

Delier, verdwalen en de weg terug vinden dankzij verpleegkundigen

DE TIJD DIE VERPLEEGKUNDIGEN BESTEDEN AAN
DELIRANTE PATIËNTEN EN DE ERVARING OMTRENT
DEZE ZORG



Titel:

Delier, het verdwalen en de weg terug vinden dankzij verpleegkundigen.

Ondertitel:

De tijd die verpleegkundigen besteden aan delirante patiënten en de ervaring omtrent deze zorg.

Auteur:

Charlotte Reukers
2072762
24R4 afstuderen GR8

Peergroep:

Nikki Huijbregts
2073350

Karin Sips
2120825

Karlijn van Wesel
2077083

Begeleidend docent:

Marleen Huijben
m.huijben-schoenmakers@avans.nl

Beoordelend docent:

Marloes Alting Siberg
m.altingsiberg@avans.nl

Opleiding:

Avans Hogeschool te Breda
Opleiding: Bachelor opleiding verpleegkunde, voltijd
Academie Algemene Gezondheidszorg (AGZ)
Afstudeerperiode: september 2017 – januari 2017

Opdrachtgevers:

Sanne de Jong
s.dejong@bravis.nl

Esther van Pelt
e.vanpelt@bravis.nl
Bravis Ziekenhuis te Bergen op Zoom, afdeling Geriatrie

Inleverdatum:

Vrijdag 15 december 2017, eerste gelegenheid

Aantal woorden onderzoeksverslag: 14.235

Aantal woorden Nederlandse samenvatting: 399

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek “Delier, verdwalen en de weg terug vinden dankzij verpleegkundigen”. Het betreft een onderzoek naar de hoeveelheid tijd die verpleegkundigen besteden aan delirante patiënten en hoe zij deze zorg ervaren. Het onderzoek is uitgevoerd binnen het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom op afdeling Geriatrie. Het onderzoek is in opdracht van praktijkcoach S. de Jong. In het kader van de afstudeerfase van HBO-Verpleegkunde aan Avans Hogeschool is dit onderzoek uitgevoerd en geschreven.

Samen met mijn begeleidend docent M. Huijben en praktijkcoach S. de Jong is de onderzoeksvraag tot stand gekomen. Na een uitgebreid en tevens interessant mixed approach onderzoek is de onderzoeksvraag beantwoord. Gedurende het onderzoek stonden M. Huijben, S. de Jong en mijn collega's op de werkvloer altijd voor mij klaar, daarvoor spreek ik mijn dank uit. Tevens spreek ik mijn dank uit naar alle respondenten, zonder de medewerking en input van hen was er geen conclusie tot stand gekomen op de onderzoeksvraag. Tot slot wil ik mijn medestudenten uit de peergroep bedanken voor alle steun, feedback, tijd en aandacht die ik van hen heb mogen ontvangen.

Charlotte Reukers

Breda, 13 -12-2017

Samenvatting

Inleiding:

Uit literatuur is gebleken dat de vergrijzing van Nederland steeds verder toeneemt. Met deze toenemende vergrijzing nemen het aantal ouderen met complexe en meervoudige problematiek toe. Een veel voorkomende complicatie bij ouderen is een delier. Patiënten met een hyperactief delier worden als een zware patiënt ervaren. Om deze reden is dit onderzoek verricht binnen deze afdeling. De onderzoeksvraag luidt: "Hoeveel tijd besteedt de verpleegkundige, van afdeling Geriatrie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom, aan de zorg aan delirante patiënten en hoe ervaart de verpleegkundige deze zorg?"

Methode:

Aansluitend op de onderzoeksvraag is er een mixed approach onderzoek uitgevoerd. Om inzicht te krijgen in de tijd die verpleegkundigen besteden aan delirante patiënten is er een observatielijst opgesteld. De observaties zijn tijdens verschillende diensten uitgevoerd. De onderzoekspopulatie hiervoor betrof 11 respondenten. De verkregen data werd geanalyseerd middels SPSS. Om inzicht te krijgen in de ervaring van verpleegkundigen omtrent deze zorg zijn semigestructureerde interviews, middels een topiclijst, afgenomen. De onderzoekspopulatie hiervoor betrof 6 respondenten. Deze 6 respondenten waren tevens geobserveerd. De verkregen data werd geanalyseerd middels de stappen van Hycner.

Resultaten:

Uit de resultaten van de kwantitatieve dataverzameling is gebleken dat de 11 respondenten totaal 2405 minuten zorg hebben verleend aan delirante patiënten en aan niet-delirante patiënten 2425 minuten. Totaal waren er voor 31 delirante en 31 niet-delirante patiënten gezorgd. De zorg aan een delirante patiënt in een hyperactief delier wordt als zwaar ervaren. Een aantal verpleegkundigen benoemen dat zij deze zorg ook als leuk ervaren. Tevens werd er aangegeven dat de patiënt in een hypoactief delier makkelijker vergeten werd.

Discussie:

Door het gebruik van peerreview en triangulatie is de betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd. De membercheck is niet volledig uitgevoerd wat leidt tot zwakte van de interviews. De respondenten wisten niet op welke activiteiten zij geobserveerd werden, dit om vertekening van resultaten te voorkomen. De semigestructureerde interviews hebben plaats gevonden door middel van de selectieve gelegenheidssteekproef. Dit leidde tot zwakte van het kwalitatieve onderzoek.

Conclusie:

Naar aanleiding van dit praktijkgerichte onderzoek kan geconcludeerd worden dat verpleegkundigen, op een minimaal verschil na, meer tijd besteden aan niet-delirante patiënten. De verpleegkundigen ervaren zorg aan een patiënt in een hyperactief delier als zwaar, zowel fysiek als psychisch. Tevens werd er aangegeven dat de zorg ook als leuk ervaren wordt. Er wordt aangegeven dat de patiënt in een hypoactief delier makkelijker vergeten wordt tijdens een dienst, omdat deze patiënt dermate stil is.

Inhoud

Inleiding.....	6
Doel- en vraagstelling.....	11
Leeswijzer	12
Methode van praktijkgericht onderzoek.....	13
Onderzoeksdesign	13
Onderzoekspopulatie en steekproef.....	13
Meetinstrumenten	15
Betrouwbaarheid en validiteit meetinstrumenten	21
Observatielijst.....	21
Interviews	21
Data-analyse	22
Kwantitatieve onderzoek	22
Kwalitatief onderzoek.....	22
Ethisch aspect.....	26
Resultaten	27
Resultaten kwantitatief onderzoek.....	27
Resultaten kwalitatief onderzoek	33
Samenvatting kwantitatieve resultaten	35
Samenvatting kwalitatieve resultaten.....	35
Discussie	37
Kritische reflectie op resultaten	37
Kritische reflectie op methode.....	38
Conclusie	42
Aanbevelingen.....	43
Literatuurlijst	45
Bijlage 1: Methode literatuurstudie	47
Tekstplan	47
Zoektermen	47
Beschrijving databanken	47
In- en exclusiecriteria	48
Zoekstrategie.....	48
Overige bronnen.....	51
Bijlage 2: Codatie topics	52

Bijlage 3: Transcriptie en codatie interviews	53
Proefinterview:.....	53
Interview 1:.....	58
Interview 2:.....	61
Interview 3:.....	65
Interview 4:.....	70
Interview 5:.....	73
Bijlage 4: Gecodeerd interview door lid van de peergroep	77
Bijlage 5: Aantal minuten per activiteit per soort dienst	81
Bijlage 6: Oud meetinstrument	88
Bijlage 7: Nieuw meetinstrument	91
Bijlage 8: Proefmeting observatie	97
Bijlage 9: Inge vulde observatielijsten.....	98
Bijlage 10: Schema interviews	120
Bijlage 11: Codeboek interviews	121
Bijlage 12: Informatiebrief membercheck.....	127
Bijlage 13: Samenvattingen interviews met membercheck.....	128
Proefinterview	128
Interview 2.....	129
Interview 4.....	130
Bijlage 14: Samenvattingen zonder membercheck.....	131
Samenvatting interview 3.....	131
Samenvatting interview 5.....	133
Samenvatting interview 6.....	134
Bijlage 15: Tijdspad.....	135

Inleiding

“Op 1 januari 2015 telde Nederland iets meer dan drie miljoen inwoners van 65 jaar of ouder. Daarmee maakten 65-plussers bijna achttien procent uit van de totale bevolking” (Kooiman & Boerdam, 2016, p. 16). Dat is ruim een verdubbeling ten opzichte van halverwege vorige eeuw (Kooiman & Boerdam, 2016, p. 16). In 2016 zijn er totaal 148.997 personen van 65 jaar en ouder overleden (CBS, 2017). Te verwachten is, doordat de vergrijzing zal blijven toenemen, dat het aantal ouderen dat overlijdt ieder jaar zal blijven stijgen (CBS, 2017). “Met de vergrijzing neemt ook het aantal ouderen met complexere en meervoudige problematiek toe” (Van Rossum & Van Hout, 2016, p. 451). Van deze 148.997 personen van 65 jaar en ouder die in 2016 zijn overleden, zijn er 11.392 personen overleden ten gevolge van een psychische stoornis (CBS, 2017). Psychische stoornissen door alcohol, drugs en vluchtige oplosmiddelen zijn geëxcludeerd bij dit sterftecijfer (CBS, 2017). Volgens de DSM V (2014, p. 422) hoort het ziektebeeld delirium bij de classificatie van psychische stoornissen. 40% van de ouderen die de diagnose delirium hebben gekregen komt binnen een jaar te overlijden. Dit zijn met name ouderen die een maligne tumor of een ernstige onderliggende somatische ziekte hebben. De ouderen die niet binnen dit eerste jaar na de diagnose komen te overlijden, hebben een drie keer zo grote kans om opgenomen te worden in een verpleeghuis (Vereniging van Psychiatrie, DSM V, 2014).

“Het delier is een neuropsychiatrisch syndroom, dat wordt gekenmerkt door een veranderd bewustzijn, stoornissen in aandacht, concentratie en denken. Per definitie wordt een delier uitgelokt door een onderliggende lichamelijke ziekte of een geneesmiddel” (Van Gemert, Scholtens, & Beishuizen, 2016, p. 55-60). De termen delier, delirium en delirant beeld worden in de literatuur door elkaar gebruikt, maar hebben dezelfde betekenis. “Vooral oudere mensen zijn gevoelig voor een delirium, vergeleken met jonge volwassenen” (Vereniging van Psychiatrie, DSM V, 2014). Van Gemert, Scholtens en Beishuizen (2016, p. 55 – 56) zeggen over de frequentie van het delier: “het syndroom wordt gezien bij 18-37 % van de acuut opgenomen ouderen op een verpleegafdeling”. Echter wordt het ziektebeeld delirium niet altijd erkend door artsen en verpleegkundigen. Vaak wordt het gezien als een normaal fenomeen dat hoort bij de veroudering (Conley, 2011, geciteerd in Inouye, Foreman, Mion, Katz, & Cooney, 2001). “Ouderen met een delirium vertonen ook een ongeveer drie keer zo grote functionele achteruitgang als patiënten in een ziekenhuis die geen delirium hebben, zowel bij ontslag als drie maanden na het ontslag” (Vereniging van Psychiatrie, DSM V, 2014).

Een delier kan door verschillende factoren worden uitgelokt. Bij deze uitlokkende factoren wordt er onderscheid gemaakt tussen predisponerende en precipiterende factoren (Van Gemert, Scholtens, & Beishuizen, 2016, p. 55-60).

“Predisponerende factoren zijn kenmerken van de patiënt die zorgen dat iemand extra kwetsbaar is voor het krijgen van een delier, zoals dementie of een hoge leeftijd. Een precipiterende factor kan een delier luxeren of uitlokken, bijvoorbeeld een infectie of operatie” (Van Gemert et al., 2016, p. 56). Dit wil zeggen dat er niet-beïnvloedbare factoren zijn zoals leeftijd of een primair ziektebeeld die een delier kunnen uitlokken. En dat een delirant beeld uitgelokt kan worden of tot stand kan worden gebracht door beïnvloedbare factoren, zoals een infectie.

Van een delier kunnen er verschillende verschijningsvormen voorkomen (Van Der Weele et al., 2014). Het hyperactieve delier kenmerkt zich door agitatie, motorische onrust, rusteloosheid, verminderde controle, verbale agressie en afwenden naar de zorgverleners.

De patiënt is frequent hyperalert. De zorg voor de patiënt met een hyperactief delier wordt vaak als moeilijk ervaren.

Hierdoor wordt er hulp van andere collega's en disciplines ingezet (Van Der Weele et al., 2014). Het zo genoemde stille delier is een andere vorm van het delirant beeld. Dit is de hypoactieve vorm, waarbij er sprake is van bewegingsarmoede en verminderde interactie met de omgeving. Het stille delier kan ook gekenmerkt worden door minder en langzaam spreken, verlaagd bewustzijn van de omgeving, teruggetrokken gedrag of apathie. Deze patiënt wordt over het algemeen als een makkelijke patiënt ervaren, omdat de patiënt teruggetrokken en rustig is (Van Der Weele et al., 2014). Als laatste vorm van het delirium is er een gemengd delirant beeld. Bij deze vorm wisselt de patiënt in het gedrag tussen hypoactiviteit en hyperactiviteit. Dit gemengde delirante beeld komt veel bij ouderen voor (Van Der Weele et al., 2014). "Vergeleken met het hyperactieve delirium of gemengd delirium is het hypoactieve delirium vaak moeilijk te identificeren en diagnosticeren omdat het erg lijkt op een depressie" (Faught, 2014, p. 302).

"De primaire behandeling van het delier bestaat uit de behandeling van de uitlokkende factor van het delier" (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie [NVKG] 2013, p. 58). Het delirante beeld duurt tijdens een ziekenhuisopname ongeveer één week. Echter kan het zijn dat sommige symptomen langer aanhouden. Dit kan zelfs nog tot na ontslag uit het ziekenhuis (Van Der Weele et al., 2014).

Bij de zorg voor de delirante patiënt heeft de verpleegkundige, volgens de CanMEDS rollen, een belangrijke taak in de zorgverlening. CanMEDS is de afkorting van Canadian Medical Education Directions for Specialist. In het beroepsprofiel van de verpleegkundige 2020 zijn de CanMEDS rollen opgenomen. Deze rollen bevatten zeven competentiegebieden, waarbij de kern van de beroepsuitoefening de verpleegkundige als zorgverlener is. (Verpleegkundigen & Verzorgenden [V&VN], 2016, p. 19). V&VN (2016, p. 19) beschrijft deze competentiegebieden als volgt:

De competentiegebieden zijn in dit beroepsprofiel als volgt uitgewerkt:

- 1) Vakinhoudelijk handelen: de verpleegkundige als zorgverlener.
- 2) Communicatie: de verpleegkundige als communicator.
- 3) Samenwerking: de verpleegkundige als samenwerkingspartner.
- 4) Kennis en wetenschap: de verpleegkundige als reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap.
- 5) Maatschappelijk handelen: de verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar.
- 6) Organisatie: de verpleegkundige als organisator.
- 7) Professionaliteit en kwaliteit: de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar.

Zoals bovenstaande te lezen zijn er in totaal zeven CanMEDS rollen. Elke rol bevat zorgaspecten die van belang zijn bij de delirante patiënt, omdat de delirante patiënt een complexe patiënt is. Hieronder worden twee van de zeven CanMEDS rollen in het bijzonder benadrukt, omdat deze twee rollen benadrukken hoe complex de delirante patiënt kan zijn.

De verpleegkundige in de zorg voor een delirante patiënt vervult de rol van zorgverlener en van gezondheidsbevorderaar.

In de rol van zorgverlener aan de delirante patiënt richt de verpleegkundige zich op symptoomreductie van:

- “Gestoord bewustzijn;
- Gestoorte aandacht;
- Gestoorte oriëntatie en geheugen;
- Gestoorte waarneming;
- Gestoorte prikkelverwerking;
- Angst”(NVKG, 2013, p. 51).

Symptoomreductie wil zeggen dat de verpleegkundige zich richt op het verminderen van bepaalde symptomen die horen bij het delier (NVKG, 2013, p. 66). Deze symptoomreductie is van belang, omdat deze symptomen een delier mede in stand houden. De primaire factor van het delier moet worden behandeld, maar ook de symptomen die hierbij komen kijken. Als deze symptomen worden verminderd of worden afgenomen heeft dit een positieve invloed op het delier. Bij gestoorde oriëntatie en geheugen is het van belang dat de verpleegkundige duidelijke oriëntatiepunten maakt voor de patiënt. Dit kan onder andere goede bewegwijzering en een klok en kalender zijn (NVKG, 2013, p. 66). Bij oriëntatie en geheugen hoort ook dat de verpleegkundige steeds opnieuw uitlegt waar de patiënt zich bevindt, waarvoor de patiënt is opgenomen en wie de verpleegkundige is (NVKG, 2013, p. 49). Bovengenoemde factoren zijn specifieke factoren die bij een delirant beeld voorkomen. De delirante patiënt is gedesorienteerd in plaats en tijd, kan hallucinaties hebben en is snel afgeleid. Als deze factoren worden verminderd wordt het delirant beeld uiteindelijk ook minder (NVKG, 2013, p. 51).

De verpleegkundige in de rol van gezondheidsbevorderaar dient zorg te verlenen ten aanzien van preventie rondom het delirant beeld en het herstellen van het delier. De preventie richt zich met name op de beïnvloedbare factoren die een delier kunnen uitlokken. Dit kan medicatie zijn, maar ook ondervoeding, dehydratie, slaapdeprivatie, immobiliteit en visus- en gehoorbeperking (Van Der Weele et al., 2014). “Dehydratie betekend een tekort aan vocht in de weefsels”(Jochems & Joosten, 2012). Met slaapdeprivatie wordt ernstig slaapttekort bedoeld (Jochems & Joosten, 2012).

Het herstellen van het delier richt zich met name op:

- “Reductie van risicofactoren;
- Zorgen voor voldoende vocht en voeding;
- Goede uitscheiding;
- Voldoende mobiliteit;
- Optimaliseren van visus en gehoor;
- Veiligheid;
- Zorg voor naasten” (NVKG, 2013, p. 51).

Als aan bovenstaande factoren aandacht wordt gegeven door de verpleegkundige zal het herstel van de patiënt met het delier sneller verlopen (NVKG, 2013, p. 42 -51). Een goede observatie voor risicofactoren is van belang, omdat de risicofactoren dan tijdig gereduceerd kunnen worden. Hierdoor wordt de prognose na het delier beter. Als de vocht- en voedingshuishouding goed verloopt, heeft de patiënt minder kans op dehydratie en ondervoeding. Dehydratie en ondervoeding kunnen als gevolg hebben dat het delier in stand blijft of er een delier ontstaat. Al deze factoren zijn van belang om het delier te verkorten en de prognose na het delier te verbeteren (NVKG, 2013, p. 42 -51). Tevens is het van belang dat de verpleegkundige in de rol van gezondheidsbevorderaar een heteroanamnese afneemt.

Dit, omdat er de mogelijkheid bestaat dat de anamnese niet betrouwbaar is. De patiënt met een delier verkeert in een wisselende toestand wat voor onbetrouwbare informatie kan zorgen (Van Der Weele et al., 2014).

De verpleegkundige in de zorg aan de delirante patiënt kan verschillende interventies inzetten. Dit kunnen interventies zijn voor de behandeling van het delier, verpleegkundige interventies, maar ook interventies voor de veiligheid van de patiënt en diens omgeving (NVKG, 2013, p. 9).

Medicatie inzetten is een van de interventies die kan worden gebruikt voor de behandeling van een delirium (NVKG, 2013, p. 58). Het kan een waardevol aanvullend onderdeel zijn voor de behandeling. Als de verpleegkundige zo nodig medicatie verstrekt of medicatie verstrekt op voorschrift van de arts, dan heeft de verpleegkundige een belangrijke rol in het signaleren van bijwerkingen en/of complicaties die kunnen optreden bij de patiënt. De patiënt met een delier is een kwetsbare patiënt, daarom kan deze patiënt extra gevoelig zijn voor bijwerkingen en/of complicaties (NVKG, 2013, p. 58). De medicamenten die worden ingezet moeten wel aan een aantal voorwaarden voldoen. De medicamenten dienen veilig en effectief te zijn in het bekorten van de duur van het delier en om symptomen te verminderen of onderdrukken (NVKG, 2013, p. 58). In de dagelijkse praktijk wordt er gezien dat therapeutische medicatie met name ingezet wordt om de symptomen van een delier te onderdrukken. Verschillende groepen medicatie worden ingezet bij de behandeling van het delier, zoals klassieke antipsychotica, atypische antipsychotica en benzodiazepines (NVKG, 2013, p. 58). “Haloperidol is in Nederland het meest toegepaste middel” (NVKG, 2013, geciteerd in Metha et al., 2010; Kleijer et al., 2009). Haloperidol behoort tot de groep klassieke antipsychotica. Welke medicatie wordt ingezet hangt af van de symptomen en het soort delirium (NVKG, 2013, p. 58).

De verpleegkundige kan in de zorg aan de delirante patiënt verschillende interventies inzetten. In de NIC zijn een aantal van deze interventies beschreven. Bulechek, Butcher en McCloskey Dochterman (2010) beschrijven een aantal van deze interventies als volgt. De verpleegkundige noemt de patiënt bij zijn of haar naam. Dit zorgt voor herkenning en aandacht voor de patiënt. Het geeft de patiënt rust als de verpleegkundige bij elk nieuw contact uitlegt wie het is en wat er gedaan wordt. Een delirante patiënt kan angstig zijn en daardoor in schaduwen onrealistische dingen zien. De verpleegkundige zorgt er daarom voor dat de omgeving goed verlicht is. De verpleegkundige onderkent de angsten en gevoelens van de patiënt en laat de patiënt vaste rituelen uitvoeren. Het uitvoeren van vaste rituelen geeft de patiënt houvast waardoor angst verminderd kan worden (Bulechek et al., 2010).

In sommige gevallen worden middelen en maatregelen (M&M) toegepast bij de delirante patiënt. M&M zijn handelingen, regels of interventies die in strijd zijn met de vrijheid van de patiënt (Bravis Ziekenhuis, 2015). Ook wel vrijheid beperkende maatregelen genoemd. Dit kan fixatie zijn, maar ook het toedienen van medicatie tegen de wil van de patiënt in. Deze middelen en maatregelen worden pas in uiterste gevallen toegepast bij delirante patiënten. Het kan zijn dat de patiënt in een erg verwarde toestand verkeert, waardoor de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of diens omgeving. Ook kunnen middelen en maatregelen ingezet worden als de patiënt het eigen handelen niet meer kan overzien wat tot gevolg kan hebben dat het herstelproces belemmerd wordt (Bravis Ziekenhuis, 2015).

Een andere interventie die kan worden toegepast bij de zorg aan (mogelijk) delirante patiënten is het HELP programma (Vilans, 2015, p. 3-6). HELP staat voor Hospital Elder Life Program en verkleint het risico op een delier bij kwetsbare ouderen gedurende een ziekenhuisopname. Oorspronkelijk komt dit programma uit de Verenigde Staten. Het HELP werkt op basis van geschoolde vrijwilligers (Vilans, 2015, p. 3-6). De vrijwilligers worden ingezet om de kwetsbare oudere te begeleiden.

Dit kan door middel van een wandeling, een spel spelen, hulp bij de maaltijd, samen een oriëntatiebord invullen of door simpelweg gezelschap te bieden.

Doordat in de dagelijkse ziekenhuiszorg de prioriteit met name ligt bij het acute medische probleem en niet bij het optimaliseren van de opnameomgeving zou het HELP programma een mogelijke uitkomst hiervoor bieden (Vilans, 2015, p. 3-6).

Een delier kan zich bij iedere patiënt op iedere afdeling binnen het ziekenhuis ontwikkelen. De Geriatrie afdeling is een afdeling waarbij over het algemeen veel patiënten liggen met een delirant beeld. Het delier komt op deze afdeling vaker voor dan op andere afdelingen, omdat de geriatrie afdeling voor patiënten vanaf 70 jaar is en omdat patiënten met een delirant beeld op een andere afdeling regelmatig overgeplaatst worden naar de Geriatrie afdeling (Bravis Ziekenhuis, z.d.). Binnen dit onderzoek wordt er enkel gericht op de afdeling Geriatrie van het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. Ter ondersteuning van de probleemstelling is er onderstaand een casus uit de praktijk te lezen.

“Dhr. S. wordt opgenomen via de spoedeisende hulp op afdeling Geriatrie. Dhr. wordt opgenomen in verband met nierfunctiestoornissen, urineretentie van 2 liter en erysipelas aan het rechter bovenbeen. Vlak na het opnamegesprek wordt er een infuus en blaaskatheter geplaatst bij dhr. Na 2 dagen heeft dhr. zelf de katheter verwijderd. De indicatie voor het opnieuw inbrengen van de blaaskatheter is tot stand gekomen door de aanhoudende urineretentie. Dhr. is erg onrustig, daardoor moet deze voorbehouden handeling door middel van 3 verpleegkundigen worden uitgevoerd. 2 verpleegkundigen moeten dhr. vast houden, waarna de 3^e verpleegkundige de blaaskatheter inbrengt. Op dag 3 wordt dhr. S. in de avond agressief naar de mede patiënten en verpleegkundigen. Dhr. krijgt hiervoor om 22:00 uur haldol en om 23:30 uur lorazepam intramusculair toegediend. De avonddienst is langere tijd aanwezig om de verpleegkundigen van de nachtdienst te ondersteunen met deze patiënt. Tijdens de ronde van de verpleegkundige ziet zij per toeval dhr. met zijn infuuspaaal opgetild, boven het hoofd van een andere patiënt, in een andere kamer staan. De verpleegkundige spreekt dhr. hier op aan, waarop dhr. omdraait en achter de verpleegkundige aan loopt. De verpleegkundige verstopt zich in de spoelkeuken, met als gevolg dat Dhr. S. verder loopt en met zijn infuuspaaal op de deuren en muren slaat. Wanneer dhr. aankomt bij het secretariaat slaat hij hier het raam in waar, achter het raam, een stagiaire aanwezig is. De stagiaire krijgt het raam op haar lichaam, gelukkig is zij niet gewond, omdat het raam nog in volledige staat is. Zowel de beveiliging als de behandelend arts en het crisisteam van de ggz worden gebeld. Het crisisteam is niet gekomen, omdat dhr. een delirant beeld heeft en er verhoogde CRP waarden aanwezig zijn. De beveiliging komt en heeft dhr. S. overmeesterd waarna zij hem in bed leggen. Dhr. wordt gefixeerd met de Zweedse band en heeft nogmaals lorazepam intramusculair toegediend gekregen. Dhr. heeft hierop de gehele nacht geslapen”. Volgens de praktijkcoach van afdeling Geriatrie in het Bravis ziekenhuis (persoonlijke communicatie, 12 september 2017).

Op deze afdeling zijn verschillende disciplines werkzaam zoals, geriaters, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en activiteitentherapeuten. Al deze disciplines monitoren een delier en werken mee aan de behandeling van het delier. De praktijkcoach, tevens opdrachtgever, Sanne de Jong van afdeling Geriatrie heeft de behoefte uitgesproken om meer inzicht te krijgen in het tijdsbestek wat verpleegkundigen besteden aan de delirante patiënt. Ook heeft de praktijkcoach de behoefte uitgesproken om inzicht te krijgen hoe de verpleegkundigen deze zorg ervaren. Dit, omdat nu de indruk bestaat dat de verpleegkundigen veel tijd besteden aan de zorg voor de delirante patiënt en deze als zwaar ervaren. De praktijkcoach sprak nadrukkelijk de hypothese uit dat het vermoeden er is dat de zorgzwaarte aan een delirante patiënt als erg zwaar wordt ervaren door de verpleegkundigen.

Tevens werd het vermoeden uitgesproken dat de verpleegkundigen vaak niet op tijd klaar zijn met een dienst, omdat de delirante patiënt zo complex is dat deze veel zorg behoeft. Naar dit probleem is nog geen eerder onderzoek verricht.

