijst + vragenlijst interview - Arts

Inleiding

Voor onze thesis willen wij in kaart brengen welke factoren een rol spelen bij het veelvuldig inzetten van VBI's op afdeling B5 van het MUMC+. Het doel van dit interview is om standpunten/perspectieven van artsen over VBI's in kaart te brengen.

Dit interview is volledig anoniem. Het interview wordt getranscribeerd doormiddel van een geluidsopname. De geïnterviewde kan het getranscribeerde interview inzien, om te kijken of hij/zij het hier mee eens is.

Tabel 2.1

Topics artsen

Topics	Vragen
Definitie VBI	- wat is een VBI?
Kennis en ervaring	- Ben je bekend met het protocol VBI wat het MUMC+ aanbiedt? - Heb jij het gevoel dat je verantwoordelijkheid hebt met betrekking tot het de-escaleren en de escaleren van VBI's? - Vind jij dat jouw kennis over VBI voldoende is om kwalitatieve patiëntenzorg te leveren?
Protocol	- Raadpleeg je het protocol voor dat je een VBI inzet? - Ga je altijd de patiënt beoordelen als er een VBI wordt ingezet?
Preventieve en alternatieve interventies	- Zet je wel een preventieve of alternatieve maatregelen in?
Mening over VBI's	- Wat is jouw gevoel bij het inzetten van een VBI?

Wil je nog iets kwijt?

Bijlage 3: Enquête - Verpleegkundige

In het kader van afstuderen voor de HBO-V, doen wij onderzoek naar factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn bij het veelvuldig inzetten van vrijheidsbeperkende interventies. Vanuit verschillende literatuurstudies blijkt dat kennis, protocollen en richtlijnen een grote rol spelen bij het veelvuldig inzetten van vrijheidsbeperkende interventies. We hebben ervoor gekozen om een enquête op te stellen die deze factoren in kaart brengen.

De enquête kan uiterlijk tot 19 april ingevuld worden, deelname is vrijwillig en volledig anoniem. Het invullen van de enquête duurt ongeveer 10 minuten.

Voor aanvullende informatie is het mogelijk om contact op te nemen via naveen.willems@mumc.nl

Bij voorbaat dank,

Naveen Willems, Pien Peulen, Scarlett van Lierop

1. Wat is je leeftijd?
 - ☐ Jonger dan 20 jaar
 - ☐ 20 - 39 jaar
 - ☐ 40 - 59 jaar
 - ☐ 60 jaar of ouder
2. Hoe lang ben je werkzaam binnen het MUMC+
 - ☐ Korter dan 5 jaar
 - ☐ 5 - 10 jaar
 - ☐ 11 - 15 jaar
 - ☐ 16 - 20 jaar
 - ☐ Langer dan 20 jaar
3. Ben je bekend met de handreiking 'Nee... tenzij', van V&VN?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
4. Ben je bekend met het protocol "VBI" die het MUMC+ aanbiedt?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
5. Raapleeg jij wel eens de handreiking 'Nee.. tenzij', van het V&VN of het protocol VBI van het MUMC+, voordat je een VBI inzet?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
6. Hoe vaak evalueer je over de ingezette VBI?
 - ☐ Een keer per 8 uur
 - ☐ Een keer per 24 uur

7. In welke categorieën kun je de VBI indelen
- Categorie 1 tot en met 3
 - Categorie 1 tot en met 4
 - Categorie 1 tot en met 5
 - Categorie 1 tot en met 6
8. Wat zijn de juiste indicaties voor het inzetten van een posey bed, volgens het protocol van het MUMC+
- (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- Gewelddadig of zelfdestructief gedrag
 - Verhoogd valrisico
 - Heftige psychomotorische onrust
 - Dwalen
 - Bevorderen van slaap-waak ritme
 - PICA eetstoornis
9. Wat zijn de juiste indicaties voor het inzetten van een onrust band, volgens het protocol van het MUMC+
- (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- Gewelddadig of zelfdestructief gedrag
 - Verhoogd valrisico
 - Dwalen
 - Psychomotorische onrust
 - Fracturen
10. Mag je een VBI inzetten zonder toestemming van de arts?
- Ja
 - Ja, alleen in acute situaties
 - Nee
11. Wat zijn preventieve of alternatieve interventies voor het inzetten van een VBI?
- (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- Het inzetten van medicatie
 - Het betrekken van familie
 - Het verwijderen van katheters, drains en sondes
 - Activiteitenbegeleiding
 - Fysiotherapie
 - Het omhoog zetten van de bedrekken
 - Éénpersoonskamer
12. Waar moet je de inzet van een VBI rapporteren?
- (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- VROB
 - Situatie (SBARR)
 - Assessment (SBARR)
 - Fixatiedocument

Bedankt voor je bijdrage aan ons onderzoek.

Naveen Willems, Pien Peulen, Scarlett van Lierop

Bijlage 4: Enquête - Arts

In het kader van afstuderen voor de HBO-V, doen wij onderzoek naar factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn bij het veelvuldig inzetten van vrijheidsbeperkende interventies. Vanuit verschillende literatuurstudies blijkt dat kennis, protocollen en richtlijnen een grote rol spelen bij het veelvuldig inzetten van vrijheidsbeperkende interventies. We hebben ervoor gekozen om een enquête op te stellen die deze factoren in kaart brengen.

De enquête kan uiterlijk tot 19 april ingevuld worden, deelname is vrijwillig en volledig anoniem.

Het invullen van de enquête duurt ongeveer 10 minuten.

Voor aanvullende informatie is het mogelijk om contact op te nemen via naveen.willems@mumc.nl

Bij voorbaat dank,

Naveen Willems, Pien Peulen, Scarlett van Lierop

1. Wat is je leeftijd?
 - ☐ Jonger dan 20 jaar
 - ☐ 20 - 39 jaar
 - ☐ 40 - 59 jaar
 - ☐ 60 jaar of ouder
2. Hoe lang ben je werkzaam binnen het MUMC+
 - ☐ Korter dan 5 jaar
 - ☐ 5 - 10 jaar
 - ☐ 11 - 15 jaar
 - ☐ 16 - 20 jaar
 - ☐ Langer dan 20 jaar
3. Wat is je functie
 - ☐ ANIOS
 - ☐ AIOS
 - ☐ Medisch specialist
4. Ben je bekend met het protocol “VBI” die het MUMC+ aanbiedt?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
5. Raadpleeg jij wel eens de handreiking 'Nee.. tenzij, van het V&VN of het protocol VBI van het MUMC+, voordat je een VBI inzet?
 - ☐ Ja

- Nee
6. Hoe vaak evalueer je over de ingezette VBI?
- Een keer per 8 uur
 - Een keer per 24 uur
7. In welke categorieën kun je de VBI indelen
- Categorie 1 tot en met 3
 - Categorie 1 tot en met 4
 - Categorie 1 tot en met 5
 - Categorie 1 tot en met 6
8. Wat zijn de juiste indicaties voor het inzetten van een posey bed, volgens het protocol van het MUMC+
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- Gewelddadig of zelfdestructief gedrag
 - Verhoogd valrisico
 - Heftige psychomotorische onrust
 - Dwalen
 - Bevorderen van slaap-waak ritme
 - PICA eetstoornis
9. Wat zijn de juiste indicaties voor het inzetten van een onrust band, volgens het protocol van het MUMC+
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- Gewelddadig of zelfdestructief gedrag
 - Verhoogd valrisico
 - Dwalen
 - Psychomotorische onrust
 - Fracturen
10. Mag de verpleegkundige een VBI inzetten zonder toestemming van de arts?
- Ja
 - Ja, alleen in acute situaties
 - Nee
11. Zie jij de patiënt voorafgaand bij de inzet van een VBI?
- Altijd
 - Altijd, met uitzondering van acute situaties
 - Altijd, met uitzondering op momenten wanneer het niet mogelijk is, door tijd gerelateerde factoren
 - Nooit

12. Wat zijn preventieve of alternatieve interventies voor het inzetten van een VBI?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Het inzetten van medicatie
- Het betrekken van familie
- Het verwijderen van katheters, drains en sondes
- Activiteitenbegeleiding
- Fysiotherapie
- Het omhoog zetten van de bedrekken
- Éénpersoonskamer

13. Rapporteer jij de inzet van een VBI in de decursus?

- Altijd
- Nooit

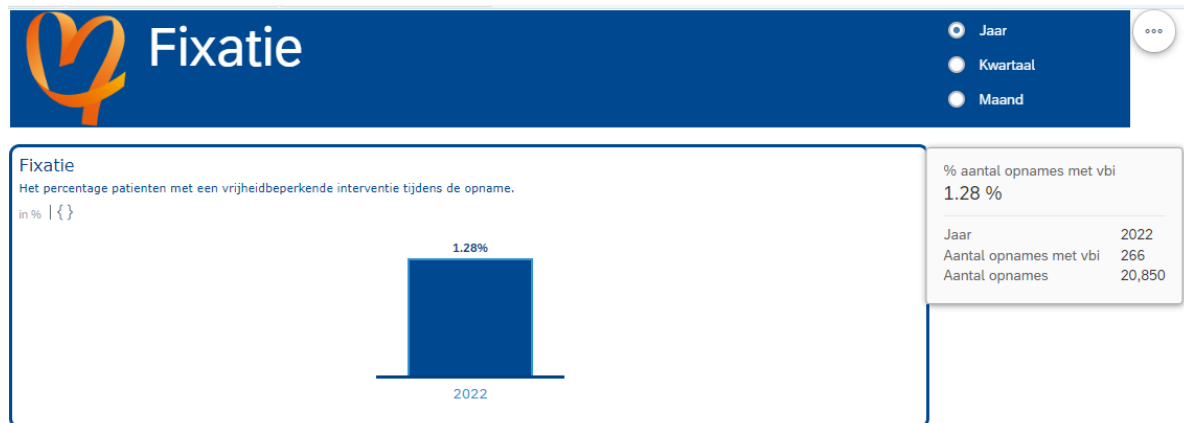
Bedankt voor je bijdrage aan ons onderzoek

Naveen Willems, Pien Peulen, Scarlett van Lierop

Bijlage 5: Cijfers MUMC+

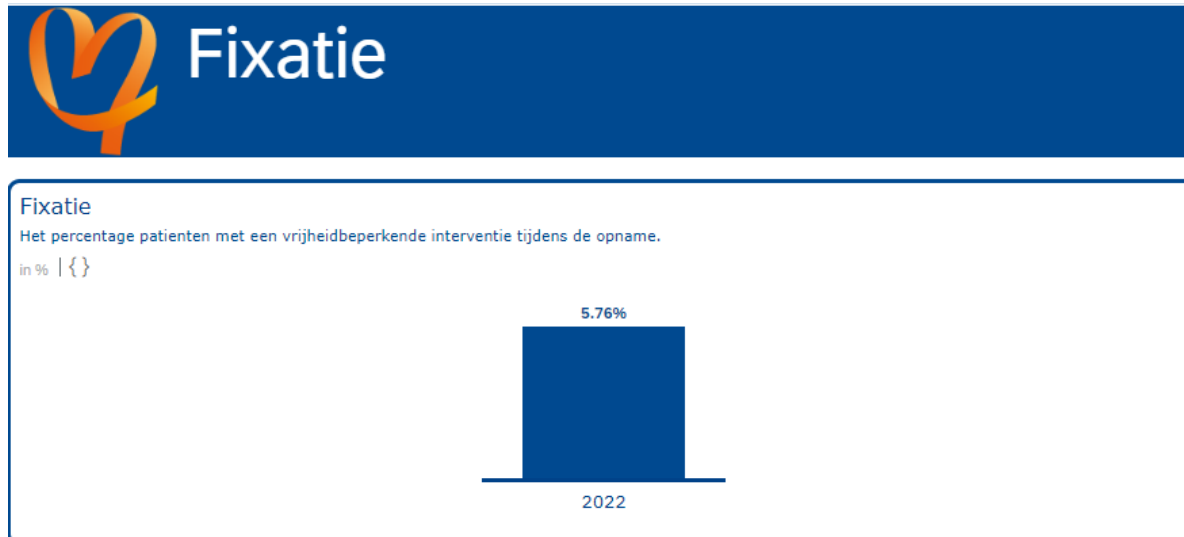
Figuur 5.1

Fixatie cijfers MUMC+



Figuur 5.2

Fixatie cijfers B5 - MUMC+



Informatie voor deelname aan het onderzoek: Vrij in onvrijwillige zorg

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze toestemmingsformulier omdat antwoorden uit een interview verzameld zal worden. Dit onderzoek zal plaatsvinden in het MUMC+ te Maastricht. Dit onderzoek is beoordeeld door Liesbeth Ramakers (kwaliteits en veiligheidsadviseur van het MUMC+).

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft.

1. Doel van het onderzoek

Middels dit onderzoek wordt er in kaart gebracht welke factoren een rol spelen met betrekking tot het veelvuldig inzetten van VBI's met een score van 4 of 5 op afdeling B5.

2. Wat meedoen inhoudt

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in de vorm van een interview. Het onderzoek zal ongeveer 20 minuten duren. Het gesprek wordt opgenomen zodat dit later getranscribeerd kan worden.

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

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

Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u blijft meedoen.

4. Einde van het onderzoek

- u uw bijdrage aan het onderzoek zoals hiervoor beschreven geleverd heeft
- u zelf kiest om te stoppen
- het einde van het hele onderzoek zoals hiervoor beschreven is bereikt
- de onderzoeker het beter voor u vindt om te stoppen

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het kan gaan om gegevens zoals uw naam, leeftijd en werkplek. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld, te kunnen beantwoorden en te kunnen valideren. Persoonsgegevens worden niet gepubliceerd, informatie wordt onherleidbaar gemaakt naar de respondent.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

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

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen op de onderzoeklocatie toegang krijgen tot al uw gegevens. Ook tot de gegevens zonder code. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd. Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens zijn de thesiskringbegeleider en/of toezichthoudende autoriteiten, bijvoorbeeld, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Zij houden uw gegevens geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar digitaal worden bewaard op een beveiligde onderzoeklocatie en 1 jaar bij de opdrachtgever.

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. Dit geldt voor dit onderzoek. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van hogeschool Zuyd en de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen over uw rechten kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van de persoonsgegevens. Voor dit onderzoek is dat: Naveen Willems. Zie bijlage A voor contactgegevens.

Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoeklocatie. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de instelling, zie bijlage A voor de contactgegevens, of de Autoriteit Persoonsgegevens.

6. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker/het onderzoeksteam.

Indien u klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoeker. Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot de klachtenfunctionaris/klachtencommissie van uw ziekenhuis/instituut. Alle gegevens vindt u in **bijlage A: Contactgegevens**.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

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

Dank voor uw aandacht.

Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens voor hogeschool Zuyd

Onderzoeksverpleegkundige/ uitvoerende onderzoeker

Naam: Naveen Willems

Functie: Verpleegkundige in opleiding

Contactgegevens: 1920014willems@zuyd.nl

Klachten

Indien u klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit bespreken met de onderzoeker of uw behandelend arts.

Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot de klachtenfunctionaris / klachtencommissie: Zuyd Hogeschool,

T.a.v. het Loket Rechtsbescherming, Postbus 550
6400 AN, Heerlen

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

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

Bijlage B: toestemmingsformulier proefpersoon

Dit toestemmingsformulier is voor volwassenen die zelfstandig beslissingen kunnen nemen (wilsbekwaam zijn).

Onderzoek: Vrij in onvrijwillige zorg.

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen..
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

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

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

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Documentgegevens

Titel	Vrijheid Beperkende Interventies (VBI): hoofddocument
Werkgebied	Patiëntenzorg
Trefwoorden	Fixatie, fixeren, valpreventie, weglopen, wegloopgedrag, dwalen, onrust

Samenvatting

Dit document beschrijft de algemene werkwijze hoe te komen tot het gebruik van vrijheid beperkende maatregelen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de niet acute en de acute situatie.

Gerelateerde documenten*:

- Informatie en agitatie en medicatie, annex, [Odin 003758](#)
- Fixeren van de patiënt met behulp van onrustband of polsbanden, [Odin 022267](#)
- Pols en enkelbanden gebruiksaanwijzing, annex bij Odin 022267, [Odin 031628](#)
- Valincidenten, preventieve en beschermende maatregelen, [Odin 022274](#)
- Posey valmat, optiscan en optiseat gebruik van, [Odin 037768](#)
- Wegloopgedrag en vermissing, [Odin 022271](#)
- Stoelfixatie, , [Odin 032269](#)
- Posey-bed (VBI), inzet op verpleegafdeling, [Odin 030179](#)

Wijzigingen t.o.v. vorige versie

- Versie 3: opschonen document

Doel

Een van de belangrijkste doelstellingen van het MUMC is hoogwaardige klinische zorgverlening in een prettige en veilige omgeving.
Situaties of omstandigheden kunnen ervoor zorgen dat patiënten gedrag gaan vertonen dat de kans op letsel vergroot.
Het doel van dit protocol is om tot een weloverwogen besluit te komen, wanneer ondanks de inzet van preventie, toch tot het gebruik van vrijheid beperkende maatregelen nodig is.

Uitvoerenden en verantwoordelijken

- gediplomeerd verpleegkundigen in acute situatie
- artsen

Indicaties

Op basis van het algemene stappenplan heeft V&VN zes stappenplannen per risicogedrag ontwikkeld. Deze specifieke stappenplannen zijn ontwikkeld voor de meest voorkomende gedragingen die een verhoogde kans geven op het toepassen van een VBI bij de patiënt.

(verhoogde kans op) Risicogedrag:

- delirant gedrag, document "delier bij ouderen", [Odin 035863](#)
- neiging tot en het verwijderen van medisch materiaal
- valgevaar, document "maatregelen bij valincidenten", [Odin 022274](#)
- weg- of onderuitglijden in stoel of bed
- fysieke agressie
- weglopen of dwalen, document "Wegloopgedrag", [Odin 022271](#)

Contra-indicaties

- patiënten met een "kampsyndroom", relatieve hartklachten en fracturen
- patiënten waarbij bekend is dat fixatie averechts werkt (verhoging onrust, agressie)
- patiënten waarbij alternatieve ingrepen afdoende zijn
- indien er geen toestemming is van wettelijk vertegenwoordiger, mits dit goed hulpverlenerschap in de weg staat

Mogelijke complicaties

- decubitus
- dehydratie
- bloedingstoringen, huidbeschadigingen en irritatie huid.
- zenuwbeschadigingen
- spieratrofie, contracturen
- onrust, woede, agressie
- cardiale stress
- wurging/verstikking

Benodigde middelen

- flowchart toepassen VBI acuut/ niet acuut
- afhankelijk van de aard en ernst van het risicogedrag en de toelaatbaarheid van risico worden interventies toegepast; zie hiervoor de afzonderlijke protocollen

Werkwijze

Vorbereiding en voorzorgsmaatregelen

- breng in kaart of er een verhoogde kans op risicogedrag is
 - verzamel informatie over de patiënt en zijn achtergrond
 - behoort de patiënt tot een risicogroep?
 - bespreek hoe de kans op risicogedrag kan worden terug gedrongen
- observeer symptomen van risicogedrag
 - maak gebruik van een meetinstrument (indien beschikbaar); DOS score document, "Delirium Observatie Screening Schaal (DOSS), gebruik en interpretatie", [Odin 029647](#)
 - raadpleeg de hoofdbehandelaar voor aanvullend (lichamelijk) onderzoek
- ga na of patiënt wilsbekwaam is

Handeling bij dreigend gevaar

- sluit lichamelijke oorzaken uit
- pas preventieve of alternatieve interventies toe
 - medicatie
 - betrek familie bij de zorg
 - activiteitenbegeleiding
 - fysiotherapie
 - éénpersoonkamer

- overleg met behandelend arts over de mogelijkheden
- pas indien nodig vrijheidsbeperkende interventies toe per order behandelend arts

Handeling bij acuut gevaar

- probeer hoofdbehandelaar te bereiken; deze stelt vast of er sprake is van een noodsituatie of wilsonbekwaamheid
- indien niet bereikbaar raadpleeg een collega
- onderzoek de oorzaak van het gedrag en probeer dit op te heffen → indien geen effect:
- pas vrijheidsbeperkende interventies toe
- controleer na 15 minuten de patiënt
- licht arts en familie in
- arts herbeoordeelt de situatie
- rapporteer in het VEPD:
 - omschrijving van de situatie
 - je naam en de naam van je collega die betrokken was bij het toepassen van de interventie
 - welke interventie(s) je hebt toegepast
 - startdatum en tijdstip
 - of de hoofdbehandelaar, wettelijk vertegenwoordiger en de familie op de hoogte zijn gesteld
 - wanneer een volgend evaluatiemoment plaatsvindt, gebruik hiervoor de aftekenlijst in het VEPD

Nazorg

- controleer de patiënt nadat je een VBI hebt toegepast na 15 minuten
- vervolg daarna de afgesproken frequentie zoals arts voorschrijft
- evalueer minstens eenmaal per etmaal, samen met de hoofdbehandelaar, de wilsonbekwaamheid en of de mate van toegepaste VBI gecontinueerd moet worden
- rapporteer per dienst de observaties van de controles en de opvallende complicaties bij de patiënt. Rapporteer de evaluatie met de hoofdbehandelaar
- leg aan de patiënt (en de familie) uit welke VBI is toegepast en waarom deze beslissing is gemaakt
- creëer ruimte voor de patiënt (en de familie) om te praten over de situatie

Preventieve en/ of alternatieve maatregelen

- **medicatie**
 - annex informatie en agitatie en medicatie, [Odin 003758](#)
- **betrek familie bij de zorg**
- **activiteitenbegeleiding**
 - overweeg of bij een stabiele patiënt afleiding mogelijk is door het aanbieden van dagactiviteiten. De activiteitentherapie kan daarbij ondersteunen.
- **fysiotherapie**
- **éénpersoonkamer**
 - beschermende bedhoezen
 - om verwonding t.g.v. de beddekken te voorkomen kunnen bij het medisch depot beddehoezen verkregen worden
- **pas behandelbeleid aan**
 - heroverweeg indicaties voor sondes en katheters
 - heroverweeg toedieningsvorm medicatie (oraal in plaats van intraveneus)
- **benadering**

Benader de patiënt rustig, geef uitleg en probeer de patiënt gerust te stellen. Een geagiteerde, drukke houding verergert het gedrag van de patiënt
- **creëer veilige omgeving**

help de patiënt bij de oriëntatie en z'n veiligheid d.m.v.