Hierdoor kan er niet met zekerheid worden gezegd of de verpleegkundigen daadwerkelijk veel tijd besteden aan de zorg voor de delirante patiënt en of zij deze zorg als zwaar ervaren. Doordat er nog geen onderzoek is verricht naar de zorg omtrent de delirante patiënt, heeft de afdeling nog geen interventies ingezet om de verpleegkundigen te ondersteunen. Volgens de praktijkcoach wil de afdeling wel interventies in gaan zetten ter ondersteuning van de verpleegkundigen, maar eerst wil de praktijkcoach zeker weten of deze bestaande indruk als een probleem wordt ervaren. Daarnaast heeft de praktijkcoach aangegeven dat de verpleegkundigen vaak overwerken. De verpleegkundigen zelf geven aan dat zij met een niet afgerond gevoel naar huis gaan na een dienst. Met dit niet afgeronde gevoel bedoelen de verpleegkundigen dat zij het gevoel hebben niet alle taken te hebben voltooid voor de betreffende dienst. De praktijkcoach wil onderzocht hebben of het overwerken en het niet afgeronde gevoel van de verpleegkundigen het gevolg is van de zorgzwaarte van de vele delirante patiënten, die dagelijks opgenomen zijn op de afdeling.

Aan de hand van de gemeten resultaten worden aanbevelingen richting de afdeling gegeven omtrent het tijdsbestek en de ervaring van de verpleegkundigen rondom de zorg aan de delirante patiënt.

Doel- en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de tijd die verpleegkundigen besteden aan de zorg voor de delirante patiënt, zowel direct als indirect, op afdeling Geriatrie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. Ook is het doel van dit onderzoek om inzicht te krijgen hoe de verpleegkundigen deze zorg ervaren.

Door inzicht te krijgen in deze twee factoren kunnen er, indien noodzakelijk en naar wens van de praktijkcoach, tijdig interventies ingezet gaan worden om de verpleegkundigen te ondersteunen bij de zorg aan de delirante patiënt.

Om deze factoren inzichtelijk te maken luidt de onderzoeksvraag als volgt:

“Hoeveel tijd besteedt de verpleegkundige, van afdeling Geriatrie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom, aan de zorg aan delirante patiënten en hoe ervaart de verpleegkundige deze zorg?”

Leeswijzer

Volgend op de inleiding volgt een beschrijving van het praktijkgerichte onderzoek. In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign beschreven, hoe de gegevens zijn verzameld en hoe deze zijn geanalyseerd. In het hoofdstuk wat daarop volgt zijn de resultaten per onderzoeksdesign beschreven. Vervolgens komt het hoofdstuk “discussie”. In dit hoofdstuk zijn een kritische reflectie op resultaten en een kritische reflectie op methode beschreven. Na de discussie volgt het hoofdstuk “conclusie”. In de conclusie wordt het antwoord op de onderzoeksvraag beschreven, waarna er in het hoofdstuk “aanbevelingen” een aantal aanbevelingen beschreven worden. Na dit hoofdstuk is de literatuurlijst beschreven met daaronder de bijlagen.

Methode van praktijkgericht onderzoek

In het hoofdstuk “methode van praktijkgericht onderzoek” wordt een beschrijving gegeven van de methode die gebruikt is om aan de doelstelling van dit onderzoek te voldoen. Deze methode heeft ertoe geleid dat het beantwoorden van de onderzoeksvraag mogelijk was.

Onderzoeksdesign

Voor dit onderzoek is er gekozen voor het mixed approach onderzoeksdesign. Dit wil zeggen dat er zowel kwalitatief onderzoek als kwantitatief onderzoek gedaan is. Er is gekozen voor het mixed approach onderzoeksdesign, omdat door middel van deze methode de onderzoeksvraag het beste beantwoord kon worden. De onderzoeksvraag bevat een kwantitatief deel, namelijk hoeveel tijd de verpleegkundige besteedt aan de delirante patiënt. En tevens bevat de onderzoeksvraag een kwalitatief deel, namelijk hoe de verpleegkundige deze zorg ervaart.

Kwantitatief onderzoek

Kwantitatief onderzoek richt zich op het meten, tellen en verbanden zoeken (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2013, p. 54-55). “Bij deze vorm van onderzoek gaat het om onderzoeksproblemen die gericht zijn op de mate waarin verschijnselen voorkomen en/of de mate waarin zij onderling met elkaar samenhangen” (Dassen et al., 2013, p. 54-55). Met kwantitatief onderzoek is het deel van de onderzoeksvraag beantwoord dat gaat over hoeveel tijd de verpleegkundigen besteden aan de zorg, zowel direct als indirect, aan de delirante patiënt.

Kwalitatief onderzoek

Bij het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek is er gebruik gemaakt van de fenomenologie. Kwalitatief onderzoek richt zich op het doorgronden van verschijnselen. Het is een beschrijvend onderzoeksdesign dat zich richt op interpretaties, ervaringen en betekenis van het onderzoeksprobleem (Dassen et al., 2013, p. 53-54). De fenomenologie is een methode die begin 1900 geïntroduceerd is. Het doel van de fenomenologie methode is om onbevangen, geheel op de zaak gericht en vrij van culturele vooroordelen objectief te observeren (De Jong, Vandenbroele, Glorieux, De Maesschalck, & Visser, 2012, p. 211). Er is gekozen voor de fenomenologie, omdat de ervaring van de verpleegkundigen onderzocht is. Met het kwalitatief onderzoek is het deel van de onderzoeksvraag beantwoord dat gaat over hoe de verpleegkundigen de zorg aan de delirante patiënt ervaren.

Onderzoekspopulatie en steekproef

Het onderzoek heeft plaats gevonden op afdeling Geriatrie van het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. Er zijn 18 gediplomeerd verpleegkundigen werkzaam op deze afdeling. Ook is er één leerling verpleegkunde werkzaam en 5 stagiaires. De gediplomeerd verpleegkundigen, stagiaires en de leerling zijn zowel op MBO als op HBO niveau geschoold.

Om een antwoord op de onderzoeksvraag te formuleren zijn er observaties gedaan. Door middel van deze observaties is er in kaart gebracht hoeveel tijd de verpleegkundigen besteden aan de zorg, zowel direct als indirect, aan delirante en aan niet-delirante patiënten. De observaties zijn gedaan aan de hand van een observatielijst.

Om te weten te komen hoe de verpleegkundigen de zorg voor een delirante patiënt ervaren zijn er semigestructureerde interviews afgenomen.

Inclusiecriteria:

- Alle gediplomeerd MBO/HBO verpleegkundigen van afdeling Geriatrie;
- Stagiaires van het verpleegkundig beroep MBO/HBO
- Leerlingen van het verpleegkundig beroep MBO/HBO
- Verpleegkundigen, stagiaires en leerlingen die in aanraking komen met de zorg, zowel direct als indirect, aan delirante patiënten.

In dit onderzoek is ervoor gekozen om ook de stagiaires en leerlingen van het verpleegkundig beroep te includeren, omdat deze personen ook deel uitmaken van de zorg aan de delirante patiënt.

Exclusiecriteria:

- Andere disciplines die werkzaam zijn op afdeling Geriatrie van het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom;
- Stagiaires en leerlingen van andere disciplines die werkzaam zijn op afdeling Geriatrie van het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom;
- Flexpool verpleegkundigen;
- Praktijkcoach (opdrachtgever).

In dit onderzoek is er alleen onderzoek gedaan naar hoeveel tijd de verpleegkundigen besteden aan de zorg, zowel direct als indirect, aan de delirante patiënt en hoe de verpleegkundigen deze zorg ervaren. Andere disciplines zijn daarom geëxcludeerd uit dit onderzoek. De flexpool verpleegkundigen zijn uitgesloten van het onderzoek, omdat zij sporadisch werken op afdeling Geriatrie. Dit zou eventueel een vertekend beeld kunnen geven, omdat zij de zorg voor de delirante patiënt wellicht anders ervaren dan het vaste personeel die dagelijks zorg verlenen aan de delirante patiënt. Daarom zijn de flexmedewerkers zijn geëxcludeerd, omdat het onderzoek zich specifiek richt op het vaste team, de leerlingen en stagiaires van afdeling Geriatrie. De praktijkcoach is geëxcludeerd uit dit onderzoek, omdat zij volledig op de hoogte is van de stappen die genomen worden omtrent het onderzoek. Deelname van de praktijkcoach kan daarom als niet betrouwbaar worden gezien.

Steekproef

Voor de observaties die in dit onderzoek afgenomen zijn, is er gebruik gemaakt van een gelegenheidssteekproef. Er is voor de gelegenheidssteekproef gekozen, omdat het afnemen van de observaties afhankelijk was van de dagen dat er observaties verricht werden. De observaties zijn afgenomen bij de verpleegkundigen, stagiaires en de leerling die werkzaam waren op de afdeling de dag dat er geobserveerd werd. De respondenten krijgen dagelijks te maken met de, zowel direct als indirecte, zorg voor de delirante patiënt (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2013, p. 54-55). De steekproef bij de semigestructureerde interviews is de selecte gelegenheidssteekproef geworden, in plaats van de gestratificeerde steekproef. Er is gekeken naar de dienstlijst wanneer een respondent aan het werk was, die tevens geobserveerd was. Aan de hand van de dienstlijst en de beschikbaarheid van de respondent is er een planning gemaakt wanneer er een interview plaats vond. In totaal hebben er 6 interviews plaats gevonden. Het interviewen tot er datasaturatie zou op treden is gewijzigd naar het streven naar datasaturatie. Datasaturatie wil zeggen dat er geen nieuwe inzichten meer naar voren komen uit de interviews (Dassen et al., 2013, p. 54-55). Met de kleine populatie van dit onderzoek is datasaturatie niet mogelijk, daarom werd er gestreefd naar datasaturatie.

De gegevensverzameling middels semigestructureerde interviews werd afgesloten toen er respectievelijk niet veel nieuwe inzichten meer naar voren kwamen. Dit wil zeggen dat de gegevens in de richting kwamen van datasaturatie.

Meetinstrumenten

Om te onderzoeken of de uitgesproken hypothese van de praktijkcoach klopt zijn er twee meetinstrumenten opgesteld.

Door middel van deze meetinstrumenten is er onderzocht of de verpleegkundigen veel tijd besteden aan de zorg, zowel direct als indirect, aan de delirante patiënt en of dit als zwaar ervaren wordt.

Observatielijst

Er is een observatielijst opgesteld om te onderzoeken hoeveel tijd de verpleegkundigen daadwerkelijk besteden aan de zorg, zowel direct als indirect, aan de delirante patiënt.

Voor het ontwikkelen van de observatielijst zijn er verschillende stappen doorlopen. Ten eerste is het doel van het meetinstrument bepaald. Aan de hand van dit doel is er gezocht in de literatuur of er al een bestaande vragenlijst bestaat. Uiteindelijk zijn er twee artikelen gevonden waarin een dergelijke observatielijst naar voren komt. De observatielijst bij dit onderzoek is gebaseerd op de input van artikel Time use of stroke patientes in an intensive rehabilitation, De Weerdt, et al., (2000) en van het artikel Use of time by stroke patientes, De Wit, et al., (2006). Het meetinstrument is zodanig aangepast dat het past bij de doelgroep van dit onderzoek. Na de proefmeting zijn er aanpassingen verricht aan de observatielijst. De oude observatielijst is terug te vinden in bijlage 6. En de observatielijst waar uiteindelijk het onderzoek mee is verricht is terug te vinden in bijlage 7. De observaties waren passief participerende observaties. Dit wil zeggen dat de onderzoeker aanwezig was, de onderzoeker gezien werd door de verpleegkundigen en er activiteiten geobserveerd werden. Echter werd er niet geparticipeerd in de activiteiten van de verpleegkundigen. De observaties verliepen middels gestructureerde observaties, omdat de observatielijst vastgestelde activiteiten had waarop elke verpleegkundige geobserveerd werd. De vastgestelde activiteiten worden hieronder nader toegelicht. De verpleegkundigen wisten dat zij geobserveerd werden. Echter wisten zij niet welke activiteiten er op de observatielijst stonden en over welk onderwerp de observatie ging. Hier is voor gekozen, omdat als de verpleegkundigen wisten op welk aspect geobserveerd werd, er sociaal wenselijk gedrag op zou kunnen treden. De observaties waren transversaal, omdat op één moment alle gegevens werden verzameld (De Jong, Vandenbroele, Glorieux, De Maesschalck, & Visser, 2012, p. 188). De observaties zijn anoniem verwerkt, om zo vertrouwelijk om te kunnen gaan met de geobserveerde gegevens. Elke verpleegkundige die geobserveerd is kreeg een code, aan de hand van die code werden de gegevens anoniem verwerkt. Wel werd het opleidingsniveau bij deze code genoteerd, hier is voor gekozen om een vergelijking te maken tussen opleidingsniveaus. De observaties hebben plaatsgevonden tijdens de verschillende soorten diensten. In totaal is er in 2 ochtenddiensten, 2 avonddiensten en 1 nachtdienst geobserveerd. Het aantal observaties tijdens de nachtdiensten is bijgesteld gedurende het onderzoek. Een observatie heeft een hele dienst geduurd, om zo een goed beeld te verkrijgen van de tijd die verpleegkundigen besteden aan de delirante patiënt. De observaties hebben vooraf aan de semigestructureerde interviews plaats gevonden.

De activiteiten die binnen de observatielijst zijn opgenomen zijn:

Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt:

- ADL
- Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
- Patiënt verschonen
- Controles (RR, Sat., GLu.)
- Retentie en/of obstipatie meten
- Technische handeling
Uitvoering eerste keer
Uitvoering opnieuw
- Wondverzorging
- Spullen halen
- Interactie patiënt
- Mobiliseren
- Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
- Bel lopen
- Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
- Dagprogramma maken
- Aandacht voor vocht en voeding
- Administratie/HIX
- DOS invullen
- Consult met arts
- Consult met collega verpleegkundige
- Consult andere discipline
- MDO
- Samenwerking met andere discipline
- Familie contact
Uitleg mondeling
Uitleg schriftelijk
- Familie inschakelen
- Zo nodig medicatie verstrekken
- Fysieke fixatie inzetten
- Middelen en maatregelen toepassen
- Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundig activiteit bij de niet-delirante patiënt

- ADL
- Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
- Patiënt verschonen
- Controles (RR, Sat., GLu.)
- Retentie en/of obstipatie meten
- Technische handeling
Uitvoering eerste keer
Uitvoering opnieuw
- Wondverzorging
- Spullen halen
- Interactie patiënt
- Mobiliseren
- Terug in bed leggen/ op de stoel zetten

- Bel lopen
- Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
- Dagprogramma maken
- Aandacht voor vocht en voeding
- Administratie/HIX
- DOS invullen
- Consult met arts
- Consult met collega verpleegkundige
- Consult andere discipline
- MDO
- Samenwerking met andere discipline
- Familie contact
 - Uitleg mondeling
 - Uitleg schriftelijk
- Familie inschakelen
- Zo nodig medicatie verstrekken
- Fysieke fixatie inzetten
- Middelen en maatregelen toepassen
- Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Activiteit overige

- Pauze
- Overige

Locatie

- Kamer van de patiënt
- Kamer van een andere patiënt
- Badkamer
- Wc
- Gang
- Woonkamer
- Buiten de afdeling
- Teampost
- Kantoor
- Artsenkantoor
- Fysiotherapie ruimte
- Andere locatie

Een aantal activiteiten uit de observatielijst heeft nadere uitleg nodig, zoals het punt: de niet-delirante patiënt rustig krijgen. Met deze activiteit wordt bedoeld dat de verpleegkundige een patiënt zonder een delier probeert te kalmeren. Deze activiteit kan alleen gecodeerd worden als de niet-delirante patiënt onrustig is geworden ten gevolge van het gedrag van de delirante patiënt. De verpleegkundige verleent hierdoor indirect zorg aan de delirante-patiënt. Met administratie/HIX worden de werkzaamheden in het elektronisch patiënten dossier bedoeld. Op afdeling Geriatrie wordt hier het programma "HIX" voor gebruikt. Hieronder worden ook de "VIM" meldingen gerekend. VIM staat voor "Veilig Incidenten Melden". In de observatielijst is ook te lezen als activiteit: een consult met een andere discipline en samenwerking met een andere discipline. Met consult wordt bedoeld het telefonische contact of als een andere discipline op de afdeling is het mondelinge overleg. Er wordt van samenwerking gesproken als een andere discipline de directe zorg mee verleent aan de delirante patiënt.

In de observatielijst is er voor gekozen om ook naar de locatie te kijken waar een activiteit zich bevindt, omdat de delirante patiënt in de hyperactieve vorm vaak niet rustig op bed blijft liggen. De indruk is er op de afdeling dat de patiënt dwaalt. Door naar de locatie te kijken kan in kaart worden gebracht of de delirante patiënt daadwerkelijk veel dwaalgedrag vertoont. Aan het einde van een soort dienst staan een aantal lege vakken in de observatielijst. Dit is zo gedaan, omdat de verpleegkundigen vaak overwerken. In deze lege vakken kan dan de activiteit genoteerd worden waardoor de verpleegkundigen overwerken.

Om de observaties in SPSS te verwerken zijn er activiteiten samengevoegd en in een categorie geplaatst. Hieronder zijn de verschillende categorieën te lezen.

Activiteit 1: zorg aan de delirante patiënt

- ADL
- Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
- Patiënt verschonen
- Mobiliseren
- Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
- Aandacht voor vocht en voeding
- Medicatie verstrekken
- Samenwerking met andere discipline
- Spullen halen
- Bel lopen
- Administratie/ HIX

Activiteit 2: technische handeling bij de delirante patiënt

- Controles (RR, Sat., Glu)
- Retentie en/of obstipatie meten
- Technische handeling
 - Uitvoering eerste keer
 - Uitvoering opnieuw
- Wondverzorging

Activiteit 3: contact bij de delirante patiënt

- Interactie patiënt
- Consult met arts
- Consult met collega verpleegkundige
- Consult andere discipline
- MDO
- Familie contact
 - Uitleg mondeling
 - Uitleg schriftelijk
- Artsensite

Activiteit 4: interventies bij de delirante patiënt

- Zo nodig medicatie verstrekken
- Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
- Dagprogramma maken
- DOS invullen
- Familie inschakelen
- Fysieke fixatie inzetten
- Middelen en maatregelen toepassen
- Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Activiteit 5: zorg aan de niet-delirante patiënt

- ADL
- Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
- Patiënt verschonen
- Mobiliseren
- Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
- Aandacht voor vocht en voeding
- Medicatie verstrekken
- Samenwerking met andere discipline
- Spullen halen
- Bel lopen
- Administratie/ HIX

Activiteit 6: technische handeling bij de delirante patiënt

- Controles (RR, Sat., Glu)
- Retentie en/of obstipatie meten
- Technische handeling
Uitvoering eerste keer
Uitvoering opnieuw
- Wondverzorging

Activiteit 7: contact bij de delirante patiënt

- Interactie patiënt
- Consult met arts
- Consult met collega verpleegkundige
- Consult andere discipline
- MDO
- Familie contact
Uitleg mondeling
Uitleg schriftelijk
- Artsenvisite

Activiteit 8: interventies bij de delirante patiënt

- Zo nodig medicatie verstrekken
- Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
- Dagprogramma maken
- DOS invullen
- Familie inschakelen
- Fysieke fixatie inzetten
- Middelen en maatregelen toepassen
- Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Activiteit 9: overige activiteiten

- Pauze
- Overige

Interview

Om te onderzoeken of de verpleegkundigen de zorg aan de delirante patiënt als zwaar ervaren, zoals de indruk er momenteel is bij de praktijkcoach, zijn er semigestructureerde interviews afgenomen. In dit onderzoek is er voor gekozen om semigestructureerde interviews af te nemen, omdat hierbij de structuur van het gesprek niet vast ligt. Het onderwerp van het interview en de topiclijst liggen wel vooraf vast.

Het onderwerp van de interviews lag al vast vanuit de onderzoeksvraag, namelijk hoe de verpleegkundigen de zorg ervaren aan de delirante patiënt. De topiclijst bevatte een aantal richtinggevendende begrippen. Voor het ontwikkelen van de topiclijst zijn er topics uit de literatuur gehaald, maar ook uit de geanalyseerde data. Dit wil zeggen dat er uit ieder afgenomen interview nieuwe richtinggevendende begrippen konden worden toegevoegd aan de topiclijst of er juist van af worden gehaald (De Jong, et al., 2012, p. 192). Na dat de topiclijst aan de leden van de peergroep en aan een expert is voorgelegd is de startvraag verandert en zijn er een aantal veranderingen in de volgorde gemaakt. De topiclijst is in tabel 1 te lezen. In dit type interview was er de mogelijkheid om door te vragen op de antwoorden van de informant, om zo een zo specifiek mogelijk antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag. Tevens is er ruimte voor de eigen inbreng van de informant (De Jong, et al., 2012, p. 184). De interviews waren retrospectief, er werd teruggeblikt op het verleden. Hoe toen de zorg voor de delirante patiënt werd ervaren en wat dit betekende voor de verpleegkundige (De Jong, et al., 2012, p. 109).

<u>Start:</u>	- Bedanken voor medewerking - Anonimiteit benoemen - Benoemen dat er zonder opgaaf van reden gestopt mag worden
<u>Startvraag:</u>	Hoe ervaart u de zorg aan een delirante patiënt?
<u>Topics:</u>	<u>Voorbeeldvragen:</u>
Hypoactief delier	- Kunt u mij de twee typen delier noemen? - Kunt u mij vertellen wat u verstaat onder een hypoactief delier?
Hyperactief delier	- Kunt u mij vertellen wat u verstaat onder een hyperactief delier?
Agressie	- Heeft u wel eens agressie bij een delirante patiënt meegemaakt? - Hoe ervaart u een delirante patiënt met agressief gedrag?
Fixatie	- Hoe ervaart u het om VBI toe te passen?
Verwardheid	- Hoe gaat u om met de verwardheid van delirante patiënten?
Zorgweigering	- Heeft u wel eens patiënten met een delier meegemaakt die zorg en/of medicatie weigeren? - Hoe ervaart u zorgweigering van delirante patiënten?
Communicatie	- Kunt u mij vertellen hoe u de communicatie bij delirante patiënten ervaart? - Kunt u mij vertellen waar u tegenaan loopt in de communicatie bij delirante patiënten? - Wat is uw ervaring over het maken van beslissing rondom de zorg aan de delirante patiënt?
Tijd	- Hoe ervaart u de factor tijd bij patiënten met een delier? - Hoe ervaart u de tijd dat u bezig bent met de zorg aan een delirante patiënt? - Heeft u het gevoel dat u meer tijd besteed aan de delirante patiënt dan bij patiënten zonder een delier?

Tabel 1: Topiclijst semigestructureerde interviews

Betrouwbaarheid en validiteit meetinstrumenten

Observatielijst

Validiteit

Bij validiteit van een instrument gaat het er om of datgene wat gemeten is ook datgene is wat bedoeld werd om te meten. Het gaat om het vermogen van het meetinstrument om de gegevens te verzamelen die ook bedoeld zijn om te verzamelen (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2013, p. 74). De indrukvaliditeit en inhoudsvaliditeit van de observatielijst werden vergroot door de observatielijst voor te leggen aan experts ter beoordeling. De experts betreffen de opdrachtgever van het onderzoek en de begeleidend docent. De opdrachtgever en begeleidend docent hebben beide wetenschappelijk onderzoek verricht, waardoor zij als expert beschouwd kunnen worden.

Betrouwbaarheid

“Hoe minder variatie er bij herhaalde metingen optreedt, hoe betrouwbaarder het meetinstrument is” (De Jong, Vandenbroele, Glorieux, De Maesschalck, & Visser, 2012, p. 141). Het meetinstrument is door de onderzoeker en de opdrachtgever afgenomen. Dit, om te zorgen dat er zo weinig mogelijk variatie zit in het invullen van de observatielijsten. Doordat beiden de observatielijst hebben ingevuld werd de observatielijst op een eenduidige wijze ingevuld, omdat de onderzoeker en ook de opdrachtgever hetzelfde keken naar alle respondenten. Om de betrouwbaarheid van de observatielijst te vergroten heeft er een pilotonderzoek plaatsgevonden. De onderzoeker heeft een proefmeting gehouden. Na dit pilotonderzoek is de observatielijst aangepast toen bleek dat er observatiepunten misten.

De observatielijst zou verplaatsbaar kunnen zijn naar een andere setting, mits daar delirante patiënt zijn opgenomen of verblijven.

Interviews

Door middel van semigestructureerde interviews die afgenomen werden, werden de gegevens verzameld die uiteindelijk tot een conclusie leidden. Het verzamelen van gegevens middels interviews is een vorm van datatriangulatie. Vooraf aan de semigestructureerde interviews was er een topiclijst opgesteld. De topiclijst is middels literatuur opgesteld. De topiclijst werd voorgelegd aan de leden van de peergroep, waardoor er sprake was van peerreview. Tevens is de topiclijst voorgelegd aan een expert, wat leidde tot onderzoekstriangulatie. Er is consensus bereikt over de startvraag, net als over de volgorde van de topics met de peergroep en de expert. Hierdoor werd de betrouwbaarheid van de topiclijst verhoogd. Tevens is er hierdoor vertekening van resultaten voorkomen. De semigestructureerde interviews zijn alleen afgenomen door de onderzoeker. Op deze manier werden de hoofdvraag en bijbehorende topics steeds op dezelfde wijze gesteld. Nadat de interviews geanalyseerd werden is er teruggedaan met de samenvatting van het interview naar de respondent. De respondent kreeg hierdoor de kans om de samenvatting van het interview te lezen om te kijken of de interpretatie die gemaakt is klopt met wat de respondent gezegd had en bedoelde te zeggen. Hierdoor is er gebruik gemaakt van membercheck. De membercheck is niet volledig uitgevoerd.

De steekproef van zowel de observaties als de semigestructureerde interviews zijn niet representatief, omdat er alleen een verband werd aangetoond tussen twee variabelen. Namelijk, hoeveel tijd besteden de verpleegkundigen aan de zorg, zowel direct als indirect, aan delirante patiënten en hoe werd dit ervaren. De uitspraken die zijn gedaan gelden alleen voor dit team op afdeling Geriatrie (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2013, p. 54-55).

Het doel van dit onderzoek was ook niet om het te generaliseren, maar om de onderzoeksvraag op deze specifieke afdeling te beantwoorden.

Data-analyse

Kwantitatieve onderzoek

Data-analyse van het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek heeft plaats gevonden middels het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). De reden dat voor dit programma gekozen is, is omdat met SPSS veel statische analyses mogelijk zijn. Door SPSS te gebruiken werd het mogelijk om de verkregen resultaten van het onderzoek op een betrouwbare manier te communiceren en repliceren. Om de gegevens betrouwbaar te analyseren werd er een codeboek gemaakt. "Een codeboek bevat een concrete beschrijving van de naam en de codering van gegenereerde data: de variabelen en controlevariabelen" (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-Van Doorn, & Rosendal, 2016, p. 61). Uit de uitkomsten die zijn verkregen van de observaties zijn de frequenties van de verschillende waarden per variabele berekend. Dit is gedaan over de gehele observatieperiode en over de verschillende soorten diensten. Hierdoor werd er een overzicht verkregen van hoe vaak de verpleegkundigen bezig zijn met bijvoorbeeld de zorg aan een delirante patiënt over de gehele observatieperiode, en tijdens bijvoorbeeld de ochtenddiensten. In dit voorbeeld is de zorg en de ochtenddiensten de waarden, en de variabelen zijn: de verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt en de soort dienst. Uit dit overzicht dat verkregen werd kan vervolgens afgelezen worden hoelang de verpleegkundige met een bepaalde waarde bezig is uit de variabelen: verpleegkundige activiteiten bij de delirante patiënt en verpleegkundige activiteiten bij de niet-delirante patiënt. De hoeveelheid tijd die de verpleegkundigen besteden aan een waarden kan worden afgelezen uit het verkregen overzicht. Tijdsmeting is op rationiveau en intervalniveau. Hierdoor is er een gemiddelde berekend over de gehele observatieperiode en over een soort dienst. Dit gemiddelde gaat over de hoeveelheid tijd dat de verpleegkundige gemiddeld met een waarden bezig was, bijvoorbeeld de zorg. Tevens is er een gemiddelde berekend tussen de tijd dat de verpleegkundige zorg verleent aan een delirante patiënt en aan een niet-delirante patiënt. Er is ook gekeken naar de gemiddelde tijdsduur dat een stagiaire/leerling heeft besteed aan een waarden ten opzichte van de tijd dat een gediplomeerd verpleegkundige hieraan heeft besteed. Tevens is er gekeken naar de gemiddelde tijdsduur dat een stagiaire/leerling zorg heeft verleend aan een delirante patiënt ten opzichte van de tijd dat een gediplomeerd verpleegkundige zorg heeft verleend aan een delirante patiënt. Nadat dit gemiddelde is berekend is er ook gekeken naar het opleidingsniveau van de stagiaire/leerling en de gediplomeerd verpleegkundige. Hierdoor is er een overzicht verkregen van de gemiddelde tijd dat een MBO stagiaire/leerling, HBO stagiaire/leerling, MBO gediplomeerd verpleegkundige, HBO gediplomeerd verpleegkundige en geriatrische verpleegkundige heeft besteed aan de zorg aan een delirante patiënt. Over alle gemiddelden die berekend zijn, zijn ook de standaarddeviaties berekend. Hiermee is de spreiding ten opzichte van het gemiddelde te zien. Dit is gedaan om te kijken of een waarde constant in een soort dienst voor komt of wisselvallig. Doordat SPSS de uitkomsten uitbeeld in grafieken, tabellen en figuren is er een conclusie getrokken uit de observaties die zijn verricht. Deze conclusie gaat over de gehele observatieperiode en per soort dienst. Aan de hand daarvan zijn er aanbevelingen gedaan.