 - een zichtbare klok (verkrijgbaar bij de activiteitentherapie)
 - foto van thuis
 - laat 's avonds en 's nachts nachtlampje branden

- zorg voor piepers zacht geluid, geen slaande deuren (dienst) of lawaaierige karren
- leg bel of alarmering zichtbaar en bereikbaar in de buurt van de patiënt
- zorg dat het bed altijd in de laagste stand staat na elke verzorging
- zet het bed eventueel tegen de muur
- bedek infuuslijnen etc. met behulp van een verband of laat de patiënt een T-shirt aantrekken
- vermijd teveel omgevingsprikkels

Rapportage/vastlegging

Tijdens en na het continueren of het toepassen van de preventieve, alternatieve of vrijheidsbeperkende interventie leg je in het VEPD vast:

- welke interventie(s) je hebt toegepast, met onderbouwing
- startdatum en tijdstip
- eerst volgende evaluatiemoment, evaluatie en registratie maximaal á 2 uur.
- je naam en de naam van je collega die betrokken was bij het toepassen van de VBI

Overlegsituaties

De verpleegkundige dient in alle omstandigheden tenminste één keer per etmaal, samen met de hoofdbehandelaar, de noodzaak van het toepassen van de VBI en de wilsonbekwaamheid te evalueren.

Opleiding

Alle (leerling) verpleegkundigen zijn geschoold in het toepassen van VBI

- lesuren praktijkdocent
- instructiefilms (kennisplein)
- intercollegiale toetsing

Bronvermelding

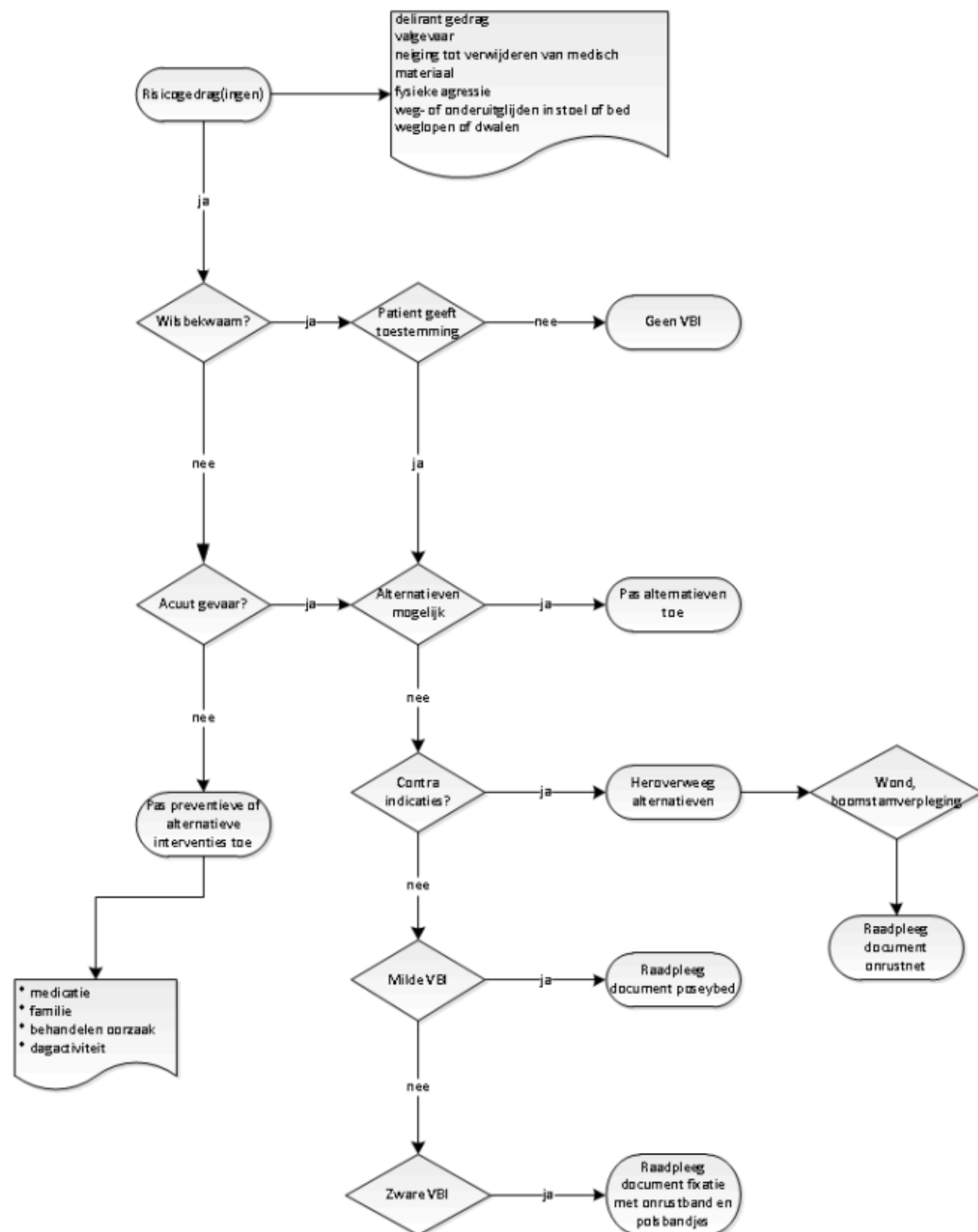
- www.venvn.nl/Dossiers/Vrijheidsbeperking.aspx
- Wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen)
- WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst)
- Wet BIG (Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)
- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wetsvoorstel Zorg en Dwang september 2013

Achtergrondtheorie

- het toepassen van VBI moet zoveel mogelijk worden voorkomen
- als VBI toegepast worden, dan moet VBI tot het minimum worden beperkt
- VBI mogen alleen worden toegepast als het echt niet anders kan (Nee, tenzij...)
- bij het toepassen moet altijd gezocht worden naar de mildeste vorm van VBI, welke het meest geschikt is om het gestelde doel te bereiken en in duur en omvang in redelijke verhouding staat met de aanleiding
- de meest ingrijpende vorm: fixatie met onrustband en/of van pols en/of enkel en/of van bovenarm/ bovenbeen moet niet worden toegepast, enkel in uiterste nood
- het besluit tot het toepassen van VBI, ook de milde(re) vormen, moet altijd zeer weloverwogen, veilig en zorgvuldig, in multidisciplinair verband en in overleg met patiënt (en/of wettelijk vertegenwoordiger) en familie worden genomen
- het gebruik van VBI is geen oplossing bij gebrek aan adequate (menselijke) hulp

Bijlage 1: flowchart

Flowchart Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)



WGBO: Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst.

De Behandelingsovereenkomst is de overeenkomst waarbij de hulpverlener zich verbindt tot het verrichten van handelingen op gebied van geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de patiënt.

Tot die handelingen worden **mede** gerekend: het in het kader ervan verplegen en verzorgen van de patiënt en het voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht.

De WGBO is dwingend recht, dat wil zeggen dat zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten onderling geen afspraken kunnen maken die in strijd zijn met de WGBO.

In deze module worden een aantal (van de 22) artikelen uitgelicht die relevant zijn voor de toepassing van VBI.

In weerwil van hardnekkige geruchten over "wat de wet zegt" over de toepassing van VBI moet benadrukt worden dat de WGBO geen concrete uitspraken doet over deze interventies. Het protocol rond toepassing van deze interventies doet dit wel maar mag niet in strijd zijn met de kaders zoals door die wet voorzien.

De kaders omschrijven, voor wat betreft VBI, met name termen van toestemming en zorgvuldigheid.

Onderstaand volgen de artikels uit de WGBO die relevant zijn voor de toepassing van VBI, inclusief een interpretatie, toegespitst op VBI.

Art. 446, lid 1, 2, 3

De behandelingsovereenkomst is de overeenkomst waarbij de hulpverlener zich verbindt tot het verrichten van handelingen op gebied van geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de patiënt.

Onder handelingen wordt *onder andere* verstaan: ..verrichtingen die hem voor het ontstaan van een ziekte behoeden..

Tot die handelingen worden *mede* gerekend: het in het kader daarvan verplegen en verzorgen van de patiënt en het voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht.

Interpretatie: de hulpverlener (dus ook: de verpleging) kan handelingen zoals VBI verrichten als deze de patiënt voor het ontstaan van ietsel (een ziekte) behoeden

Art. 448, lid 1,2

De hulpverlener licht de patiënt in over voorgestelde (be)handeling
Hij licht in over:

- aard en doel van uit te voeren verrichtingen
- te verwachten gevolgen en risico's
- andere methoden die in aanmerking komen
- de staat van gezondheid in relatie met de te verrichten handeling

Interpretatie: De hulpverlener (dus ook: de verpleging) licht de patiënt in over de redenen, aard, doel en consequenties van de toepassing van VBI.

Art. 450

Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist

In het geval een patiënt van zestien jaar of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, wordt door de hulpverlener en een vertegenwoordiger van de patiënt (zie later) zijn schriftelijke wilsbeschikking, geuit toen hij wel wilsbekwaam ter zake was, opgevolgd.

De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.

Interpretatie: de hulpverlener (dus ook: de verpleging) moet, bij een wilsonbekwame patiënt, een voorafgaande en wilsbekwame weigering van toepassing van VBI, respecteren.

De hulpverlener (dus ook: de verpleging) kan deze wilsbeschikking echter naast zich neerleggen, als daar gegronde redenen voor geacht worden.

Art 453

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

Interpretatie: De hulpverlener (dus ook: de verpleging) voert VBI uit volgens de geldende professionele standaard. Die standaard is vastgelegd in het betreffende protocol.

Art 454

De hulpverlener houdt in het dossier van de patiënt aantekening van uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken hierin op die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn.

Interpretatie: de hulpverlener (dus ook: de verpleging) houdt dossier bij van uitgevoerde verrichtingen zoals VBI.

Art. 465

Bij patiënten, jonger dan 12 jaar, zijn de ouder(s) die het gezag over de patiënt uitoefenen, danwel zijn voogd, beslissingsbevoegd.

Dit geldt ook bij een patiënt, ouder dan 12 jaar, maar niet in staat geacht tot redelijke waardering van zijn belangen ter zake*, tenzij deze patiënt meerderjarig is en onder curatele of mentorschap staat. In deze gevallen zijn of curator of mentor beslissingsbevoegd.

Indien een meerderjarige patiënt, die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake*, niet onder curatele of mentorschap staat, dan zijn beslissingsbevoegd:

- de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd.

Ontbreekt deze persoon dan:

- echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel (tenzij deze persoon dit niet wenst)

Indien ook zulke persoon ontbreekt: dan:

- ouder, kind, broer of zus (tenzij deze persoon dit niet wenst)

De hulpverlener komt zijn verplichtingen na jegens de bovengenoemde personen, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.

Interpretatie: de hulpverlener (dus ook: de verpleging) moet de beslissing van de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt respecteren.

Indien de beslissing van een vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt niet verenigbaar is met goede zorg, kan de hulpverlener (dus ook: de verpleging) die beslissing naast zich neerleggen.

Indien de patiënt zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard, waarvoor een der bovengenoemde personen toestemming heeft gegeven, dan kan de verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Interpretatie: Bij verzet door de wilsonbekwame patiënt mag, ondanks toestemming van een vertegenwoordiger, VBI slechts worden toegepast als deze nodig zijn om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Art. 466

Indien, op grond van art 465, voor het uitvoeren van een verrichting, uitsluitend de toestemming van een in 465 vernoemde persoon is vereist, dan kan zonder toestemming worden overgegaan, als directe uitvoering nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Interpretatie: de hulpverlener (dus ook: de verpleging) hoeft bij een wilsonbekwame patiënt niet te wachten op toestemming van een vertegenwoordiger, als directe uitvoering van VBI nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Andere bepalingen in de WGBO, minder relevant voor de toepassing van VBI:

De patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de zorg behoeft.

- patiënt heeft recht op informatie
- recht op niet geïnformeerd worden indien hij dit zo wenst
- recht op inzage in zijn dossier
- recht op privacy

Bijlage 8: Vrijheidsbeperkende interventies in het ziekenhuis? Nee tenzij...

Figuur 8.1

VBI-score 4-tentbed

VBI-score 4	
Tentbed (synoniem voor Poseybed)	
Inhoud	Het tentbed is een constructie die je om het bed van een patiënt plaatst waardoor de patiënt niet zelfstandig het bed uit kan komen. Dit bed zorgt voor een veilige, gecontroleerde omgeving waarin prikkels tot het minimum worden gereduceerd. De tent is aan alle zijden open te ritsen zodat je eenvoudig toegang hebt tot de patiënt. ^{50,51}
Aanvullende informatie	De kamer dient ruim te zijn, zodat er naast de tent nog beweegruimte is en plaats voor medische apparatuur.
Indicatie	Bevorderen van slaap- en waakritme, onrust.
Contra-indicatie	Claustrofobie, agressie, meerdere infusen waardoor de zorg onpraktisch wordt.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 8.2

VBI-score 4-bedhekken

VBI-score 4 en 1	
Bedhek(ken) – VBI-score 4 en halve bedhek(ken) – VBI-score 1	
Inhoud	Het gebruik van het bedhek wordt door zorgprofessionals niet altijd gezien als een VBI. Het bedhek is een VBI op het moment dat de patiënt niet impliciet naar het bedhek vraagt en als het niet wordt toegepast als hulpmiddel om de patiënt te ondersteunen bij de bedtransfers. Bedden worden standaard geleverd met bedhekken, waardoor in de praktijk blijkt dat deze interventie (te) snel en (te) gemakkelijk wordt toegepast. Bij het toepassen van bedhekken kan de patiënt <i>niet</i> zelfstandig uit het bed stappen, dit brengt risico's met zich mee. Bij het toepassen van halve bedhekken is de patiënt <i>wel</i> in staat om zelfstandig en veilig het bed te kunnen verlaten.
Aanvullende informatie	Je kunt het bed met één zijde tegen de muur aanzetten zodat je aan die zijde geen bedhek hoeft te gebruiken. Vervolgens zet je het bed altijd in de laagste stand. Het inzetten van (halve) bedhekken lijkt onschuldig, maar kan ernstige fysieke en mentale klachten veroorzaken.
Indicatie	Creëren van een geheugensteun bij motorisch rustige patiënten, zonder klimneigingen, die uit bed stappen of vallen. Bij het gebruik van een onrustband of verpleegdeken gebruik je bedhekken.
Contra-indicatie	Motorische onrust, klimneigingen.
Mogelijke complicaties	1 Beknelling van ledematen tussen bed en hek. 2 Afknellen van drains, katheter en/of infuusslang. 3 Kwetsuren aan ledematen. 4 Mentale klachten als onbegrip, angst, en isolatie. 5 Fracturen en kwetsuren bij een val over het bedhek.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 8.3

VBI score 5- stoelfixatie

VBI-score 5	
Stoelfixatie (synoniem voor driehoek-lendengordel, stoelriem, zitbroek)	
Inhoud	De stoelfixatie is een VBI die, om de middel of romp van de patiënt en aan de stoel wordt bevestigd. Daardoor zit de patiënt met de taille of de romp vast aan de stoel.
Aanvullende informatie	De fixatie wordt bij uiterste noodzaak toegepast wanneer alternatieve interventies niet tot het gewenste effect hebben geleid.
Contra-indicatie	Traumatisch verleden (o.a. vroegere interneringskampen) suïcidaliteit, extreme agressie, sterke patiënt, PEG-sonde, stoma, ademhalingsproblemen, buikwond, forse buikomvang – bij obesitas of zwangerschap –, ascites, botmetastase, osteoporose.
Mogelijke complicaties	Verstikking (ophanging), beknelling, blauwe plekken/kwetsuren, decubitus, afname van spierkracht, conditie en mobiliteitsverlies, mentale klachten als toename van angst en achterdocht.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 8.4

VBI score 5 - tafelblad

VBI-score 5	
Tafelblad (synoniem voor stoel aan de tafel schuiven, rolstoelblad)	
Inhoud	Een tafelblad is een VBI op het moment dat iemand dit blad niet zelfstandig kan verwijderen, de patiënt door het tafelblad niet meer de vrijheid heeft om op te staan en te gaan lopen en er geen functionele of praktische opvatting ten grondslag ligt om het tafelblad toe te passen. Voor het aanschuiven van de stoel aan de tafel geldt hetzelfde principe bij het tafelblad als de patiënt hierdoor niet zelfstandig kan opstaan.
Aanvullende informatie	Het toepassen van een tafelblad hoeft geen VBI te zijn als deze op verzoek van de wilsbekwame patiënt wordt geplaatst. Het gebruik van een tafelblad kan iemand ook comfort bieden, bijvoorbeeld bij een patiënt met een halfzijdige verlamming heeft dit blad een functionele rol bij het eten of het uitvoeren van een activiteit. Echter dien je de patiënt uitgebreid te informeren over de gevolgen van een tafelblad zoals het niet zelfstandig kunnen opstaan. Wanneer een patiënt regelmatig onderuitglijdt, zal een combinatie met een stoelfixatie moeten worden bekeken.
Contra-indicatie	Ernstige motorische onrust, onderuitglijden.
Mogelijke complicaties	Verstikking en beknelling van ledematen tussen het blad en de stoel, kwetsuren, afname van spierkracht, conditie en mobiliteit, angst en achterdocht.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 8.5

VBI score 5 - onrustband

VBI-score 5	
Onrustband (synoniem voor rol-onrustband, Zweedse band)	
Inhoud	De onrustband is een vrijheidsbeperkende band die om de middel van de patiënt wordt bevestigd waardoor de patiënt met de taille gefixeerd wordt aan bed. Met het aanspannen van de lateraalbanden, die bevestigd zijn aan de onrustband, zorg je er voor dat de band niet kan rollen. De patiënt heeft in principe in de band zelf de ruimte om op de zijde te komen liggen. De interventie kan bij verkeerd gebruik of bij het verkeerd toepassen zeer ernstige gevolgen teweeg brengen. In het uiterste geval kan het tot een dodelijke afloop leiden.
Aanvullende informatie	1 De fixatie wordt bij uiterste noodzaak toegepast wanneer preventieve interventies of alternatieven niet het gewenste effect teweeg hebben gebracht. 2 Plaats het alarm binnen handbereik van de patiënt. 3 Plaats de beddekken omhoog en gebruik eventueel een bedhekschermer bij motorische onrust. 4 Plaats het bed in de laagste stand.
Contra-indicatie	Traumatisch verleden (o.a. vroegere interneringskampen) suïcidaliteit, extreme agressie, sterke patiënt, PEG-sonde, stoma, ademhalingsproblemen, buikwond, forse buikomvang – bij obesitas of zwangerschap –, ascites, botmetastase, osteoporose.
Mogelijke complicaties	Verstikking (ophanging), beknelling, blauwe plekken/kwetsuren, decubitus, afname van spierkracht, conditie en mobiliteitsverlies, mentale klachten als toename van angst en achterdocht.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 8.6