Kwalitatief onderzoek

Data-analyse van het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek heeft plaats gevonden middels de stappen van Hycner. De analyse van Hycner is een fenomenologische analyse waarbij het doel is: het aantonen van een algemene trend in het verkregen materiaal. De analyse van Hycner bestaat uit vijftien stappen (De Jong, Vandenbroele, Glorieux, De Maesschalck, & Visser, 2012, p. 213-216).

Er is gekozen om de semigestructureerde interviews te analyseren volgens de stappen van Hycner, omdat middels deze stappen een duidelijke analyse werd verkregen van de antwoorden die de respondenten hebben gegeven. Door het volgen van deze vijftien stappen is er geen belangrijke informatie over het hoofd gezien.

Stap 1: Transcriptie

Elk interview is opgenomen met een bandrecorder. Nadat er een interview was afgenomen was deze zo snel mogelijk uitgetypt. In deze transcriptie werden tevens de non-verbale uitingen van de informant beschreven. De vragen en opmerkingen die tijdens het interview waren gemaakt werden in de kantlijn geplaatst, dit was tevens voor de vragen en opmerkingen die boven kwamen tijdens het uittypen van het interview.

Stap 2: Fenomenologische reductie

Tijdens het afluisteren en meelezen van het interview konden er betekenissen en interpretaties naar boven komen. Deze betekenissen en interpretaties werden als memo's genoteerd. Dit had als doel om nog dieper de belevingswereld van de informant binnen te gaan. Ook had dit als doel om achter de eigen interpretaties en betekenissen te komen. Hierdoor kon er opener de belevingswereld van de informant binnen worden gegaan.

Stap 3: Het interview als geheel

Bij deze stap is het interview opnieuw beluisterd en gelezen. Hierdoor kon er een beter beeld worden verkregen van het geheel van het interview wat resulteert in een beter beeld van de belevingswereld van de informant. Bij deze stap werd er met name aandacht besteed aan de non-verbale uitingen van de informant.

Het beeld dat opgedaan was over de belevingswereld van de informant kon gebruikt worden als context voor de verdere analyse van het interview.

Stap 4: Het bepalen van de algemene betekeniseenheden

In deze stap werd het interview per woord en per zin doorgenomen om de betekenissen van de informant te achterhalen. De letterlijke betekenissen die verbaal en/of non-verbaal geuit werden door de informant en een samenhang vertoonden, werden gecodeerd en in de kantlijn van het uitgewerkte interview beschreven. Tot slot kwam hier een korte en letterlijke weergave van het interview uit. Overbodige betekenissen kwamen hierin niet meer voor.

Stap 5: Het bepalen van betekeniseenheden, relevant voor de onderzoeksvraag

Alle verkregen betekeniseenheden werden in deze stap in verband gebracht met de onderzoeksvraag. Het kon voorkomen dat er betekeniseenheden zijn gevonden die niet in verband staan met de onderzoeksvraag, maar wel mogelijk een betekenis hadden. Deze data is niet weggegooid, maar werd besproken met een onafhankelijke beoordelaar.

Het doel hiervan was om te achterhalen of deze gegevens echt in verband staan met de onderzoeksvraag en of deze gegevens eventueel bruikbaar waren.

Stap 6: Verificatie door onafhankelijke beoordelaars

Twee of meer onafhankelijke beoordelaars kregen stap 2 tot en met 5 voorgelegd. In dit onderzoek betroffen de onafhankelijke beoordelaars de peergroup. De leden van de peergroup dienen onderzoeker te zijn om de concept analyse op een juiste manier te beoordelen. Tevens was dit een controle op de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Toen de leden van de peergroup overeenstemming hadden gevonden kon er worden aangenomen dat het verkregen materiaal op de juiste wijze geëxpliciteerd is.

Stap 7: Het elimineren van herhalingen

In deze stap werden herhalingen van relevante betekeniseenheden verwijderd. De herhalingen die in verband staan met een betekeniseenheid werden geteld, om het belang van de terugkerende betekeniseenheden mee te laten wegen.

Stap 8: Samenhangen zoeken

Hierin werd bekeken welke relevante betekeniseenheden samenhang vertoonden. Hierbij was het van belang dat de essentie van de betekenis centraal stond en in verband tot de onderzoeksvraag. In deze stap werd er op zoek gegaan naar een gemeenschappelijk thema in de onderlinge samenhang van relevante betekeniseenheden.

Stap 9: Thema's bepalen

In deze stap werd er kritisch gekeken naar alle relevante clusters uit de vorige fase. Dit had als doel om te bepalen welke centrale thema's zich in de tekst bevinden. Tevens werd het commentaar van de peergroep, theoretische memo's en commentaren uit eerdere besprekingen meegenomen in deze discussie.

Stap 10: Elk interview samenvatten

Bij deze stap werd er van elk interview een korte samenvatting gemaakt. Het was van belang dat in deze samenvatting de essentie van de centrale probleemstelling naar voren kwam.

Stap 11: Het controle-interview

Er werd teruggedaan naar de informant met de samenvatting en de gevonden thema's. Er vond een gesprek plaats, nadat de informant de samenvatting en gevonden thema's had gelezen. In dit gesprek kwam naar voren of de informant vond dat de essentie goed was weergegeven en of er eventueel aanvullingen nodig zijn. In dit gesprek kon de informant tevens toestemming geven om letterlijke citaten in het onderzoeksverslag te vermelden.

Stap 12: Aanpassen van de thema's en samenvattingen

De aanvulling die in de vorige fase zijn meegegeven werden in deze stap verwerkt in de analyse. Wel diende er goed opgelet te worden of deze aanvullingen geen consequenties hadden voor het centrale thema.

Stap 13: Algemene en unieke thema's bepalen

In deze stap was het materiaal zover klaar dat de interviews met elkaar vergeleken werden. Ten eerste werd er gekeken welke thema's algemeen waren en vervolgens werd er gekeken of er thema's waren die bij een bepaalde groep respondenten voorkwam. Tevens werd er gekeken naar variaties in thema's. Hierbij werd er ook gekeken of er een thema alleen in een bepaald interview voorkwam, wat daarmee een uniek thema werd in het onderzoek. Dit thema dient overigens wel in relatie te staan met het centrale thema.

Stap 14: De thema's contextualiseren

Er werd nu een overzicht gemaakt van de thema's in welke context ze voorkwamen.

Dit had als doel dat er zicht kwam op alle thema's, hoe de respondenten een bepaald thema beleefden en welke betekenis zij hieraan gaven. Ook kwam er zicht op de strategieën die werden gebruikt om thema's aan te pakken en andere belangrijke factoren die invloed hadden op het thema.

Stap 15: Samenvattend verslag

Doordat dit samenvattende verslag werd gemaakt werd de essentie van het onderzochte verschijnsel gezien. Ook liet het algemene trends zien uit de leefwereld van de respondenten. Tevens diende het verslag de individuele verschillen binnen deze algemene trends te weerspiegelen (De Jong, et al., 2012, p. 213- 216).

Ethisch aspect

Voor dit onderzoek werd het team onderzocht van afdeling Geriatrie in het Bravis Ziekenhuis te Bergen op Zoom. De teamleden betreffen collega's van de onderzoeker, daarom is er geen informatiebrief vooraf aan het onderzoek verstrekt. Het verstrekken van een informatiebrief over het onderzoek, waarbij de brief ondertekend geretourneerd dient te worden, is alleen van belang als de onderzoekspopulatie patiënten en/of diens naasten betreft. Wel ontvangen de teamleden een informatieve mail. Hierin staat beschreven wat voor onderzoek er gaat plaats vinden, maar niet het onderwerp van het onderzoek. In dit onderzoek is de Wet Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek, "WMO", ook niet van toepassing. Er is namelijk geen sprake van proefpersonen in dit onderzoek. De interviews zijn anoniem verwerkt, zodat er niet gerefereerd kan worden naar de informant. Ook kunnen de respondenten te allen tijde stoppen met de interviews.

Resultaten

In dit onderzoek is er onderzocht hoeveel tijd de verpleegkundige, van afdeling Geriatrie in het Bravis Ziekenhuis, besteedt aan delirante patiënten en aan niet-delirante patiënten. Tevens is er onderzoek hoe de verpleegkundige de zorg aan delirante patiënten ervaren. Eerst zullen de resultaten van het kwantitatieve deel van de onderzoeksvraag weergegeven worden, dit betreft de observaties. Vervolgens worden de resultaten van het kwalitatieve deel weergegeven, dit betreft de interviews.

Resultaten kwantitatief onderzoek

Respondenten

In totaal werden er elf verpleegkundigen, gediplomeerd dan wel stagiaire en leerling, (N=11) geobserveerd. Van de totaal elf respondenten zijn er drie HBO verpleegkundigen, vier MBO verpleegkundigen, twee HBO stagiaires, één MBO leerling en één geriatrische verpleegkundige geobserveerd. Deze zijn weergegeven in tabel 2.

		Opleidingsniveau			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	HBO	3	27,3	27,3	27,3
	MBO	4	36,4	36,4	63,6
	HBO stagiaire	2	18,2	18,2	81,8
	MBO leerling	1	9,1	9,1	90,9
	Geriatrische verpleegkundige	1	9,1	9,1	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Tabel 2: Opleidingsniveau respondent.

Het onderzoek heeft plaats gevonden tijdens verschillende soorten diensten. Er is totaal zes keer geobserveerd tijdens de ochtenddienst, vier keer geobserveerd tijdens de avonddienst en één keer geobserveerd in de nachtdienst. Deze frequenties zijn af te lezen in tabel 3.

		Soort dienst			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ochtend	6	54,5	54,5	54,5
	Avond	4	36,4	36,4	90,9
	Nacht	1	9,1	9,1	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Tabel 3: Aantal observaties per dienst.

De elf respondenten van de observaties hebben totaal voor 31 delirante patiënten en 31 niet-delirante patiënten zorg gedragen tijdens de verschillende soorten diensten. Dit is af te lezen in tabel 4.

		Statistics			
		Totaal activiteiten delirante patiënt	Totaal activiteiten niet-delirante patiënt	Delirante patiënt	Niet- delirante patiënt
N	Valid	11	11	11	11
	Missing	0	0	0	0
Mean		218,64	220,45	2,82	2,82
Median		255,00	195,00	3,00	3,00
Std. Deviation		133,643	121,747	1,940	1,168
Range		370	325	6	3
Minimum		20	45	0	1
Maximum		390	370	6	4
Sum		2405	2425	31	31

Tabel 4: Totaal aantal minuten bij activiteiten en totaal aantal patiënten.

Gemiddeld hebben de elf respondenten 219 minuten zorg verleend aan delirante patiënten en 221 minuten zorg verleend aan niet-delirante patiënten. De standaarddeviatie bij de delirante patiënt is 134 minuten en bij de niet-delirante patiënt 122 minuten. Dit is de afwijking van het gemiddelde. Totaal hebben de elf respondenten 2405 minuten zorg verleend aan delirante patiënten. Bij niet-delirante patiënten waren dit 2425 minuten. Deze gegevens zijn af te lezen in tabel 5. Bij elkaar opgeteld komt dit aantal op 4830 minuten zorg aan zowel delirante patiënten als aan niet-delirante patiënten. Het totaal aantal minuten gedeeld door 62 patiënten komt op 78 minuten uit per patiënt per dienst. Dit is één uur en 18 minuten dat er werd besteed aan een patiënt op afdeling Geriatrie tijdens een dienst door één verpleegkundige.

		Statistics	
		Totaal activiteiten delirante patiënt	Totaal activiteiten niet- delirante patiënt
N	Valid	11	11
	Missing	0	0
Mean		218,64	220,45
Median		255,00	195,00
Std. Deviation		133,643	121,747
Range		370	325
Minimum		20	45
Maximum		390	370
Sum		2405	2425

Tabel 5: Totaal aantal minuten bij activiteiten.

In tabel 6 is de tijd die besteed is per activiteit bij delirante patiënten en niet-delirante patiënten weergegeven. Deze tijd gaat over de activiteiten in 2 verschillende ochtenddiensten, waarin 6 verpleegkundigen geobserveerd zijn. Tijdens deze ochtenddiensten waren er 8 delirante patiënten en 14 niet-delirante patiënten.

Er werden totaal tijdens de ochtenddiensten 490 minuten besteedt aan de zorg aan delirante patiënten, terwijl dit bij de niet-delirante patiënten 960 minuten was. De zes verpleegkundigen besteedden 340 minuten aan het contact met delirante patiënten en bij niet-delirante patiënten waren dit 595 minuten. Totaal hebben de zes verpleegkundigen 885 minuten besteedt aan delirante patiënten in de betreffende ochtenddiensten. Aan niet-delirante patiënten waren dit 1690 minuten.

Descriptive Statistics						
	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
Delirante patiënt	6	0	3	8	1,33	1,033
Niet-delirante patiënt	6	1	4	14	2,33	1,211
Zorg_Delirante patiënt	6	5	195	490	81,67	76,529
Technische handling_Delirante patiënt	6	0	30	45	7,50	11,292
Contact_Delirante patiënt	6	10	160	340	56,67	58,109
Interventies_Delirante patiënt	6	0	5	10	1,67	2,582
Zorg_Niet-delirante patiënt	6	20	240	960	160,00	83,905
Technische handling_Niet- delirante patiënt	6	0	55	120	20,00	20,000
Contact_Niet-delirante patiënt	6	25	215	595	99,17	67,928
Interventies_Niet- delirante patiënt	6	0	10	15	2,50	4,183
Overig	6	50	125	485	80,83	29,226
Totaal activiteiten delirante patiënt	6	20	390	885	147,50	143,309
Totaal activiteiten niet- delirante patiënt	6	45	370	1690	281,67	134,002
Valid N (listwise)	6					

Tabel 6: Tijd per activiteit in de ochtenddienst.

In de avonddienst zijn er totaal vier verpleegkundigen geobserveerd, verdeeld over twee avonddiensten. Er waren in totaal 19 delirante patiënten en 13 niet-delirante patiënten waar deze vier verpleegkundigen zorg voor hebben gedragen. Totaal hebben vier verpleegkundigen 1265 minuten besteed aan de zorg aan delirante patiënten. Bij niet-delirante patiënten waren dit 535 minuten. De verpleegkundigen hebben 780 minuten besteedt aan de zorg aan delirante patiënten, bij niet-delirante patiënten waren dit 380 minuten. Aan het contact bij delirante patiënten waren 285 minuten besteedt tegenover 45 minuten bij niet-delirante patiënten. Deze gegevens zijn af te lezen in tabel 7.

Descriptive Statistics						
	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
Delirante patiënt	4	4	6	19	4,75	,957
Niet-delirante patiënt	4	2	4	13	3,25	,957
Zorg_Delirante patiënt	4	180	210	780	195,00	14,720
Technische handling_Delirante patiënt	4	20	80	170	42,50	26,300
Contact_Delirante patiënt	4	40	110	285	71,25	28,976
Interventies_Delirante patiënt	4	5	10	30	7,50	2,887
Zorg_Niet-delirante patiënt	4	35	160	380	95,00	51,153
Technische handling_Niet- delirante patiënt	4	5	35	100	25,00	13,540
Contact_Niet-delirante patiënt	4	5	25	45	11,25	9,465
Interventies_Niet- delirante patiënt	4	0	5	10	2,50	2,887
Overig	4	0	60	155	38,75	28,395
Totaal activiteiten delirante patiënt	4	265	375	1265	316,25	45,162
Totaal activiteiten niet- delirante patiënt	4	75	170	535	133,75	42,696
Valid N (listwise)	4					

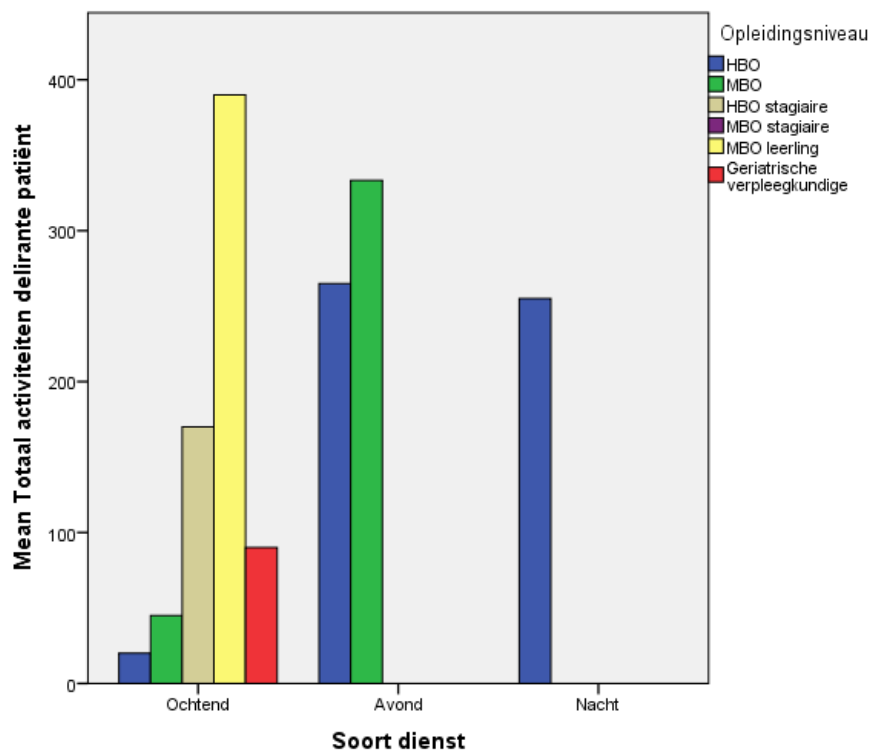
Tabel 7: Tijd per activiteit in de avonddienst.

Tijdens de nachtdienst is eenmalig geobserveerd. Tijdens deze nachtdienst is er één verpleegkundige geobserveerd. Deze verpleegkundige heeft totaal voor 4 delirante patiënten en 4 niet-delirante patiënten zorg gedragen. In totaal zijn er 255 minuten besteedt aan delirante patiënten en 200 minuten aan niet-delirante patiënten. In deze nachtdienst zijn er totaal 55 minuten besteedt aan interventies inzetten bij delirante patiënten, bij niet-delirante patiënten waren dit 0 minuten. Aan de zorg aan delirante patiënten zijn totaal 160 minuten besteedt, tegenover 135 minuten bij niet-delirante patiënten. Het aantal minuten dat besteedt is per activiteit in de nachtdienst is af te lezen in tabel 8.

Descriptive Statistics						
	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
Delirante patiënt	1	4	4	4	4,00	.
Niet-delirante patiënt	1	4	4	4	4,00	.
Zorg_Delirante patiënt	1	160	160	160	160,00	.
Technische handling_Delirante patiënt	1	25	25	25	25,00	.
Contact_Delirante patiënt	1	15	15	15	15,00	.
Interventies_Delirante patiënt	1	55	55	55	55,00	.
Zorg_Niet-delirante patiënt	1	135	135	135	135,00	.
Technische handling_Niet- delirante patiënt	1	50	50	50	50,00	.
Contact_Niet-delirante patiënt	1	15	15	15	15,00	.
Interventies_Niet- delirante patiënt	1	0	0	0	,00	.
Overig	1	60	60	60	60,00	.
Totaal activiteiten delirante patiënt	1	255	255	255	255,00	.
Totaal activiteiten niet- delirante patiënt	1	200	200	200	200,00	.
Valid N (listwise)	1					

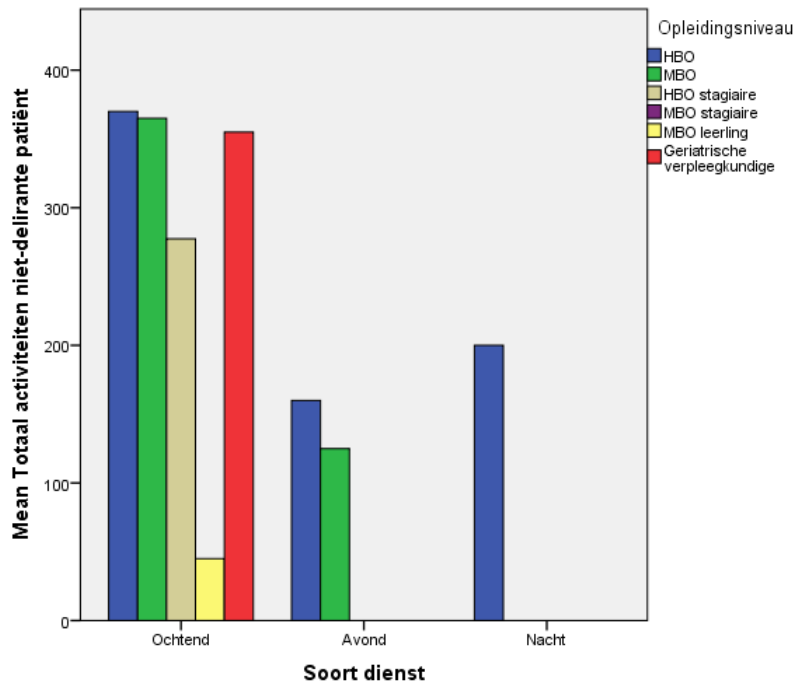
Tabel 8: Tijd per activiteit in de nachtdienst.

In staafdiagram 1 is per soort dienst en per opleidingsniveau te zien hoeveel tijd er gemiddeld werd besteedt aan delirante patiënten. De MBO leerling besteedde tijdens de ochtenddienst ongeveer gemiddeld 400 minuten aan delirante patiënten. De HBO verpleegkundige besteedde ongeveer gemiddeld 20 minuten aan delirante patiënten in de ochtenddienst. In de avonddienst besteedde de HBO verpleegkundige ongeveer gemiddeld 270 minuten aan delirante patiënten. De MBO verpleegkundige besteedde tijdens de avonddienst ongeveer gemiddeld 320 minuten aan delirante patiënten. In de nachtdienst besteedde de HBO verpleegkundige ongeveer gemiddeld 240 minuten aan delirante patiënten.



Staafdiagram 1: Tijd per opleidingsniveau per soort dienst bij delirante patiënten.

Tijdens de ochtenddienst besteedde de HBO verpleegkundige ongeveer gemiddeld 380 minuten aan niet-delirante patiënten. De MBO leerling besteedde ongeveer gemiddeld 40 minuten aan niet-delirante patiënten in de ochtenddienst. Tijdens de avonddienst besteedde de HBO verpleegkundige ongeveer gemiddeld 170 minuten aan niet-delirante patiënten. En de MBO verpleegkundige besteedde tijdens de avonddienst ongeveer gemiddeld 110 minuten aan niet-delirante patiënten. In de nachtdienst besteedde de HBO verpleegkundige ongeveer gemiddeld 190 minuten aan niet-delirante patiënten. Deze gegevens zijn af te lezen in staafdiagram 2.



Staafdiagram 2: Tijd per opleidingsniveau per soort dienst bij niet- delirante patiënten.

Resultaten kwalitatief onderzoek

Respondenten

In totaal werden er vijf gediplomeerd verpleegkundigen en één leerling verpleegkunde geïnterviewd (N=6). Deze verpleegkundigen waren van zowel HBO als MBO niveau. Alle respondenten die zijn geïnterviewd zijn tevens geobserveerd. Hier is voor gekozen om de vergelijking tussen de hoeveelheid tijd die de respondent besteedt aan delirante patiënten, en de ervaring die de respondent heeft bij deze zorg, te maken. In bijlage 10 is weergegeven welke respondent met welk opleidingsniveau is geïnterviewd.

Het eerste interview dat werd afgenomen met een verpleegkundige betrof een proefinterview. Het proefinterview was afgenomen om te kijken of de topiclijst bijgesteld moest worden. Tevens was het proefinterview afgenomen om vertrouwd te raken met het interviewen en het transcriberen en coderen hierbij. Uit het proefinterview zijn dermate belangrijke antwoorden gekomen, dat er voor is gekozen om de resultaten en conclusies uit dit interview mee te nemen in de resultaten.

Hoofdtopic 1: “Moeilijke” zorg

Uit de geanalyseerde interviews kwam unaniem naar voren dat de verpleegkundigen de zorg aan een delirante patiënt als zwaar ervaren. De verpleegkundigen waren het ook met elkaar eens dat de delirante patiënt veel begeleiding nodig heeft.

Respondent 1 zei daarover:

"....de ander is gewoon ontzettend onrustig en heb je gewoon heel veel begeleiding, moet je daar aan geven."

De verpleegkundigen waren het tevens unaniem eens met elkaar dat zij een patiënt met een hyperactief delier als een zwaardere zorgvrager ervaren ten opzichten van een patiënt met een hypoactief delier. Respondent 2 zei daarover:

"Maar het is wel uh geestelijk denk ik ook wel zwaarder als iemand continu aan het gillen is of continu in het verzet gaat of in de remmen gaat, niet mee werkt dat is uh heel vermoeiend zeg maar dan ja dan ervaar ik het geestelijk ook nog wel zwaarder."

Een aantal verpleegkundigen vertelden dat zij de zorg aan een delirante patiënt ook als leuk ervaren, aldus respondent 4:

"..... maar over het algemeen ja vind ik de zorg voor de delirante patiënt juist heel erg leuk."

Respondent 3 zei hierover: *"Maar ik vind dat ook wel weer heel leuk om zeg maar uit te zoeken van nou wat is er aan de hand en waarmee uh kan ik de patiënt het beste helpen en maar ook proberen uh ja weer zo snel mogelijk terug te krijgen in uh ja hoe dat het moet zijn". "...dus ik vind dat toch ook wel weer een hele leuke kant zeg maar gewoon om in de gaten te houden".*

Tevens werd er gezegd door een aantal verpleegkundigen dat als zij niet met de delirante patiënt om kunnen gaan zij dan op de verkeerde afdeling werken. Respondent 4 zei hierover:

"Ja ja ja ik vind anders had ik op een andere afdeling moeten gaan werken denk ik haha."

Een aantal verpleegkundigen benoemden dat er wat kennis tekort heerst op de afdeling omtrent delier. Op de vraag welke typen delier er zijn moest er door een aantal verpleegkundigen lang nagedacht worden. Ook kwam het voor dat de verpleegkundige het niet wist. Respondent 6 zei op de vraag welke typen delier er zijn: *"Dat zou ik eigenlijk niet weten nee".* Respondent 1 zei over de kennis: *"...waardoor je merkt dat er heel veel kennis te kort uh nog heerst soms". "Ja zelf heb ik best wel wat kennis maar in algemene zin denk ik dat het stukje kennis bij ons en ook op andere afdelingen wel vergroot moet worden".*

Hoofdtopic 2: "Makkelijke" zorg

Meerdere verpleegkundigen benoemden dat zij een patiënt met een stil delier makkelijker vergeten. Dit is een rustige patiënt waardoor de verpleegkundigen er minder omkijken naar hebben, vertelden zij. Aldus respondent 2: *"... iemand in een stil delier die zit maar voor zich uit te staren, die reageert gewoon heel weinig, die doet niet zo veel. Dat is ook niet goed maar ja die vergeet je sneller."*

En respondent 6: *"... als mensen een stil delier hebben heb je vaak de neiging om die gewoon te vergeten, want die zijn dermate stil dat je er gewoon niet bij stil staat."*

Eén verpleegkundige benoemde dat er wordt gedacht dat een patiënt met een stil delier de begeleiding minder nodig zal hebben, aldus respondent 1: *"Daar ga je makkelijker vanuit dat die de begeleiding niet nodig heeft, omdat die rustig aanwezig is."*

Hoofdtopic 3: Interventies inzetten

Een aantal verpleegkundigen benoemden dat zij er geen fijn gevoel bij krijgen als er te vaak "zo nodig medicatie" ingezet wordt. De verpleegkundigen benoemden hierbij dat veel medicatiegiften voorkomen zouden kunnen worden indien er genoeg tijd en aandacht is voor de delirante patiënt.