VBI score 5 – verpleegdeken

VBI-score 5	
Verpleegdeken – VBI-score 5 (synoniem voor Trippelhoes)	
Inhoud	De deken kan worden gezien als een hoeslaken voor op bed, die overgaat in een jas (met of zonder mouwen) waarin de patiënt zich begeeft. De verpleegdeken heeft een rits die vanaf de kin tot aan het voeteneind van de patiënt reikt. De patiënt heeft zijn armen vrij en heeft (bij de verbeterde variant van de deken) de mogelijkheid om tot zit te komen op bed.
Aanvullende informatie	De fixatie wordt bij uiterste noodzaak toegepast wanneer preventieve of alternatieve interventies niet tot het gewenste effect hebben geleid. Plaats het alarm binnen handbereik van de patiënt. Plaats de bedhekken omhoog en gebruik eventueel een bedhekbeschermer bij motorische onrust. Plaats het bed in de laagste stand.
Contra-indicatie	Traumatisch verleden (o.a. vroegere interneringskampen) suïcidaliteit, extreme agressie, extreme onrustige, sterke patiënt.
Mogelijke complicaties	Verstikking (onder de deken), blauwe plekken/kwetsuren, jeuk, huidbeschadiging, broei-effect, afname van spierkracht, conditie en mobiliteit, toename van mentale klachten zoals angst en achterdocht.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 8.7

VBI score 5 – pols- en/of enkelband

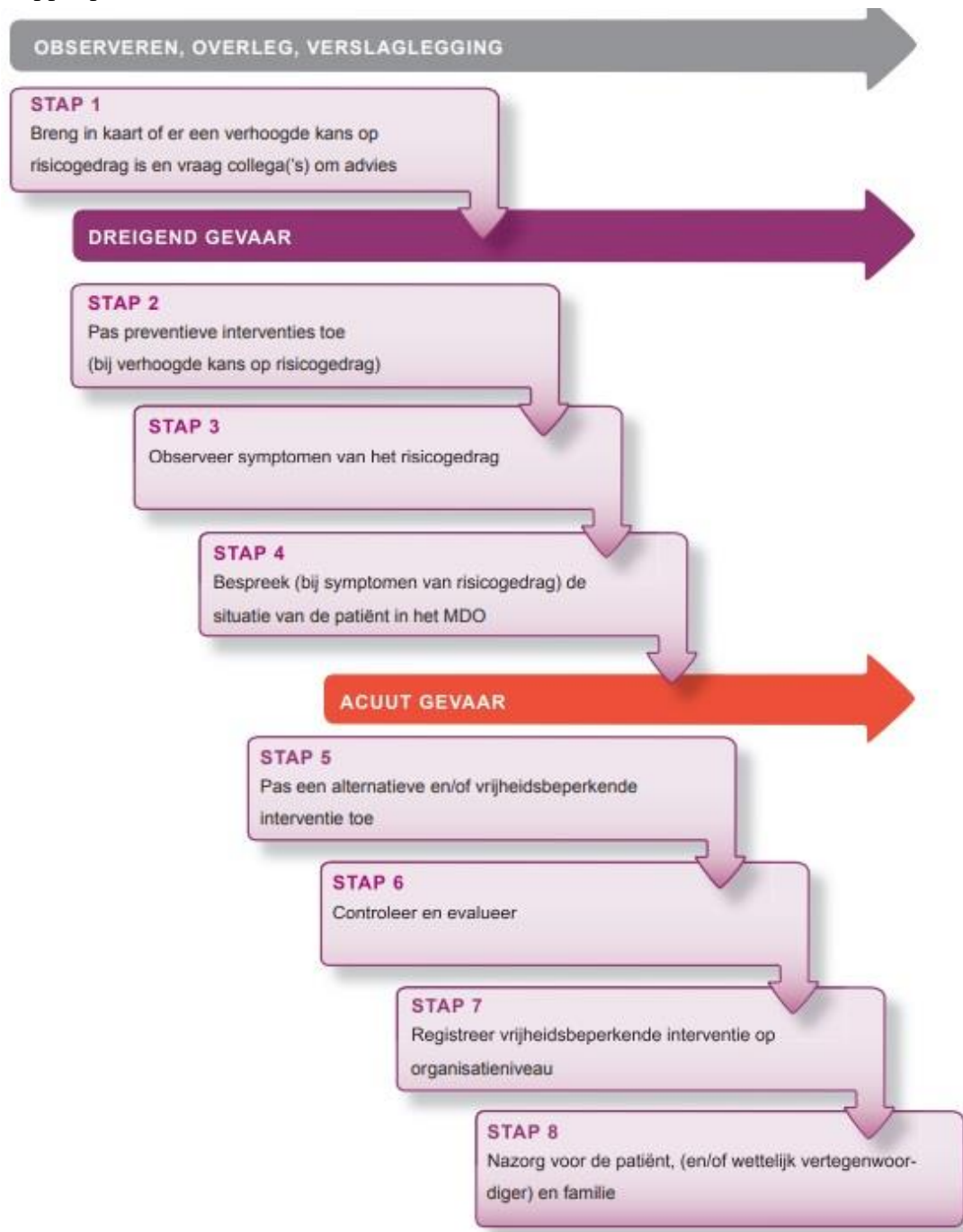
VBI-score 5	
Pols- en/of enkelband (synoniem voor pols- en/of enkelfixatie) Uitbreidingsmogelijkheid in uiterst extreme gevallen met bovenarm- en bovenbeenfixatie.	
Inhoud	Pols- of enkelfixatie zijn banden die rondom de pols en/of enkels worden geplaatst en die je met een lint aan de bedrand bevestigd. Bij het toepassen van een pols- en/of enkelband wordt de totale <i>range of motion</i> van de bovenste en/ of onderste extremiteiten beperkt. Als de patiënt gefixeerd is met polsbanden, is deze volkomen afhankelijk.
Aanvullende informatie	1 De banden worden bij uiterste noodzaak toegepast wanneer preventieve en alternatieve interventies niet tot het gewenste effect hebben geleid. 2 Plaats het alarm binnen handbereik van de patiënt. 3 Plaats de beddekken omhoog en gebruik eventueel een beddekbeschermer bij motorische onrust. 4 Plaats het bed in de laagste stand.
Contra-indicatie	Traumatisch verleden (vroegere interneringskampen), suïcidaliteit, extreme agressie, extreme motorische onrust, sterke patiënt, extreem smalle polsen, kwetsuren aan polsen/enkels, verminderde circulatie in de polsen/enkels, infuus in de polsregio, botmetastase, osteoporose.
Mogelijke complicaties	Beknelling van ledematen, blauwe plekken/kwetsuren, decubitus, jeuk, huidbeschadiging, afname van spierkracht, conditie en mobiliteitsverlies, mentale klachten als toename van angst en achterdocht.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Bijlage 9: Stappenplan “Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij...”

Figuur 9.1

Stappenplan



Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 9.2

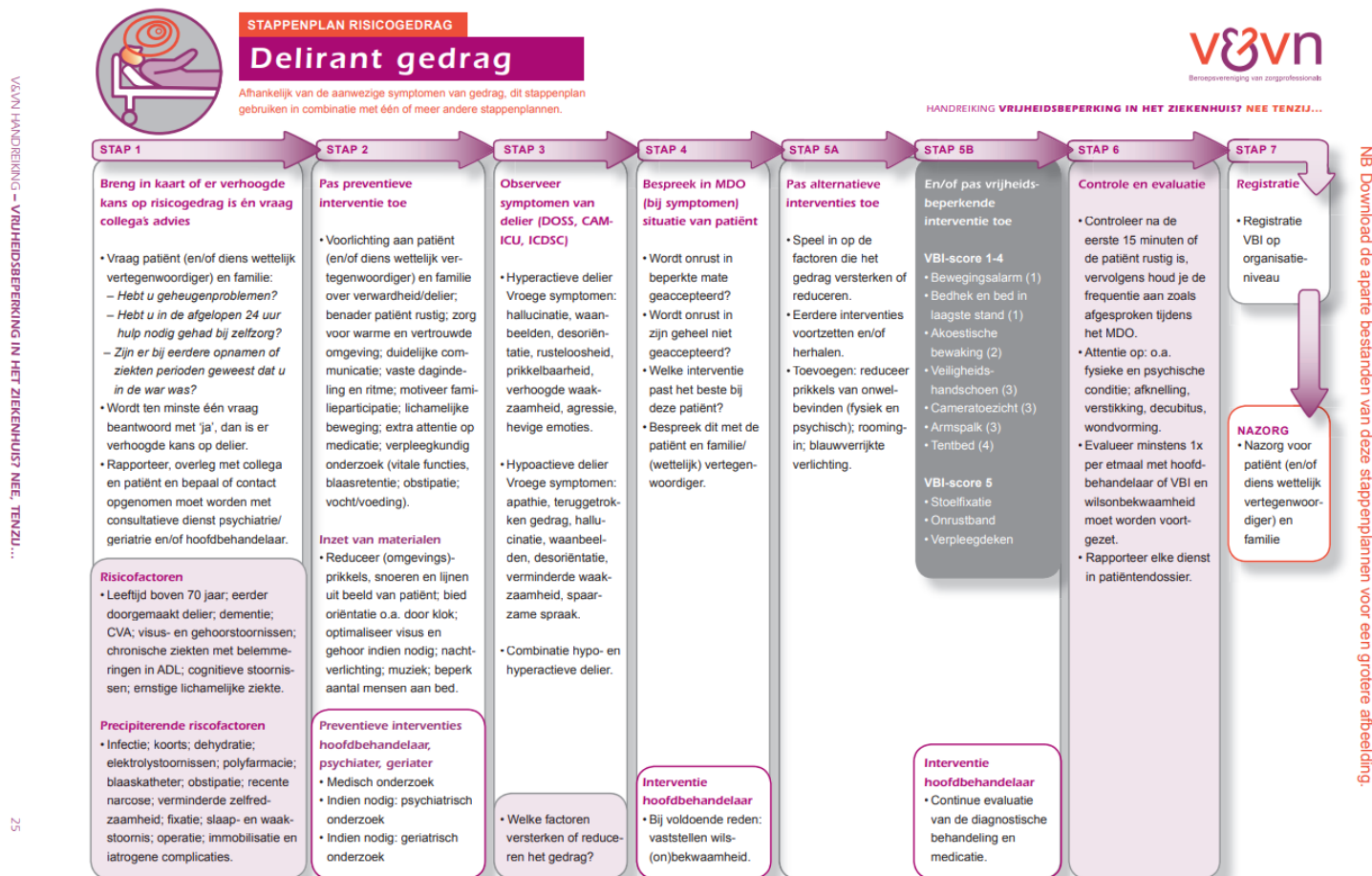
Stappenplan risicogedrag – neiging tot en verwijderen van medisch materiaal



Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 9.3

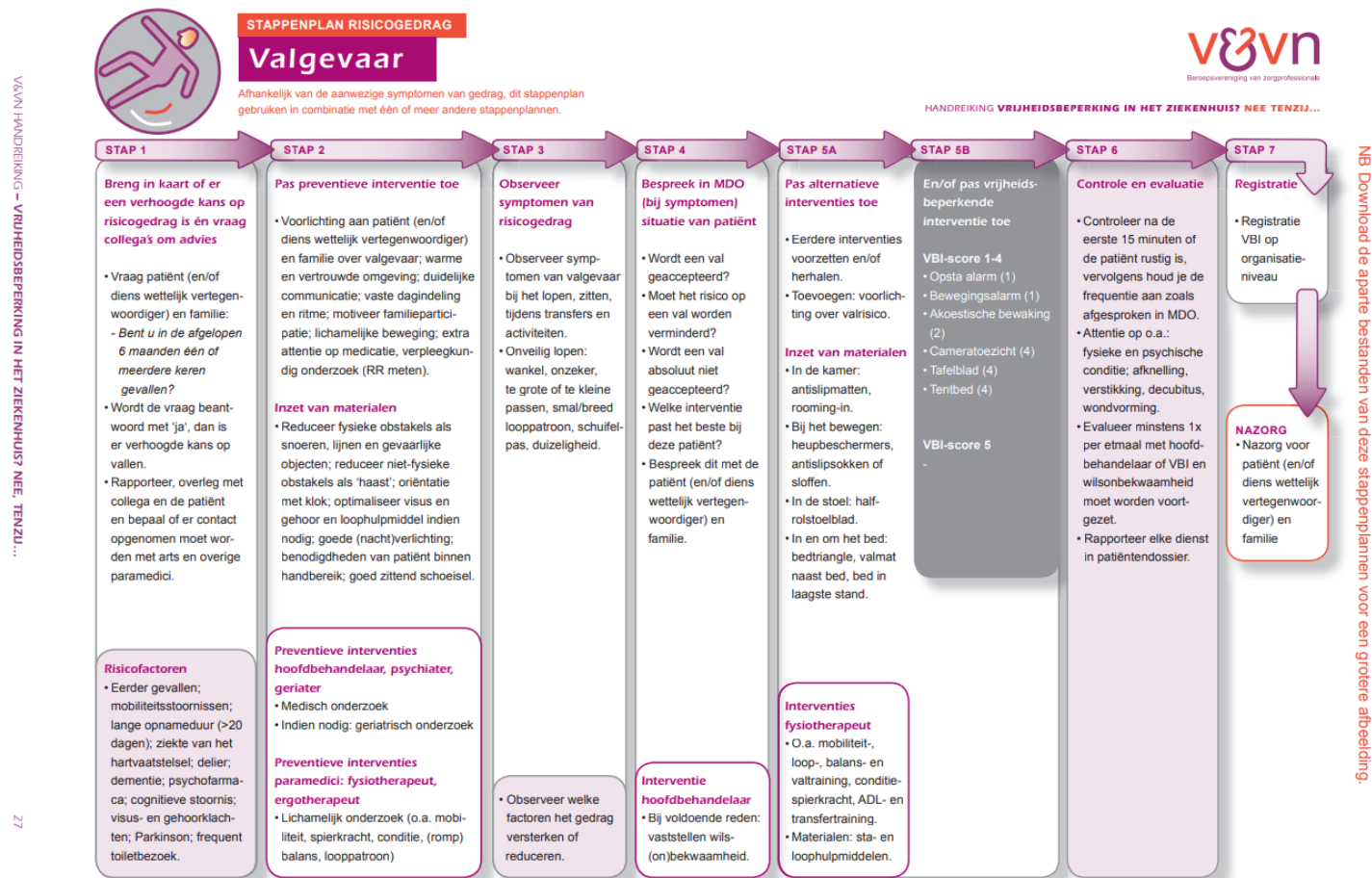
Stappenplan risicogedrag – delirant gedrag



Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 9.4

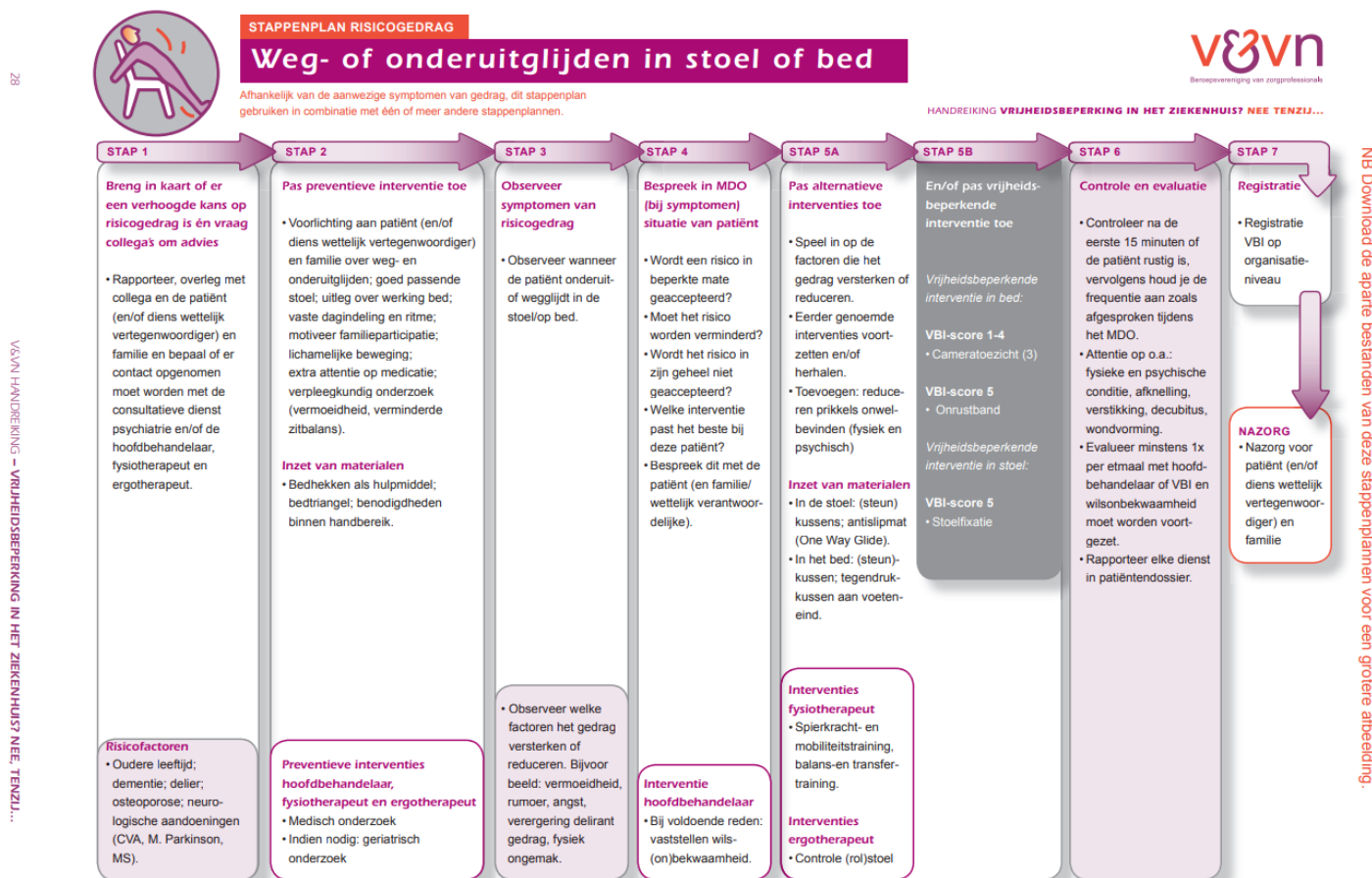
Stappenplan risicogedrag - valgevaar



Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 9.5

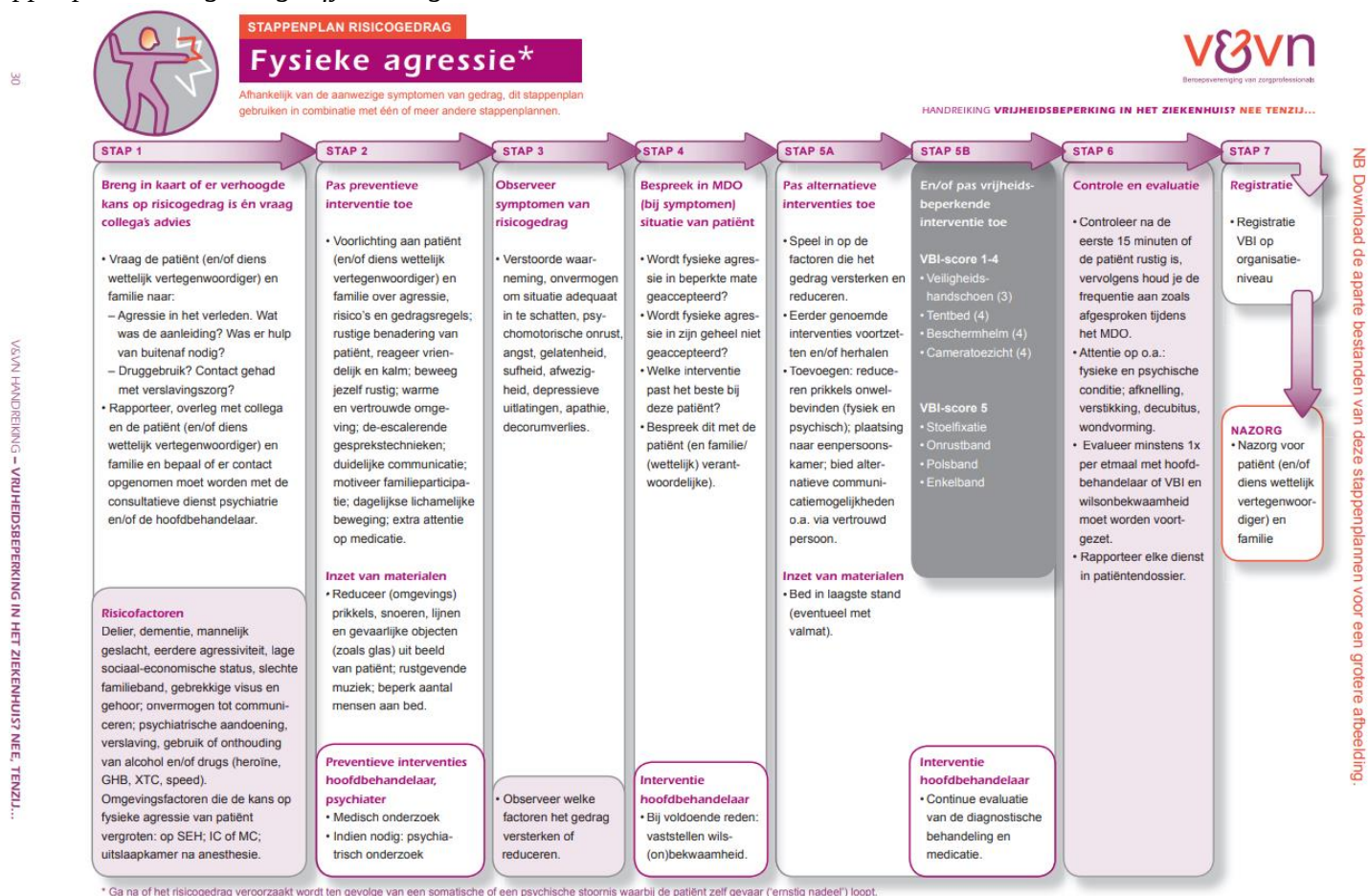
Stappenplan risicogedrag - weg of onderuitglijden in stoel of bed



Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 9.6

Stappenplan risicogedrag – fysieke agressie



Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 9.7

Stappenplan risicogedrag- weglopen en (nacht) dwalen



Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Bijlage 10: Preventieve maatregelen volgens V&VN

Figuur 10.1

Preventieve maatregel - antislipmatten

Antislipmatten	
Inhoud	De mat beschikt aan de boven- en/of onderzijde over een antisliplaag. De mat is op verschillende plaatsen te gebruiken. De mat is erg functioneel in kleine en smalle ruimten waar beperkte draaimogelijkheid is, waar vaste obstakels liggen zoals de deurpost of in ruimte waar de ondergrond glad is zoals in de badkamer. De antislipmat kan ook worden geplaatst onder het zitvlak van de patiënt, waardoor weg- en onderuitglijden kan worden voorkomen. Ten slotte, de mat kan gebruikt worden als goedkoop alternatief voor de <i>One Way Glide</i> .
Indicatie	Valgevaar, uit- en wegglijden van patiënt zittend of staand, wegglijden van objecten.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.2

Preventieve maatregel- antislipsokken

Antislipsokken	
Inhoud	Antislipsokken kun je inzetten bij patiënten die vaak op sokken of blote voeten lopen of glad schoeisel dragen. De sokken beschikken over een antislipplaat of -noppen aan de onderzijde. Bij het uit bed stappen, opstaan vanuit de stoel, het lopen op een gladde of vlakke ondergrond of een lichte helling biedt de antislip sok extra grip waardoor de kans op een val wordt verminderd.
Indicatie	Valgevaar, weg- of onderuitglijden.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.3

Preventieve maatregel - bedtriangel

Bedtriangel (synoniem voor papegaai, bedtrapeze)	
Inhoud	Een bedtriangel is een driehoekige handgreep die boven het bed hangt en met een ijzeren framework aan het bed is bevestigd. Door dit hulpmiddel kan de patiënt zich gemakkelijk optrekken tot een gewenste zithouding en kan de patiënt, veilig en met gemak uit bed stappen.
Aanvullende informatie	In overleg met de patiënt kan het bedhek als hulpmiddel worden gebruikt om zichzelf gemakkelijk te laten optrekken tot zithouding of om de gewenste bed transfers te vergemakkelijken. In dit geval is het gebruik van de bedhekken geen VBI, maar een hulpmiddel. Informeer de patiënt uitgebreid over de nadelen van gebruik van bedhekken.
Indicatie	Valgevaar, uit- en wegglijden van patiënt zittend of staand, wegglijden van objecten.
Contra-indicatie	Lichaamsgewicht boven het maximale gebruiksgewicht van het hulpmiddel en verzwakte spieren (<MRC4) van de bovenste extremiteiten (bijvoorbeeld bij een CVA, MS). Operatie aan borst en/of okselklieren.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.4

Preventieve maatregel – bed in laagste stand

Bed in laagste stand	
Inhoud	Het standaard ziekenhuisbed is voorzien van een hoog-laag functie. Het bed in de laagste stand reikt tot circa 30 cm boven de grond.
Aanvullende informatie	Je kunt er voor kiezen om één zijde van het bed tegen de muur te plaatsen en aan de andere zijde een valmat te leggen. De patiënt behoudt hierdoor zijn vrijheid en zelfstandigheid en bij een val uit het bed zal de patiënt geen tot minimaal lichamelijk letsel oplopen. Bij patiënten die wegens fysieke beperking of zwakte zich zeer moeizaam vanuit zit naar staan stand kunnen bewegen, kan een bed op de laagste stand een VBI zijn (zie ook: extra laag bed –VBI-score 1).
Indicatie	Valrisico uit bed, onrust, (fysieke) agressie.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.5

Preventieve maatregel – benodigdheden binnen handbereik

Benodigdheden binnen handbereik	
Inhoud	Afhankelijk zijn van andere mensen ervaren de meeste patiënten als vervelend. Zet eten en drinken op het nachtkastje. Leg de bel en afstandsbediening in de buurt van de patiënt. De patiënt hoeft dan niet (onnodig) een beroep te doen op de verpleegkundige. Zo worden kleine irritaties die tot risicogedrag of psychisch onwel bevinden kunnen leiden zoveel mogelijk vermeden.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.6

Preventieve maatregel- bevorderen slaap- en waakritme

Bevorderen slaap- en waakritme	
Inhoud	Lichamelijke oorzaken (zoals bijwerkingen van medicatie of na narcose, hormoon-schommelingen), maar ook wijziging in dagritme en -structuur van de patiënt kunnen een verstoring van slaap- en waakritme veroorzaken. Wanneer een patiënt 's nachts wakker en actief is, krijgt hij last van een verlaagde stresstolerantie en wordt overdag inactief, onrustig en vermoeid. Normaliseren en bevorderen van een stabiel slaap-waakritme kan door: samen met de patiënt een dagprogramma opstellen en duidelijke afspraken maken over de bedtijden, de patiënt op een plaats leggen met daglicht en uitzicht op een voor de patiënt herkenbare buitenomgeving (bomen, lucht, gebouwen) of de patiënt blootstellen aan blauw verrijkt licht.
Aanvullende informatie	Motiveer de patiënt om overdag kleding aan te trekken en de maaltijden in de stoel te nuttigen. Vermijd schemerige kamers, met name in de winter.
Indicatie	Nachtelijke onrust, nachtelijk dwalen, patiënten op de intensive care.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.7

Preventieve maatregel – duidelijke communicatie

Duidelijke communicatie	
Inhoud	Een duidelijke verbale en non-verbale communicatie is belangrijk in het uitwisselen van gedachten met de patiënt, om informatie te kunnen verstrekken en te toetsen, om met de patiënt te kunnen discussiëren en om gezamenlijk tot een beslissing of besluit te kunnen komen. Een duidelijke communicatie leidt tot minder frustratie en onenigheid waardoor risicogedrag minder snel optreedt. Dit geldt eveneens voor familie en naasten van de patiënt.
Tips voor een duidelijke communicatie met de patiënt	
Non-verbale communicatie	• Maak oogcontact en benader de patiënt rustig en kalm • Respecteer de persoonlijke afstand van de patiënt • Toon een open houding en luister aandachtig • Een fysieke aanraking kan prettig zijn (indien acceptabel en mogelijk)
Verbale communicatie	• Indien nodig: aandacht voor het gehoorapparaat (apparaat aangebracht, volle batterij) • Communiceer duidelijk, rustig, geruststellend en maak gebruik van intonaties • Stem het volume af op de patiënt en de ruimte zodat andere patiënten op dezelfde kamer geen ongemakken ervaren • Gebruik de taal die de patiënt begrijpt • Geef niet te veel informatie en opdrachten tegelijkertijd • Sluit het gesprek af met de vraag of er onduidelijkheden of vragen zijn
Aanvullende informatie	Is verbale of non-verbale communicatie in beperkte mate mogelijk (bijvoorbeeld bij intubatie of na een CVA), gebruik pen en papier, een letter- of pictogrammenbord of de communicatie-applicatie 'volCe', te gebruiken op een tablet. ²⁴ Uit onderzoek blijkt dat het bijhouden van een IC-dagboek door familie en naasten erg relevant kan zijn om het ontwikkelen van een posttraumatisch stresssyndroom bij de patiënt zoveel mogelijk te reduceren. ^{25, 26}

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.8

Preventieve maatregel – familieparticipatie

Familieparticipatie en rooming-in	
Inhoud	Familie en/of naasten kunnen een essentiële rol spelen in de psychologische stabiliteit van de patiënt. Dit is belangrijk voor een voorspoedig herstel. Familieparticipatie heeft een belangrijke invloed in het onderhouden van de kwaliteit van leven bij voornamelijk patiënten met een chronische ziekte of bij langdurig gecompliceerd verblijf in het ziekenhuis. Aanwezigheid van familie of naasten verlaagt het stressniveau van de patiënt. Dit heeft een gunstig effect op de behandeling en het herstel. Daarnaast kan de familie de patiënt met ADL-activiteiten helpen. De aanwezigheid overdag, kan 's nachts worden voortgezet als een familielid op de kamer blijft slapen. Door <i>rooming-in</i> in te zetten, kan het familielid de patiënt 's nachts ondersteunen, faciliteren en rust bieden. <i>Rooming-in</i> wordt in principe niet preventief ingezet en wordt gezien als een alternatieve interventie. Een nadeel voor de familie kan zijn dat het bieden van deze ondersteuning veel stress kan opleveren. Het is van belang dat je de familie en naasten op de hoogte houdt van de huidige conditie en de herstelvooruitzichten van de patiënt. Daarnaast moet de familie worden voorzien van mondelinge en/of schriftelijke voorlichting over het risicogedrag van de patiënt. De voordelen van familie/naastenparticipatie (en rooming-in) voor de patiënt zijn: bemoediging, emotionele en psychologische ondersteuning, vertegenwoordiging en het informeren over onderwerpen die hem betreffen, samenwerking tijdens therapeutische behandelingen en zorgverlening, zoals bij hygiëne, transfers en eten. ^{27,28,29}
Indicatie	Chronische ziekten, langdurig verblijf in het ziekenhuis, delirant gedrag: ernstige onrust, agressie, valgevaar.
Contra-indicatie	Verblijf op een kamer met meerder patiënten in verband met drukte en rumoer.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.9

Preventieve maatregel – gemarkeerde kleding

Gemarkeerde kleding	
Inhoud	Een opvallend hesje of een ander attribuut (bijvoorbeeld een button op de bovenkleding) heeft als doel een patiënt herkenbaar te maken voor zijn omgeving. Op het moment dat je een patiënt herkenbaar maakt, kan de patiënt door collega's of op andere afdelingen worden herkend en naar de juiste afdeling begeleid.
Aanvullende informatie	Onderscheid maken in patiënten door middel van een markering kan een stigmatiserende werking hebben.
Indicatie	Weglopen, (nacht)dwalen, verwardheid.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.10

Preventieve maatregel – kamerdeur open

Kamerdeur open	
Inhoud	De kamerdeur van de patiënt open laten staan kan de patiënt een vertrouwd gevoel geven, waardoor mogelijke gevoelens als angst en onrust afnemen of zich niet uiten. De patiënt voelt zich minder opgesloten. Vraag de patiënt of familie wat de patiënt thuis gewend is.
Indicatie	Angst, onrust, heimwee.
Contra-indicatie	Weglopen of (nachtelijk) dwalen.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.11

Preventieve maatregel – lichamelijke beweging

Lichamelijke beweging	
Inhoud	Bewegen is goed voor iedere patiënt. Motiveer de familie om met de patiënt te bewegen, door bijvoorbeeld een stuk op de gang te lopen, een oefening op de stoel te doen of naar buiten te gaan. In de situatie waarin de patiënt (enigszins) zelfstandig is, moet je voornamelijk de patiënt motiveren en coachen om, ten minste driemaal per dag, lichamelijk in beweging te komen en te blijven. Ook in bed is dit mogelijk. Lichaamsbeweging zorgt voor soepele en mobiele gewrichten, toename van de spierkracht en uithoudingsvermogen. Het bevordert de fysieke balans en heeft een positieve uitwerking op het mentale welzijn van de patiënt. Door te bewegen wordt de endorfinespiegel verhoogd, dit vermindert stress en angst en stimuleert een positieve gemoedstoestand. ^{30, 31, 312}
Aanvullende informatie	In sommige ziekenhuizen worden vrijwilligers getraind om met patiënten activiteiten uit te voeren. Deze vrijwilligers kunnen onder andere worden ingezet om de lichamelijke beweging van de patiënt te bevorderen. Bij kwetsbare ouderen kan een screeningsinstrument Katz-ADL6 worden gebruikt waarin de mate van afhankelijkheid op zes gebieden worden geïnventariseerd. Bij een positieve score is fysiotherapie en/of ergotherapie gewenst. ³³

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.12

Preventieve maatregel - muziek

Muziek	
Inhoud	Gebruik zachte achtergrondmuziek op de patiëntenkamers. Voor veel patiënten kan dit prettig en ontspannend werken. Muziek kan mensen tot rust laten komen en een veilige omgeving creëren. Muziek kan ook erkenning oproepen en herinneringen terughalen. Uit allerlei onderzoeken blijkt dat muziek en natuurlijke geluiden pijn en angsten bij verschillende patiënten verlaagt. Dit zorgt voor minder stress en meer ontspanning, waardoor een VBI minder snel hoeft worden toegepast. ^{34,35}
Indicatie	Onrust, agressie, pijn, angst.
Contra-indicatie	Visite en rumoer.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.13

Preventieve maatregel – optimaliseren omgeving

Optimaliseer omgeving	
Inhoud	Een geoptimaliseerde omgeving draagt bij aan het tot rust komen, ontspannen en verlagen van het stressniveau van de patiënt. • Reduceer externe prikkels: een ruimte vol prikkels (geluiden, kleuren, objecten) kan leiden tot onrust. Een patiënt kan zich door prikkels lastig concentreren en raakt afgeleid waardoor hij de neiging kan hebben steeds uit bed te komen. Creëer een prikkelarme omgeving door de overbodige objecten in de ruimte te verwijderen, zoals een jas, tas of het uitzetten van de televisie. Het reduceren van ziekenhuisgeluiden in de kamer speelt hier ook een rol, voornamelijk tijdens de nacht.³⁶ Het terugdringen van infuuslijnen, sondes, katheters en ziekenhuisapparatuur die in het zicht liggen, valt ook onder het reduceren van prikkels. Dit kun je doen door de lijnen onder de kleding te verbergen en aan de huid te bevestigen. Als alternatieve interventie kan medicatie oraal worden toe gediend in plaats van via een infuus. Medische apparatuur kun je achter het hoofd van de patiënt plaatsen. • Persoonlijke attributen of hulpmiddelen: Zorg dat de persoonlijke attributen van de patiënt zijn aangebracht of aangereikt, zodat de patiënt optimaal kan functioneren. Optimaliseer bijvoorbeeld het gehoor of visus door een bril of een gehoorapparaat. Biedt de patiënt een loophulpmiddel aan. • Realiteit oriënterende attributen: een vertrouwd gevoel creëer je door in de kamer realiteit oriënterende attributen in het zicht van de patiënt te plaatsen, zoals een klok en een kalender. Bij langdurig verblijf kun je een foto van de familie, ansichtkaarten of andere persoonlijke attributen op het nachtkastje zetten of aan het prikbord hangen.³⁷ • Kameruitzicht: Daglicht en uitzicht op, een voor de patiënt herkenbare, buitenomgeving (bomen, lucht, gebouwen) bevordert het dag- en nachtritme.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.14

Preventieve maatregel – Patiëntgerichte aandacht

Patiëntgerichte aandacht	
Inhoud	Het leveren van zorg kan niet zonder samenwerking met de patiënt. Bij de benadering staat de patiënt centraal en stel je jezelf bij elke situatie de vragen: 'Wat betekent het ziek zijn voor de patiënt?' en 'Welke hulp heeft de patiënt nodig?' Je moet je voortdurend inleven in de situatie van de patiënt om de zorg aan te laten sluiten op de behoeften. Dit betekent in de praktijk dat je als verpleegkundige: • De mening en keuzes van de patiënt en naasten respecteert. • De culturele achtergrond, kennis, normen en waarden van de patiënt en zijn naasten meeneemt in de zorg en behandeling. • De privacy van de patiënt waarborgt. • De familie en naasten van de patiënten betreft bij de zorg en behandeling. Zij worden niet gezien als visite, maar als onderdeel van het geheel.³⁸
Aanvullende informatie	Je kunt met de patiënt op zoek gaan naar een activiteit of hobby waarmee verveling en piekeren voorkomen wordt. Betrek hierin zo nodig de familie. Bepaalde afdelingen in het ziekenhuis, zoals de afdeling Geriatrie, bieden afleiding met een dagprogramma, dit biedt structuur en nodigt patiënten uit tot activiteit. Aanwezigheid van een mobiele bibliotheek of het 'personal entertainment'-scherm kan een bijdrage leveren.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.15

Preventieve maatregel – sta- en loopmiddelen

Sta- en loophulpmiddelen	
Inhoud	Een sta- en/of loophulpmiddel inzetten bij patiënten die door een fysieke beperking moeite hebben met het staan, lopen en bewegen. Loophulpmiddelen zijn in veel soorten en maten te verkrijgen, variërend van het bieden van weinig tot veel ondersteuning. Je bent als verpleegkundige, een belangrijk persoon die ziet of de patiënt transfers veilig uitvoert of onzeker naar het toilet loopt. Schat in of een loophulpmiddel de kans op een val vermindert. Indien nodig, schakel een ergotherapeut of fysiotherapeut in om dit te onderzoeken.
Indicatie	onveilige transfers, onzekere wandelgang, moeite met staan.
Contra-indicatie	dementerende patiënten die vergeten het loophulpmiddel te gebruiken.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.16