Respondent 6 zei over het sederen: *“De grens is als dat echt te vaak te veel moet gebeuren dat je eigenlijk letterlijk iemand platspuut. Daar houd ik niet van.”*

Respondent 1 zei over de medicatiegiften: *“... dat je heel veel medicatie giften ook wel kan voorkomen als je de tijd en de rust op de afdeling hebt om iemand op een andere manier af te lijden.”*

Een aantal verpleegkundigen vonden het niet erg om valdetectie en/of een laag-laagbed in te zetten bij een delirante patiënt, aldus respondent 4: *“Maar uh ja valdetectie en beide bedhekken daar heb ik eigenlijk geen problemen mee...”* *“Laag-laagbed heb ik ook geen problemen mee...”*

Hoofdtopic 4: Tijd

De verpleegkundigen ervaren over het algemeen de tijdsdruk erg hoog. Het vaak niet op tijd naar huis kunnen, of naar huis gaan met een niet voldaan gevoel blijkt vaak voor te komen.

Een aantal verpleegkundigen benoemden dat zij het idee hebben meer tijd te besteden aan delirante patiënten, aldus respondent 2: *“Je bent er veel meer tijd mee kwijt met een delirante patiënt, want alles gaat twee keer zo langzaam.”* Respondent 1 zei hierover: *“... iemand hebt die heel onrustig is gaat automatisch daar meer tijd en aandacht naar uit zeg maar.”*

Eén verpleegkundige benoemde dat het niet op tijd naar huis geen gevolg is van de delirante patiënten, maar een andere oorzaak heeft. Aldus respondent 4: *“Door delirante patiënten zie ik het niet, ik denk ik kan niet op tijd naar huis juist door de bezetting op de afdeling.”*

De verpleegkundigen waren het er wel unaniem over eens dat zij het als vervelend ervaren als zij niet op tijd naar huis kunnen. Tevens werd er over gewenning gesproken. Respondent 3 zei hierover: *“Ja ja ik zou het liefst uh gewoon op tijd weg kunnen inderdaad en gewoon een idee hebben van ik heb nu echt alles gedaan wat ik kon doen. En dat gebeurt zelden, ik moet altijd voor mijn gevoel wel dingen laten liggen.”* Respondent 1 zei hierover: *“Je wil gewoon wel je begeleiding en ook je tijd aan iedereen kunnen geven, ja als het niet kan. Op een gegeven moment is het wel een stuk gewenning eigenlijk dat dat hier gebeurt, want het is heel vaak dat ik dat niet kan doen zoals ik het zelf zou willen.”*

Samenvatting kwantitatieve resultaten

In totaal hebben de elf respondenten 2405 minuten zorg verleend aan delirante patiënten. Bij niet-delirante patiënten waren dit 2425 minuten. Gemiddeld waren dit 219 minuten zorg aan delirante patiënten en 221 minuten zorg aan niet-delirante patiënten. Totaal werd er per dienst door één verpleegkundige één uur en 18 minuten besteed aan een patiënt op afdeling Geriatrie. In de ochtenddienst werden er 490 minuten besteedt aan delirante patiënten ten opzichten van 960 minuten aan niet-delirante patiënten. In de avonddienst werden er totaal 1265 minuten besteedt aan de zorg aan delirante patiënten. Bij niet-delirante patiënten waren dit 535 minuten. Tijdens de nachtdienst zijn er in totaal 55 minuten besteedt aan interventies inzetten bij delirante patiënten ten opzichte van 0 minuten bij niet-delirante patiënten. De MBO leerling besteedt tijdens de ochtenddienst ongeveer gemiddeld 400 minuten aan delirante patiënten. De HBO verpleegkundige besteedt tijdens de ochtenddienst ongeveer gemiddeld 20 minuten aan delirante patiënten.

Samenvatting kwalitatieve resultaten

De zorg aan een delirante patiënt in een hyperactief delier wordt als zwaar ervaren. De verpleegkundigen ervaren dat er aan deze patiënt meer tijd wordt besteedt.

Volgens de verpleegkundigen heeft de patiënt in een hyperactief delier meer begeleiding nodig en is deze patiënt zowel psychisch als fysiek zwaarder. Een aantal verpleegkundigen benoemden dat zij de zorg aan een delirante patiënt als leuk ervaren. Er werd benoemt dat deze zorg als heel erg leuk ervaren wordt en dat er ook een leuke kant zit aan de zorg aan een delirante patiënt. Een aantal verpleegkundigen benoemden dat er wat kennis te kort heerst op de afdeling omtrent het ziektebeeld delier. De verpleegkundigen benoemden dat zij de patiënt in een hypoactief delier makkelijker vergeten, omdat deze patiënt zo stil is en weinig reageert. Een aantal verpleegkundigen vinden het niet fijn om een patiënt te sederen. Het sederen gaat de grens over als het te vaak moet gebeuren zegt een verpleegkundige. De verpleegkundigen ervaren over het algemeen de tijdsdruk erg hoog. De begeleiding die geboden wil worden door de verpleegkundigen kan vaak niet geboden worden door het tijdsgebrek op de afdeling. Dit tijdsgebrek voelt bij een verpleegkundige al als gewenning.

Discussie

Kritische reflectie op resultaten

In dit onderzoek is er gekeken naar de hoeveelheid tijd die een verpleegkundige besteedt aan delirante patiënten op afdeling Geriatrie van het Bravis Ziekenhuis te Bergen op Zoom, en hoe de verpleegkundige deze zorg ervaart. Uit de observaties is naar voren gekomen dat de elf geobserveerde verpleegkundigen voor 31 delirante patiënten en 31 niet-delirante patiënten zorg hebben gedragen. Op een minimaal verschil na, hebben deze verpleegkundigen evenveel tijd besteedt aan delirante patiënten als aan niet-delirante patiënten. Aan delirante patiënten waren dit 2405 minuten en aan niet-delirante patiënten waren dit 2425 minuten. Dit is opvallend, omdat de opdrachtgever het vermoeden uitsprak dat de tijd die verpleegkundigen aan delirante patiënten besteden veel hoger zou zijn ten opzichte van niet-delirante patiënten. Van een acht uur durende dienst besteedde een verpleegkundige gemiddeld één uur en 18 minuten aan een geriatrische patiënt, ongeacht of deze patiënt delirant of niet-delirant was. In deze tijd zaten tevens activiteiten als artsenvisite, MDO en administratie. Deze activiteiten kunnen veel tijd in beslag nemen, waardoor er weinig tijd overbleef voor de patiënt zelf. Dit is bij de delirante patiënt opvallend weinig tijd, omdat een delirante patiënt veel aandacht en begeleiding nodig heeft en omdat er werd aangegeven door de verpleegkundigen dat de zorg aan een delirante patiënt lang duurt.

Tijdens de verschillende soorten diensten is er soms veel tijdsverschil tussen de verschillende opleidingsniveaus af te lezen in staagdiagrammen 1 en 2. Dit kan te maken hebben met de patiënten verdeling die vooraf aan de dienst gemaakt werd door de collega's van de vorige dienst. Hierdoor kan er geen goede vergelijking gemaakt worden tussen de tijd dat verpleegkundigen van verschillende niveaus besteden aan delirante patiënten en aan niet-delirante patiënten. Er kan ter discussie gesteld worden of deze verdelingen op de juiste wijze gemaakt zijn. De delirante patiënt is een complexe zorgvrager wat veel competenties van de HBO-verpleegkundige behoeft. Een aantal van de geïnterviewde verpleegkundigen benoemden dat zij de zorg aan een delirante patiënt als leuk ervaren. Zij zien dit als een uitdaging, een puzzel die opgelost moet worden. Ook is het van belang dat er bij een delirante patiënt klinisch geredeneerd wordt, omdat de delirante patiënt een complexe zorgvrager is. Eén verpleegkundige benoemt dat als zij de geriatrische patiënt, en in het bijzonder de delirante patiënt, niet als leuk en uitdagend ervaren dat zij op een andere afdeling had moeten gaan werken. Deze verpleegkundigen beschikken over een ruim empathisch vermogen. Empathie tonen bij een delirante patiënt is een competentie die wenselijk is onder verpleegkundigen die werken op een Geriatrie afdeling. Dit, zodat de verpleegkundigen zich kunnen inleven in de patiënt. Empathie is het perspectief waarover iemand beschikt om de ander te begrijpen en meelevende zorgzaamheid te bieden (Adriaansen, 2008, p. 3-7). "Empathie wordt beschouwd als een essentieel element in het handelen van verpleegkundigen. Patiënten vinden het belangrijk dat hulpverleners empathisch zijn" (Adriaansen, 2008, p. 3-7). Het empathisch vermogen van de verpleegkundigen is het vermogen waarin cognitieve, emotionele en affectieve elementen begrepen worden van de patiënt (Adriaansen, 2008, p. 3-7).

Van Der Weele et al., 2014 beschrijft dat de patiënt in een hypoactief delier vaak als een makkelijke patiënt wordt ervaren. De verpleegkundigen gaven in het interview aan dat de patiënt in een hypoactief delier sneller wordt vergeten, omdat deze patiënt stil in een hoekje zit en weinig reageert. De geïnterviewde verpleegkundigen ervaren de zorg aan een delirante patiënt in een hyperactief delier als zwaar. Eén verpleegkundige benoemt dat de delirante patiënt in een hyperactief delier psychisch en fysiek een stuk zwaarder is dan een delirante patiënt in een hypoactief delier. Van Der Weele et al., 2014 beschrijft dat de patiënt in een hyperactief delier vaak als moeilijk wordt ervaren. De verpleegkundigen benoemden regelmatig niet klaar te zijn wanneer de volgende dienst begint en daardoor regelmatig niet op tijd naar huis te kunnen.

De vraag die hierbij gesteld kan worden is waar dit door komt. De totale zorg aan alle patiënten op afdeling Geriatrie zou te druk kunnen zijn. De geriatrie patiënt is een patiënt met complexe en meervoudige problematiek (Nursing, 2017).

Bij veel ouderen op de geriatrie afdeling is er sprake van een combinatie van aandoeningen en klachten. Dit kan variëren van diabetes, dementie tot slikproblemen. Vaak hebben ouderen door de complexe en meervoudige problematiek te maken met polyfarmacie (Nursing, 2017). Dit wil zeggen dat deze patiënten categorie veel verschillende medicatie gebruiken. Als verpleegkundige in de zorg aan de geriatrie patiënt is het de uitdaging om de eigen regie van de patiënt zo veel mogelijk te waarborgen en tevens aandacht te hebben voor alle complexe aandoeningen die de patiënt met zich mee brengt. Door de gemiddeld hoge leeftijd van de geriatrie patiënt neemt ook de kwetsbaarheid toe, wat kan leiden tot snelle achteruitgang tijdens een ziekenhuisopname (Nursing, 2017). Tevens dient de verpleegkundige bij de zorg aan de geriatrie patiënt klinisch te redeneren en alert te zijn op risicosignalering, omdat alle factoren rondom deze complexe patiënt invloed op elkaar hebben. Kortom, de zorg aan een geriatrie patiënt is een complexe en veel omvattende zorg die veel kennis en vaardigheid vraagt van de verpleegkundige (Nursing, 2017).

Ook kan er afgevraagd worden wanneer de vraag aan de verpleegkundigen gesteld wordt over hoe zij de zorg aan een niet-delirante patiënt ervaren, dat hier hetzelfde antwoord op komt als bij de uitkomsten van de delirante patiënt. De vraag die hierbij naar voren komt is, waar deze zorgzwaarte vandaan kan komen. Gedurende het onderzoek stonden er relatief weinig gediplomeerd verpleegkundigen tijdens een dienst ingepland. In de één uur en achttien minuten die een verpleegkundige heeft voor één geriatrie patiënt, ongeacht of deze delirant is of niet, dient de verpleegkundige alle rollen van het CanMEDS model te vervullen. In deze tijd dienden ook taken als administratie en artsensite uitgevoerd te worden. Er kan afgevraagd worden of de zorgzwaarte niet ligt aan het aantal delirante patiënten en in welke vorm van delier zij verkeren, maar aan de totale som van alle complexe geriatrie patiënten met bijbehorende ziektebeelden. Tevens kan er zich afgevraagd worden of de verpleegkundige te veel taken heeft per patiënt in een relatief korte tijd. Verpleegkundigen ervaren over het algemeen de werkdruk te hoog voor het leveren van echt goede zorg (Aethon, 2015). Graag zou er gezien worden dat er meer tijd aan patiënten besteedt kan worden. Tevens zal meer tijd de kwaliteit van de zorg ten goede komen (Aethon, 2015).

Ten gevolgen van de hoge zorgzwaarte en nog een verpleegkundige die langdurig ziek is geworden, wordt er nu op de afdeling meer gediplomeerd personeel ingezet per dienst. Mogelijk als het onderzoek nogmaals wordt uitgevoerd geven de verpleegkundigen nu andere antwoorden doordat er meer personeel is om de vele taken onder te verdelen.

Kritische reflectie op methode

In dit onderzoek is er inzichtelijk gemaakt hoeveel tijd de verpleegkundigen besteden aan delirante patiënten op afdeling Geriatrie en hoe zij dit ervaren. Het onderzoek bevat een mixed approach onderzoeksdesign, waardoor er gebruik gemaakt is van datatriangulatie. Dit houdt in dat er zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek gedaan is (De Jong, et al., 2012, p. 224). Door middel van het mixed approach onderzoeksdesign is er een conclusie verkregen van de tijd die de verpleegkundigen aan delirante patiënten besteden en hoe zij deze zorg ervaren.

Om het kwantitatieve deel van de onderzoeksvraag te onderzoeken is er gebruik gemaakt van een observatielijst. Tijdens het opstellen van het onderzoeksplan is dit meetinstrument ontwikkeld. Met dit meetinstrument is de proefmeting afgenomen.

Vooraf aan de proefmeting was er gepland om deze samen met de opdrachtgever uit te voeren. Dit is niet door gegaan door onverwachte afspraken van de opdrachtgever. De proefmeting is daardoor zelfstandig uitgevoerd.

Gedurende de proefmeting is gebleken dat het meetinstrument niet compleet is voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Om die reden zijn de gegevens uit de proefmeting niet meegenomen in het analyseren van de resultaten. Het opgestelde meetinstrument miste een aantal activiteiten en de activiteiten die bij de niet-delirante patiënt stonden bleken niet functioneel toepasbaar te zijn.

Om die reden is het meetinstrument aangepast. Een aantal activiteiten zijn toegevoegd en de activiteiten bij de delirante patiënt als bij de niet-delirante patiënt zijn hetzelfde gemaakt. De reden dat de activiteiten bij de delirante patiënt als bij de niet-delirante patiënt hetzelfde zijn gemaakt was, omdat er zo beter een vergelijking getrokken kon worden in de tijd die de verpleegkundigen aan een activiteit besteedden.

Op de dag van de proefmeting heeft er wel een evaluerend gesprek plaats gevonden met de opdrachtgever. Tijdens dit gesprek zijn de punten besproken waar tegenaan gelopen werd en is er een passende oplossing bedacht om het meetinstrument toepasbaar te maken bij de onderzoeksvraag.

Tijdens de observaties is de locatie waar de verpleegkundigen zich bevonden geobserveerd, echter zijn deze gegevens niet meegenomen in de resultaten. Achteraf bleek dat de locatie waar de verpleegkundigen zich begaven niet relevant was voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Vooraf aan de observaties was er een planning gemaakt op welke dag en welke dienst er geobserveerd zou worden. Er werd gebruik gemaakt van de gelegenheidssteekproef. Welke verpleegkundigen er op het moment werkzaam waren van observatie werden, indien er toestemming gegeven werd, geobserveerd. Er was vastgesteld dat er in twee ochtenddiensten, twee avonddiensten en twee nachtdiensten geobserveerd zou worden. De observatie van de nachtdienst is terug gebracht naar één observatie in de nacht, tevens is deze observatie uitgevoerd door de opdrachtgever. De onderzoeker draait geen nachtdiensten, maar vond het wel belangrijk om te onderzoeken welke activiteiten en met welke frequentie er voor kwamen in de nacht bij delirante patiënten. Er werd gestreefd naar datasaturatie, dit was echter niet haalbaar. Niet elke verpleegkundige, stagiaire en leerling verpleegkundige is geobserveerd. Na elf observaties kwamen er geen nieuwe inzichten maar naar voren (De Jong, et al., 2012, p. 225). De structuur van elke dienst kwam goed naar voren tijdens de observaties, waardoor er vaak dezelfde activiteiten op dezelfde tijdstippen werden uitgevoerd. Het meetinstrument is valide en betrouwbaar bevonden door twee experts, waardoor de kans dat het meetinstrument anders geïnterpreteerd werd door de opdrachtgever minimaal was. De resultaten die uit de observaties werden verkregen zijn verwerkt in het statistische programma SPSS. Dit programma heeft het mogelijk gemaakt om de resultaten weer te geven in tabellen en staafdiagrammen, zoals te zien is in tabellen 2 tot en met 8 en staagdiagrammen 1 en 2.

Net als bij de observaties was er voor de interviews een planning gemaakt. Er was gekeken naar de dienstlijst wanneer welke verpleegkundige werkzaam was. Voor het onderzoek was het van belang om de verpleegkundigen te interviewen die ook geobserveerd waren, om zo een goede vergelijking te kunnen maken. Aan de hand van wanneer een verpleegkundige werkzaam was en beschikbaar voor een interview kwam de onderzoeker naar de afdeling om de interviews af te nemen. Een nadeel van deze selectieve gelegenheidssteekproef is dat er niet geheel willekeurig verpleegkundigen geobserveerd zijn. Echter kon het ook geen gelegenheidssteekproef zijn, omdat de kans dan aanwezig was dat er verpleegkundigen geïnterviewd werden die niet geobserveerd waren. Een ander nadeel van de selectieve steekproef was dat er geen stagiaires zijn geïnterviewd. Wel is de leerling verpleegkunde geïnterviewd over de ervaring. Echter is er nu niet te weten gekomen wat de ervaring van de stagiaires is rondom de zorg aan een delirante patiënt.

Er kan gesteld worden dat er geen gestratificeerde gelegenheidssteekproef heeft plaatsgevonden, omdat de stagiaires die werkzaam zijn op de afdeling niet geïnterviewd zijn. Deze soort steekproef had de betrouwbaarheid van het onderzoek kunnen vergroten, omdat er zo een evenredigere conclusie getrokken kon worden.

Er was een interview gepland met de geriatrische verpleegkundige. Dit interview zou een meerwaarde zijn voor het onderzoek, omdat deze verpleegkundige wellicht anders kijkt naar delirante patiënten omdat er over meer kennis wordt beschikt.

Wegens plotselinge langdurige ziekte van de geriatrische verpleegkundige kon dit interview helaas niet doorgaan. Er is daarom voor gekozen om wel op de geplande dag te interviewen, maar met een andere verpleegkundige die tevens geobserveerd was. Dit betrof een MBO verpleegkundige die vanaf oktober jongstleden werkzaam is op de afdeling. Deze verpleegkundige kijkt wellicht op een andere manier naar de delirante zorgvrager dan de geriatrische verpleegkundige, omdat zij pas kort geleden afgestudeerd en werkzaam is.

Uiteindelijk zijn er zes interviews afgenomen. Vooraf werd vastgesteld dat er door gegaan zou worden met interviewen tot er datasaturatie werd bereikt. Echter was dit niet mogelijk in dit onderzoek. Datasaturatie kan pas worden bereikt met grote aantallen respondenten. Uiteindelijk is er gestreefd naar datasaturatie (De Jong, et al., 2012, p. 225). Uit de afgenomen interviews zijn over het algemeen dezelfde antwoorden gegeven per topic.

Om de betrouwbaarheid van de uitgewerkte interviews te vergroten is er gebruik gemaakt van membercheck. Per afgenomen interview is er een samenvatting gemaakt. Met deze samenvatting is naar elke respondent terug gegaan. 3,5 week voor de deadline van het onderzoek is er een mail verstuurd naar alle respondenten dat er een samenvatting van het interview met een informatie brief in het postvak ligt. Hierbij werd de vraag gesteld of de samenvatting gelezen kon worden, eventueel een aanvulling gedaan kon worden waarna het werd ondertekend en in het postvak van de onderzoeker werd gelegd. Na vele pogingen om aan volledige membercheck te voldoen zijn er helaas maar drie getekende samenvattingen terug gekomen. De respondenten zijn er mondeling meerdere malen op geattendeerd en er is gebeld naar de respondenten wanneer zij werkzaam waren. Desondanks mochten deze pogingen niet baten. De membercheck is niet volledig voldaan wat leidt tot zwakte van de interviews. Dit leidt tot zwakte van de interviews, omdat er bij drie interviews niet gecontroleerd is op de gemaakte interpretatie van de onderzoeker.

Om vertekening van de gegevens te voorkomen is er gebruik gemaakt van peerreview. De topiclijst die aan de hand van literatuur werd opgesteld is voorgelegd aan de leden van de peergroep en aan een expert. Na het mondelinge doornemen van de topiclijst is de startvraag verandert en is de volgorde van een aantal topics verandert. Voor het coderen van de interviews is er tevens gebruik gemaakt van peerreview. Een lid van de peergroep heeft een interview gecodeerd. Nadat dit interview gecodeerd is, is er consensus bereikt over bepaalde codaties. Deze consensus ging over de topic “moeilijke” zorg en “makkelijk” zorg. Hierbij zaten meerdere verschillen in het interview dat gecodeerd werd door het lid van de peergroep en door de onderzoeker zelf. Sommige antwoorden van de respondent waren beide topics is één. Na uitvoerige discussie en het analyseren van het interview is er uiteindelijk overeenstemming bereikt. Doordat de topiclijst en het interview beoordeeld zijn door andere deskundigen op het gebied van kwaliteit is er sprake geweest van peerreview (De Jon et al., 2012, p. 222-223).

Het doel van dit onderzoek was niet om de resultaten te generaliseren naar een andere setting. Het doel van het onderzoek was om de onderzoeksvraag die gesteld was, over deze specifieke afdeling, te beantwoorden.

De respondenten betroffen een selectieve groep die alleen op de afdeling werkzaam zijn waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. Het meetinstrument zou wel generaliseerbaar zijn naar een andere setting, mits daar delirante patiënten voorkomen. Tevens zou de topiclijst voor de semigestructureerde interviews generaliseerbaar zijn naar een andere setting, mits daar delirante patiënten voorkomen en mits daar de topics die beschreven zijn voorkomen. In de inleiding werd het HELP programma als interventie bij de delirante patiënt benoemt. In de aanbevelingen wordt hier niet verder op ingegaan, omdat het niet relevant blijkt te zijn voor dit onderzoek ten aanzien van de resultaten. Het is gebleken dat er niet meer tijd wordt besteedt aan delirante patiënten ten opzichten van niet-delirante patiënten. Het HELP programma dient ter ondersteuning van de verpleegkundigen, dat zij meer tijd over houden voor andere taken.

Conclusie

De conclusie die kan worden getrokken nadat er een uitvoerig mixed approach onderzoek gedaan is, is dat de elf verpleegkundigen die geobserveerd zijn in totaal 2405 minuten zorg hebben verleend aan delirante patiënten. Aan niet-delirante patiënten zijn 2425 minuten zorg verleend. Gemiddeld hebben de elf verpleegkundigen 219 minuten zorg verleend aan delirante patiënten en 221 minuten zorg verleend aan niet-delirante patiënten. De verschillen tussen de totale tijd en de gemiddeldes zijn minimaal, dus verwaarloosbaar. De elf verpleegkundigen hebben in totaal voor 31 delirante patiënten en 31 niet-delirante patiënten gezorgd. Doordat het aantal patiënten gelijk is kan de vergelijking tussen het aantal minuten worden getrokken. Het is opvallend om te zien dat de verpleegkundigen meer tijd besteden aan niet-delirante patiënten. Dit is opvallend, omdat uit de interviews naar voren is gekomen dat de verpleegkundigen zorg aan een delirante patiënt als zwaar ervaren. Tevens is de ervaring van de verpleegkundigen dat de delirante patiënt meer tijd vraagt van de verpleegkundigen en handelingen twee keer zo langzaam gaan. Er kan geconcludeerd worden dat de hoeveelheid tijd die de verpleegkundigen besteden aan delirante patiënten niet overeenkomt met de ervaring die de verpleegkundigen hebben bij deze zorgvragers. Tevens kan er geconcludeerd worden dat het feit dat de verpleegkundigen meer tijd besteden aan niet-delirante patiënten niet overeenkomt met de hypothese van de opdrachtgever. Een aantal verpleegkundigen geven aan dat de zorg aan een delirante patiënt als leuk ervaren wordt. De verpleegkundigen vinden het een uitdaging om er achter te komen welke behoeftes deze patiënt heeft.

Van een acht uur durende dienst besteedt een verpleegkundige gemiddeld één uur en 18 minuten aan een geriatrische patiënt, ongeacht of deze patiënt delirant of niet-delirant is. Dit is opvallend weinig te benoemen voor de geriatrische patiënt. In deze tijd zitten ook activiteiten als artsensite, MDO en administratie. Deze activiteiten vinden niet plaats bij of met de patiënt, waardoor er weinig tijd overblijft voor de patiënt zelf.

Er kan geconcludeerd worden dat de geïnterviewde verpleegkundigen de patiënt in een hypoactief delier makkelijk vergeten en er vanuit gaan dat deze patiënt de begeleiding minder nodig heeft. Dit is een opmerkelijk gegeven. De verpleegkundigen geven aan dat zij een patiënt in een stil delier makkelijker vergeten, omdat deze patiënt stil in een hoekje zit en niet veel zegt. De patiënt in een stil delier heeft juist ook de aandacht en begeleiding nodig van de verpleegkundigen, omdat deze patiënt zich minder makkelijk uit en niet snel van zich laat horen.

Over de kennis van de verpleegkundigen omtrent het delier kan er geconcludeerd worden dat er kennis tekort heerst over dit ziektebeeld. Sommige verpleegkundigen gaven aan dat er kennis tekort heerst op de afdeling en een aantal verpleegkundigen wisten de verschillende typen delier niet te benoemen, wat duidt op te weinig kennis.

Over het tijdsaspect kan de conclusie worden getrokken dat de verpleegkundigen te weinig tijd ervaren om naar wens verpleegkundige zorg en aandacht te verlenen. Het is opvallend dat een verpleegkundige dit al als gewenning ziet op afdeling Geriatrie, omdat gewenning aangeeft dat de hoge tijdsdruk regelmatig voorkomt.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten en tevens de conclusie die uit dit onderzoek zijn gekomen, zijn er een aantal aanbevelingen opgesteld. De aanbevelingen zijn op micro-, meso- en macroniveau. Dit wil zeggen dat er aanbevelingen zijn gedaan ten behoeve van de onderzochten respondenten, naar de afdeling en aanbevelingen op landelijk niveau.

- Nadat er geconcludeerd is dat de delirante patiënt in een stil delier vaker wordt vergeten is het aan te bevelen dat het team in het vervolg extra alert is op deze patiënt. Tijdens het 08:45 uur overleg met alle verpleegkundigen, activiteitentherapeuten, voedingsassistenten en teamleiders is het raadzaam om te bespreken welke patiënt in een stil delier verkeerd zodat er een verdeling gemaakt kan worden over welke discipline extra alert is op deze patiënt en zorg verleend aan deze patiënt. Door te benoemen welke patiënt in een stil delier verkeerd kunnen alle disciplines alert zijn op deze patiënt en er extra aandacht aan besteden. Gedurende de dienst geven de disciplines elkaar op een opbouwende manier feedback over het zorg verlenen en aandacht geven aan deze patiënt. Tijdens de dag evaluatie aan het einde van de dienst zal er kritisch gereflecteerd worden over hoe de zorg aan deze patiënt is verleend en of er voldoende aandacht is gegeven aan deze patiënt. Hierbij zal opbouwende feedback gegeven worden. Tevens zullen er positieve punten benoemd worden.
- Omtrent het kennis tekort, wat een aantal verpleegkundigen aangeven en wat uit de semigestructureerde interviews is gekomen, over het ziektebeeld delier in de breedste zin van het woord, wordt er aanbevolen om een verplichte module in e-learning via leerplein te introduceren. In deze e-learning kunnen de verpleegkundigen informatie verkrijgen over het delier. Hierna kan er een toets afgenomen worden, om de kennis te toetsen van de verpleegkundigen. Hieruit kan worden opgemaakt wat de verpleegkundige al weet en waar nog aandacht aan besteedt moet worden. Tevens wordt er aanbevolen om één of meerdere casus besprekingen te organiseren met alle verpleegkundigen. Tijdens deze casus bespreking wordt er een casus uit de praktijk besproken met bij behorende knelpunten. Door een 360 graden reflectie te houden dienen alle verpleegkundigen kritisch naar het eigen handelen en elkaars handelen te kijken. Door deze manier van reflecteren kunnen er aandachtspunten naar voren komen waar in het vervolg aandacht aan besteed kan worden.
- Er zijn op verschillende gebieden aandachtsvelden aangesteld binnen het team. Zo is er een aandachtsvelder voor de kwetsbare oudere. Er is nog geen aandachtsvelder voor de delirante patiënt. De delirante patiënt valt onder de kwetsbare oudere, maar kan nog meer complexiteit bevatten. Het wordt aanbevolen om een aandachtsvelder delier aan te stellen die alert is op oriëntatie, prikkelarm verplegen, de indeling waar de patiënt komt te liggen, vragen kan beantwoorden van collega's en kennis kan overdragen.
- In de studie HBO-Verpleegkunde aan Avans Hogeschool wordt enkel in het tweede jaar een korte periode besteedt aan de geriatrische zorgvrager. De geriatrische zorgvrager is de toekomst, omdat de vergrijzing steeds verder toeneemt. Ook heeft de geriatrische zorgvrager meer kans op een delier. Er wordt daarom aanbevolen om in de opleiding HBO-Verpleegkunde meer aandacht te besteden aan de geriatrische zorgvrager en alle complexiteit die hierbij kan komen kijken. Door hier meer aandacht aan te besteden wordt de kennis onder HBO professionals vergroot wat tot gevolg kan hebben dat er betere zorg aan de geriatrische patiënt kan worden verleend.

Vervolgonderzoek:

- Er wordt aanbevolen om een vervolgonderzoek uit te voeren op afdeling Geriatrie van het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. Dit vervolgonderzoek zal gaan over hoe de zorg aan de geriatrische patiënt in de breedste zin van het woord wordt ervaren. In dit onderzoek is enkel gekeken naar de delirante patiënt.
Doordat er geconcludeerd is dat er niet meer tijd besteedt wordt aan de delirante patiënt, maar de zorg over het algemeen op de afdeling als zwaar wordt ervaren, is het zinvol om te kijken naar de ervaring van de verpleegkundigen omtrent de geriatrische zorgvrager.
- Tevens wordt er aanbevolen om een vervolgonderzoek te doen naar de functies van een MBO verpleegkundige ten opzichte van een HBO verpleegkundige. Het is een actueel onderwerp om de taken van de niveau verschillen zichtbaar te maken op de werkvloer. De geriatrische patiënt is een complexe zorgvrager waar veel klinische redenering bij van toepassing is. Het is daarom zinvol om te kijken hoe de MBO verpleegkundigen deze zorg verlenen ten opzichte van de HBO verpleegkundigen.

Literatuurlijst

- Adriaansen, M. (2008). Empathieontwikkeling bij studenten verpleegkunde. *Onderwijs & gezondheidszorg*, 5(32), 3-7. Geraadpleegd op 10 december 2017, van <https://link.springer.com.ezproxy.avans.nl/content/pdf/10.1007%2F03077316.pdf>
- Aethon (2015). *Werkdruk verpleegkundigen te hoog om goede zorg te leveren*. Geraadpleegd op 11 december 2017, van <https://www.skipt.nl/partnernieuws/id24818-werkdruk-verpleegkundigen-te-hoog-om-goede-zorg-te-leveren.html>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., McCloskey Dochterman, J., (2010). *Verpleegkundige interventies* (3^e druk). Amsterdam: Reed Business.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Hogere sterfte onder ouderen afgelopen winter*. Geraadpleegd op 18 september 2017, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/10/hogere-sterfte-onder-ouderen-afgelopen-winter>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht*. Geraadpleegd op 18 september 2017, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7052_95&D1=a&D2=0&D3=0,15-21&D4=0,10,20,30,40,50,60,65-66&HDR=G1,G3&STB=T,G2&VW=T
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht*. Geraadpleegd op 18 september 2017, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7052_95&D1=34-37&D2=0&D3=0,15-21&D4=0,10,20,30,40,50,60,65-66&HDR=G1,G3&STB=T,G2&VW=T
- Conley, D. M. (2011). The Gerontological Clinical Nurse Specialist's Role in Prevention, Early Recognition, and Management of Delirium in Hospitalized Older Adults. *Urologic nursing*, 31(6), 337-342. Geraadpleegd op 22 september 2017, van <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.avans.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=aa8dbba7-60d9-49ec-b4dd-c9aa8ea8b1cf%40sessionmgr120>
- Dassen, Th. W. N., Keuning, F. M., Jansen, G. J., Jansen, W. S. (2013). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties: Een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen* (7^e druk). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- De Jong, A., Vandenbroele, H., Van Der Arend, A., Glorieux, M., De Maesschalck, L., Vande Moortel, J., Schnepf, W., Visser, M. (2012). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs* (4^e druk). Amsterdam: Reed Business.
- De Weerd, W., Selz, B., Nuyens, G., Staes, F., Swimmen, D., Van De Winkel, A., Nieuwboer, A., Lysens, R., Feys, H. (2000). Time use of stroke patients in a intensive rehabilitation unit: A comparison between a Belgian and a Swiss setting. *Disabil Rehabil*, 22(4), 181-186.
- De Wit, L., Putman, K., Dejaeger, E., Baert, I., Berman, P., Bogaerts, K., Brinkmann, N., Connell, L., Feys, H., Jenni, W., Kaske, C., Lesaffre, E., Leys, M., Lincoln, N., Louckx, F., Schuback, B., Schupp, W., Smith, B., De Weerd, W. (2005). Use of time by stroke patient: A comparison of four european revalidation centers. *Stroke* 36(9), 1977-1983.
- Faught, D. D. (2014). Delirium: The Nurse's Role in Prevention, and Treatment. *MEDSURG Nursing*, 23(5), 301-305. Geraadpleegd op 22 september 2017, van <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.avans.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=ea353800-6c6f-4307-8c7b-a113c7367146%40sessionmgr4006>
- Jochems, A. A. F., Joosten, F. W. M. G. (2012). *Coëlho: Zakwoordenboek der Geneeskunde* (30^e druk). Amsterdam: Reed Business Education.
- Kooiman, N., Boerdam, A. (2016). *Regionale variatie in de mate van vergrijzing*. Geraadpleegd op 18 september 2017, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2017/27/regionale-variatie-in-de-mate-van-vergrijzing>

- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2013). *Richtlijn delier: Volwassenen en ouderen*. Geraadpleegd op 17 september 2017, van <https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/32/Richtlijn%20Delier%20volwassen%20en%20ouderen.pdf>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2014). *DSM-5: Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5* (1^e druk). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Nursing (2017). *Ouderenzorg*. Geraadpleegd op 10 december 2017, van <https://www.nursing.nl/thema/ouderenzorg/#read-more>
- Van Der Weele, G. M., Van Dijk, A., Eekhof, J. A. H., Olde Rikkert, M. G. M., Scholtens, A. B. J., Veehof, L. J. G., Janssen, P. G. H., Eizenga, W. H. (2014). *NHG-Standaard Delier*. Geraadpleegd op 17 september 2017, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-delier>
- Van Gemert, L., Scholtens, R., Beishuizen, S., (2010). Stil delier. *Nurse Academy*, 22(5), 55-60. doi: 10.1007/s41193-016-0100-8. Geraadpleegd op 02 september 2017, van <https://link.springer.com.ezproxy.avans.nl/content/pdf/10.1007%2Fs41193-016-0100-8.pdf>
- Van Rossum, E., Van Hout, H., (2016). Pro-actieve zorg voor kwetsbare ouderen: terug bij af? *Huisarts en wetenschap*, 59(10), 451-453. doi: 10.1007/s12445-016-0272-0. Geraadpleegd op 16 september 2017, van <https://link.springer.com.ezproxy.avans.nl/content/pdf/10.1007%2Fs12445-016-0272-0.pdf>
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., Rosendal, H. (2016). *Zorg Basics: Praktijkgericht onderzoek* (2^e druk). Amsterdam: Boom.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige: Verpleegkundigen & verzorgenden 2020 deel 3*. Geraadpleegd op 17 september 2017, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Vilans (2015). *Factsheet Hospital Elderly Life Program (HELP): Kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 2 september 2017, van <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/factsheet-hospital-elderly-life-program-help-kwetsbare-ouderen.pdf>

Bijlage 1: Methode literatuurstudie

In het hoofdstuk “methode literatuurstudie” wordt overzichtelijk beschreven hoe het zoekproces is verlopen om tot passende literatuur te komen.

Tekstplan

Voordat er begonnen is met literatuur zoeken in de databanken is er middels een tekstplan geïnterviewd welke informatie de inleiding diende te bevatten. Bij het opstellen van deze vragen is rekening gehouden met het trechtermodel. Hieronder zijn de opgestelde vragen te lezen waardoor de opbouw van de inleiding is bepaald.

- Hoeveel ouderen zijn er in Nederland?
- Hoeveel ouderen overlijden aan een psychische stoornis?
- Wat is een delier?
- Hoe ontstaat een delier?
- Welke verschijningsvormen van een delier zijn er?
- Waaruit bestaat de verpleegkundige zorg aan een delirante patiënt?
- Welke interventies worden er ingezet bij een delier?

Zoektermen

Om gericht naar passende literatuur te zoeken zijn er zoektermen opgesteld.

Zoektermen Nederlands	Zoektermen Engels
Delier	Delirium
Delirium	Delirium
Psychische stoornis	Mental disorder
Symptomen	Symptoms, signs
Subtypen	Subtypes
Verpleegkundige(n)	Nurse(s)
Interventies	Interventions
Vergrijzing	Aging
Complexe zorg	Complex care
Kwetsbare ouderen	Vulnerable elderly
Ervaring	Experience
Beleving	Experience

Tabel 1: zoektermen

Beschrijving databanken

Er is literatuur gezocht in twee verschillende databanken, namelijk Springerlink en Cinahl. De afkorting Cinahl staat voor Cumulative Index of Nursing and Allied Health. Deze databank bevat internationale verpleegkundige artikelen. Het onderwerp van dit onderzoek is verpleegkundig, daarom is er voor deze databank gekozen. Binnen Cinahl kan er gebruik worden gemaakt van Cinahl Heading en Sub Heading. Door deze mogelijkheid wordt het zoeken eenvoudiger, omdat deze functie het mogelijk maakt om in één keer te zoeken in de grote hoeveelheid beschikbare literatuur.

De andere databank die is gebruikt is Springerlink. Springerlink bevat full-tekst tijdschrift artikelen en boeken van Springer en Kluwer Academic die gaan over diverse onderwerpen. Bij het zoeken in Springerlink is de booleaanse operator “AND” gebruikt. De zoekresultaten van beide databanken zijn eerst beoordeeld op titel, vervolgens werd de samenvatting gelezen. Aan de hand van de gelezen samenvatting werd er bepaald of het gehele artikel gelezen werd. Een databank als PubMed is niet gebruikt in dit onderzoeksplan.

Deze databank bevat (bio)medische literatuur en betreft voornamelijk literatuur vanuit geneeskundig oogpunt en niet vanuit verpleegkundig oogpunt. Het onderwerp van dit onderzoek is verpleegkundig, daarom is een databank als PubMed geëxcludeerd bij het zoeken naar literatuur.

In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- Literatuur uitgegeven tussen 2007 en 2017;
- Full-tekst artikelen;
- Engelstalige en Nederlandstalige literatuur;
- Literatuur over het delier in de breedste zin van het woord;
- Cijfers over sterfgevallen onder ouderen;
- Hoogst beschikbare bewijs volgens de hiërarchie van evidence.

Exclusiecriteria

- Artikelen die niet gratis verkrijgbaar zijn.

Het inclusiecriteria tussen 2007 en 2017 is gekozen, omdat de zorg dagelijks innoveert. Als er literatuur wordt gebruikt die ouder is dan 10 jaar kan dit gaan over niet relevante interventies of over niet meer relevante verpleegkundige zorg bij een delier. Literatuur over het delier in de breedste zin van het woord is gekozen, omdat delier een veelomvattend ziektebeeld is.

Er wordt ook in het Engels naar literatuur gezocht, omdat deze onderzoeken verder kunnen strekken dan alleen Nederlandse onderzoeken.

Het exclusiecriteria, artikelen die niet gratis verkrijgbaar zijn is gekozen, omdat dit artikelen zijn in de minderheid. Avans bezit veel databanken waarin free full-tekst artikelen beschikbaar zijn. De artikelen die relevantie literatuur bevatten zijn over het algemeen free full-tekst beschikbaar.

Zoekstrategie

Databank Cinahl

Opdrachtnummer	Zoektermen en booleaanse operatoren	Filters	Aantal hits	Relevant	Level of evidence
#1	Delirium	-	5162	Niet beoordeeld	-
#2	Delirium (cinahl heading)	-	3502	Niet beoordeeld	-
#3	Delirium (cinahl heading) / nursing (sub heading)	-	266	Niet beoordeeld	-
#4	Delirium (cinahl heading) / nursing (sub heading)	Abstract available	140	Niet beoordeeld	-

#5	Delirium (cinahl heading) / nursing (sub heading)	Abstract available en Full text	72	“The gerontological clinical nurse specialist’s role in prevention, early recognition, and management of delirium in hospitalized older adults”. (Conley, 2011). “Delirium: The nurse’s role in prevention, diagnosis, and treatment”. (Faught, 2014).	Artikel uit een vakblad. Artikel uit een vakblad.
----	---	---------------------------------	----	--	---

Tabel 2: zoekstrategie Cinahl

In tabel 2 is te lezen dat de zoekterm “delirium” veel hits op leverde. Evenals de zoekterm “delirium” Cinahl heading. Door het grote aantal hits zijn deze artikelen gescreend op titel, maar verder niet beoordeeld. Door dit grote aantal hits zullen er ook artikelen tussen zitten die niet relevant zijn voor het onderwerp bij dit onderzoeksplan, mede daarom zijn de hits niet beoordeeld. Er is daarom gekozen om een sub heading toe te voegen aan de zoekterm “delirium”, namelijk “nursing”. Dit leverde al aanzienlijk minder hits op, maar nog wel een te groot aantal om te beoordelen. Ook hier is er wel gescreend op titel, maar dit leverde nog geen relevant artikel op. Om het aantal hits te verkleinen zijn er 2 filters aangezet, abstract available en full text. Dit leverde uiteindelijk 72 hits op die beoordeeld zijn. Na het screenen van de titels en vervolgens de samenvatting zijn er een aantal artikelen helemaal gelezen. Uit deze selectie zijn er 2 artikelen geïncludeerd. De overige artikelen gingen over een delirium bij baby’s en veel over een delier bij dementie of een ander ziektebeeld.

Databank Springerlink

Opdrachtnummer	Zoektermen en booleaanse operatoren	Filters	Aantal hits	Relevant	Level of evidence
#1	Delier	-	1135	Niet beoordeeld	-
#2	Delier AND subtypen	-	18	“Stil delier”. (Van Gemert, Scholtens & Beishuizen, 2016).	Artikel uit een vakblad.

#3	Vergrijzing	-	1892	Niet beoordeeld	-
#4	Vergrijzing AND complexe zorg	-	319	Niet beoordeeld	-
#5	Vergrijzing AND complexe zorg AND kwetsbare ouderen	-	89	“Pro-actieve zorg voor kwetsbare ouderen: terug bij af?” (Van Rossum & Van Hout, 2016).	Artikel uit een vakblad.

Tabel 3: zoekstrategie Springerlink

In de databank Springerlink is gestart met breed zoeken. Zoals in tabel 3 te zien is leverde de zoekterm “delier” veel hits op. Dit aantal was te groot om te beoordelen. Wel is er gescreend op titel, daaruit bleek dat de artikelen uiteen liepen. Om het aantal hits te verkleinen is de zoekterm “subtypen” toegevoegd. Dit resulteerde in aanzienlijk minder hits. Er is voor gekozen om de 18 verkregen hits te gaan beoordelen. Er is eerst gescreend op titel, daarna op abstract en vervolgens is er een selectie gemaakt van artikelen die volledig gelezen werden. Dit leverde een artikel, wat een artikel uit een vakblad betrof, op. Uit dit artikel kwam veel bruikbare informatie naar voren voor de beantwoording van meerdere vragen. Veel van de overige hits waren niet free full-tekst beschikbaar. De artikelen die wel free full-tekst beschikbaar waren, bevatten geen relevante literatuur. Om de gevonden cijfers te linken aan het onderwerp delier moest er gezocht worden naar de zorg voor ouderen. Om op deze zoekopdracht relevante literatuur te vinden is eerst de zoekterm “vergrijzing” opgesteld. Deze opgestelde zoekterm leverde een groot aantal hits op, een te groot aantal om te beoordelen op abstract. Wel zijn deze hits beoordeeld op titel. Om het aantal hits te verminderen is de zoekterm “complexe zorg” toegevoegd. Hierbij is de booleaanse operator “AND” gebruikt om de zoektermen met elkaar te verbinden. Dit leverde 319 hits op. Echter waren dit nog steeds te veel hits om te beoordelen op abstract, op titel zijn de artikelen wel gescreend. Om nog gericht te zoeken is de zoekterm “kwetsbare ouderen” toegevoegd. Ook hierbij is gebruik gemaakt van de booleaanse operator “AND”. Dit leverde 89 hits op, deze zijn beoordeeld op titel, abstract en uiteindelijk een aantal op full-tekst. Dit resulteerde in een bruikbaar artikel, namelijk het artikel van, Van Rossum en Van Hout uit 2016.

In de zoektocht naar literatuur werd er door het combineren van de vooraf opgestelde zoektermen al de nodige bruikbare literatuur gevonden. Dit heeft als resultaat gehad dat niet alle vooraf opgestelde zoektermen zijn gebruikt. Dit vanwege de grote omvang en beperkte tijd. De gevonden literatuur, met behulp van een aantal zoektermen, bevatte literatuur die ook aansloot bij de niet gebruikte zoektermen. Dit heeft tot gevolg gehad dat er besloten is om niet specifiek op zoek te gaan naar literatuur met de overgebleven zoektermen. De databanken die bruikbare literatuur opleverde zijn uitgewerkt in de zoekstrategieën. Ter oriëntatie is er ook binnen andere databanken gezocht, zoals PubMed en The Cochrane Library. Uit beide databanken kwam geen gewenste literatuur naar voren, waardoor deze databanken zijn geëxcludeerd. De literatuur die in deze databanken naar voren kwam was te medisch. De zoekmachine Google Scholar is geraadpleegd, echter zijn de relevante hits die hieruit naar voren kwamen opgezocht in de oorspronkelijke databank. Hierdoor is de sneeuwbalmethode ingezet, maar leverde geen relevante hits op.

Overige bronnen

Naast de artikelen die zijn verkregen uit databanken is er ook gezocht naar literatuur in boeken. Hier is voor gekozen, omdat algemene informatie rondom het ziektebeeld delirium niet in elk artikel vanuit een databank uitgebreid aan bod komt. Via Avans catalogus is er gezocht naar passende boeken bij dit onderzoek. Hieruit kwam het boek "DSM V" naar voren. Hier is veel literatuur uit gehaald voor het literatuuronderzoek dat staat beschreven in de inleiding. De gevonden literatuur bevatte met regelmaat veel medische termen en Latijnse termen. Om deze correct te vertalen is er gebruik gemaakt van het boek "Zakwoordenboek der Geneeskunde". Dit boek is door de onderzoeker aangeschaft aan het begin van de opleiding. Ook is er gebruik gemaakt van het boek "Verpleegkundige interventies", ofwel "NIC". Dit boek is ook aangeschaft aan het begin van de opleiding. Daarnaast is er gebruik gemaakt van websites van de beroepsverenigingen van verpleegkunde. V&VN, Vilans en NHG zijn veel geraadpleegde websites in dit onderzoek. Op deze websites zijn er richtlijnen en standaarden gevonden die passend zijn bij het onderwerp van dit onderzoek. Tot slot is de website Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS, een veelgebruikte bron geweest in dit onderzoek. Hieruit is data verkregen omtrent cijfers die ter ondersteuning van dit onderwerp zijn gebruikt.

Bijlage 2: Codatie topics

Hoofdtopic:

- “Moeilijke” zorg

Subtopics:

- Kennis omtrent vormen delier
- Vaardigheden
- Houding
- Agressie
- Verwardheid
- Communicatie
- Zorgweigeren

Hoofdtopic:

- “Makkelijke” zorg

Subtopics:

- Kennis omtrent vormen delier
- Vaardigheden
- Houding
- Agressie
- Verwardheid
- Communicatie
- Zorgweigeren

Hoofdtopic:

- Interventies inzetten

Subtopics:

- Z.n. medicatie verstrekken
- Fysieke fixatie
- Valdetectie
- Beddekken / speciaal bed
- Kennis
- Vaardigheden
- Houding

Hoofdtopic:

- Tijd

Bijlage 3: Transcriptie en codatie interviews

Proefinterview:

Lachte	C: Nou aller eerst bedankt dat je wil meewerken, X: Geen dank C: Uhh het blijft allemaal anoniem, net als de observatie maar dat had ik al eerder verteld X: Ja C: En uh mocht je willen stoppen dan mag je zomaar stoppen zonder dat je een reden opgeeft X: Oké C: Dus dat is misschien wel fijn om te weten haha X: Haha ja waarschijnlijk niet dat ik het nodig heb C: Nou eigenlijk mijn eerste vraag, hoe ervaar je de zorg aan een delirante patiënt? X: Haha ja het wisselt, de ene delirante patiënt is heel rustig en de ander is gewoon ontzettend onrustig en heb je gewoon heel veel begeleiding, moet je daar aan geven. Dus ja C: Ja X: En ieder moment, iedere dienst en iedere dag is anders zeg maar hoe onrustig ze ook zijn C: Ja X: Dus ja het is heel wisselend, het kan heel zwaar zijn, maar het kan ook dat ze heel rustig zijn en dat je er eigenlijk weinig omkijken naar hebt zeg maar, dus ja het verschilt C: En hoe ervaar je dan die hele zware patiënt? X: Ja uh wel als belastend, wel iets wat bij de afdeling hoort uhh, maar ik merk zelf dat er dan vaak te weinig tijd is om uh genoeg begeleiding te geven waardoor er al snel naar medicatie gegrepen wordt C: Hmhm X: Terwijl ik denk dat als het rustiger is of je weet dat je gewoon niet veel meer te doen hebt dat je ook op een andere manier je patiënt kan begeleiden C: Ja C: En hoe, hoe voelt dat voor jou dat er dan snel naar medicatie wordt gegrepen?
Gaat zachter praten	X: Ja ene kant denk je het is makkelijk, want dan gaat het waarschijnlijk wel snel werken waardoor je patiënt rustig is C: Hmhm X: En je verder kan met de rest C: Ja X: Maar ik vind het niet de juiste manier voor mij om zorg te verlenen C: Nee X: Je wil de begeleiding kunnen geven die de patiënt nodig heeft maar vaak door de drukte ben ik er niet toe in staat C: Nee X: Of de collega's laat ik het zo zeggen C: En hoe ervaar je die tijdsdruk in een dienst? X: Haha ja die is toch wel algemeen vrij hoog, regelmatig zeg maar C: Ja X: Het is vaker dat je tijd tekort komt dan dat je echt tijd hebt om uitgebreid met je mensen tijd te nemen en te begeleiden C: Ja

Kijkt, mijn inziens, met een verdrietige blik	X: Het is vaak dat je toch, dat je of geen toezicht hebt of dat je familie vraagt, ja dat je gewoon tijd te kort komt C: Ja, wat voor gevoel roept dat bij je op als je echt tijd te kort komt in een dienst? X: Ja dat is niet leuk, je wil het niet. Je wil de tijd kunnen nemen voor je patiënt of ze nou delirant zijn of niet C: Hmhm X: Dat is natuurlijk de andere kant erbij, mensen die niet delirant zijn wil je ook de aandacht geven. Uh ja ik ervaar dat als vervelend C: Ja X: En niet dat ik er dan wat aan kan doen, maar ik had het graag anders gezien C: Ja dat kan ik begrijpen inderdaad C: En uh weet je welke twee typen delier er zijn? X: Ja je hebt een stil delier en je hebt een actief delier C: Ja, en uh ja over het actieve delier hebben we het al een beetje gehad X: Ja C: En hoe ervaar je het stille delier, hoe ervaar je die patiënt? X: Daar ga je makkelijker vanuit dat die de begeleiding niet nodig heeft, omdat die rustig aanwezig is C: Hmhm X: Terwijl juist die patiënt vaak zijn angsten niet kan uiten of zijn onrust waardoor diegene makkelijk aandacht te kort krijgt C: Ja X: Want dan denk je die is rustig, en als je iemand hebt die heel onrustig is gaat automatisch daar meer tijd en aandacht naar uit zeg maar C: Ja, ja begrijp wat je bedoelt X: Ja dus je maakt, je stelt prioriteiten terwijl ik denk dat die patiënt die een stil delier heeft veel meer tijd en aandacht nodig heeft van ons C: Ja en wat voor gevoel krijg je daarbij als je die aandacht niet kan geven? X: Ja vind ik niet leuk en dat is of iemand nou een delier heeft of niet, je wil gewoon wel je begeleiding en ook je tijd aan iedereen kunnen geven, ja als het niet kan. Op een gegeven moment is het wel een stuk gewenning eigenlijk dat dat hier gebeurt, want het is heel vaak dat ik dat niet kan doen zoals ik het zelf zou willen C: Dus als ik het goed begrijp dan is het, voelt het al echt als gewenning van ik heb de tijd niet voor mijn patiënten dat is nou eenmaal zo? X: Zeer vaak wel ja C: Ja X: Dan ga je, ja weet je dat is wel een basis principe waar je van uit gaat en het is fijn als je een keer wel je begeleiding uitgebreid kan geven C: En wat voor gevoel krijg je dan als je wel de begeleiding kan geven? X: Ja het geeft wel voldoening, want je ziet dat het vaak ook helpt. Kijk soms helpt het niet hoor als je alleen begeleiding geeft en moet je ook medicijnen geven C: Hmhm
Gaat rechterop zitten, mijn inziens vastberaden blik	X: Maar ik denk dat we, denk dat ik, dat je heel veel medicatie giften ook wel kan voorkomen als je de tijd en de rust op de afdeling hebt om iemand op een andere manier af te lijden C: Ja X: En dat geeft wel echt voldoening C: Ja dat kan ik begrijpen X: Ja