Preventieve maatregel – verpleegkundig onderzoek

Verpleegkundig onderzoek	
Inhoud	Het verpleegkundig onderzoek start bij de opname van de patiënt. Screen direct of de patiënt een verhoogde kans heeft op het ontwikkelen van risicogedrag. Gebruik hiervoor het <i>Stappenplan per risicogedrag</i> . Bij risicogedrag tijdens ziekenhuisopname zijn vaak interne, externe en/of psychosociale factoren de oorzaak van het specifieke gedrag. Door het opheffen van deze factor(en) kan acuut gevaar zich beperken tot dreigend gevaar of wordt het gevaar volledig opgeheven. De volgende punten kunnen een rol spelen bij de onderliggende stoornis van de patiënt.
• <i>Interne factoren</i>	• Pijnbeleving (gebruik de VAS-schaal) • Lichaamstemperatuur: verhoging, verlaging • Voeding en vocht • Mictie of feces: drang, blaasretentie, incontinentie, obstipatie • Vermoeidheid, uitputting of te kort aan slaap • Bloeddruk veranderingen: orthostatische hypotensie • Visus- en gehoorvermogen • Nawerking narcose • Bloedsuikerspiegel • Medicatie en delirogene bijwerkingen
• <i>Psychosociale factoren</i>	• Overgeven aan ziekenhuisregime en/of zorgverleners • Loslaten van autonomie, zelfredzaamheid • Beperkt zijn in bewegingsvrijheid door infuus, katheter, sonde, drain. • Desoriëntatie (van dag/nacht, ruimte, etc.) • Nicotine-, alcohol- en/of drugsonthouding
• <i>Externe factoren</i>	• Aanwezigheid van hulpmiddelen, visus- en gehoorapparatuur, loophulpmiddel(en) • Omgevingsruis en -temperatuur • Kamerindeling, verlichting etc.
Aanvullende informatie	De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de medicijnkeuze. Je zorgt dat de medicatie op de juiste manier wordt toegediend, dat je op tijd bijwerkingen signaleert, dat je de evaluatie van de medicatie nauwlettend in de gaten houdt en terugkoppelt aan de hoofdbehandelaar.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 10.17

Preventieve maatregel – verwijderen van (niet) fysieke obstakels

Verwijderen van (niet)fysieke obstakels	
Inhoud	De patiënt kan zich veilig bewegen als alle fysieke en niet-fysieke obstakels zijn verwijderd. Deze obstakels zijn een belemmerende factor in de beweegruimte en kunnen leiden tot een groter risico op valgevaar, desoriëntatie en onrust. Obstakels waar je rekening mee moet houden zijn: • Fysieke obstakels in de kamer: losliggende of grote objecten, zware of stroef te openen deuren, kleine ruimte. • Fysieke 'obstakels' aan het lichaam: Te ruim zittende kleding (lange broekspijpen, lange jurk, te grote gladde sokken). Verkeerd schoeisel. Kenmerken van stevig en goed schoeisel zijn: lage stevige hak, een doorlopende zool, stevige en harde zool met profiel, de schoen sluit goed aan de voet. • Niet-fysieke obstakels: de patiënt is met zijn gedachten ergens anders, heeft gebrek aan tijd of informatie, moeite met dubbeltaken, snel afgeleid.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Bijlage 11: Alternatieve interventies volgens V&VN

Figuur 11.1

Alternatieve maatregel- bedhek (ken) als hulpmiddel

Bedhek(ken) als hulpmiddel	
Inhoud	In overleg met de wilsbekwame patiënt kun je één bedhek inzetten als hulpmiddel om de bedtransfers (draaien in bed, tot zit komen) te vergemakkelijken of de veiligheid en zelfstandigheid van de transfers te bevorderen. In dit geval is het gebruik van bedhekken geen VBI, maar een hulpmiddel ter bevordering van de zelfredzaamheid. Bij het inzetten van alle bedhekken is het belangrijk om in die situatie, de patiënt te attenderen op de risico's van het bedhek. De patiënt kan niet zelfstandig uit bed stappen en bij onrust zou de patiënt over het hek heen kunnen klimmen en neemt het valgevaar toe.
Aanvullende informatie	Het bedhek is geen VBI, als de patiënt impliciet aan je vraagt of de bedhekken omhoog mogen om zich daardoor veiliger te voelen.
Indicatie	Weg- en onderuitglijden in bed, valgevaar bij opstaan vanuit bed, moeite met bedtransfers.
Complicaties	Afknelling van drains, katheter en/of infuusslang.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 11.2

Alternatieve maatregel – blauwverrijkte verlichting

Blauwverrijkte verlichting	
Inhoud	Bij de patiënt die een verstoord slaap- en waakritme heeft, bijvoorbeeld ouderen of patiënten op de IC, kun je blauwverrijkt licht toepassen. Een kleine kern in de hersenen vormt de biologische klok. Licht en donker zijn de belangrijkste factoren om de biologische klok aan te synchroniseren aan het 24-uurs ritme van de aarde. Naast het dag- en nachtlucht heeft de invloed van kortgolvlige blauw licht invloed op dit ritme. Dit is te verklaren doordat de mens van origine veelal buiten leefde en werd blootgesteld aan het lichtblauwe daglicht. Het dag- en nachtritme heeft direct een uitwerking op het slaap- en waakritme van de patiënt. Hierdoor bevordert je de biologische klok en slaapt de patiënt 's nachts beter (door).
Aanvullende informatie	Een onderbreking van één dag zonder minimaal 2 uur (blauw) licht verstoort direct het dag- en nachtritme. Het is belangrijk om dit consequent toe te passen. Het dag- en nachtritme kan worden bevordert door het gebruik van blauwverrijkt licht maar er zijn meer tips die kunnen worden toegepast om het ritme te bevorderen, zie hiervoor <i>Bevorderen slaap- en waakritme</i> .
Indicatie	Stoornis in slaap- en/of waakritme waardoor onrust, agressie en vermoeidheid ontstaat.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 11.3

Alternatieve maatregel – half-tafelblad

Half-tafelblad	
Inhoud	Een half-tafelblad kan de patiënt het comfort van een standaard tafelblad bieden. Hierbij is niet direct sprake van een VBI. Doordat het een half-tafelblad betreft, kan een patiënt zich langs het blad heen bewegen of deze zelf verwijderen. Dit biedt de patiënt, die het blad gebruikt ter ondersteuning van de arm bij een halfzijdige verlamming of bij het uitvoeren van een activiteit, een uitkomst.
Indicatie	CVA met halfzijdige verlammingssverschijnselen.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 11.4

Alternatieve maatregel - heupbeschermers

Heupbeschermers (synoniem voor heupbroekje)	
Inhoud	De heupbeschermer is een slip die over de onderbroek van de patiënt wordt gedragen. Aan de zijkanten, ter hoogte van het bovenbeen, is aan beide zijden een zachte schuimpatch geplaatst, met aan de buitenzijde een harde schaal. Deze combinatie zorgt voor een goede absorptie en spreidingsimpact bij een val van de patiënt op de heup. De heupbeschermer voorkomt niet de val, maar kan wel de risico op een heupfractuur verkleinen.
Aanvullende informatie	Onderzoeken trekken verschillende conclusies over het gebruik van heupbeschermers. Niet alle leveranciers bieden namelijk dezelfde kwaliteit. Samen met de patiënt ben je verantwoordelijk dat de heupbeschermer elke dag (en eventueel 's nachts) wordt gedragen. De praktijk leert dat dit niet consequent wordt doorgevoerd ^{39,40}
Indicatie	Valgevaar, weg- en onderuitglijden, onveilige transfers.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 11.5

Alternatieve maatregel – overplaatsing naar eenpersoonskamer

Overplaatsing naar eenpersoonskamer	
Inhoud	Het verblijf op een eenpersoonskamer bevordert de privacy, waardigheid en comfort van de patiënt. Het waakt voor een meer gewenste dosering van pikpikels en zorgt voor een betere interactie tussen de patiënt en diens familie en de zorgprofessional. De (over)plaatsing van de patiënt naar eenpersoonskamer kan rust en ontspanning bieden aan de patiënt die kans heeft om risicovol gedrag te ontwikkelen. Wanneer de patiënt reeds risicovolgedrag vertoont, kan een eenpersoonskamer het gedrag reduceren. Andere positieve uitwerkingen van een eenpersoonskamer zijn de lagere risico's op infecties en het verkeerd toedienen van medicatie. In het algemeen bevordert een eenpersoonskamer het herstel van de patiënt. ^{41, 42, 43} Niet elk ziekenhuis beschikt over meerdere eenpersoonskamers. Wees daarom zorgvuldig met de overplaatsing. Overigens, kan een isolerend gevoel van de patiënt een nadelig gevolg zijn van de overplaatsing naar een eenpersoonskamer.
Aanvullende informatie	Uit onderzoek blijkt dat zorgprofessionals de eenpersoonskamer prefereren boven meerpersoonskamers. Zij ervaren een beter contact met de familieleden van de patiënt en worden minder snel gestoord tijdens de verzorging door andere patiënten. Zij vinden dat een eenpersoonskamer in het algemeen beter past bij zieke mensen. ⁴⁴
Indicatie	Onrust, agressie, verwijderen van medisch materiaal.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 11.6

Alternatieve maatregel - steunmaterialen

Steunmaterialen	
Inhoud	Voor het onderuit- of wegglijden in bed of stoel kan je gebruik maken van ondersteunende materialen zoals een kussen of een bedverkort. Bij problemen van een verminderde rompbalans of -spierkracht ondersteunen de materialen de patiënt in het rechtop zitten. Een ander hulpmiddel is de <i>One Way Glide</i> . Door dit hulpmiddel kan de patiënt zich zelfstandig positioneren in de stoel en de positie continueren zonder weg- of onderuit te glijden.
Indicatie	Weg- en onderuitglijden in bed en stoel.
Contra-indicatie	Decubitus op het zitvlak.

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Figuur 11.7

Alternatieve maatregel - valmat

Valmat	
Inhoud	Een valmat is een mat met dezelfde lengte als het matras. Deze mat plaats je naast het bed van de patiënt, aan de zijde waar de patiënt mogelijk dreigt uit te vallen. Een adequate valmat heeft de eigenschap dat deze de klap van de val opvangt, dempt en tevens stabiliteit biedt wanneer de patiënt van de mat probeert op te staan.
Aanvullende informatie	De ruimte die een mat nodig heeft is niet altijd beschikbaar doordat er noodzakelijke apparatuur naast het bed van de patiënt is geplaatst of omdat er meerdere patiënten op de kamer liggen. Laat je collega's weten dat er een mat naast het bed ligt om struikelen te voorkomen, met name in de nacht. ⁴⁵

Opmerking. Overgenomen uit Handreiking "Vrijheidsbeperkende interventie? Nee tenzij...", door V&VN, 2013 (https://www.venvn.nl/media/kiadilie/web_venvn_handl_vbi-1.pdf). Copyright 2013, V&VN.

Bijlage 12: Codeboom verpleegkundige

Tabel 12.1

Codeboom vraag 1

Vraag 1: wat is een VBI?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	“dat je iemands veiligheid voorop stelt”	• Patiëntveiligheid	• Veiligheid	Definitie VBI
R1	“je beperkt iemands zijn vrijheid voor de veiligheid te garanderen tijdens de opname, allemaal in het belang van de patiënt”	• Beperking iemands vrijheid • Belang van de patiënt • Veiligheid	• Vrijheidsbeperkende interventie • Veiligheid	Definitie VBI
R2	“volgens mij is dat gewoon als je een beperking, dus als je een poseybed gaat inzetten, of een laag-laag bed, of een rolstoel met voorblad”	• Beperking • Fixatie maatregelen	• Vrijheidsbeperkende interventie	Definitie VBI
R2	“je sowieso toestemming moet vragen en je moet dat ergens in het systeem ook aankaarten dat je dat doet”	• Toestemming • Rapporteren systeem	• Wet- en regelgeving • Verslaglegging	Definitie VBI
R2	“iemand die kan dan sowieso zelf niet meer bepalen of die in of uit bed komt. Dus eigenlijk een beetje een opsluitend gevoel, want je kan nergens meer naartoe.”	• Geen autonomie • Opsluiten	• Vrijheidsbeperkende interventie	Definitie VBI
R3	“ja, voor de patiënt, meestal zet je dat in bijvoorbeeld voor de patiënt te beschermen, maar ook vaak, uhh, voor de verpleging”	• Patiënt beschermen • Verpleging beschermen	• Veiligheid	Definitie VBI
R3	“slaan, schoppen’ ‘agressie”	• Agressie	• Gedrag	Definitie VBI

R4	“dat kan zijn een rolstoel met dienblad, waardoor de patiënt niet kan opstaan; bedrekken omhoog aan beide kanten, al wordt dat niet onder fixatie weggeschreven in het SAP, Poseybed, laag – laag bed”	• Fixatie maatregelen • Rapporteren systeem	• Vrijheidsbeperkende interventie • Verslaglegging	Definitie VBI
R5	“Alle vrijheidsbeperkende interventies waarbij je dus vrijheid van de patiënt beperkt”	• Beperking van vrijheid	• Vrijheidsbeperkende interventie	Definitie VBI
R5	“Dus zeg maar al een voorblad bij een rolstoel, iemand waarbij de rolstoel op de rem wordt gezet voor een tafel, ja eigenlijk alle interventies waarbij de vrijheid wordt beperkt”	• Fixatie maatregelen • Beperking van vrijheid	• Vrijheidsbeperkende interventie	Definitie VBI
R6	“ja eigenlijk dat als een patiënt bijvoorbeeld verward is ofzo hem dat je de vrijheidsbeperkende maatregelen inzet. Dat kan zijn bij agressie, verwardheid.”	• Verwardheid • Agressie	• Gedrag	Definitie VBI
R6	“Iemand fixeren als dan de veiligheid in het gedrang komt van de patiënt, of eventueel een andere patiënt, of van verpleegkundigen”	• Patiënt veiligheid • Bescherming verpleegkundige	• Veiligheid	Definitie VBI

Tabel 12.2

Codeboom vraag 2

Vraag 2: Ben je bekend met het protocol VBI die het MUMC+ aanbiedt? Zo nee, waarom niet?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	“ik weet het te vinden”	• Kan het vinden	• Vindbaar	Kennis en ervaring
R1	“inhoudelijk ja en nee. Ik heb het wel eens gezien, maar ik heb het niet uhh, elke keer als ik het moet inzetten om het dan weer te bekijken”	• Wel eens gezien • Past niet toe	• Vindbaar	Kennis en ervaring

R2	“nee”	• Kent het protocol niet	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R2	“Is me nooit eigenlijk gezegd dat er een protocol van is”	• Kent het protocol niet	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R2	“ik neem aan gewoon in Odin”	• Kan het vinden	• Vindbaar	Kennis en ervaring
R3	“Uhh, ik heb zelf het protocol nog niet gezien, maar wel bijvoorbeeld van het poseybed en zo, maar niet het algemene”	• Kent het protocol niet	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R3	““Eerlijk gezegd wist ik niet dat het er was”	• Kent het protocol niet	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R4	“Ja! Kun je in Odin”	• Kennis van het protocol	• Vindbaar, kennis	Kennis en ervaring
R5	“ja”	• Kennis van het protocol	• Kennis	Kennis en ervaring
R6	“niet, nee”	• Kent het protocol niet	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R6	“Er is heel weinig aandacht de afgelopen jaren voor geweest, voor de VBI”	• Weinig aandacht voor het protocol	• Verminderde aandacht	Kennis en ervaring

Tabel 12.3*Codeboom vraag 3*

Vraag 3: Denk je dat je voldoende kennis hebt over het protocol om zorg te leveren of VBI's in te zetten?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	“inhoudelijk ja. Ja en nee”	• Onvoldoende kennis over het protocol	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R2	“nee”	• Geen kennis over het protocol	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R3	“Eerlijk gezegd wist ik niet dat het er was”	• Geen kennis over het protocol	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R4	“Ja, dat denk ik wel.”	• Kennis over het protocol	• Kennis	Kennis en ervaring
R5	“Euhh, ja, omdat ik geef ook de klinische lessen van fixatie op B5 dus ik ben wel goed op de hoogte van het VBI”	• Kennis over het protocol	• Kennis	Kennis en ervaring
R6	“Ja als verpleegkundige moesten we zelf maar kijken van hoe en wat”	• Onvoldoende kennis over het protocol	• Geen kennis	Kennis en ervaring

Tabel 12.4

Codeboom vraag 4

Vraag 4: Raadpleeg je wel eens het protocol voordat je een VBI inzet? Zo nee, waarom niet?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	‘Nee’	• Geen gebruik van protocol	• Niet protocollair	Protocol
R1	‘Uhum gemakzucht denk ik. Ja. Uhum eigenlijk is het meteen handelen. Uhm bij een patiënt oww ik zet het preventief in of iemand is al gevallen dus je zet al meteen uh een actie in. Dus daarbij niet echt het protocol erbij genomen.’	• Gemakszucht • Acut • Preventief • Geen gebruik van protocol	• Beïnvloedende factoren	Protocol Beïnvloedende factoren
R2	‘ik heb nog nooit een VBI zelf ingezet’	• Nooit een VBI ingezet	• Geen ervaring	Protocol
R3	‘ik heb zelf nog nooit echt iets van een interventie hoeven in te zetten, maar meer dat het al is ingezet dan dat ik het wel gebruikt. Maar dan ga ik niet van te voeren echt protocol inlezen.’	• Nooit een VBI ingezet • VBI's gebruikt • Geen gebruik van protocol	• Geen ervaring • Niet protocollair	Protocol Kennis en ervaring
R4	Eeh, nee als het iets is wat ik al langere tijd niet heb gebruikt, dan pak ik het protocol erbij. Dan moet je denken aan: bandjes voor de armen en de benen de Zweedse band, die gebruiken we hier ja, zeer weinig, dus als ik dat moet doen dan pak ik het protocol, maar bij een poseybed niet. Dan weet ik de stappen die ik volgen, of bij een laag-laag bed.’	• Maakt geen gebruik van protocol • Langere termijn • Weet welke stappen te volgen	• Niet protocollair • Kennis	Protocol Kennis en ervaring
R5	‘nee’	• Geen gebruik van protocol	• Niet protocollair	Protocol
R5	‘omdat ik op dat moment daar niet mee bezig ben, vaak een acute situaties, waarbij je de VBI inzet.	• Acut	• Beïnvloedende factoren	Protocol Beïnvloedende factoren
R5	‘een stukje onbewust bekwaam zijn’	• Onbewust bekwaam	• Kennis	Protocol Kennis en ervaring

Tabel 12.5

Codeboom vraag 5

Vraag 5: Zet je wel eens preventieve of alternatieve maatregelen in? Kun je ook voorbeelden opnoemen.				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R1	‘Uh soms wel preventie. Uh vooral de patiëntencategorie wat we hier hebben. Wat ouder wankel op de been, dan zet ik het wel preventief vaker in.’	• Preventieve en alternatieve maatregelen • Risicogedrag	• Preventieve en alternatieve maatregelen • Patiëntencategorie	Preventieve en alternatieve maatregelen Beïnvloedende factoren
R1	‘zoals bedrekken omhoog. Uh, uhm, soms al het laag-laag bed bij patiënten. Ja dat.	• Interventies	• Vrijheidsbeperkende interventie	Preventieve en alternatieve maatregelen Kennis en ervaring
R2	Nou, je hebt sowieso ook valgevaar en zo, wat je doet. Dus het laag-laag bed wordt we regelmatig sneller ingezet, denk ik. Maar dat is denk ik ook eentje wat je moet opschrijven, niet?	• Risicogedrag • Interventies	• Patiëntencategorie • Vrijheidsbeperkende interventie	Preventieve en alternatieve maatregelen Beïnvloedende factoren Kennis en ervaring
R2	Medicatie, zodat iemand niet onrustig wordt, rooming-in zodat familie gewoon erbij kan zijn en sowieso de bedrekken gebruiken, maar dat kan ook weer misschien juist veroorzaakt dat iemand over de bedrekken heen gaat klimmen, dus dat lig ook een beetje aan de patiënt zelf.	• Preventieve en alternatieve maatregelen • Interventies • Risicogedrag	• Preventieve en alternatieve maatregelen • Vrijheidsbeperkende interventie • Patiëntencategorie	Preventieve en alternatieve maatregelen Beïnvloedende factoren Kennis en ervaring
R3	‘Eehh, ja ik bied heel vaak de familie aan om rooming-in te doen, dat ze kunnen blijven bij de patiënt. Vooral bij patiënten die vaker uit bed willen	• Preventieve en alternatieve maatregelen	• Preventieve en alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen

	komen, dat wel valgevaar is, zet ik liever de familie in, als dat ik een Poseybed in zet. Ehhh, daarbij doe je zorgen dat het bed tegen de muur staat aan een kant, dat ze al uit niet zo makkelijk uit het bed vallen, als dat ze aan beide kanten, hé, als dat ze open op de Kamer staan. Je zorg voor juiste hulpmiddelen: rollator, alles wat ze kunnen gebruiken, Poseysokken, dat soort maatregelen. ‘	• Risicogedrag • Zorg op maat	• Patiëntencategorie • Zorg op maat	Beïnvloedende factoren Mening over VBI's
R4	‘Bijvoorbeeld zo een sensor, uuhh... een rolstoel met voorzetblad, uuhh... Ik weet niet of het bed haken omhoog ook een, uuhh...’	• Interventies	• Vrijheidsbeperkende interventies	Preventieve en alternatieve maatregelen Kennis en ervaring
R5	‘Ja, ik probeer daar wel creatief in te zijn, omdat we vaak moeten fixeren om een venflon niet uit te trekken, of dergelijke, of een katheter niet te kunnen verwijderen. Dan plak ik vaak wel eens een venflon van op de hand, waarbij ze dan wel aan kunnen pulken, of ik plak een extra katheter aan het been, zichtbaar, waaraan ze dan kunnen pulken. Ja ik probeer zoveel mogelijk andere dingen in te zetten alvorens echt een VBI in te zetten. Ik denk dat we wel te weinig gebruik maken van rooming-in, omdat je daar heel veel mee kan bereiken. Maar dat wordt vaak gewoon niet gedaan. Ja, je wilt misschien soms de familie niet belasten, of zo, maar dat zal wel echt een hele goede optie zijn.’	• Preventieve en alternatieve maatregelen	• Preventieve en alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen
R5	‘Even niet uit mijn hoofd, op dit moment. Medicatie?’	• Preventieve en alternatieve maatregelen	• Preventieve- en alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen
R6	‘Ja’	• Kennis	• Kennis	Preventieve en alternatieve maatregelen