	C: En heb je wel eens agressie meegemaakt bij een delirante patiënt? X: Zeer regelmatig C: En hoe ervaar je dat? X: Ja het is toch wel een stuk, ik vind het eigenlijk ja normaal mag ik niet zeggen maar het ligt, wat valt onder agressie? Het is best wel een heel breed begrip C: Ja X: Maar ik merk wel aan mezelf dat ik heel veel dingen wel ook gewoon accepteer, omdat ik weet dat de patiënt er ook niks aan kan doen C: Hmhm X: Maar ja het wordt vrij normaal wat eigenlijk niet normaal is C: Nee en uh stel iemand uh is echt verbaal agressief en non-verbaal slaan uh X: Hmhm C: Zorgweigering, hoe ervaar je dat? X: Lastig maar wel iets wat een uitdaging is in de zorg en het is niet leuk, voor de patiënt ook niet, want er is een reden waarom die slaat en het niet begrijpt C: Hmhm X: Dan vind ik verbaal agressief nog minder erg dan uh verbaal vind ik minder erg als fysiek C: Ja X: Uh op de een of andere manier uh, maar het is soms heel lastig om dan juist de tijd te nemen, want vaak denk ik als je de tijd neemt dat je dan wel die ingang kan vinden waardoor het wel lukt. Maar het wordt dus dan ook snel dat je denkt ja weet je, je weigert het nu ik ga eerst wel naar de volgende en ik geef je nu wat voor de onrust dan ben je straks rustiger dat ik je dan kan helpen C: Ja X: Zo ja dat is uh hoe ik het ervaar C: Oké C: En heb je ook wel eens uh echt fysieke fixatie toegepast? Want je hebt wel ook medicijnen toegediend X: Ja ik heb ook wel eens gefixeerd C: En hoe vond je dat? X: Ja ik vind het ten eerste heel mens ontierend zeker omdat ik merk dat we niet allemaal de juiste kennis erover hebben en ik vind als je iemand fixeert moet je ze ook sederen dat ze niet bewust meekrijgen dat je iemand fixeert C: Ja X: Want het kan heel traumatiserend zijn uh zeker als je, dan heb ik het over een buikband ik weet niet of je het daar ook over hebt? C: Ja ja X: Ja uh het wordt bijna niet meer gedaan in die 2 jaar dat ik er nu werk zie ik echt wel een afname, omdat we heel veel andere middelen hebben C: Ja X: Alleen ik vind het wel echt uh, soms is het echt nodig dan kan het niet anders maar er zijn mensen die afgelopen jaren vrij makkelijk naar fixatie grepen C: Oké X: Ja en ik vind niet dat dat de oplossing moet zijn C: Hmhm C: Nee, en roept dat ook bepaalde boze gevoelens op of wat voor gevoelens krijg je als je dan merkt dat je collega's wel makkelijker daarna toe grijpen? X: Ja frustratie, maar dat bespreek ik dan ook altijd wel, maar het is ook een deel beleid van een arts C: Ja
--	---

Gaat harder praten	X: We hebben ook een patiënt gehad die moest op verzoek van familie gefixeerd worden en dat moest ook van de arts C: Ow X: Ja dan heb je heel weinig keus, maar die vrouw werd ook niet gesedeerd, en ja he C: Hmhm X: Patiënten weten vaak ook wel wat hun te wachten staat, zeker als je dat vaker doet C: Ja X: Uh ja ik probeer het aan alle kanten te voorkomen dat het nodig is, kijk als het nodig is dan is het nodig maar het is niet C: Nee dat begrijp ik inderdaad C: En uh hoe vind je het communiceren met een delirante patiënt? X: Uh een uitdaging haha ja de ene uh werkt heel goed als je heel directief benaderd de ander moet je, ja het is altijd zoeken C: Ja X: We hebben nooit, mensen met een dementie hebben op een gegeven moment een omgangsplan dat je weet hee zo reageert de patiënt C: Ja X: Maar het is bij een delirante patiënt altijd anders. En het ene moment werkt iets wat je doet heel goed en het andere moment verergerd het weer de onrust en de klachten, dus het is heel erg zoeken uh naar wat je het beste kan toepassen en je kan ook niet van te voren op papier zeggen van zo gaan we met iemand om. Uh dus dat maakt het heel afwisselend, maar ook best wel weer complex C: En hoe vind je dat als je je best doet en het werkt niet bij de patiënt? X: Ene kant frustrerend, andere kant denk ik uh er is een reden dat ie zo delirant is en soms helpt het dan ook gewoon niet en soms zijn dan ook medicijnen nodig om iemand weer, zeker als iemand heel erg hallucineert C: Hmhm X: Dan uh kan natuurlijk heel beangstigend zijn en als op dat moment de hallucinaties de overhand hebben of de andere prikkels dan ga je er heel moeilijk tussen komen en dan is het jammer, maar dan is het wel mijn doel om eerst ja het comfort voor mijn patiënt voorop te stellen en dan denk ik ja als het niet lukt dan heb ik het geprobeerd C: Ja X: Soms vraag ik mijn collega nog, maar werkt het niet dan ga je gewoon naar plan b C: Ja inderdaad en je zei dat je comfort voorop stelt, roept dat een blij gevoel op of toch wel een voldaan gevoel als je toch weet dat de patiënt comfortabel is? X: Ja zeker, alleen ja soms de manier waarop zou ik dan wel eens anders willen C: Ja X: Het kan niet altijd, maar het zou wel fijn zijn dat als je het op een andere manier kan bereiken dat je patiënt niet meer angstig is en niet meer onrustig en dat ie zich oké voelt C: Ja X: Ja C: Inderdaad C: Zou je nog iets willen toevoegen aan je ervaring aan de delirante patiënt? X: Op de afdeling of uh? C: Ja
---------------------------	---

	X: Ja ik zou sowieso de nieuwe collega's, maar ook de stagiaires zelf meer uitleg en begeleiding willen meegeven. Uh ik merk zelf dat dus door die drukte te vaak tijd te kort is om uh zelf al de tijd te nemen voor de patiënt laat staan om het een ander uit te leggen, waardoor je merkt dat er heel veel kennis te kort uh nog heerst soms C: Ja X: En ik denk eigenlijk dat als er uh meer bezetting is of in ieder geval bezetting is niet altijd de oplossing C: Hmhm X: Maar dat er dus meer speling is in tijd en personeel, je voor je patiënt veel meer zorg op maat kan leveren en ik denk juist dat dat voor deze patiënten heel goed is als er rust op de afdeling is, voldoende personeel, voldoende begeleiding, want dat is wel wat ze nodig hebben C: Ja X: En dat is echt wel iets dat uh naast het vergroten van kennis bij collega's echt wel een belangrijk punt C: Dus als ik het goed begrijp zou je meer uh meer tijd voor de patiënt willen hebben? X: Ja C: En meer kennis X: Ja zelf heb ik best wel wat kennis maar in algemene zin denk ik dat het stukje kennis bij ons en ook op andere afdelingen wel vergroot moet worden C: Oké, dankjewel X: Ja geen dank
--	---

Interview 1:

Keek op mijn papier Haalt de typen door elkaar	C: Nou dankjewel voor je medewerking allereerst X1: Ja C: Het is volledig anoniem, de observatie ook en uh je mag altijd stoppen zonder dat je een reden op geeft X1: Oké dat is duidelijk C: Uh hoe ervaar je de zorg aan een delirante patiënt? X1: Uh zwaar ik vind uh dat je ja je moet continu sturen, continu bezig eigenlijk met de meeste delirante patiënten om zo alles in goede banen te leiden eigenlijk C: Ja, en weet je ook welke twee typen delier er zijn? X1: Je hebt een stil delier en een acuut delier C: Ja hyperactief, en welke vind je in de zorg zwaarder? X1: Ja hypoactief C: En wat vind je daar precies zwaar aan? X1: Uh ja die mensen die zijn vaak veel onrustiger, iemand in een stil delier die zit maar voor zich uit te staren C: Ja X1: Die reageert gewoon heel weinig, die doet niet zo veel. Dat is ook niet goed maar ja die vergeet je sneller en iemand die heel de boel mij elkaar krijgt en alles eruit trekt en onrustig is ja daar heb ik het drukker mee C: En als je zegt drukker, vind je dat dan ook lichamelijk en geestelijk zwaarder? X1: Ja het verschilt denk ik ook heel erg per patiënt en in wat voor delier die zit. Zeg maar wat ie ervaart in dat delier C: Ja X1: Maar het is wel uh geestelijk denk ik ook wel zwaarder als iemand continu aan het gillen is of continu in het verzet gaat of in de remmen gaat, niet mee werkt dat is uh heel vermoeiend zeg maar dan ja dan ervaar ik het geestelijk ook nog wel zwaarder dan dan mensen zonder delier C: Ja dat kan ik wel begrijpen. En je had het net over uh communicatie dat iemand met een stil delier ja niet veel zegt X1: Ja C: Vind je dat ook lastig? X1: Ja dat is ook moeilijk want dan kun je totaal niet je verdieping in gaan met wat iemand nodig heeft en waar wat je kan doen voor iemand zeg maar C: Ja X1: Dus ja dan moet je ook heel erg af gaan op metingen en controles en bijhouden van dingen, dat maakt het administratief dan ook nog zwaarder. Dan ben je veel meer aan het opletten en uh aan het registreren C: Ja X1: En dat kost veel tijd C: En hoe ervaar je ja verder het tijdsaspect aan een delirante patiënt ten op zichten van een niet delirante patiënt? X1: Je bent er veel meer tijd mee kwijt met een delirante patiënt, want alles gaat twee keer zo langzaam en als je iets net gedaan hebt dan moet het weer opnieuw want soms dan en dan bijvoorbeeld trekt iemand zijn infuus er weer uit of uh je staat er, is ie weer incontinent of gaat weer aan zijn sonde trekken C: Ja
--	--

Valt een stilte	X1: Of ligt weer half uit bed C: Irriteert dat je X1: Nou ja als het druk is wel. Als ik er de tijd voor heb dan irriteert het me niet C: Nee snap ik X1: Maar als ik ik het druk is en iedereen trekt aan je en je bent nog continu daar bezig wat eigenlijk niet kan dan gaat het irriteren C: Ja ja dat begrijp ik wel C: En heb je wel eens uh fysiek gefixeerd? X1: Niet op deze afdeling C: Oh X1: Wel op andere afdelingen C: En uh wat doe je hier om delirante patiënten rustig te krijgen? X1: Uh ik probeer er uh structuur aan te bieden, normale kleren uh uh mee gaan in de dag structuur als dat gaat met de onrust. Uh uh familie erbij laten zitten uh soms ook juist prikkel arm gaan ja proberen zo prikkel arm mogelijk uh ja ik probeer met mm mijn mimiek ook niet geïrriteerd of geërgerd over te komen, probeer wel rustig en een lach en C: Ja X1: Aan bed gewoon uh vriendelijk over te komen zodat ze dat zien en verder ja je hebt onrust medicatie natuurlijk C: En hoe vind je het om onrust medicatie toe te dienen? X1: Ik denk dat dat wel gewenst is bij deze patiënten C: Maar wat voor gevoel krijg je daarbij? X1: Ik uh ja voel me daar niet voel me daar niet bewust bij iets specifieks C: Nee X1: Ik heb niet zoiets van oh jee, kijk ik vind het erg als ik iemand continu plat moet spuiten dat vind ik niet leuk dan denk ik nou wat voor leven heeft dat mensje dan zo zeg maar ja en dan moet ik moet ik iemand continu weg spuiten ja of in slaap houden, omdat het anders gewoon niet gaat. Maar dat komt niet zo vaak voor, maar als ik iemand een oxazepam moet geven of een uh spuitje in zijn been, omdat hij even wat rustiger moet worden dat maakt me niet zoveel dat doet me niet zoveel C: Dus als ik het goed begrijp het sederen X1: Ja het sederen vind ik echt lastiger C: Ja X1: Ja C: En dat vind je lastig en vervelend, heb je nog meer gevoelens daarbij? X1: Nou van de ene kant misschien ook wel bij drukte een opluchting zo van nou die ligt in ieder geval rustig daar kan niks mee gebeuren, kan niks meer fout gaan en ik heb even tijd om naar de rest te gaan C: Ja ja zit ook wat in X1: Ja als je dan heel eerlijk moet zijn haha C: Haha ja dat mag zeker C: Zou je verder nog iets willen toevoegen aan hoe jij de zorg ervaart aan de delirante patiënt? X1: Uh ja vaak wordt familie ingeschakeld en dat vind ik soms ook wel weer lastig, want die zijn thuis al zo belast C: Hmhm X1: En ik denk dat er dat we dat een bekende zien goed is maar ook weer niet altijd, het werkt ook niet bij iedereen C: Nee
-----------------	---

	X1: Dus ik denk dat we daar soms ook wel bij stil moeten staan dat een mantelzorger, als je die continu laat komen dat dat ook heel belastend is C: Ja dat is wel een goede inderdaad X1: Ik weet niet of je verder nog iets wil? C: Nee dat was het eigenlijk
--	--

Interview 2:

Begint enthousiast te vertellen	C: Nou heel erg bedankt dat je wil mee werken, het is allemaal anoniem zoals ik benoemde en ook de observaties X2: Ja C: En je kan zomaar stoppen met het interview als je dat wil en dan hoeft je geen reden op te geven X2: Oké C: Nou eerste vraag is eigenlijk hoe ervaar je de zorg aan een delirante patiënt? X2: Uh nou dat is een hele veelzijdige vraag haha C: Haha ja X2: Uh even over denken hoor ik vind het uh een hele zorgvrager om aan te voldoen C: Hmhm X2: Uh vooral omdat het uh ja ja het ziektebeeld delier is heel veelzijdig, heeft natuurlijk verschillende uitingsvormen C: Ja X2: Uh hyperactief of ja actief delier C: Hmhm X2: En ook stildelier en ook de gemengde vorm daar tussen C: Je bent goed op de hoogte X2: Ja dat mag wel ook toch C: Ja zeker X2: En uh ja het is altijd natuurlijk gewoon een weg vinden hoe dat je er het beste mee om kunt goed, hoe dat je het beste de patiënt kunt begeleiden en ook zijn familie C: Ja X2: Want ja dat zie je ook vaak dat uh ja die zijn natuurlijk ook betrokken erbij C: Ja inderdaad X2: En vooral als ze niet weten wat een delier is dan is het ja ook een heel schokkend ziektebeeld om te zien dat iemand zomaar uh zo verward of juist zo stil, of in ieder geval heel anders kan zijn C: Ja en hoe ervaar jij die verwardheid bij een hyperactief delier? X2: Wat ik dan zie bedoel je of? C: Ja hoe je het ervaart, vind je het eng vind je het lastig X2: Over het algemeen vind ik het niet nee ik vind het niet eng tenzij dat iemand agressief wordt C: Hmhm X2: Dat heb ik ook wel eens meegemaakt en dan ja dan dan dan is het wel eng want je wil gewoon zelf geen gevaar uh oplopen je wilt ook niet dat je patiënten of je andere collega's iets wordt aangedaan C: Nee X2: Dus ja dan moet er wel echt actie ondernomen worden, of door middel van medicatie of uh ja of een andere of een vrijheidsbeperkende maatregelen C: Hmhm X2: Maar verder uh die verwardheid op zich dat uh nee dat vind ik niet eng C: En en vind je dat zwaar? X2: Ja uh in de zin van ja je weet eigenlijk nooit wat je te wachten staat en je denkt soms iets afgerond te hebben bij iemand, bijvoorbeeld 's avonds je kunt alles af gewerkt hebben uh iemand in bed hebben geholpen geplast uh medicijnen gedaan helemaal keurig verzorgd en gerapporteerd en dan denk je nou afgerond ik ga naar
--	---

Kijkt, mijn inziens, verdrietig	de volgende toe en ja dan ben je daar bezig en uh ja dan merk je dat diegene toch weer onrustig is of uit bed komt of ja uh en dan kun je er weer naar terug zeg maar C: Ja X2: Dus dat zorgt er wel voor dat je door de door onze categorie patiënten kun je heel moeilijk een planning maken C: Hmhm X2: En ja uh ben je eigenlijk voor mijn gevoel nooit klaar met werk C: Nee snap ik, en om even terug te komen op wat je net benoemde over de vrijheidsbeperkende maatregelen en medicatie toedienen X2: Ja C: Uh hoe ervaar je dat? Om bijvoorbeeld fysieke fixatie toe te dienen of zo nodig medicatie? X2: Ja ligt er inderdaad aan om wat voor interventie dat het gaat de lichtste interventie is natuurlijk uh val detectie gebruiken ja daar heb ik geen problemen mee uh bed rekken omhoog vind ik altijd een moeilijke afweging om te doen, van de ene kant kan dat ervoor zorgen dat mensen niet uit bed komen maar ja als ze erover heen komen en ze vallen dan op de grond dan is de val extra hard en de gevolgen ook groter C: Ja X2: Dus dat vind ik altijd best een moeilijke afweging van ja wat is nu het beste om te doen C: Hmhm X2: Goed ja soms is dat ook uit proberen en in ieder geval voor jezelf weten dat je het kunt beargumenteren waarom dat je die keuze hebt gemaakt C: Ja X2: En dan fixeren C: Ja X2: Als het echt nodig is dan, het is niet leuk om te doen maar soms zie ik ook wel gewoon dat als het nodig is ja dat het echt het beste is voor de patiënt, je ziet soms ook weer dat het mensen echt rust geeft. Als ik merk dat mensen zelf rust geeft dat ze er niet zoveel moeite mee hebben dan vind ik het niet erg om te doen, maar als je merkt dat het mensen tegen staat dan uh C: Dan wel? X2: Dan is het anders om te doen. Over het algemeen moet ik zeggen fixeren komt zeer, ja echt niet veel voor C: Nee, oké X2: Bijvoorbeeld een tentbed inzetten of een laag-laagbed dat zie je dan vaker laag-laagbed is natuurlijk ook een vorm van vrijheidsbeperking, omdat mensen niet zelf uit uh op kunnen staan uit bed C: Ja X2: Goed ja met zulke dingen inzetten dat uh ja als het nodig is dan ja is het nodig en dan ja heb ik ook altijd wel in het oog dat je doet voor het welzijn C: Van de patiënt X2: Van de patiënt en ja dat helpt dan wel om te kunnen inzetten zeg maar C: Oké nou dat is fijn dat je dat helpt X2: En ja zo nodig medicatie, uh ja soms is dat eigenlijk het enige wat je kunt doen en kunt doen om erger te voorkomen. Vind het dan wel eens vervelend als ik dan zie dat mensen dan uren daarna nog suf in der bed liggen, omdat dat dan ook geen goed doet. Ja soms is het ook het enige wat je op dat moment kunt doen C: Ja dus dan zit je eigenlijk een beetje in tweestrijd als ik het goed begrijp? X2: Ja ja je hebt het liefst gewoon iemand die gewoon ja helder is en niet suf in zijn bed ligt
---------------------------------	---

Praat harder	C: Ja ja inderdaad. En je had het net ook over de tijd dat je eigenlijk nooit een planning kan maken en dat je soms ook niet klaar kan zijn, hoe ervaar je dat? X2: Nou ik maak wel continu een planning in mijn hoofd van ik ga nu dit doen en daarna dat en uh je heb wel een beetje voor je hoe je het in wil gaan delen alleen het wijzigt gewoon telkens C: Ja X2: Op zich ben ik daar ook wel weer op voorbereid net als vanavond ja we liepen behoorlijk op schema al de hele avond maar ik had toch al gevoel ja weet je het uh vooral in een avond dienst vooral tweede helft van de avond dan wordt dan uh dan gaat er gewoon onrust plaatsvinden dus eigenlijk weet ik gewoon ik moet gewoon nu kei hard werken om de dingen te doen die ik kan doen zodat ik straks ook tijd heb zeg maar om die onrust op te vangen C: Ja inderdaad X2: En dat weer te begeleiden C: En hoe ervaar je het als je niet op tijd weg kan van je dienst? X2: Uh ja ja niet fijn C: Nee X2: Want ja het thuisfront rekent ook weer op je zeg maar op een bepaalde tijd C: Ja X2: Die weten inmiddels ook wel dat het nogal kan variëren alleen ja weet je ik werk gewoon ja als ik uh een dienst duurt al lang genoeg 8 uur C: Ja X2: En dat is gewoon echt het is best het is ja zwaar werk intensief werk het vraagt, continu veel van je lichamelijke inspanning en van je gedachte van je uh van je psychen C: Ja zeker X2: Dus ik vind eigenlijk gewoon ja als je dienst erop zit dan ben je heb je je uren echt wel gemaakt, maar soms zit je gewoon nog zo vol met dingen die gewoon moeten of inderdaad nog rapporteren of ja dat het vaak niet lukt om op tijd weg te zijn C: Ja X2: Dus moet je ook continu een afweging maken van ja wat kan ik nog overdragen aan mijn collega's wat moet ik zelf doen C: Ja, dus als ik het goed begrijp vind je dat wel lastig dat je niet op tijd weg kan? X2: Ja ja ik zou het liefst uh gewoon op tijd weg kunnen inderdaad en gewoon een idee hebben van ik heb nu echt alles gedaan wat ik kon doen C: Ja X2: En dat gebeurt zelden, ik moet altijd voor mijn gevoel wel dingen laten liggen C: Ja dat snap ik dat dat vervelend is X2: Ja C: En de laatste vraag uh hoe ervaar je de communicatie met een delirante patiënt? X2: Uh uh ja dat is natuurlijk heel lastig je uh het is moeilijk om je informatie bij elkaar te krijgen omdat uh ja omdat je uh je uh uh deze categorie patiënten niet altijd of ja vaak niet begrijpt wat je bedoelt C: Hmhm X2: Dus het is lastig te achterhalen waar de onrust vandaan komt of dat mensen pijn hebben of dat ze moeten plassen of dat ze ontlasting moeten hebben of of dit of dat je ja uh kijk als iemand gewoon cognitief goed is dan kun je gewoon een goed gesprek mee voeren van dan kun je ook heel makkelijk sneller erachter komen van wat is er aan de hand en waar kan ik je mee helpen C: Ja
--------------	---

	X2: En dan is bij delirante patiënten uh je moet heel veel op eigen inzicht doen en op je eigen gevoel C: Ja inderdaad X2: Maar ik vind dat ook wel weer heel leuk om zeg maar uit te zoeken van nou wat is er aan de hand en waarmee uh kan ik de patiënt het beste helpen en maar ook proberen uh ja weer zo snel mogelijk terug te krijgen in uh ja hoe dat het moet zijn C: Ja inderdaad X2: Door bijvoorbeeld uh wat dingen wat aan oriëntatie te doen of ja uh zorgen dat er wat bekende dingen zijn of ja toch veel structuur in de dag te geven dat dat toch een dag en nacht ritme krijgen ook familie te begeleiden, dus ik vind dat toch ook wel weer een hele leuke kant zeg maar gewoon om in de gaten te houden C: Nou gelukkig dat je het ook heel leuk vindt X2: Ja zeker ja C: En uh ik heb nog een vraag, de zorgweigering, heb je wel eens meegemaakt dat een patiënt echt je uh de zorg weigert, niet willen verschonen geen medicatie? X2: Ja zeer zeker dat maken we regelmatig mee C: En hoe ervaar je dat? X2: Uh ja ook zo als een zoektocht hoe dat je dan ja en ook telkens als een afweging dat je denkt van je patiënt weigert uh kijk ze zijn niet verplicht om mee te werken C: Hmhm X2: Soms denk ik van ja willen ze echt niet of komt het ook voort uit het ziektebeeld die weigering en is het wel echt nodig zeg maar dat ze meewerken dus het is ook continu een afweging van ja wat kun je laten zitten zeg maar C: Ja X2: En wat maar wat is wel echt belangrijk om te doen dus dat is ook telkens een zoektocht, maar goed ik vind ook dat vind ik ook wel weer leuk zeg maar om dan dan erachter te komen van ja wat wat het beste is om, soms weet je dat ook niet wat het beste is C: Nee je kan het niet altijd weten X2: Maar al met al is het soms wel ingewikkeld C: Ja dat kan ik begrijpen X2: Delirante patiënt is een zorgvrager met veel uh ja veelzijdig uh ja met veel uh ja hoe zeg ik dat veelzijdige problematiek ja C: En zou je nog iets willen toevoegen aan jouw ervaring aan de delirante patiënt? Of heb je alles benoemd? X2: Uh ik denk dat ik uh alles wel heb benoemd ja wat mij betreft uh ja, wat ik misschien nog wel wil toevoegen is dat ik merk dat een delirante zorgvrager gewoon ontzettend veel van je van je van je begeleiding en van je tijd nodig heeft en dat ik dat wel uh ja dat je dat door de drukte en de veelheid aan patiënten waar je voor moet zorgen dat ik dat wel eens lastig vindt dat ik dat voor mijn gevoel niet altijd helemaal kan bieden zeg maar zoals ik denk dat ze dat nodig hebben C: Dat is wel lastig X2: Dus daar zou ik ja wat meer handen zou niet verkeerd zijn, maar desondanks ik probeer gewoon te roeien met de riemen die we hebben en tijdens mijn dienst bieden aan de patiënt wat kan C: Positieve instelling X2: Haha ja dat probeer ik wel zeker C: Nou dankjewel
--	---

Interview 3:

Kijkt, mijn inziens, verbaasd. Lacht bij deze vraag	C: Nou heel erg bedankt dat je wil meewerken, het is allemaal anoniem ook je observatie en je kan zomaar stoppen met het interview zonder dat je een reden opgeeft X3: Oké C: Uh hoe ervaar je de zorg aan een delirante patiënt? X3: aan een del, alleen aan een delirante patiënt? C: Ja X3: Uh ligt er wel een klein beetje wat voor delirant beeld de patiënt vertoond C: Hmhm X3: Sommige mensen zijn dus opzoek naar hun kat haha C: Haha X3: En die kan je gewoon dus laten doen, maar sommige mensen zijn ook heel tegendraads en bedlegerig waardoor de zorg heel zwaar wordt C: Ja X3: Dat vind ik zelf af en toe wel lastig, maar dat is meer omdat ik mijn geduld dan niet uh heel erg daar uh maar over het algemeen ja vind ik de zorg voor de delirante patiënt juist heel erg leuk C: Ja X3: Puur, omdat ze zo lekker ja beetje eigenwijs en en kinds en tegendraads, ja vind ik leuk C: Oké mooi. En weet je welke typen delier er zijn X3: Welke typen delieren, poe dit moet ik eigenlijk wel weten he er zijn er, nee wacht er zijn vier stadions met dementie haha typen delieren ik weet dat je een stil delier hebt, een apathisch delier C: Hmhm X3: Ja dan houdt het ver op eigenlijk er zullen vast meer delieren zijn haha maar ik kan uh nee C: Nou je hebt er al twee X3: Ja C: En gemengd beeld X3: Gemengd beeld oké. En hyperactief is gewoon als je heel veel rond loopt dan C: Ja zoals die meneer met zijn kat X3: Ja oké oké haha C: Je had het net even over iemand als hij in bed ligt en dat de zorg dan best wel zwaar is uh die mensen kunnen ook zorgweigerig hebben hoe ervaar je dat? X3: Uh ik probeer er eigenlijk gewoon wel zo veel mogelijk op in te praten en te motiveren toch om het gedaan te krijgen en juist als je het gedaan krijgt vind ik juist daar krijg ik wel echt een voldaan gevoel van eigenlijk C: Oké X3: Alleen ja zorgweigerig ja als ze het echt niet willen dan denk ik ja ja ja dan dan niet C: Nee X3: Want een delier is toch meestal ook weer snel vergaan dus dan halen we het wel een andere dag weer in C: Ja precies X3: Vind ik het niet heel erg uh ja bedoel er zijn genoeg mensen die niet elke dag douchen
Gaat hierbij glimlachen	
Kijkt, mijn inziens, bedenkelijk	