				Kennis en ervaring
R6	‘Een Poseybed, maar ook met name nu de laatste tijd een laag-laagbed. Ik denk dat we nu proberen eerder een laag laagbed in te zetten dan een Poseybed, maar ik denk ook, de valmat, de optiscan, de rolstoel met een voorblad, dat zijn eigenlijk wel de meest voorkomende. Je hebt er natuurlijk wel nog meer’	Interventies	Vrijheidsbeperkende interventie	Preventieve en alternatieve maatregelen Kennis en ervaring
R6	‘Ja, ja dan heb je ook de Zweedse band als het echt over fixeren hebt, maar dat ja gebeurt hier niet meer vaak. Laatste keer dat ik het heb gezien was het één keer een paar weken bij een patiënt, waar het niet anders kon. Maar verder, Zweedse band, dat proberen we in het ziekenhuis eigenlijk niet meer te doen’	Interventies	Vrijheidsbeperkende interventie	Preventieve en alternatieve maatregelen Kennis en ervaring
R6	‘Ja in principe bedrekken omhoog is ook een vorm van fixatie, dus daar moet je ook naar kijken. In de stoel, hè, een voorblad is ook een fixatie. Ja eigenlijk alles waardoor je de patiënt niet zelf de ruimte heeft om zelf echt kunnen lopen, uit zichzelf. Dat is eigenlijk al een vorm van een fixatie.’	Interventies	Vrijheidsbeperkende interventie	Preventieve en alternatieve maatregelen Kennis en ervaring
R6	‘Ja familie inzetten, rooming-in aanbieden, vaak als familie betrokken is en ja wij kunnen natuurlijk als verpleegkundigen vaak niet verantwoordelijk zijn voor de patiënt echt hier op de afdeling te houden, dus wat kun je daaraan doen: ik zou zeggen familie in schakelen, iemand alleen leggen misschien en dan kijken naar de opties. De activiteiten begeleiding, de televisie met herkenningpunten. Ik denk dat het belangrijkste wel de familie is en verder ja fixeren. Je kunt er meerdere manieren fixeren, maar dat proberen we denk ik toch wel als afdeling hier te voorkomen en het uiterste geval iemand te fixeren. Dus denk dat de	Preventieve en alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen

	familie is het allergrootste, het eerste wat mij te binnen schiet'			
R6	'Ik denk dat dat al begint bij de anamnese. Dat je dan al moet kijken van: is er valgevaar en zo ja, om dat meteen met de arts en de familie te bespreken'	• Risicogedrag	• Patiëntencategorie	Preventieve en alternatieve maatregelen Beïnvloedende factoren
R6	'Ja, in het anamnesedocument is al een vraag: is de patiënt eerder gevallen, of valgevaar, of eerder in de thuissituatie is verward geweest. Als je daar al op scoort, op een paar vragen met ja, dan vind ik dat je als verpleegkundige zelf al initiatief moet tonen en moet kijken van goh, wat als dat risico is, of aan de familie vragen, hè, dus is meneer in de thuissituatie vaker al gevallen. Dat we dan ook meteen daarop kunnen inzetten van goh, wat kunnen we dan? wat mogen we dan? Misschien zegt de familie van ja, maar je moet pap niet in een Poseybed leggen, want dan breekt hij de tent af. Als je dat van tevoren weet en je kunt dat documenteren, ja dan denk ik dat je dat je al veel meer geholpen bent, dan dat we nu vaak deze vraag niet juist stellen en maar wat invullen en dan achteraf moeten gaan handelen'	• Preventieve en alternatieve maatregelen • Toestemming	• Preventieve en alternatieve maatregelen • Wet- en regelgeving	Preventieve en alternatieve maatregelen Protocol

Tabel 12.6

Codeboom vraag 6

Vraag 6: Hoe vaak zet je één VBI in?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R1	“Ja dan denk ik wel 1 keer 2 keer per week”	• Wekelijks	• Wekelijks	Frequentie
R4	“Oeh, ja ik werk nu niet zoveel op de afdeling, maar toen ik 28 uur per week op de afdeling werkte, denk ik, nou, ik vind het moeilijk in te schatten. Eén keer per week. En dan is het wel iets wat ik start, maar het kan natuurlijk wel zijn dat ik een VBI dagenlang heb op de afdeling bij een patiënt. Dus dan heb ik het niet zelf gestart, want er zijn patiënten die hebben gewoon dagenlang een VBI”	• Wekelijks • Dagenlang	• Wekelijks • Dagenlang	Frequentie
R5	“Ik denk toch echt wekelijks. Dus ik heb bij acuut delier, waarbij je de eigenlijk de veiligheid van de patiënt niet kan bewaken continu. Vooral de late dienst en de nachtdienst en dan vroege dienst toch wat minder. Ik probeer toch wat andere opties. Ik probeer de familie sowieso in huis te bellen, dat is vaak makkelijker overdag dan in de avond en de nacht, maar dat is denk ik wel wekelijks.”	• Wekelijks • Late dienst • Nacht dienst	• Wekelijks • Late en nacht dienst	Frequentie
R6	“Hoe vaak, is lastig te zeggen eigenlijk. Ik werk nu al een tijdje niet op de vloer, maar voorheen? Ja, ik denk dat we het toch wel wekelijks een VBI... al heb je het over een rolstoel met een voorblad, of een optiscan, of een poseybed, laag laagbed, het zijn allemaal wel al dingetjes, ja wat toch een VBI inhoudt denk ik.”	• Wekelijks	• Wekelijks	Frequentie

Tabel 12.7

Codeboom vraag 7

Vraag 7: Hoe vaak en wanneer maak je een beslissing omtrent VBI's, zonder tussenkomst van de arts				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	“Ik denk eigenlijk uhm vaker onbewust dat ik het al doe. Kijk natuurlijk als je gaat naar de extreme zoals een buikband of een poseybed dat overleg je met een uh arts. Maar de kleinere interventies die zijn sneller gemaakt zonder een arts. En misschien soms ook zonder familie te overleggen”	• Onbewust • Afhankelijk van zwaarte VBI	• Onbewust • Verschil zwaarte VBI	Kennis en ervaring
R4	“Als er een gevaar is voor de patiënt zelf, of gevaar voor mij of medepatiënten, heb ik ook wel gedaan. Dat is een acute situatie, ja”	• Gevaar • Acute situaties	• Beïnvloedende factoren	Kennis en ervaring Beïnvloedende factoren
R5	“Nooit”	• Nooit	• Nooit	Kennis en ervaring Frequentie
R6	“De grote VBI's, die overleg je ten alle tijden. Maar het bedrek omhoog zetten dat overleg je niet met een arts. Hoe vaak doe ik dit? Ja afhankelijk van patiëntenpopulatie op deze afdeling, maar ik denk ook wel wekelijks eigenlijk dat je overlegt. Als je iemand in een Poseybed legt evalueer je dagelijks is het Poseybed nog nodig. Maar als je het hebt over de rolstoel met fixatie blad, of je hebt de bedrekken....Dan denk ik niet dat wij de arts daarin betrekken”	• Afhankelijk van zwaarte VBI • Risicogedrag	• Verschil zwaarte VBI • Patiëntencategorie	Kennis en ervaring Beïnvloedende factoren

Tabel 12.8

Codeboom vraag 8

Vraag 8: Komt de arts altijd de patiënt beoordelen als er een VBI wordt ingezet?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	“Niet dat ik me zo kan herinneren. Het is meestal telefonisch”	- Arts komt niet - Telefonisch	- Geen fysieke beoordeling - Telefonisch contact	Kennis en ervaring
R1	“niet door de arts en dan vooral eigenlijk varen op jouw kennis en ervaring”	- Arts komt niet - Kennis en ervaring VPK	- Geen fysieke beoordeling - Kennis en ervaring	Kennis en ervaring
R4	“nee, niet dat ik hem start”	Arts komt niet	Geen fysieke beoordeling	Kennis en ervaring
R4	“Dat is eigenlijk op het moment dat je bang bent dat het gaat escaleren, dat je al de escalatie probeert voor te zijn. Maar hoe vaak dat gebeurt....In de avond gebeurt dat denk ik voor 75 procent, want daar komt een arts niet voor naar de afdeling, voor te bepalen of iemand een Poseybed krijgt of niet. Dat zijn de verpleegkundigen, op basis van ervaring en wat ze zien bij de patiënt, of je het doet en dat draag je over naar de arts en de arts neemt dat eigenlijk aan voor lief”	- Risico op escaleren - Arts komt niet - Kennis en ervaring VPK - Afhankelijk van dienst	- Geen fysieke beoordeling - Beïnvloedende factoren - Kennis en ervaring	Kennis en ervaring Beïnvloedende factoren
R5	“Ja, ik denk niet dat ooit een arts is komen kijken. Ja overdag met de zaal arts, maar ik denk in de avond en de nacht...Dan bel ik voor toestemming te vragen, die krijg ik dan ook gewoon telefonisch”	- Arts komt niet - Afhankelijk van dienst - Telefonisch	- Geen fysieke beoordeling - Beïnvloedende factoren - Telefonisch contact	Kennis en ervaring Beïnvloedende factoren

R5	“Nee, op dat moment niet nee. Maar dat is ook wel, denk ik, omdat ik goed onderbouw waarom ik dat doe. En ik denk er ook wel altijd over na wat ik nog kan doen en wat dat heb ik dan ook gedaan alvorens, waarbij ik dat ook bij de arts aangeef”	• Arts komt niet • Kennis en ervaring VPK • Uitgevoerde interventies	• Geen fysieke beoordeling • Kennis en ervaring • Onderbouwing	Kennis en ervaring
R6	“Ja vaak bel je dan de arts, van goh, deze patiënt is verward, ik wil graag een poseybed inzetten, familie is akkoord en dan vindt u dat ook? Mag dat? En dan zeggen ze altijd ja, maar ze komen nooit een patiënt beoordelen, tenminste, ik heb het persoonlijk nog nooit meegemaakt dat een arts van de afdeling komt om te beslissen: ja die moeten we in een Poseybed leggen, ja of nee. Heel vaak hebben wij alle mogelijkheden bedacht, denk ik. En als wij geen andere mogelijkheid zien, ja dan ga je een Poseybed inzetten, maar je doet niet eerst iemand in een Poseybed leggen en dan pas arts bellen. Nee, je vraag eerst toestemming en een arts, alvorens je iemand in een Poseybed legt”	• Arts komt niet • Telefonisch • Uitgevoerde interventies	• Geen fysieke beoordeling • Telefonisch contact • Onderbouwing	Kennis en ervaring

Tabel 12.9

Codeboom vraag 9

Vraag 9: Heb jij het gevoel dat jij de verantwoordelijk hebt, met betrekking tot het escaleren of de-escaleren, van een VBI?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R2	“Nee, ik vind wel dat je sowieso erop moet Laten tot de patiënt zichzelf niet verwondt als je dat gebruikt. Dat je wel moet opletten dat het veilig is”	• Verpleegkundige verantwoordelijkheid • Patiëntveiligheid	• Verantwoordelijkheid • Beïnvloedende factoren	Kennis en ervaring
R4	“Het ligt aan de situatie. Als ik avonddienst heb en de patiënt wordt in de avond onrustig bij mij, dan heb ik daar enigszins wel invloed op, want Ik ben op dat moment verantwoordelijk. Maar is het iemand die hier al ligt en waarvan al een VBI is ingezet, dan heb ik niet die verantwoordelijkheid. Er wordt wel dagelijks geëvalueerd tijdens de visite, hoort dagelijks geëvalueerd te worden, durft daar niet mijn hand voor in het vuur te steken, maar dat hoort wel bij de visite besproken te worden. En dan heb ik daar wel, ehhh, minder invloed op, in de zin van, als iemand een Poseybed krijgt, of een laag-laagbed, ten gevolge van valgevaar, dat is In de avond besloten, dan ga ik niet de dag daarna zeggen ‘ja dat ga ik wegnemen die VBI’. Dan doe ik eerst een fysio erbij laten komen en ik laat de fysio besluiten ‘is hij echt niet valgevaarlijk’, die van verantwoordelijkheid neem ik niet”	• Situationeel • Risicogedrag • Evalueren • Artsenvisite • Multidisciplinair	• Beïnvloedende factoren • Patiëntencategorie • Communicatie	Kennis en ervaring Beïnvloedende factoren
R5	“Ja mede verantwoordelijk. Ik denk dat je, om terug te komen op de eerste vraag, de toestemming, hè. Dat de dokter mede verantwoordelijke is voor het beleid, dat	• Medeverantwoordelijkheid	• Verantwoordelijkheid • Kennis en ervaring	Kennis en ervaring

	de verpleegkundige daar wel de expert in is, maar dat je samen met de dokter wel verantwoordelijk bent voor het escaleren of de-escaleren van de VBI, omdat jij toch 8 uur de patiënt ziet. De dokter ziet hem maar 5 à 10 minuten per dag, of helemaal niet in een avond of een nacht, dus dat je daar samen die verantwoordelijkheid over hebt”	• Verpleegkundige expertise		
R6	“Ja, ik denk wel dat wij als verpleegkundige daar meer verantwoordelijkheidsgevoel voor hebben dan artsen, omdat wij daarmee te maken hebben. Als Mensen gaan dwalen, op de gang lopen, als je nachtdienst hebt en een verwarde patiënt loopt 3 keer een andere kamer binnen en die maakt andere patiënten wakker, is dat hinderlijk en dan ga je kijken naar oplossingen, want je wilt dat iemand een veer blijft liggen, dus ja”	• Verpleegkundige verantwoordelijkheid • Oplossingsgericht	• Verantwoordelijkheid • Preventieve en alternatieve maatregelen	Kennis en ervaring Preventieve en alternatieve maatregelen

Tabel 12.10

Codeboom vraag 10

Vraag 10: Hoe vaak ben jij het niet eens met de inzet van een VBI?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	‘Minimaal eigenlijk’	• Minimaal	• Minimaal	Frequentie
R1	“Nee komt niet vaak voor. Ik vind de veiligheid van de patiënt voorop gesteld. Uhm waarbij ik soms mijn twijfels heb is dat er te snel gehandeld wordt in een poseybed of iets. Dat heeft toch een impact op een patiënt. Maar meestal geef ik dan ook aan, kijk even hoe de nacht gaat en beslis morgen opnieuw. Dus meer in opties denken dan het er niet mee eens zijn”	• Niet vaak • Patiëntveiligheid • Acuut handelen • Gevolgen • Evaluatie	• Minimaal • Beïnvloedende factoren • Communicatie	Frequentie Beïnvloedende factoren Kennis en ervaring
R2	“Ja vooral met Poseybed regelmatig. Als mensen gewoon vaker weg lopen hoeft niet meteen te betekenen dat er een Poseybed ingezet moet worden. Als iemand gewoon corrigeerbaar is, dat het uit gemak moet zijn”	• Regelmatig • Gemakzucht	• Regelmatig • Beïnvloedende factoren	Frequentie Beïnvloedende factoren
R3	“Ehh..... Ja, af en toe wel van ‘waarom heeft deze patiënt bijvoorbeeld nog een Poseybed?’”	• Minimaal	• Minimaal	Frequentie
R4	“Ik ben het vaker niet eens met de VBI, omdat Poseybedden te pas en te onpas worden gebruikt. Poseybed wordt eigenlijk gebruikt voor valgevaar. Het wordt ook wel eens gebruikt op afdelingen voor dwaalgedrag, terwijl het daar niet voor ingezet wordt. Voor dwaalgedrag heb je weer andere interventies en op die momenten ben ik het niet eens met de interventie. Het komt toch wel regelmatig voor en dan denk ik ‘als je het zou aanbieden voor rooming-in,	• Regelmatig • Gebrek aan kennis	• Regelmatig • Geen kennis	Frequentie Kennis en ervaring

	daar zouden veel families gebruik van willen maken. Maar ik denk dat dat niet altijd wordt aangeboden”			
R5	“Dat is wel een paar keer voorgekomen, met name bij fixeren met polsbandjes. Ik heb zelf een vrouw van 97, die heb ik moeten fixeren omdat zij haar infuus eruit trok. Zij moest antibiotica IV krijgen en de familie wilde toch dat ze antibiotica IV kreeg. Ze werd nog behandeld voor urosepsis, ja dan ben ik het dan niet mee eens. Met Poseybedden vind ik dat minder lastig, omdat dan de vrijheid niet helemaal beperkt is. Soms is het een ethisch dilemma, bij die situatie. We hebben ook zo'n situatie waarbij een 60-jarige man met zijn maagsonde, die die echt nodig had. Daar heb ik het dan ook minder moeilijk mee, omdat het gefixeerd wordt. Maar, ja voornamelijk in hoever moet je gaan om iemand te redden op deze afdeling. Dat vind ik soms lastig, maar ja, als het nodig is, dan is het nodig”	• Minimaal • Ethisch dilemma	• Minimaal • Ethisch dilemma	Frequentie Mening over VBI
R6	“Ja even over nadenken. Ja hoe vaak ben je het niet eens? Kijk het liefst wil je gewoon dat iedereen hier vrij kan rondlopen. Kijk en een laag-laagbed vind ik een goede oplossing, als het op de patiënt helpt, maar vaak zien we ook dat een laag-laagbed juist ook voor meer valgevaar kan zorgen, hè, met de valmat ernaast. Of we vinden mensen op de valmat, ze liggen op de grond en ze zijn, of corpulent, of ze zijn zwak. En in de nachtdienst ben je maar met zijn tweeën en dan moet je dan iemand van die valmat halen. Ja ik kan situaties genoeg benoemen waar dat wel heel zwaar was. Maar hoe vaak ben ik het niet eens? Ja dat is heel lastig te zeggen. Het liefst zou ik gewoon hopen dat	• Ethisch dilemma	• Ethisch dilemma	Mening over VBI

	als iemand valgevaar of delirant, of agressief is, dat je gewoon veel eerder.. en dat de familie veel transparanter is. Helaas hebben we niet de mogelijkheden om iedereen hier alleen op een éénpersoonskamer te leggen en familie er bij te Laten zijn. Maar ik denk dat dat voor ons al een stukje... ja het liefst doe ik niemand fixeren of VBI toepassen, maar dat is soms niet te overzien”			
R6	“Nee dat niet zozeer zo snel denk ik. En vooral een Zweedse band, die heb ik zelf al heel lang niet meer gezien”	• Minimaal	• Minimaal	Frequentie
R6	“Ja, dat gebeurt misschien wel eens vaker, dat je dat het dan vaak eerst vanwege onrust de patiënt in een Poseybed gelegd wordt, waarbij ik soms wel mijn twijfels heb van goh: kan deze patiënt niet in een laag-laagbed, of kunnen we niet proberen familie in te zetten, of kunnen we niet proberen het bed tegen de muur aan te zetten en ja...vroeger deden we lepel op de deur leggen als iemand, ja klinkt heel gek, maar ja dan leggen we de lepel op de deur en de lepel hoor je vallen. Dat zijn dingen die worden allemaal niet meer gedaan. Er wordt wel denk ik makkelijker een Poseybed ingezet, met name voor de nachten, dus gebeurt dat geregeld? Ik denk het wel. Is er wel eens voorgekomen dat ik het misschien niet helemaal eens ben met de beslissing? Ja dat denk ik ook, maar hoe vaak? Ik denk dat het de laatste tijd toch al minder gebeurt dan vroeger. Vroeger werd al snel gezegd: we leggen hem in de Zweedse band, want hij is verward, of hij is onrustig. Denk wel dat dat met de laatste jaren wel al verbeterd is, wil niet zeggen dat er minder	• Regelmatig • Preventieve alternatieve maatregelen. • Gemakzucht • Ethisch dilemma	en • Regelmatig • Ethisch dilemma • Preventieve alternatieve maatregelen • Beïnvloedende factoren	Frequentie Mening over VBI Preventieve en alternatieve maatregelen Beïnvloedende factoren

	aandacht voor moet zijn, maar ik denk wel dat het steeds minder wordt”			
--	--	--	--	--

Tabel 12.11

Codeboom vraag 11

Vraag 11: kun je voorbeelden opnoemen van situaties dat je het niet eens was met de inzet van VBI? En wat doe je dan als je het er niet mee eens bent				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	“Maar meestal geef ik dan ook aan, kijk even hoe de nacht gaat en beslis morgen opnieuw. Dus meer in opties denken dan het er niet mee eens zijn”	• Bespreekbaar maken • In opties denken	• Communicatie • Verschil zwaarte VBI	Kennis en ervaring
R2	“Dat maak ik wel bespreekbaar, of ik kijk of er misschien een laag-laagbed in eerste instantie gewoon geplaatst kan worden”	• Bespreekbaar maken • In opties denken	• Communicatie • Verschil zwaarte VBI	Kennis en ervaring
R3	“En vaak geef ik dat dan ook aan, aan de arts van: ‘is het nog nodig?’, of dan lees ik rapportages terug van bijvoorbeeld de nachtdienst, omdat patiënten vaak in de nacht wel weer onrustig zijn en in de middag dan weer niet, dus dat is dan weer verschillend natuurlijk”	• Bespreekbaar maken • Verschil dag/nacht	• Communicatie • Beïnvloedende factoren	Kennis en ervaring Beïnvloedende factoren
R4	“Ja ik breng dat afspraken bij de visite al, en in overleg met de collega's en dan geef ik aan dat ik het er niet mee eens ben en dan doe ik actie ondernemen: met familie overleggen, of met de arts, of als ze fysio daar komt vragen van ‘ja wat vind jij?’. Zo vraag ik eigenlijk een back up van de fysio van ‘wat vind jij ervan’, ‘ik vind dat u wel goed loopt’, of...en als ik dat niet krijg, ja dan... ik zorg wel altijd dat ik een	• Bespreekbaar maken • Multidisciplinair	• Communicatie	Kennis en ervaring

	back up heb van, ik ga niet zomaar een besluit nemen van ‘oh hij is niet meer valgevaarlijk’. Ik zorg altijd dat er iemand is die daar verstand van heeft op het gebied van fysio, of...”			
R5	“Ik heb zelf een vrouw van 97, die heb ik moeten fixeren omdat zij haar infuus eruit trok. Zij moest antibiotica IV krijgen en de familie wilde toch dat ze antibiotica IV kreeg. Ze werd nog behandeld voor urosepsis, ja dan ben ik het dan niet mee eens”	Niet eens met het beleid wat in stand wordt gehouden door familie	Ethisch dilemma	Kennis en ervaring Mening over VBI

Tabel 12.12

Codeboom vraag 12

Vraag 12: Zetten collega's wel eens een VBI in, in verband met tijdsdruk? Zo ja, denk je dat het veel voorkomt?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	‘Niet, niet dat ik weet’	Geen interventie in verband met tijdsdruk.	Protocollair	Beïnvloedende factoren Protocol
R1	‘Nee dat zou ik niet durven zeggen’	Onbekend.	Onbekende informatie	Beïnvloedende factoren Kennis en ervaring
R2	‘Ik denk wel dat iemand vaak wegloopt, of veel tijd in beslag nemen omdat diegene wegloopt, onrustig wordt, omdat het gewoon niet echt tijd is om daar meer op in te gaan dat er misschien wel te snel af en toe een Poseybed wordt ingezet’	Tijdsdruk	Beïnvloedende factoren	Beïnvloedende factoren
R2	‘Nee, ik denk niet. Ik denk dat het wel af en toe voorkomt dat het gewoon uit gemakzucht wordt gedaan’	- Onbekend - Gemakszucht	- Onbekende informatie - Beïnvloedende factoren	Beïnvloedende factoren Kennis en ervaring
R3	‘Nee dat denk ik niet’	Geen interventie in verband met tijdsdruk.	Protocollair	Beïnvloedende factoren Protocol

R4	‘Nee’	• Geen interventie in verband met tijdsdruk.	• Protocollair	Beïnvloedende factoren Protocol
R4	‘Ja, dat is wat ik net zeg: met Poseybedden, hè. Dwaalgedrag, dan wordt het ingezet, terwijl het daar niet voor geldt’	• Het wordt ingezet in verband met tijdsdruk; • Risicogedrag.	• Niet protocollair • Patiëntencategorie	Beïnvloedende factoren Protocol
R5	‘Nee’	• Het wordt niet ingezet in verband met tijdsdruk.	• Protocollair	Beïnvloedende factoren Protocol
R5	‘Ja zeker weten, zeker de laatste tijd. Ik denk dat het ook persoonlijk is hoe je VBI inzet. Ik zou dat nooit doen. Ik stel me altijd zelf in de situatie voor: stel dat het mijn vader is. Maar ik kan me voorstellen dat dat wel gebeurt, omdat er tijdsdruk is, of omdat er geen tijd is om iemand in de gaten te houden. En ik snap dat wel, want dat is ook tijdrovend in een avonddienst, of een drukke nachtdienst waarbij 10 keer moet binnenlopen, of 10 keer de patiënt terug op de kamer moet zetten, of weet ik veel. Maar ik zou dat nooit doen’	• Interventie in verband met tijdsdruk; • Persoonlijk; • Tijdsdruk; • Avond- en nachtdienst.	• Niet protocollair • Beïnvloedende factoren • Avond- en nachtdienst	Beïnvloedende factoren Protocol
R6	‘Nee, niet dat ik me kan herinneren. Dat zou ook niet mogen, dus nee dat zou ik niet doen nee’	• Geen interventie in verband met tijdsdruk; • Wet -en regelgeving.	• Protocollair • Wet- en regelgeving	Beïnvloedende factoren Protocol
R6	‘Ja ik denk het wel. Op deze afdeling weet ik niet zozeer, maar ik denk wel dat het in het algemeen gebeurt ja. En ik denk dat het op deze afdeling ook wel gebeurt, als ik eerlijk ben. Ik denk dat vaker nog wel iemand denkt van: oh ja, hij is verward, of hij spookt en hij loopt ’s nachts rond, dus voor ’s nachts moeten we hem in een Poseybed leggen. Maar dat is mijns inziens geen indicatie om iemand dan ja te beperken in zijn vrijheid’	• Interventie in verband met tijdsdruk; • Snelle handeling; • Wet- en regelgeving.	• Niet protocollair • Beïnvloedende factoren • Wet- en regelgeving.	Beïnvloedende factoren Protocol

Tabel 12.13

Codeboom vraag 13

Vraag 13: waar moet je een VBI rapporteren? En doe je dit ook daadwerkelijk?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R2	‘Volgens mij heb je daar een apart kopje’	Een apart kopje.	Fixatiedocument	Protocol
R2	‘Volgens ook in de SBARR’	In de SBARR.	SBARR.	Protocol
R2	‘Ik heb het nog niet hoeven doen. Ik zet hem wel in de SBARR als iemand een Poseybed heeft, gewoon In de dienst, als je weet dat iemand een Poseybed heeft, schrijf ik dat wel gewoon altijd op’	In de SBARR.	SBARR.	Protocol
R3	‘Eehh....nee’	Rapporteert het niet	Geen verslaglegging	Protocol
R4	‘Zet je In de actuele situatie, je omschrijft het in je ABCDE en je doet het aan het fixatie kopje, hoe noem je dat...’	- Actuele situatie; - Assessment; - Fixatiekopje.	- SBARR; - Fixatiedocument	Protocol
R5	‘In de SBARR sowieso. Je moet het vastleggen en de fixatie dingetje in het SAP’	- SBARR; - Fixatie dingetje in het SAP.	- SBARR; - Fixatiedocument.	Protocol
R5	‘Ja, omdat ik ook moet vastleggen in het fixatie dingetje, dat doe ik ook altijd, omdat dat belangrijk is, dat je daar de naam van de arts bij zet, dat daar ook in staat dat je het overlegd hebt met eventueel naasten. Dat vind ik wel belangrijk om de zelf ook in te dekken, dat er niks fout gaat. En dan rapporteer ik het natuurlijk ook in mijn eigen rapportage van mijn eigen dienst: waarom ik die fixatie heb ingezet, wat ik gedaan heb, alvorens wat ik gedaan heb. En als ik daaraan denk, maar dat is wel niet altijd, dat ik het	- Gegevens medebesluitvormers - Assessment - Verpleegplan.	- Fixatiedocument - SBARR; - Verpleegplan.	Protocol

	ook in het verpleegplan in plan, omdat het tijdens de visite ook weer geëvalueerd moet worden'			
R6	'In de SBARR, in de actuele situatie, maar met name ook in het VROB het kopje 'VBI', dat formulier met een toestemming verkregen van de desbetreffende arts, waarmee je het kortsluit, zelf als verpleegkundige en een mede collega, volgens mij zelfs twee verpleegkundigen moeten dat zijn'	• SBARR; • VROB kopje VBI; • Gegevens medebesluitnemers	• SBARR; • Fixatiedocument;	Protocol
R6	'Ja bij de Poseybedden en Zweedse band wel, maar bij de andere dingen ik...en dan de stoel denk ik ook wel. En bij die andere maatregelen ben ik heel eerlijk, ik denk ik niet dat dat wordt toegepast. Maar ik denk het belangrijkste is bij de Zweedse band en het Poseybed, dat dat wel de twee grootste, ja En dan de stoel uiteraard, het blad. Dat zijn de 3 grootste waarvoor je dat moet invullen, maar ik denk als je het protocol volgt dat je dat dan bij alle VBI's moet toepassen, maar dat gebeurt denk ik niet'	• Bij zware VBI's rapporteer ik het wel in het fixatiedocument; • Bij minder zware VBI's rapporteer ik het niet in het fixatiedocument.	• Fixatiedocument • Verschil zwaarte VBI	Protocol Kennis en ervaring
R6	'Ja en dat doe ik zelf denk ik ook niet. Ik denk ook niet dat ik bij de stoel een fixatie aanmaak, maar ik rapporteer het denk ik wel'	• Ik rapporteer alle VBI's in het assessment.	• Verslaglegging	Protocol Kennis en ervaring

Tabel 12.14

Codeboom vraag 14

Vraag 14: Wat is jouw gevoel bij het inzetten van een VBI?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	‘Ik vind het meestal wel goed zeg maar voor de patiënt voor de veiligheid. Uhm, Ik vind het bij de oudere populatie zet ik het ook sneller in. Omdat die meestal ook al wankel op de benen zijn en het valgevaar wil je voorkomen. Bij jongere patiënten die dan vaak verward zijn vind ik het vaak lastiger. Omdat die het vaak ook kunnen ook ja voor de geest halen en voelen zich meestal ook ja kleineert van pas op en doe dit terwijl ze 30 40 bent en je krijgt zo’n interventie, ja geeft toch een impact op iemand. Maar dat komt hier vrij weinig voor.’	• Nuttig; • Patiëntenpopulatie; • Fysieke en mentale gevolgen.	• Zorg op maat • Patiëntencategorie • Fysieke en mentale gevolgen	Mening over VBI
R1	‘Ik vind het niet leuk voor de patiënt dat hun er dan uiteindelijk mee zitten want dat voel je altijd iemand krijgt hier altijd alles mee en vaak ben je er zelf niet van bewust dat patiënten dat allemaal meekrijgen als je eigenlijk in gesprek gaat het dan maak je wel vaak de angst van een opname of wat iemand heeft meegemaakt in trauma en dat vind ik wel vervelend om te ervaren dat iemand dat’	• Negatief gevoel; • Onbewust handelen; • Trauma.	• Onbewust • Fysieke en mentale gevolgen	Mening over VBI
R2	‘Nou ja, je doet het liever niet, maar als het wel voor iemand is, om zo bijvoorbeeld valgevaar te voorkomen met bijvoorbeeld een rolstoel, ja dan is het voor de patiënt zelf ook veiliger. Maar je hebt	• Negatief gevoel; • Veiligheid.	• Fysieke en mentale gevolgen • Veiligheid.	Mening over VBI

	natuurlijk liever niet dat iemand dat heeft, maar soms kun je niet anders'			
R2	'Nou ja daar heb ik geen goed gevoel bij. Het is natuurlijk gewoon niet fijn voor de patiënt, maar omdat zelf te doen bij iemand, dat is gewoon niet fijn'	Negatief gevoel.	Fysieke en mentale gevolgen	Mening over VBI
R3	'Ja vaak vind ik, voor mijn gevoel, wel lastig voor de familie als het voor de eerste keer zien'	Negatief gevoel.	Mentale en fysieke gevolgen	Mening over VBI
R3	hun hun moeder of vader in een posey bed wordt..., maar dan kun je ze dat Natuurlijk wel uitleggen waarvoor het ingezet wordt.	Communicatie met familie	Communicatie	Mening over VBI
R3	Ja natuurlijk op het begin, toen ik pas een opleiding was wel, maar...nu is het meer, ja je weet dat het goed is voor de patiënt. Beetje normaal geworden	- Kennis en ervaring VPK - Veiligheid; - Genormaliseerd.	- Kennis en ervaring - Veiligheid	Mening over VBI
R4	'Ikzelf vind het niet prettig. Ik zou er ook echt niet blij mee zijn als mijn familie daarmee zouden worden belast. Dat is omdat ik al eerder aangaf: mensen worden immobiel, incontinent, krijgen niet voldoende vocht en voeding binnen, ja'	- Negatief gevoel; - Fysieke en mentale gevolgen.	Fysieke en mentale gevolgen.	Mening over VBI
R4	'Dat vind ik niet menselijk'	Niet menselijk.	Onmenselijk.	Mening over VBI
R4	'Dan vind ik dat je gewoon moet kiezen voor, eventueel de keuze van, ja, is de patiënt ertoe in staat om die keuze te maken, of Je moet het overleggen met de familie in hoeverre... Maar Zweedse band en polsbandjes komt hier ook eigenlijk niet voor'	- Autonomie; - Medebesluitvormers.	Vrijheidsbeperkende interventies	Mening over VBI
R4	'Ja, vind ik ook tegen mijn gevoel ingaan, maar goed, als het nodig is en ik zie dat het nodig is dan doe ik het gewoon, klaar. Dan lig ik daar niet wakker van'	- Negatief gevoel; - Uitzondering; - Vrede.	- Fysieke en mentale gevolgen - Zorg op maat - Vrede	Mening over VBI

R5	‘Ik stel me altijd zelf in de situatie voor: stel dat het mijn vader is. Maar ik kan me voorstellen dat dat wel gebeurt, omdat er tijdsdruk is, of omdat er geen tijd is om iemand in de gaten te houden. En ik snap dat wel, want dat is ook tijdrovend in een avonddienst, of een drukke nachtdienst waarbij 10 keer moet binnenlopen, of 10 keer de patiënt terug op de kamer moet zetten, of weet ik veel. Maar ik zou dat nooit doen’	• Tijdsdruk.	• Beïnvloedende factoren	Mening over VBI
R6	‘Ja vaker controleren uiteraard, met name bij het Poseybed. Bij een laag-laagbed ook hè. Voordat je de kamer verlaat check je: ligt de valmat goed naast bed en is de optiscan op de goede plek?, doet hij het ook? Dat is ook vaak een dingetje, dan de patiënt in een laag-laagbed en in een keer lopen ze al half op de gang, omdat dan de optiscan niet aan staat’	• Patiënt regelmatig controleren	• Controleren	Mening over VBI
R6	‘Ja ik voel me bij bepaalde maatregelen... met name de Zweedse band, dat vind ik eigenlijk al niet oké, daar voel ik me niet fijn bij als verpleegkundige. Er zijn al helaas toch ongelukken mee gebeurd, echt het overlijden van patiënten. Dus als het ik dat zou moeten doen als verpleegkundige, dan heb ik daar geen prettig gevoel bij. Ongeacht de reden waarom ik iemand moet fixeren, gaat het tegen mijn gevoel in, wat het ook is dat iemand zich niet kan bewegen, of op een zij liggen, of rechtop wil zetten. Hij heeft daar zelf geen inspraak op. Kijk en een Poseybed, dat vind ik ook al, ja, ik denk altijd aan mezelf: hoe zou ik het zelf vinden als patiënt zijnde, maar ik denk niet dat iemand graag in een Poseybed ligt. Dus ik nee ik vind dat niet fijn voel me er niet prettig bij’	• Negatief gevoel • Vrijheidsbeperking	• Fysieke en mentale gevolgen; • Vrijheidsbeperkende interventie	Mening over VBI

Tabel 12.15

Codeboom vraag 15

Vraag 15: vind jij dat jouw kennis over VBI's voldoende is om kwalitatieve patiëntenzorg te leveren?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	'Ik vind het voldoende, maar het kan altijd beter zeg maar. Ik denk dat er soms dat ik soms te makkelijk over denk'	• Voldoende, kan beter • Makkelijk over nadenken	• Kennis • Geen kennis • Lichtzinnig.	Kennis en ervaring
R1	'Of soms niet goed over nadenk. Waarom en wat de impact dat voor iemand heeft en ook het stukje communiceren naar de patiënt. Waarom je iets inzet, dus voldoende maar kan beter'	• Makkelijk over nadenken • Communicatie naar patiënt	• Lichtzinnig; • Communicatie.	Kennis en ervaring
R2	'Nou ik weet in principe wel hoe ik daarmee om moet gaan, maar ik denk vooral qua het inzetten, dat ik dat niet weet hoe dat moet, omdat ik dat nog nooit gedaan heb'	• Omgang • Onvoldoende ervaring.	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R3	'Nee'	• Helemaal geen kennis	• Geen kennis.	Kennis en ervaring
R4	'Ja. Ik regel zelf regelmatig fixatie lessen, die worden gegeven door Sanne van de praktijkopleider. Ik zorg ervoor dat ik daar zelf ook bij ben. Ik ben op de hoogte van het protocol, dus ja Ik vind dat ik daar wel verantwoordelijk voor ben'	• Regelt fixatielessen; • Werkt volgens protocol • Verantwoordelijk.	• Kennis • Protocollair • Verantwoordelijkheid	Kennis en ervaring Protocol
R6	'Nee ik denk het niet. Ik denk dat wij als verpleegkundigen te weinig geschoold... of informatie bezitten, omdat eigenlijk allemaal te kunnen weten. Als je logisch nadenkt, denk ik wel dat ik heel veel weet en kennis heb van bepaalde dingen. Maar ik denk alsnog dat het onvoldoende kennis is om het op groter niveau, ja echt... Ik ben er eigenlijk	• Onvoldoende; • Te weinig scholingen.	• Geen kennis	Kennis en ervaring

	wel van bewust maar ja, ja ik denk dat ik lang niet alles weet wat ik zo moet weten, nee'			
--	---	--	--	--