	C: Ja dat is zo X3: Of zich elke dag wassen C: En als het gaat om weigering van medicatie, hoe ervaar je dat? X3: Uh ja dat dan ook nog steeds proberen gewoon goed de voorlichting te geven het ligt er ook een beetje aan wat voor medicatie het is C: Ja X3: Kijk als het paracetamol dan denk ik ja daar ga ik gewoon geen moeite voor doen maar als het echt wel medicatie is wat nodig is net zo als ook vanavond C: Hmhm X3: Ja dan probeer ik wel echt zo lang mogelijk op iemand in te praten en als dat niet lukt dan even een ander gezicht, wil ook vaak wel helpen C: Ja X3: Dus op die manier ja C: De positieve instelling X3: Ja toch blijven proberen C: Ja inderdaad X3: En ja als het echt niet niet gaat ja dan gaat het gewoon echt niet maar dan uh ja bespreken met de arts natuurlijk C: Ja inderdaad. En uh de communicatie, want dat komt er natuurlijk ook bij kijken bij zorgweigering, hoe ervaar je over het algemeen de communicatie bij een delirante patiënt? X3: Uh uh je bedoelt hoe ik die communiceert met uh de de verpleegkundige zelf de patiënt? C: Ja en of hoe jij ja de naar de patiënt moet communiceren X3: Uh ja uh ligt er ook een beetje aan hoe dat is natuurlijk maar als dat uh ik vind het wel leuk als het een uitdaging is C: Ja X3: Dus als het uh net zoals uh als iemand heel slecht verstaanbaar is C: Hmhm X3: Vind ik het juist wel heel erg uitdaging om iemand juist te gaan verstaan en toch echt wel proberen om uh ja hoe moet je dat zeggen empathie te tonen dus dat uh gewoon wel meeleven met de patiënt dus niet dat afkappen van nou oké ik kan u toch niet verstaan dus ja jammer dan maar ik probeer wel gewoon ja ik ervaar het niet echt als onprettig eigenlijk C: Oké X3: Nee C: Nou wel knap van je X3: Ja ja ja ik vind anders had ik op een andere afdeling moeten gaan werken denk ik haha C: Haha ja daar zit ook wat in X3: Haha ja toch C: En hoe hoe wat voor gevoel krijg je erbij als je vrijheidsbeperkende maatregelen inzet? X3: Ligt eraan wat voor een als ik uh ik vind uh valdetectie en beide bedhekken, beide bedhekken bij iemand die er dus uit kan klimmen en familie staat erop dat dus beide bedhekken en je hebt alles echt helemaal uitgelegd dan voel ik me daar niet heel prettig bij C: Nee X3: Maar uh ja valdetectie en beide bedhekken daar heb ik eigenlijk geen problemen mee ik vind alleen de uh Zweedse band en uh ja net zoals wat
--	--

Dwaalt van het onderwerp af	er vorige week gebeurde met de bokshandschoenen en en ja dus gewoon heel het beleid rondom die patiënt C: Hmhm X3: Dat stuit me heel erg tegen de borst C: Ja X3: Laag-laagbed heb ik ook geen problemen mee maar ja iemand een beetje vast gaan binden en en echt echt actief belemmeren in hun vrijheid daar heb ik wel moeite mee C: En wat voor gevoel krijg je daarbij? X3: Uh ik zou het zelf ook niet willen ik heb het zelf meegemaakt met mijn oma die was ook delirant C: Hmhm X3: Die had dan uh een drain en die had een lumbaal uh drain voor de hersenvocht uh die had een waterhoofd na een hersenbloeding C: Oh jee X3: En die was ook echt super delirant en die hadden ze dus gewoon even zonder toestemming in een Zweedse band gelegd, ik had dat nog nooit gezien ik dacht eigenlijk dat ze gevallen was en ik vind dat ik heb een beetje actie reactie is het C: Ja X3: Als je iemand niet kan laten doen wat hij wil dan ga je wel een beetje agressie uitlokken vind ik C: Ervaar je dat ook hier op de afdeling als je iemand fysiek fixeert? X3: Nou ik heb zelf nog nooit iemand fysiek gefixeerd eigenlijk C: Oké X3: En uh ik probeer eigenlijk iedereen altijd wel een beetje zijn gang te laten gaan, want als je juist op, tenminste mijn ervaring is als je op delirante mensen gaat zeggen wat ze niet mogen doen werkt juist een beetje averechts C: Ja
Lacht hierbij	X3: Eigenlijk bij de meeste mensen eigenlijk wel een beetje C: Ja daar zit zeker wat in X3: Als je gaat zeggen dat mag u niet doen uh ja wie ben ben ik wat dat betreft zijn we allemaal snotneuzen hiero haha C: Haha X3: Vergeleken met de patiënten die we opnemen dus ja een stel snotneuzen die gaan zeggen wat je niet mag doen dan laat ik iemand maar partijen en ik denk ja maar vastbinden vind ik niet nee C: Nee kan ik begrijpen. En hoe ervaar je het als een patiënt agressief is naar je met een delier? X3: Ja ik vind ik ervaar het natuurlijk niet als prettig, maar ik vind het altijd wel haha ja klinkt echt super stom misschien, maar ik vind het uh het feit dat iemand dus nog wel zo pittig is betekend nog wel dat er een flinke levenslust nog in zit C: Ja X3: Dus uh de kans op beter worden is dan ook wat groter lijkt me, als iemand een beetje veganistisch in een bedje ligt dan dan ja dan heb je als snel zoiets van nou oké jongens wat gaat dit worden maar als iemand gewoon lekker uh nog met de vuisten zwaait dan weet je dat daar nog een flinke vlam in zit C: Haha X3: Dus dat uh ja

	C: Je gaat er helemaal van lachen ook X3: Ja nee maar ik vind het leuk, het is niet dat ik het leuk vind om geslagen te worden, maar ik vind het gewoon wel ik moet er af en toe wel gewoon om lachen gewoon hoe mensen af en toe zich kunnen uiten in een delier. En ik vind agressie toch wel uh ja het is niet leuk maar het is wel een uiting van mensen en dus dan betekend ook dat de communicatie waarschijnlijk ook ergens fout is gegaan van verpleegkundigen naar patiënt toe C: Ja zou kunnen inderdaad X3: Al dan niet terecht maar dan is de commu, is de informatie niet over gekomen in ieder geval C: Nee inderdaad. En uh ervaar je het dat je veel tijd bezig bent ja kwijt bent, besteed aan de delirante patiënt? X3: Ja ja je bent toch langer bezig om begrip te tonen om begrip te krijgen C: Hmhm X3: Om iets gedaan te krijgen je moet geduldig zijn, mensen begrijpen het niet vaak niet wat wat er van hun verwacht wordt dus je moet geduldig blijven en dat gaat niet als je maar even snel iets moet doen en dat werkt ook ave rechts C: Ja X3: Mijn ervaring want als je dus gejaagd iemand zijn medicijnen wil gaan geven ja dat gaat hem gewoon niet worden, mensen gaan dan op een of andere manier gaan ze daar onbewust denk ik gewoon tegen in dat ze gewoon een beetje tegen gaan werken C: En wat voor gevoel krijg je daarbij X3: Ja soms ik denk wel eens aaah serieus moet dat nu dan denk ik ja ik heb liever dat je het gewoon inneemt en ik weet dat u delirant bent maar ik moet echt door weet je wel C: Ja X3: Ik wil gewoon op tijd naar huis, ik ben gewoon moe en anderzijds soms dan denk ik net zoals vanavond denk ik ja nja jammer dan ben ik wel maar wat later C: Ja X3: Maar ja C: En je doelde net ook op ik wil op tijd naar huis, hoe ervaar je het als dat niet kan door delirante patiënten? X3: Door delirante patiënten zie ik het niet, ik denk ik kan niet op tijd naar huis juist door de bezetting op de afdeling C: Oké X3: Ik zie dat niet dat dat komt door delirante patiënten C: Dat is fijn om te horen X3: Tenzij uh nee dat kan eigenlijk gewoon niet want je hebt hier altijd er is qua diensten wisselingen is er altijd overlapping C: Ja X3: Dus je kan niet niet echt naar huis door delirante patiënten ja soms denk ik maar ja goed ja C: Uitzonderingen zijn er altijd X3: ja uitzonderingen zijn er altijd, maar dan is het toch als het gewoon gelukt is heb je toch iets gewonnen dus dan een voldaan gevoel denk ik en als het niet lukt ja dan overdragen aan de andere collega en hopen dat die uh maar goed ja dan heb je in ieder geval wel alles geprobeerd wat je kan
--	--

	C: Ja inderdaad. Zou je nog iets willen toevoegen aan jouw ervaring en gevoel die je besteed aan de delirante patiënt? X3: Ik denk dat mijn ervaring is gewoon wel heel veel geduld aan de delirante patiënt, maar die ruimte moet er ook wel zijn en die is er niet altijd waardoor denk ik delirante patiënten vaak de dupe is van slechte bezetting C: Ja, vind je dat vervelend? X3: Dat vind ik heel vervelend, want eigenlijk doe je dan je patiënt te kort C: Ja X3: En we zijn hier allemaal om toch het beste voor onze patiënten C: Zeker X3: En ik denk dat je je patiënten te kort doet als je niet genoeg aandacht kan geven, want dat is het gewoon een stukje aandacht plus daarbij als je dan wel je aandacht kan geven aan een delirante patiënt dan zal een andere patiënt daar ook weer onder lijden die dan toevallig misschien niet delirant is C: Ja inderdaad X3: Omdat die dus niet delirant is en geen aandacht eist wordt die wel een beetje ja niet vergeten maar opzij geschoven C: Ja X3: Dat ja vind ik niet oké C: Nee dat kan ik begrijpen. Heel erg bedankt voor je antwoorden X3: Graag gedaan
--	--

Interview 4:

Wil veel tegelijk vertellen	C: Nou dankjewel voor je medewerking het is allemaal anoniem en ook je observatie is anoniem X4: Ja C: En je mag uh tijdens het interview zomaar stoppen zonder dat je een reden opgeeft X4: Oké C: Hoe ervaar je de zorg aan een delirante patiënt? X4: Uh ik ervaar die zorg uh best wel zwaar, omdat je toch extra aandacht aan die patiënt moet geven C: Hmhm X4: Je moet ook uh continu op die patiënt letten dus dan heb je weer minder tijd voor je andere patiënten dus ik vind dat uh best wel lastig, want je wilt er toch altijd voor die patiënt zijn die delirant is C: Hmhm X4: En uh ja eigenlijk is het voornaamste doel dat ik die patiënt altijd uh in het oog wil houden, maar dat gaat gewoon niet altijd en daardoor gaan uh ja je andere patiënten ja die krijgen daardoor minder aandacht dus ik vind die zorg best wel zwaar C: Ja en je benoemde net ook dat je dan minder tijd hebt voor je andere patiënten, hoe ervaar je dat uh hoe ervaar je het tijdsaspect rondom de delirante patiënt? X4: Uh ja ik vind dat je daar veel tijd in steekt en als je delirante mensen hebt dan zouden ze bijvoorbeeld extra ja personeel ingezet uh moeten worden om daar de extra taken op zich te nemen, omdat je toch uh een delirant iemand veel aandacht moet geven en ja diegene verdient dat ook C: Ja X4: En het is ja ten opzichte van andere patiënten niet uh niet eerlijk vind ik, want die krijgen minder aandacht terwijl ze dat ook wel nodig hebben C: Ja precies X4: Ja
Blijft twijfelen en denken	C: En weet je welke typen delier er zijn? X4: Uh delieren, ja een stil delier heb je C: Hmhm X4: Uh die is wel lastig te herkennen vind ik uh verder ja heb je natuurlijk delieren bij mensen die hallucineren uh en uh ja die zijn weer wat makkelijker te herkennen ja verder dat C: Ja dat was ook het hyperactief inderdaad X4: Ja het hyperactief, mensen die overal rond lopen niet meer weten waar ze zijn terwijl dat anders nog wel gewoon zo was C: Ja inderdaad. En hoe ervaar je de communicatie met een delirante patiënt? X4: Uh lastig, want uh ja je kan moeilijk binnenkomen in iemand zijn uh beleefwereld zeg maar dus het is best wel lastig en uh verder je wilt er natuurlijk altijd wel voor die persoon zijn C: Ja X4: Dus ik vind het wel lastig om diegene dan te kunnen begrijpen zeg maar in wat hij doet en wat hij zegt en ja dat wel C: En hoe ervaar je het als een patiënt zorg weigert een delirante patiënt? X4: Uh ja die mensen die zijn natuurlijk altijd nog wel uh die beschikken nog wel over zelfrecht zeg maar C: Hmhm

Kijkt, mijn inziens, teleurgesteld	X4: Dus uh als ze echt weigeren dan zal je dat toch moeten accepteren maar aan de andere kant weten ze niet meer helemaal wat ze doen C: Ja X4: Dus ja je zult dat wel in uh in de mate af moeten stemmen zeg maar van wat hebben ze echt nodig dat zal je ook echt moeten geven, maar weigeren ze bijvoorbeeld uh ja dingen die niet nodig zijn bijvoorbeeld activiteiten ofzo dan moet je daar wel in mee gaan vind ik C: Ja X4: Kijk die mensen die die uh je moet ze niet gaan pushen C: Nee en hoe ervaar je het als ze belangrijke medicatie weigeren? X4: Uh dat vind ik lastig, want belangrijke medicatie wil ik toch altijd wel geven C: Ja X4: Zeker als ze het echt nodig hebben uh ja ik ervaar dat wel als uh zeer lastig voor mezelf als ik het dan bijvoorbeeld niet geef dan voel ik mezelf toch een beetje ja dat ik het verkeerd doe, omdat het wel heel belangrijk is voor diegene C: Ja X4: Dus dat ik dan mijn werk verkeerd doe C: Oh ja X4: Zo ervaar ik dat wel, maar dan wil ik wel echt overleggen met een met een dokter die daar wel verstand van heeft die dan zegt dit moet je wel doen dit moet je niet doen zodat ik wel weet waar ik aan toe ben C: Ja snap ik X4: Ja C: En hoe ervaar je het om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten? X4: Bij delirante mensen? C: Ja bij delirante patiënten X4: Uh ik vind dat goed maar tot op een zekere hoogte, kijk als iemand zo delirant is dat hij over bedhekken heen gaat klimmen vind ik het niet verantwoordelijk om bedhekken uh om ze allebei omhoog te doen C: Ja X4: Dus ik vind wel dat een uh delirant iemand uh bijvoorbeeld valdetectie nodig heeft om ze altijd te kunnen controleren en 1 bedhek maar uh ook weer niet twee, omdat je dan nog meer risico loopt C: Ja X4: En bij zo'n bij een delirant iemand loop je best wel snel risico's op vallen bijvoorbeeld dus ik vind het wel belangrijk om uh vrijheidsbeperkende heel goed af te stemmen C: Snap ik X4: En sowieso valdetectie C: Ja en uh fysieke fixatie, zoals Zweedse band of bokshandschoenen? X4: Uh Zweedse band heb ik zelf persoonlijk nog nooit meegemaakt C: Oké X4: Uh maar het lijkt me wel uh ja heftig je neemt iemand heel veel vrijheid af echt heel veel, bij bokshandschoenen vind ik dat wat minder, heeft iemand dat nodig zou ik dat ook wel echt sneller geven. Zweedse band zou ik toch wel over na moeten denken. Kijk heeft iemand het nodig dan moet het echt maar ik zou dat niet zomaar snel inzetten C: Nee snap ik. En hoe ervaar je agressie van een delirante patiënt gericht naar jou?
------------------------------------	---

	X4: Uh dat kan ik wel accepteren, omdat ik dan weet dat iemand uh delirant is en iemand is eigenlijk zichzelf niet dus dan kan ik dat wel makkelijker accepteren ja C: En hoe vind je het wat voor gevoel krijg je erbij als een delirante patiënt agressief is naar een niet delirante patiënt? X4: Dat vind ik wel uh wat lastiger, omdat patiënten zijn patiënten en die moeten toch wel gelijk behandeld worden dus dan zou ik wel die twee uit elkaar halen om he dan niet verder te laten gaan want andere mensen die verdienen dat niet kijk zelf weet je dat iemand delirant is C: Hmhm X4: Maar die mede patiënten die weten dat misschien niet dus dan vind ik dat je die twee wel moet scheiden zeg maar C: Ja X4: Ja C: Ja inderdaad X4: Want ik vind dat ja verdrietig voor mede patiënten C: Ja snap ik. Uh zou je nog iets willen toevoegen aan jouw ervaring of gevoel aan van een delirante patiënt? X4: Uh ik heb nog niet zo heel veel delirante mensen gezien uh wat ik gezien heb uh ja het is lastig om er mee om te gaan, maar uh ik vind dat er wel meer aandacht voor die mensen moet komen en sowieso meer inzet van personeel want heb je een delirant persoon dan ben je daar gewoon heel lang mee bezig echt heel lang terwijl de andere mensen dan in het niet komen zeg maar dus ik vind dat er wel meer aandacht voor moet komen want het komt best veel voor op deze afdeling en uh ja die andere mensen die dan niet delirant zijn en die rustig zijn die krijgen bijna geen aandacht en dat verdienen ze niet dus ik vind wel dat er uh meer bijvoorbeeld 1 op 1 zorg moet komen voor delirante mensen C: Ja X4: En ik denk ook wel dat dat uh bevorderend is voor uh genezingsprocessen zeg maar bij delirantie C: Ja, oké heel erg bedankt X4: Ja graag gedaan
--	--

Interview 5:

	C: Heel erg bedankt voor je medewerking, het is allemaal anoniem ook je observatie verwerk ik anoniem. En je mag tijdens het interview zomaar stoppen zonder dat je een reden opgeeft X5: Oké is goed C: Hoe ervaar je de zorg aan een delirante patiënt? X5: De zorg aan een delirante patiënt, ja dat is een zware zorg want uh die is onvoorspelbaar, je moet heel erg rekening houden, soms heb je gevoel van haast hebben C: Hmhm X5: En uh een delirant iemand werkt dan niet altijd mee C: Nee X5: En dan uh is dat wel eens een zware zorg, aan de andere kant ja werk ik al heel lang met dementerende mensen en met delirante mensen dus vind ik het uh ja uh is het ook wel de reden waarom ik hier werk, want ik vind het ook wel een uitdaging C: En als je echt puur op deze afdeling kijkt vind je het dan ook nog een uitdaging? X5: Ja ja ik vind het leuk C: Oké X5: Ik vind het interessant werk en het verschil met hier en een verpleeghuis is wel dat mensen hier zelfs nog op kunnen knappen C: Ja X5: En in een verpleeghuis uh zie je dat vaak niet meer dus daar is wel uh ja vind ik een hele vind ik mooi om te zien C: Ja snap ik X5: Ja C: En weet je welke typen delier er zijn? X5: Welke verschillende types delier? C: Ja X5: Dat zou ik eigenlijk niet weten nee C: Nou dat geeft niet het was gewoon een vraag X5: Nee nee C: Uh je hebt hypoactief delier dat is al mensen ja een stil delier X5: Oh ja een stil delier, ja ja ja oh zo bedoel je C: En hyperactief X5: Ja ja C: En de gemengde vorm die is er natuurlijk ook X5: Ooh ja bedoel je dat met de verschillende types oké C: En je benoemde net uh dat je het gevoel hebt dat je soms haast hebt, hoe ervaar je het stukje tijd om een delirante patiënt? X5: Ja dat is gewoon heel belangrijk wat je zegt als mensen een stil delier hebben heb je vaak de neiging om die gewoon te vergeten, want die zijn dermate stil dat je er gewoon niet bij stil staat C: Ja X5: En uh ja dat is dus dat vind ik wel heel erg gevaarlijk met mensen met een stil delier he, daar kijk je makkelijk overheen of je je gaat er aan voorbij en dat is wel uh als je tijdsdruk hebt is het wel zaak om echt iedereen te kunnen zien en ook iedereen de juiste zorg te kunnen geven C: Ja
Twijfelt om te antwoorden	
Begint door de uitleg te praten	
Reageert, mijn inziens, verbaasd	

	X5: En uh kijk mensen die uh een hyperactief delier hebben daar ga je zomaar niet aan voorbij zeg maar die ja die krijgen hun aandacht wel in die zin dat het dan wel moeilijk is om die dan weer rustig te krijgen en dat je soms de baas moet zijn C: Ja X5: En dingen over moet nemen zonder dat ze dat zelf willen C: Hmhm X5: Hee en dat is niet altijd even makkelijk maar ja ik uh ja tijd is wel gewoon een belangrijke factor C: Ja X5: En als je veel mensen met een hyperactief delier hebt dan kun je nogal eens achter jezelf aanhollen C: Ja, en hoe ervaar je dat? X5: Dat is soms uh frustrerend, dan moet je heel erg bij jezelf blijven en dan moet je proberen moet ik in ieder geval proberen om niet uh daar in mee te gaan zeg maar C: Hmhm X5: Dat ik dan nog uh in die hectiek van iets mee ga hollen met uh alle andere hollende mensen, he dat ik bij mezelf blijf en dat ik uh mijn planning in mijn hoofd houdt en dat ik daar aan vast moet houden en dat houdt ook in dat je soms dingen lost moet laten, omdat je buiten die ene mens met delier ook nog andere mensen hebt waar je voor moet zorgen C: Hmhm X5: Dus dan moet je daar soms wat ja anders mee omgaan dan dat je eigenlijk zou willen vanuit jouw gedachten van uh een goede zorg te kunnen verlenen, maar dat gaat niet altijd dus dan moet je er soms voor kiezen om toch iets rustgevends te spuiten of te uh op wat voor manier dan ook toe te dienen C: Ja X5: Terwijl je dat eigenlijk niet wilt, maar soms moet dat gewoon. Ook voor die patiënt zelf maar ook voor ja voor andere redenen C: En hoe ervaar je dat om uh zo nodig medicatie te geven? X5: Zo nodig medicatie, ja je ontkomt er gewoon soms niet aan C: Nee X5: Nee, en als ik zie dat het resultaat heeft in die zin dat iemand minder delirant is en tot rust komt vind ik het niet erg C: Oké ja X5: Ja, maar er zit wel een grens aan hoor maar hee C: En wat is voor jou de grens? X5: De grens is als dat echt te te vaak te veel moet gebeuren dat je eigenlijk letterlijk iemand platspuit. Daar houd ik niet van C: Nee dat snap ik. En uh fysieke fixatie hoe ervaar je dat? X5: Ja dat heb ik eigenlijk nog nooit meegemaakt C: Oké X5: Nee, ja buiten fysieke fixatie is dan die Zweedse band, ja dat versta ik onder fysieke fixatie maar uh iemand op die rode relaxstoel zetten en dan op slot achter de tafel zetten dat is natuurlijk ook uh een vorm van vrijheidsberoving, vrijheid beperking ook een werkblad voor een rolstoel. Ja dat ligt er al een beetje aan hoe dat iemand er op reageert C: Ja
--	--

	X5: Ik probeer het zo min mogelijk te doen, ik hou er altijd rekening mee hee door iemand niet op slot te zetten, maar soms is het gewoon beter dan wel ook voor valgevaar te voorkomen C: En als je ziet dat een patiënt er baat bij heeft wat voor gevoel krijg je daar dan bij? X5: Ja dan is het goed hee C: Ja oké X5: Ja dan vind ik het niet erg, maar in de Zweedse band heb ik dus nooit mee gewerkt dus dat kan ik niet zeggen C: Nee snap ik. En uh agressie, hoe ervaar je dat? Van een delirante patiënt X5: Uh uh agressie ervaar ik als een uh komt vaak voort uit een uh uh uh frustratie, gevoelens van frustratie, iets willen wat niet kan C: Hmhm X5: En uh vanuit mijn ervaring uh probeer ik dat zoveel mogelijk te vermijden, te voorkomen laat ik het zo zeggen C: Dat is al heel goed X5: Dus ik probeer van te voren al aan te, ja te zorgen dat het stress niveau niet zo hoog komt C: Hmhm X5: Ja dus dat frustratieniveau niet zo hoog komt, hee dat lukt niet altijd, want als iemand echt heel delirant is kun je hem bijna bijna niet bereiken C: Nee X5: Hee dus maar ik probeer dan wel te voorkomen dat iemand agressief wordt hee C: En mocht het toch zover komen dat iemand agressief wordt X5: Ja dat vind ik heel vervelend ja vind ik echt heel vervelend ja C: Ja ja dat snap ik. En uh als een patiënt zorg weigert, medicatie weigert, niet wil douchen X5: Hmhm C: Wat voor gevoel krijg je daarbij? X5: Dan probeer ik in eerste instantie iemand wel uh te overtuigen hee C: Hmhm X5: Ik kijk naar de persoon van is het nodig, welke medicatie kunnen er dan af welke vind ik dan perse dat die die moet hebben hee dus die afweging ga ik maken daar houd ik ook rekening mee met medicatie ingeven hee dat ik eerst hetgeen geef dat het belangrijkste is C: Ja X5: En uh uh en als iemand echt niet wil dan laat ik het zo overleg ik het met de arts qua medicatie en qua zorg kun je ook op een ander moment van de dag geven dat hoeft niet perse 's morgens of uh ik doe het hoognodige ja nee daar ga ik geen probleem van maken C: Dat vind je ook niet erg? X5: Nee want dan denk ik als die medicatie gaat werken is het toch binnen 1 of 2 dagen al een stuk beter vaak C: Ja, inderdaad. En uh hoe ervaar je de communicatie met een delirante patiënt? X5: Uh ja de communicatie met een delirante patiënt is per persoon verschillend ook weer, maar het komt er vaak op te neer dat je uh ik probeer dan toch uh via een ROT benadering iemand uh iets duidelijk te maken C: Hmhm X5: Hee dus uh uh nuchter, nuchtere benadering hanteer ik meestal en uh uh uh niet te veel woorden, kort maar krachtig en dan kijken hoe dat er op
--	---

	gereageerd wordt en dan daar weer op in spelen ja het is ik ga er al zolang mee om C: Ja X5: Maar daar komt het eigenlijk een beetje op te neer C: Maar echt op de afdeling hier als de communicatie niet loopt, als iemand niet te bereiken is? X5: Als iemand niet te bereiken is dan uh dan probeer met uh ja die die toch die dingen te geven die iemand iedere keer de eerste aanzet te geven, begrijp je wat ik bedoel? C: Ja X5: Dus die eerste aanzet tot drinken, de eerste aanzet tot omhoog komen en vaak als je die eerste aanzet op een goede manier geeft dan lukken veel dingen toch wel hee niet alles C: Nee X5: Zeker niet als iemand echt heel delirant is maar uh ja C: En als het echt niet lukt welk gevoel heb je dan? X5: Ja dat is vervelend C: Ja X5: Ja dat is natuurlijk niet leuk nee nee, maar ik accepteer dat gewoon als hij ja uh ik ga daar niet onder gebukt zeg maar C: Nee X5: Hee maar uh je probeert dan de andere keer weer verder, daar kan ik, dat is het eigenlijk C: Oké X5: Ja C: Zou je nog iets willen toevoegen aan je ervaring aan de delirante patiënt de zorg? X5: Uh uh mmm ik denk dat hier op deze afdeling best wel meer bekendheid gegeven mag worden in hoe dat je ermee om gaat, want ik vind dat er nog best vaak gedacht wordt dat iemand dingen expres doet C: Hmhm X5: Hee en dat hoor ik heel vaak terug dat er dus uh vanuit gegaan wordt dat iemand met een of met een dementie of met delirant gedrag dingen in gang brengt om iets te gaan bereiken. En dat is gewoon per definitie nooit, want een delirante iemand of een dementerend iemand kan niet de stappen overzien van de dingen die hij doet C: Nee X5: Dus die gaat niet met een vooraf gezet plan dingen inzetten, hee en dat zou ik best wel eens hier op de afdeling zou ik dat best wel willen dat daar meer inzicht in kwam zeg maar C: Ja X5: Dat daar ja een beetje vriendelijker mee om gegaan wordt C: Dus eigenlijk is jouw ervaring dat daar wat kennis tekort is X5: Ja C: En dat zou je graag anders zien? X5: Ja ja C: Oké X5: Ja of het echt kennis is, ja ik denk wel dat het kennis is C: Ja denk het ook. Dankjewel X5: Hmhm
--	---

Bijlage 4: Gecodeerd interview door lid van de peergroep

C: Nou heel erg bedankt dat je wil meewerken, het is allemaal anoniem ook je observatie en je kan zomaar stoppen met het interview zonder dat je een reden opgeeft

X3: Oké

C: Uh hoe ervaar je de zorg aan een delirante patiënt?

X3: aan een del, alleen aan een delirante patiënt?

C: Ja

X3: Uh ligt er wel een klein beetje wat voor delirant beeld de patiënt vertoond

C: Hmhm

X3: Sommige mensen zijn dus opzoek naar hun kat haha

C: Haha

X3: En die kan je gewoon dus laten doen, maar sommige mensen zijn ook heel tegendraads en bedlegerig waardoor de zorg heel zwaar wordt

C: Ja

X3: Dat vind ik zelf af en toe wel lastig, maar dat is meer omdat ik mijn geduld dan niet uh heel erg daar uh maar over het algemeen ja vind ik de zorg voor de delirante patiënt juist heel erg leuk

C: Ja

X3: Puur, omdat ze zo lekker ja beetje eigenwijs en en kinds en tegendraads, ja vind ik leuk

C: Oké mooi. En weet je welke typen delier er zijn

X3: Welke typen delieren, poe dit moet ik eigenlijk wel weten he er zijn er, nee wacht er zijn vier stadions met dementie haha typen delieren ik weet dat je een stil delier hebt een apathisch delier

C: Hmhm

X3: Ja dan houdt het ver op eigenlijk er zullen vast meer delieren zijn haha maar ik kan uh nee

C: Nou je hebt er al twee

X3: Ja

C: En gemengd beeld

X3: Gemengd beeld oké. En hyperactief is gewoon als je heel veel rond loopt dan

C: Ja zoals die meneer met zijn kat

X3: Ja oké oké haha

C: Je had het net even over iemand als hij in bed ligt en dat de zorg dan best wel zwaar is uh die mensen kunnen ook zorgweigering hebben hoe ervaar je dat?