Tabel 12.16

Codeboom vraag 16

Vraag 16: En wat denk je dat je nodig hebt van het MUMC+ om die kennis wel te krijgen?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectief codering label
R1	'Ik denk dat stukje bewustwording van oké waar ben je mee bezig en weet je wat je doet zoals het interview'	Bewustwording	Bewust	Hulpmiddelen MUMC+
R1	'Te weinig kennis sowieso op de werkvloer zelf Omdat er dus je beslist met een collega of met een arts aan de telefoon van jow gaan we dit doen? Prima doen we. In plaats van oké doen we het volgens de regels'	- Te weinig kennis; - Te weinig werken volgens de regels.	- Geen kennis - Niet protocollair	Hulpmiddelen MUMC+
R1	'En dat ook gemist in mijn opleiding en ook nu op de werkvloer'	Te weinig aandacht	Verminderde aandacht	Hulpmiddelen MUMC+
R1	'Dat denk ik niet. We varen heel vaak op ervaring, maar Ik denk dat we wel nog meer uit te halen is vooral bij die jonge garde wat net komen kijken'	- Onvoldoende kennis - Varen op ervaring	- Geen kennis - Kennis en ervaring	Hulpmiddelen MUMC+
R1	'Dus denk niet zo optimaal'	Niet optimaal	Geen kennis	Hulpmiddelen MUMC+
R2	'Ik denk gewoon een keer een werkbepreking, of gewoon een duidelijke PowerPoint, of een duidelijk formulier waar op staat hoe je het moet aanvragen of wat bepaalde regels zijn'	- Geschoold worden - Bepaalde regels	- Scholing - Handleiding	Hulpmiddelen MUMC+
R2	'Ik denk dat daar weinig aandacht aan'	Te weinig aandacht	Verminderde aandacht	Hulpmiddelen MUMC+

R3	‘Ja misschien iets van een iets van een, ehhh, iets van een training, of iets misschien, die ja zoals je net zei rapporteren. Ik zou bijvoorbeeld niet weten waar ik iets moet rapporteren, ehhh. Ja en hoe je het inzet, zou wel fijn zijn als ik daar meer informatie over krijg’	• Geschoold worden	• Scholing	Hulpmiddelen MUMC+
R3	‘Ja vaak als ik iets in ODIN opzoek, dan krijg ik niet het juiste wat ik moet hebben, Of de juiste naam, dan moet je wel een andere naam intikken bijvoorbeeld en dan pakt ie het niet, of dan zijn er geen resultaten, dus vaak is ook....’	• Onduidelijkheid	• Beïnvloedende factoren	Hulpmiddelen MUMC+
R5	‘Ik geef dus klinische lessen aan studenten, over het fixeren en voornamelijk bespreek ik dan het protocol, ik maak ze bewust van de filmpjes op kennisplein en ik doe het Zweedse band fixeren dan eigenlijk in de praktijk. Ik denk dat dat voor alle collega’s die nieuw zijn in huis goed zou zijn om bewustwording van het bestaan van het protocol, het bestaan van de filmpjes op kennisplein, wat je allemaal moet doen. Ja gewoon meer bewustwording, meer onder de aandacht brengen. Op sommige afdelingen komt het bijna niet voor, dus die weten dat vaak niet’	• Bewustwording • Onder de aandacht brengen	• Scholing • Bewust	Hulpmiddelen MUMC+
R5	‘Ja dat misschien, meer de verpleegkundigen daarin betrekken bij het nieuwe protocol schrijven, want ik begrijp het overgaan van ODIN naar Fillant?’	• Kennis en ervaring VPK	• Kennis en ervaring	Hulpmiddelen MUMC+
R5	‘Dat mag misschien wel meer, omdat vaak zijn bepaalde middelen gewoon niet beschikbaar. Geen Poseybed of zo. handvaten bedoelen we meer mee: beslistool, of een beslisboom, of... ‘	• Handvaten MUMC+ • Onvoldoende beschikbare hulpmiddelen	• Handvaten • Beïnvloedende factoren	Hulpmiddelen MUMC+
R6	‘Ik denk dat iedereen geschoold moet worden, net zoals we geschoold over de PICC-lijn, vind ik ook dat we geschoold moeten worden over welke VBI’s zijn er	• Geschoold worden • Duidelijke afspraken	• Scholing • Communicatie • Kennis en ervaring	Hulpmiddelen MUMC+

en op welke manier pas ik ze toe en dan duidelijke afspraken over maken. Kijk nu is dat natte vinger werk, iedereen doet wat hij zelf wil eigenlijk, in overleg met de arts van ja: die patiënt is onrustig, vind je het goed als hij in een Poseybed gelegd wordt. Artsen zijn zelf helemaal niet op de hoogte hoe het allemaal werkt, wat een VBI eigenlijk echt inhoudt, terwijl je dat wel van een arts zou mogen verwachten. Maar ik denk dat dat daar niet alleen als verpleegkundigen, maar ook op artsen niveau een heel groot stuk verantwoording hoort te liggen. Waardoor we allemaal fatsoenlijk geschoold moeten worden, uitleg moeten krijgen over de de maatregelen en dat het ziekenhuis ook andere middelen moet gaan aanschaffen om die grotere VBI's te gaan voorkomen, of zo min mogelijk in te zetten waardoor we denk ik dan, ja, veiliger klimaat creëren'	• Kennis en ervaring VPK		
--	--	--	--

Bijlage 13: Codeboom artsen

Tabel 13.1

Codeboom vraag 1

Vraag 1: wat is een VBI?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R7	Uh ja een vrijheidsbeperkende maatregel dan ontnem je iemand uh de vrijheid of ja dus je legt een beperking op waardoor iemand niet meer vrij kan bewegen of ja.	• Patiënt veiligheid • Beperking iemands veiligheid	• Veiligheid • Vrijheidsbeperkende interventie	Definitie VBI
R8	Uhhh nou ja een VBI staat Natuurlijk voor vrijheidsbeperkende ingreep nee uhhh weet ik eigenlijk niet. De maatregel in elk geval. Ja voor mij wat houdt het in elke maatregel die je neemt waarbij je iemand zijn vrijheid beperkt dus dat kan gaan van ja een zekere zin ook een opti flow hè of een optis scan die je gebruikt tot een ja ja valmat is natuurlijk in zekere zin ook wel een vrijheidsbeperkende maatregelen want je gaat wel kijken ja ja tot een poseybed natuurlijk en in een worst case, maar die gebruiken wij eigenlijk volgens mij ik heb hem al jaren niet meer gebruikt zijn de banden die je kan gebruiken of de polsbanden. En een voorzetblad ja dat soort dingen zijn natuurlijk wel in de ernstigere categorieën van vrijheidsbeperkende maatregelen die je kan nemen.	• Vrijheidsbeperkende maatregel • Beperking iemands veiligheid • Fixatiemaatregelen • Categorieën	• Vrijheidsbeperkende interventie	Definitie VBI

Tabel 13.2

Codeboom vraag 2

Vraag 2: zet je wel een preventieve of alternatieve maatregelen in?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R7	‘Nou ik denk dat je altijd begint met preventieve of alternatieve maatregelen, dus je kan bijvoorbeeld aan medicatie denken, maar ook aan meer structuur op een dag. Je kan een klok ophangen, of dat soort dingen doen. Je kan bijvoorbeeld familie laten komen, dus ik denk dat dat dingen zijn waar je eerst aan moet denken. Voor dat je iemand uhh.’	• Preventieve alternatieve maatregelen	en • Preventieve alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen
R7	‘En je kan familie vragen om hier aanwezig te zijn buiten de bezoeken om.’	• Preventieve alternatieve maatregelen	en • Preventieve alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen
R7	‘Uhm even denken. Ja ik denk over het algemeen dat je die mensen ook goed aan doet om die mensen op een eenpersoonskamer te leggen en niet op een vierpersoonskamer laat liggen. En verder, ik denk dat dat een beetje de meest ingezette zijn zo ongeveer.’	• Preventieve alternatieve maatregelen	en • Preventieve alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen
R8	‘We proberen zoveel mogelijk te werken met rooming in. Ja dat denk ik te degene waarvan ik persoonlijk denk dat ze die dat die de meest effectieve maatregel is die je anders kan kiezen dan iets van een vrijheidsbeperkende interventie.’	• Preventieve alternatieve maatregelen	en • Preventieve alternatieve maatregelen	Preventieve en alternatieve maatregelen

R8	Nou ja in eerste instantie wil je natuurlijk de oriëntatie zo goed mogelijk krijgen. Dus we hebben zo'n oriëntatie box die we gebruiken met een klok en een kalender. Uhm ja, foto's van van familieleden of partner of kinderen, een eigen kussen, dat soort dingen kunnen vaak ook al helpen om mensen minder delirant te maken of een delier te voorkomen bij mensen die prown zijn om een delier te krijgen.	• Preventieve alternatieve maatregelen • Risicodrag	en	• Preventieve alternatieve maatregelen • Patiëntencategorie	en	Preventieve en alternatieve maatregelen Beïnvloedende factoren
R8	'Ja of we ze echt preventief goed inzetten daar heb ik al mijn twijfels bij in die zin daar denk je vaak aan bij mensen die bijvoorbeeld die echt dementerend zijn denk je daar wat makkelijker wat sneller aan. Omdat je weet van oké ja de kans dat deze gaat ontsporen is echt wel heel erg groot en dan denk je er eerder aan van nou neem bijvoorbeeld een kussen mee of foto's of zo een oriëntatie box. Ja rooming in ook wel hoor in die categorie. Maar je hebt natuurlijk een hele grote categorie mensen die cognitief waarvan je dacht cognitief zijn die eigenlijk best wel goed hè en dat die die dat delier ontstaat dan gedurende de opname en dan ben je vaak te laat om het nog te voorkomen.'	• Zorg op maat • Risicodrag • Preventieve alternatieve maatregelen	en	• Zorg op maat • Patiëntencategorie • Preventieve alternatieve maatregelen	en	Mening over VBI Beïnvloedende factoren preventieve en alternatieve maatregelen
R8	'Ow sorry, ja uhm ja Ik denk dat we stiekem toch wel vaak te laat zijn als ik zo zit te denken. Meestal heb je al iets nodig gehad voordat je nadenkt van hoe kan ik ervoor zorgen dat dat niet meer nodig hebt dus vaak heb je dan al ja en je kan je afvragen is het heel erg als je een opti scan nodig hebt of een laag lage bed. Uhm maar als je zegt ja dat dat wil je ook voorkomen ja dan zou je al in een vroeger stadium moeten denken aan die rooming in of aan ja een oriëntatie box.'	• Ervaring		• Ervaring artsen		Kennis en ervaringen artsen

Tabel 13.3

Codeboom vraag 3

Vraag 3: Ben je bekend met het protocol VBI wat het MUMC+ aanbiedt?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R7	‘Ik moet zeggen dat ik het nooit bewust heb opgezocht, nee.’	• Kent het protocol niet	• Geen kennis	Kennis en ervaring
R7	‘Ik heb het een keer doorgenomen maar dat was op de spoedeisende hulp al tijdens mijn studie. Dat was toevallig ook hier. Maar sinds ik op afdeling sta heb ik het nooit geraadpleegt, nee nee.’	• Kan het vinden	• Vindbaar	Kennis en ervaring
R8	‘Oh Ik weet dat die er is, dus in die zin ben ik ermee bekend. Als je me gaat vragen open je wel eens? Nee, dat het eerlijke antwoord.’	• Kan het vinden • Past niet toe	• Vindbaar	Kennis en ervaring
R8	‘Ja.. Waarom niet? Omdat we vaak de verpleging zegt van Ik wil graag dit of dit of dit inzetten en als ik denk dat dat zinvol is en de beste optie, dan codeer ik dat. Uhm ja en dan... Dan weet ik niet wat ik nog meer kan halen uit het protocol laat ik het zo zeggen. ‘	• Vertrouwen in verpleegkundige	• Ervaring	Kennis en ervaring
R8	‘Maar goed misschien mis ik iets want Ik weet dus niet exact wat er in het protocol staat.’	• Kent het protocol niet	• Geen kennis	Kennis en ervaring

Tabel 13.4*Codeboom vraag 4*

Vraag 4: raadpleeg je het protocol voor dat je een VBI inzet?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R7	‘nee’	• Geen gebruik van protocol	• Niet protocollair	Protocol
R8	‘Het antwoord is nee.’	• Geen gebruik van protocol	• Niet protocollair	protocol

Tabel 13.5*Codeboom vraag 5*

Vraag 5: ga je altijd de patiënt beoordelen als er een VBI wordt ingezet?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R7	‘Ja dat is altijd een beetje een lastige want ik denk dat dat wel altijd je doel is, maar ik kan me ook voorstellen dat dat niet altijd gebeurt. Uhh als je alleen bent in de nacht en je hebt het druk, dat je zegt oke regel het maar vast, maar ik kom zelf altijd wel kijken. Maar het kan ook zijn dat ik zeg, zet het maar alvast in en dat ik daarna dan kom.’	• Tijdsdruk • Altijd beoordelen • Late dienst en nacht dienst	• Protocollair • Beïnvloedende factoren	Protocol Beïnvloedende factoren
R8	‘Uhm ja, ze bellen dat, ze bellen daarover waarschijnlijk met name ‘s avonds en s ’s nachts, hè.’	• Late dienst en nacht dienst	• Beïnvloedende factoren • Niet protocollair	Beïnvloedende factoren Protocol

Nu ben ik niet meer de dokter die dan hier rondloopt. Even terugdenken aan mijn assistenten tijd. Uhm Ik denk dat dat er helemaal vanaf hangt wat het verhaal is dus hoe goed de verpleegkundige het verhaal kan vertellen. Ik denk niet dat je zo een blind moet zeggen, ja doe maar. Dus Ik denk dat dat ik wel altijd zal hebben doorgevraagd ja waarom wil je dit dan nu en wat is er nu anders dan gisteren? Of hè, waarom is het nu wel nodig en was het gisteren niet nodig bijvoorbeeld en Ik denk niet dat ik bij elke patiënt zal ga komen beoordelen tenzij dat de verpleegkunde zegt Ik wil wel echt dat je komt hè. Maar dat ik daar wel een selectie in heb gemaakt vroeger. Omdat je Natuurlijk vroeger. Ja vroeger, zolang geleden is dit niet. Maar was je hier In de nacht alleen en dan had je gewoon patiënten op de spoed ja dan ja is het ook wel lastig om dan acuut even naar boven te gaan om die patiënt te beoordelen of die dan in een poseybed mag. Want juist de verpleegkundige wil ook niet dat je een uur later komt want dan zit hij alsnog een uur met die patiënt.'	• Tijdsdruk • Kennis en ervaring VPK • Onderbouwing telefonisch	• Kennis en ervaring • Telefonisch contact	Kennis en ervaring
--	---	---	---------------------------

Tabel 13.6*Codeboom vraag 6*

Vraag 6: Heb jij het gevoel dat je verantwoordelijkheid hebt met betrekking tot het de-escaleren en de escaleren van VBI's?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R7	'Ja want ik ben degene die het oplegt.'	• Verantwoordelijkheid	• verantwoordelijkheid	kennis en ervaring
R8	'Ja, Ik vind dat we dat gewoon elke dag of dat doen we ook elke dag evalueren. Is deze VBI nog nodig en kunnen we eventueel een stap terug.'	• Evalueren • verantwoordelijkheid	• communicatie • verantwoordelijkheid	kennis en ervaring
R8	'Al vind ik het zeker wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid want de verpleegkundigen ziet die patiënt natuurlijk veel meer dan ik die patiënt zien, dus ja.'	• Gezamenlijke verantwoordelijkheid	• verantwoordelijkheid	kennis en ervaring

Tabel 13.7*Codeboom vraag 7*

Vraag 7: wat is jouw gevoel bij het inzetten van een VBI ?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R7	'Ja dat ligt een beetje aan de categorie denk ik. Want ik denk heel veel wat je hier doet valt in die eerste categorieën, denk ik. Dat zijn wel maatregelen, dat zijn medicatie toedienen en, ik vind dat je tot aan een poseybed of een rolstoel met voorblad is voor sommige	• Afhankelijk categorie • Negatief gevoel • Communicatie met familie	• Afhankelijk zwaarte VBI • Fysieke en mentale gevolgen • communicatie	mening over VBI

	mensen ook al heel lastig. Maar dat is, dat vind ik in die zin minder moeilijk dan het opleggen van bijvoorbeeld een fixatiemaatregel ofzo. Maar het is heel lastig want die mensen zijn natuurlijk verward dus die begrijpen niet waarom je doet wat je doet. Uuh en dat is soms wel eens lastig ja. Maar ik heb wel vaak als je dan de familie uhh daar goed over informeert en je maakt samen het besluit, ik ben natuurlijk uiteindelijk verantwoordelijk, maar dat ik wel altijd in overleg. Dan denk ik dat je daar in die zin goed aan doet.'			
R7	'Nee dat vind ik niet normaal. Nee gelukkig niet.'	• Negatief gevoel	• Fysieke en mentale gevolgen	mening over VBI
R7	'Maar ik denk dat je in die zin ook wel een soort van wend aan het beeld. Maar het is natuurlijk als je zo iemand in bed ziet liggen en degene is niet comfortabel. Dan is het nooit fijn om te zien ook als ben je gewend aan het beeld. Dus dat ik wat ik uhhh.'	• genormaliseerd	• kennis en ervaring	mening over VBI
R8	'Ja, dat is wel een lastige vraag. Kijk In de ideale wereld wil je hem niet gebruiken. Maar ik denk wel hè een VBI in de vorm van een laag-laag bed of een optiscan of een valmat dat soort dingen. Uhm ja, Ik vind die categorie wel heel erg laag. Ik denk dat je daar dat je daar meer schade mee doet als je hem niet inzet bij een patiënt die val gevaarlijk is of niet veilig kan lopen maar wel uit bed stapt dan dat je hem niet gebruikt. Het is daar vind ik ja heb ik qua ethiek wat minder moeite mee. Uhm het poseybed is al een lastigere. Omdat je natuurlijk echt letterlijk iemand opsluit en Ik heb daar wel persoonlijk hele goede ervaringen mee dat je echt patiënten daar heel rustig van ziet worden en ook	• Negatief gevoel • Ervaring • Afhankelijk categorie	• Fysieke en mentale gevolgen • Kennis en ervaring • Afhankelijk zwaarte VBI	mening over VBI

	gewoon goede nachtrust die heeft en dan is de kunst niet te lang In het poseybed te Laten. Want dan ervaren ze dat echt wel als opsluiten en dan kunnen ze je dat ook wel weer terug vertellen als ze uit een delier zijn. Maar ik heb ook wel ervaringen dat mensen daar echt enorm averechts op hebben gereageerd. Ja, het is gewoon heel lastig, dat weet je niet van tevoren. Dus Ik denk dat je dat ja goed moet afwegen en elke dag ook goed moet bespreken en ook met de patiënt moet bespreken, ook al is het 's avonds 's nachts delirant dan kun je daar toch 's ochtends of iets later op de ochtend wel met die patiënt over praten. Ja niet alle patiënten maar een groot deel van hoe is dat en ja hoe ging dat nou vannacht dan heb je daar last van gehad of niet?’			
R8	‘Ja en ook met de familie gewoon heel erg goed bespreken. Want familie denkt ook vaak ja je sluit mijn pap, mijn mama, je broer of zus whatever op in een ja in een in tent bed. Ja sommige mensen zien dat dat een soort kooi dat je een dier in een kooi stopt, wat ik allemaal ook wel begrijp. Alleen ja nogmaals als je ook wel heel regelmatig positieve ervaringen hebt dan ja dan moet je dat dat dat ook goed kan zijn patiënt.’	• Communicatie familie	• Communicatie	mening over VBI

Tabel 13.8

Codeboom vraag 8

Vraag 8: vind jij dat jouw kennis over VBI voldoende is om kwalitatieve patiëntenzorg te leveren?				
R	Fragment	Open codering label	Axiaal codering label	Selectieve codering label
R7	‘Uhh, ja weet ik niet. Ik denk dat je altijd in situaties kan komen waarover ja waar je dan aan twijfelt. Maar daarvoor werken we in een team. We hebben ook altijd een achterwacht die je kan bellen. Ik denk dat de maatregelen die we hier op de afdeling inzetten, daar voel ik me wel comfortabel genoeg bij.’	• Voldoende, kan beter • Werken in teamverband	• Kennis • communicatie	kennis en ervaring
R8	‘Nou ja zou stom zijn als ik nu nee zou zeggen natuurlijk. Maar nu we het er zo over hebben, nu je het natuurlijk vroeg. Ik heb expres niet het protocol gaan lezen want ik dacht dat is niet eerlijk. Uhm denk ik wel van misschien is het goed om daar zelf weer wat meer bewust van te zijn en zelf weer wat meer kennis ervan te hebben. En nogmaals Ik denk dat de verpleging op onze afdeling daar ja best wel in getraind is. Uh dus misschien ben ik op die manier ook daar wel lui in geworden. Maar ja ik denk dat daar wel ruimte voor verbetering is ja.’	• Voldoende, kan beter • Vertrouwen verpleegkundige	• Kennis • ervaring	kennis en ervaring