X3: Uh ik probeer er eigenlijk gewoon wel zo veel mogelijk op in te praten en te motiveren toch om het gedaan te krijgen en juist als je het gedaan krijgt vind ik juist daar krijg ik wel echt een voldaan gevoel van eigenlijk

C: Oké

X3: Alleen ja zorgweigering ja als ze het echt niet willen dan denk ik ja ja ja dan dan niet

C: Nee

X3: Want een delier is toch meestal ook weer snel vergaan dus dan halen we het wel een andere dag weer in

C: Ja precies

X3: Vind ik het niet heel erg uh ja bedoel er zijn genoeg mensen die niet elke dag douchen

C: Ja dat is zo

X3: Of zich elke dag wassen

C: En als het gaat om weigering van medicatie, hoe ervaar je dat?

X3: Uh ja dat dan ook nog steeds proberen gewoon goed de voorlichting te geven het ligt er ook een beetje aan wat voor medicatie het is

C: Ja

X3: Kijk als het paracetamol dan denk ik ja daar ga ik gewoon geen moeite voor doen maar als het echt wel medicatie is wat nodig is net zo als ook vanavond

C: Hmhm

X3: Ja dan probeer ik wel echt zo lang mogelijk op iemand in te praten en als dat niet lukt dan even een ander gezicht, wil ook vaak wel helpen

C: Ja

X3: Dus op die manier ja

C: De positieve instelling

X3: Ja toch blijven proberen

C: Ja inderdaad

X3: En ja als het echt niet niet gaat ja dan gaat het gewoon echt niet maar dan uh ja bespreken met de arts natuurlijk

C: Ja inderdaad. En uh de communicatie, want dat komt er natuurlijk ook bij kijken bij zorgweigerig, hoe ervaar je over het algemeen de communicatie bij een delirante patiënt?

X3: Uh uh je bedoelt hoe ik die communiceert met uh de de verpleegkundige zelf de patiënt?

C: Ja en of hoe jij ja de naar de patiënt moet communiceren

X3: Uh ja uh ligt er ook een beetje aan hoe dat is natuurlijk maar als dat uh ik vind het wel leuk als het een uitdaging is

C: Ja

X3: Dus als het uh net zoals uh als iemand heel slecht verstaanbaar is

C: Hmhm

X3: Vind ik het juist wel heel erg uitdaging om iemand juist te gaan verstaan en toch echt wel proberen om uh ja hoe moet je dat zeggen empathie te tonen dus dat uh gewoon wel meeleven met de patiënt dus niet dat afkappen van nou oké ik kan u toch niet verstaan dus ja jammer dan maar ik probeer wel gewoon ja ik ervaar het niet echt als onprettig eigenlijk

C: Oké

X3: Nee

C: Nou wel knap van je

X3: Ja ja ja ik vind anders had ik op een andere afdeling moeten gaan werken denk ik haha

C: Haha ja daar zit ook wat in

X3: Haha ja toch

C: En hoe hoe wat voor gevoel krijg je erbij als je vrijheidsbeperkende maatregelen inzet?

X3: Ligt eraan wat voor een als ik uh ik vind uh valdetectie en beide bedhekken, beide bedhekken bij iemand die er dus uit kan klimmen en familie staat erop dat dus beide bedhekken en je hebt alles echt helemaal uitgelegd dan voel ik me daar niet heel prettig bij

C: Nee

X3: Maar uh ja valdetectie en beide bedhekken daar heb ik eigenlijk geen problemen mee ik vind alleen de uh Zweedse band en uh ja net zoals wat er vorige week gebeurde met de bokshandschoenen en en ja dus gewoon heel het beleid rondom die patiënt

C: Hmhm

X3: Dat stuit me heel erg tegen de borst

C: Ja

X3: Laag-laagbed heb ik ook geen problemen mee maar ja iemand een beetje vast gaan binden en en echt echt actief belemmeren in hun vrijheid daar heb ik wel moeite mee

C: En wat voor gevoel krijg je daarbij?

X3: Uh ik zou het zelf ook niet willen ik heb het zelf meegemaakt met mijn oma die was ook delirant

C: Hmhm

X3: Die had dan uh een drain en die had een lumbaal uh drain voor de hersenvocht uh die had een waterhoofd na een hersenbloeding

C: Oh jee

X3: En die was ook echt super delirant en die hadden ze dus gewoon **even zonder toestemming in een Zweedse band gelegd**, ik had dat nog nooit gezien ik dacht eigenlijk dat ze gevallen was en ik vind dat ik heb een beetje actie reactie is het

C: Ja

X3: Als je iemand niet kan laten doen wat hij wil dan ga je wel een beetje agressie uitlokken vind ik

C: Ervaar je dat ook hier op de afdeling als je iemand fysiek fixeert?

X3: **Nou ik heb zelf nog nooit iemand fysiek gefixeerd eigenlijk**

C: Oké

X3: **En uh ik probeer eigenlijk iedereen altijd wel een beetje zijn gang te laten gaan, want als je juist op, tenminste mijn ervaring is als je op delirante mensen gaat zeggen wat ze niet mogen doen werkt juist een beetje averechts**

C: Ja

X3: Eigenlijk bij de meeste mensen eigenlijk wel een beetje

C: Ja daar zit zeker wat in

X3: Als je gaat zeggen dat mag u niet doen uh ja wie ben ben ik wat dat betreft zijn we allemaal snotneuzen hiero haha

C: Haha

X3: Vergeleken met de patiënten die we opnemen dus ja een stel snotneuzen die gaan zeggen wat je niet mag doen dan laat ik iemand maar partijen en ik denk ja maar vastbinden vind ik niet nee

C: Nee kan ik begrijpen. En hoe ervaar je het als een patiënt agressief is naar je met een delier?

X3: **Ja ik vind ik ervaar het natuurlijk niet als prettig, maar ik vind het altijd wel haha ja klinkt echt super stom misschien, maar ik vind het uh het feit dat iemand dus nog wel zo pittig is betekend nog wel dat er een flinke levenslust nog in zit**

C: Ja

X3: **Dus uh de kans op beter worden is dan ook wat groter lijkt me, als iemand een beetje veganistisch in een bedje ligt dan dan ja dan heb je als snel zoets van nou oké jongens wat gaat dit worden maar als iemand gewoon lekker uh nog met de vuisten zwaait dan weet je dat daar nog een flinke vlam in zit**

C: Haha

X3: Dus dat uh ja

C: Je gaat er helemaal van lachen ook

X3: Ja nee maar ik vind het leuk, het is niet dat ik het leuk vind om geslagen te worden, maar ik vind het gewoon wel ik moet er af en toe wel gewoon om lachen gewoon hoe mensen af en toe zich kunnen uiten in een delier. **En ik vind agressie toch wel uh ja het is niet leuk maar het is wel een uiting van mensen en dus dan betekend ook dat de communicatie waarschijnlijk ook ergens fout is gegaan van verpleegkundigen naar patiënt toe**

C: Ja zou kunnen inderdaad

X3: Al dan niet terecht maar dan is de commu, is de informatie niet over gekomen in ieder geval

C: Nee inderdaad. En uh ervaar je het dat je veel tijd bezig bent ja kwijt bent, besteed aan de delirante patiënt?

X3: **Ja ja je bent toch langer bezig om begrip te tonen om begrip te krijgen**

C: Hmhm

X3: **Om iets gedaan te krijgen je moet geduldig zijn, mensen begrijpen het niet vaak niet wat wat er van hun verwacht wordt dus je moet geduldig blijven en dat gaat niet als je maar even snel iets moet doen en dat werkt ook ave rechts**

C: Ja

X3: Mijn ervaring want als je dus gejaagd iemand zijn medicijnen wil gaan geven ja dat gaat hem gewoon niet worden, mensen gaan dan op een of andere manier gaan ze daar onbewust denk ik gewoon tegen in dat ze gewoon een beetje tegen gaan werken

C: En wat voor gevoel krijg je daarbij

X3: Ja soms ik denk wel eens aaah serieus moet dat nu dan denk ik ja ik heb liever dat je het gewoon inneemt en ik weet dat u delirant bent maar ik moet echt door weet je wel

C: Ja

X3: Ik wil gewoon op tijd naar huis, ik ben gewoon moe en anderzijds soms dan denk ik net zoals vanavond denk ik ja nja jammer dan ben ik wel maar wat later

C: Ja

X3: Maar ja

C: En je doelde net ook op ik wil op tijd naar huis, hoe ervaar je het als dat niet kan door delirante patiënten?

X3: Door delirante patiënten zie ik het niet, ik denk ik kan niet op tijd naar huis juist door de bezetting op de afdeling

C: Oké

X3: Ik zie dat niet dat dat komt door delirante patiënten

C: Dat is fijn om te horen

X3: Tenzij uh nee dat kan eigenlijk gewoon niet want je hebt hier altijd er is qua diensten wisselingen is er altijd overlapping

C: Ja

X3: Dus je kan niet niet echt naar huis door delirante patiënten ja soms denk ik maar ja goed ja

C: Uitzonderingen zijn er altijd

X3: ja uitzonderingen zijn er altijd, maar dan is het toch als het gewoon gelukt is heb je toch iets gewonnen dus dan een voldaan gevoel denk ik en als het niet lukt ja dan overdragen aan de andere collega en hopen dat die uh maar goed ja dan heb je in ieder geval wel alles geprobeerd wat je kan

C: Ja inderdaad. Zou je nog iets willen toevoegen aan jouw ervaring en gevoel die je besteed aan de delirante patiënt?

X3: Ik denk dat mijn ervaring is gewoon wel heel veel geduld aan de delirante patiënt, maar die ruimte moet er ook wel zijn en die is er niet altijd waardoor denk ik delirante patiënten vaak de dupe is van slechte bezetting

C: Ja, vind je dat vervelend?

X3: Dat vind ik heel vervelend, want eigenlijk doe je dan je patiënt te kort

C: Ja

X3: En we zijn hier allemaal om toch het beste voor onze patiënten

C: Zeker

X3: En ik denk dat je je patiënten te kort doet als je niet genoeg aandacht kan geven, want dat is het gewoon een stukje aandacht plus daarbij als je dan wel je aandacht kan geven aan een delirante patiënt dan zal een andere patiënt daar ook weer onder lijden die dan toevallig misschien niet delirant is

C: Ja inderdaad

X3: Omdat die dus niet delirant is en geen aandacht eist wordt die wel een beetje ja niet vergeten maar opzij geschoven

C: Ja

X3: Dat ja vind ik niet oké

C: Nee dat kan ik begrijpen. Heel erg bedankt voor je antwoorden

X3: Graag gedaan

Bijlage 5: Aantal minuten per activiteit per soort dienst

Observatie 2	Ochtenddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
52	25	125
45	4	20
18	1	5
40	2	10
35	9	45
56	7	35
64	6	30
57	1	5
69	14	70
44	1	5
59	1	5
54	6	30
47	2	10
58	7	35
38	1	5
60	2	10
26	1	5
23	2	10
70	11	55
Totaal moet 515 zijn		515
Delirante patiënt: 0	Niet delirante patiënt: 4	Niveau: HBO

Observatie 3	Ochtenddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
52	18	90
18	11	55
38	3	15
35	5	25
22	2	10
56	7	35
59	1	5
36	4	20
46	5	25
69	11	55
20	2	10
54	2	20
23	1	5
12	1	5
45	1	5
64	5	25
55	1	5
65	1	5
47	5	25
57	2	10
44	3	15

67	1	5
48	2	10
58	2	10
24	3	15
6	1	5
61	1	5
		515
Delirante patiënt: 1	Niet delirante patiënt: 2	Niveau: geriatrie vpk

Observatie 4	Ochtenddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
18	16	80
52	9	45
22	5	25
11	2	10
35	3	15
64	1	5
10	1	5
1	5	25
6	1	5
33	1	5
30	6	30
36	6	30
48	1	5
69	14	70
20	5	25
54	2	10
59	2	10
56	4	20
45	1	5
13	2	10
44	1	5
47	4	20
39	1	5
24	6	30
58	3	15
46	1	5
		515
Delirante patiënt: 3	Niet delirante patiënt: 1	Niveau: HBO stagiaire

Observatie 5	Ochtenddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
52	14	70
18	2	10
56	21	105
44	2	10
35	5	25
45	3	15
40	5	25
64	1	5
70	10	50
60	2	10
69	11	55
54	8	40
20	2	10
22	5	25
55	6	30
38	1	5
36	2	10
61	1	5
57	2	10
		515
Delirante patiënt: 1	Niet-delirante patiënt: 3	Niveau: MBO

Observatie 6	Ochtenddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
52	32	160
18	4	20
56	10	50
44	2	10
35	4	20
43	2	10
40	7	35
45	2	10
47	1	5
64	4	20
11	1	5
1	5	25
30	6	30
54	4	20
20	2	10
69	8	40
26	1	5
38	2	10
48	1	5
6	1	5
50	1	5
70	2	10
22	1	5

		515
Delirante patiënt: 1	Niet-delirante patiënt: 3	Niveau: HBO stagiaire

Observatie 7	Ochtenddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
18	16	80
22	9	45
11	4	20
10	1	5
1	9	45
30	9	45
64	3	15
5	1	5
12	1	5
4	2	10
6	3	15
56	4	20
69	12	60
2	1	5
23	4	20
25	2	10
70	4	20
20	3	15
45	1	5
21	2	10
26	10	50
19	1	5
52	1	5
		515
Delirante patiënt: 2	Niet-delirante patiënt: 1	Niveau: MBO leerling

Observatie 8	Avonddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
18	9	45
52	3	15
22	8	40
30	20	100
6	4	20
2	4	20
5	1	5
13	4	20
23	1	5
64	21	105
44	4	20
26	1	5
10	3	15
21	2	10
35	1	5

4	3	15
59	2	10
17	1	5
11	1	5
40	1	5
31	1	5
56	1	5
36	1	5
		485
Delirante patiënt: 6	Niet-delirante patiënt: 2	Niveau: MBO

Observatie 9	Avonddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
18	9	45
52	5	25
56	1	5
22	1	5
38	1	5
25	1	5
40	5	25
36	1	5
26	13	65
47	1	5
65	1	5
4	7	35
21	3	15
30	9	45
5	1	5
3	1	5
6	8	40
13	9	45
69	4	20
2	3	15
27	5	25
31	1	5
17	4	20
70	3	15
		485
Delirante patiënt: 4	Niet-delirante patiënt: 4	Niveau: MBO

Observatie 10	Avonddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
18	8	40
52	6	30
22	5	25
56	1	5
27	3	15
30	17	85

10	2	10
40	2	10
4	2	10
13	5	25
64	6	30
8	2	10
69	12	60
17	5	25
51	3	15
11	6	30
35	1	5
47	1	5
36	1	5
45	1	5
38	1	5
3	4	20
19	2	10
1	1	5
		485
Delirante patiënt: 4	Niet-delirante patiënt: 4	Niveau: MBO

Observatie 11	Avonddienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
18	5	25
52	7	35
22	4	20
56	2	10
30	17	85
38	4	20
2	4	20
6	1	5
13	5	25
1	1	5
36	2	10
40	2	10
11	3	15
69	12	60
35	1	5
47	3	15
3	4	20
64	6	30
4	5	25
27	1	5
39	1	5
19	2	10
45	3	15
14	1	5
65	1	5
		485

Delirante patiënt: 5	Niet-delirante patiënt: 3	Niveau: HBO
----------------------	---------------------------	-------------

Observatie 12	Nachtdienst	
Code	Aantal keer	Tijd in minuten
4	5	25
13	17	85
22	3	15
56	3	15
64	9	45
14	1	5
10	1	5
3	4	20
31	6	30
40	1	5
51	4	20
34	1	5
52	7	35
69	5	25
37	4	20
18	8	40
38	9	45
36	3	15
70	7	35
19	4	20
1	1	5
		515
Delirante patiënt: 4	Niet-delirante patiënt: 4	Niveau: HBO

Bijlage 6: Oud meetinstrument

Verpleegkundige code nummer:

Dienst:

Datum en dag van de week:

	Activiteit	Locatie
07:15		
07:25		
07:35		
07:45		
07:55		
08:05		
08:15		
08:25		
08:35		
08:45		
08:55		
09:05		
09:15		
09:25		
09:35		
09:45		
09:55		
10:05		
10:15		
10:25		
10:35		
10:45		
10:55		
11:05		
11:15		
11:25		
11:35		
11:45		
11:55		
12:05		
12:15		
12:25		
12:35		
12:45		
12:55		
13:05		
13:15		
13:25		
13:35		
13:45		
13:55		
14:05		
14:15		
14:25		
14:35		
14:45		
14:55		
15:05		
15:15		

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Controles (RR, Sat., Glu)
3	Retentie en/of obstipatie meten
4	Technische handeling
5	Uitvoering eerste keer
6	Uitvoering opnieuw
7	Interactie patiënt
8	Mobiliseren
9	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
10	Bel lopen
11	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
12	Dagprogramma maken
13	Aandacht voor vocht en voeding
14	Administratie/ HIX
15	DOS invullen
16	Consult met arts
17	Consult met collega verpleegkundige
18	Consult andere discipline
19	Samenwerking met andere discipline
20	Familie contact
21	Uitleg mondeling
22	Uitleg schriftelijk
23	Familie inschakelen
24	Zo nodig medicatie verstrekken
25	Fysieke fixatie inzetten
26	Middelen en maatregelen toepassen
27	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
28	Overige activiteit
29	Pauze
Code	Locatie
30	Kamer van de patiënt
31	Kamer van een andere patiënt
32	Badkamer
33	Wc
34	Gang
35	Woonkamer
36	Buiten de afdeling
37	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer:

Dienst:

Datum en dag van de week:

	Activiteit	Locatie
15:15		
15:25		
15:35		
15:45		
15:55		
16:05		
16:15		
16:25		
16:35		
16:45		
16:55		
17:05		
17:15		
17:25		
17:35		
17:45		
17:55		
18:05		
18:15		
18:25		
18:35		
18:45		
18:55		
19:05		
19:15		
19:25		
19:35		
19:45		
19:55		
20:05		
20:15		
20:25		
20:35		
20:45		
20:55		
21:05		
21:15		
21:25		
21:35		
21:45		
21:55		
22:05		
22:15		
22:25		
22:35		
22:45		
22:55		
23:05		
23:15		

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Controles (RR, Sat., Glu)
3	Retentie en/of obstipatie meten
4	Technische handeling
5	Uitvoering eerste keer
6	Uitvoering opnieuw
7	Interactie patiënt
8	Mobiliseren
9	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
10	Bel lopen
11	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
12	Dagprogramma maken
13	Aandacht voor vocht en voeding
14	Administratie/ HIX
15	DOS invullen
16	Consult met arts
17	Consult met collega verpleegkundige
18	Consult andere discipline
19	Samenwerking met andere discipline
20	Familie contact
21	Uitleg mondeling
22	Uitleg schriftelijk
23	Familie inschakelen
24	Zo nodig medicatie verstrekken
25	Fysieke fixatie inzetten
26	Middelen en maatregelen toepassen
27	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
28	Overige activiteit
29	Pauze
Code	Locatie
30	Kamer van de patiënt
31	Kamer van een andere patiënt
32	Badkamer
33	Wc
34	Gang
35	Woonkamer
36	Buiten de afdeling
37	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer:

Dienst:

Datum en dag van de week:

23:15		
23:25		
23:35		
23:45		
23:55		
00:05		
00:15		
00:25		
00:35		
00:45		
00:55		
01:05		
01:15		
01:25		
01:35		
01:45		
01:55		
02:05		
02:15		
02:25		
02:35		
02:45		
02:55		
03:05		
03:15		
03:25		
03:35		
03:45		
03:55		
04:05		
04:15		
04:25		
04:35		
04:45		
04:55		
05:05		
05:15		
05:25		
05:35		
05:45		
05:55		
06:05		
06:15		
06:25		
06:35		
06:45		
06:55		
07:05		
07:15		

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Controles (RR, Sat., Glu)
3	Retentie en/of obstipatie meten
4	Technische handeling
5	Uitvoering eerste keer
6	Uitvoering opnieuw
7	Interactie patiënt
8	Mobiliseren
9	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
10	Bel lopen
11	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
12	Dagprogramma maken
13	Aandacht voor vocht en voeding
14	Administratie/ HIX
15	DOS invullen
16	Consult met arts
17	Consult met collega verpleegkundige
18	Consult andere discipline
19	Samenwerking met andere discipline
20	Familie contact
21	Uitleg mondeling
22	Uitleg schriftelijk
23	Familie inschakelen
24	Zo nodig medicatie verstrekken
25	Fysieke fixatie inzetten
26	Middelen en maatregelen toepassen
27	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
28	Overige activiteit
29	Pauze
Code	Locatie
30	Kamer van de patiënt
31	Kamer van een andere patiënt
32	Badkamer
33	Wc
34	Gang
35	Woonkamer
36	Buiten de afdeling
37	Andere locatie

Bijlage 7: Nieuw meetinstrument

Verpleegkundige code nummer:
 Dienst:

Datum van de observatie:

	Activiteit	Locatie
07:00		
07:05		
07:10		
07:15		
07:20		
07:25		
07:30		
07:35		
07:40		
07:45		
07:50		
07:55		
08:00		
08:05		
08:10		
08:15		
08:20		
08:25		
08:30		
08:35		
08:40		
08:45		
08:50		
08:55		
09:00		
09:05		
09:10		
09:15		
09:20		
09:25		
09:30		
09:35		
09:40		
09:45		
09:50		
09:55		
10:00		
10:05		
10:10		
10:15		
10:20		
10:25		
10:30		
10:35		
10:40		
10:45		
10:50		
10:55		
11:00		
11:05		
11:10		
11:15		
11:20		
11:25		

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer:
 Dienst:

11:30		
11:35		
11:40		
11:45		
11:50		
11:55		
12:00		
12:05		
12:10		
12:15		
12:20		
12:25		
12:30		
12:35		
12:40		
12:45		
12:50		
12:55		
13:00		
13:05		
13:10		
13:15		
13:20		
13:25		
13:30		
13:35		
13:40		
13:45		
13:50		
13:55		
14:00		
14:05		
14:10		
14:15		
14:20		
14:25		
14:30		
14:35		
14:40		
14:45		
14:50		
14:55		
15:00		
15:05		
15:10		
15:15		
15:20		
15:25		
15:30		

Datum van de observatie:

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer:
 Dienst:

Datum van de observatie:

	Activiteit	Locatie
15:15		
15:20		
15:25		
15:30		
15:35		
15:40		
15:45		
15:50		
15:55		
16:00		
16:05		
16:10		
16:15		
16:20		
16:25		
16:30		
16:35		
16:40		
16:45		
16:50		
16:55		
17:00		
17:05		
17:10		
17:15		
17:20		
17:25		
17:30		
17:35		
17:40		
17:45		
17:50		
17:55		
18:00		
18:05		
18:10		
18:15		
18:20		
18:25		
18:30		
18:35		
18:40		
18:45		
18:50		
18:55		
19:00		
19:05		
19:10		
19:15		
19:20		
19:25		
19:30		
19:35		
19:40		

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsensite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: Dienst:

19:45		
19:50		
19:55		
20:00		
20:05		
20:10		
20:15		
20:20		
20:25		
20:30		
20:35		
20:40		
20:45		
20:50		
20:55		
21:00		
21:05		
21:10		
21:15		
21:20		
21:25		
21:30		
21:35		
21:40		
21:45		
21:50		
21:55		
22:00		
22:05		
22:10		
22:15		
22:20		
22:25		
22:30		
22:35		
22:40		
22:45		
22:50		
22:55		
23:00		
23:05		
23:10		
23:15		

Datum van de observatie:

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer:
 Dienst:

	Activiteit	Locatie
23:00		
23:05		
23:10		
23:15		
23:20		
23:25		
23:30		
23:35		
23:40		
23:45		
23:50		
23:55		
00:00		
00:05		
00:10		
00:15		
00:20		
00:25		
00:30		
00:35		
00:40		
00:45		
00:50		
00:55		
01:00		
01:05		
01:10		
01:15		
01:20		
01:25		
01:30		
01:35		
01:40		
01:45		
01:50		
01:55		
02:00		
02:05		
02:10		
02:15		
02:20		
02:25		
02:30		
02:35		
02:40		
02:45		
02:50		
02:55		
03:00		
03:05		
03:10		
03:15		
03:20		
03:25		

Datum van de observatie:

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: Dienst:

03:30		
03:35		
03:40		
03:45		
03:50		
03:55		
04:00		
04:05		
04:10		
04:15		
04:20		
04:25		
04:30		
04:35		
04:40		
04:45		
04:50		
04:55		
05:00		
05:05		
05:10		
05:15		
05:20		
05:25		
05:30		
05:35		
05:40		
05:45		
05:50		
05:55		
06:00		
06:05		
06:10		
06:15		
06:20		
06:25		
06:30		
06:35		
06:40		
06:45		
06:50		
06:55		
07:00		
07:05		
07:10		
07:15		
07:20		
07:25		
07:30		

Datum van de observatie:

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Bijlage 8: Proefmeting observatie

Verpleegkundige code nummer:

1

Dienst:

ochtend

Datum en dag van de week:

17-10-2017

	Activiteit	Locatie
07:15	14	37
07:25	4	30
07:35	17	34 / 30
07:45	2	30
07:55	1/2	30
08:05	17	34
08:15	2	30
08:25	20	30
08:35	20	30
08:45	20	30
08:55	20	37
09:05	16	37
09:15	16	37
09:25	16	37
09:35	16	37
09:45	16	37
09:55	20	37
10:05	20	34 / 32
10:15	14	34
10:25	20	37
10:35	20	37
10:45	4	30
10:55	10	30
11:05	3	30
11:15	2/3	30
11:25	17	37
11:35	14	34
11:45		
11:55		
12:05		
12:15		
12:25		
12:35		
12:45		
12:55		
13:05		
13:15		
13:25		
13:35		
13:45		
13:55		
14:05		
14:15		
14:25		
14:35		
14:45		
14:55		
15:05		
15:15		

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Controles (RR, Sat., Glu)
3	Retentie en/of obstipatie meten
4	Technische handeling
5	Uitvoering eerste keer
6	Uitvoering opnieuw
7	Interactie patiënt
8	Mobiliseren
9	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
10	Bel lopen
11	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
12	Dagprogramma maken
13	Aandacht voor vocht en voeding
14	Administratie/ HIX
15	DOS invullen
16	Consult met arts
17	Consult met collega verpleegkundige
18	Consult andere discipline
19	Samenwerking met andere discipline
20	Familie contact
21	Uitleg mondeling
22	Uitleg schriftelijk
23	Familie inschakelen
24	Zo nodig medicatie verstrekken
25	Fysieke fixatie inzetten
26	Middelen en maatregelen toepassen
27	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
28	Overige activiteit
29	Pauze
Code	Locatie
30	Kamer van de patiënt
31	Kamer van een andere patiënt
32	Badkamer
33	Wc
34	Gang
35	Woonkamer
36	Buiten de afdeling
37	Andere locatie

Bijlage 9: Ingevulde observatielijsten

Verpleegkundige code nummer: 2
 Dienst: ccchena

Datum van de observatie: 06-10-2017

	Activiteit	Locatie
07:00	52	71
07:05	52	71
07:10	52	71
07:15	52	71
07:20	52	71
07:25	52	71
07:30	52	71
07:35	52	71
07:40	52	71
07:45	45	71
07:50	10	75
07:55	40	71
08:00	45	71
08:05	45	71
08:10	35	73
08:15	35	73
08:20	35	73
08:25	35	73
08:30	56	71
08:35	40	71
08:40	64	75
08:45	52	75
08:50	56	70
08:55	56	70
09:00	64	75
09:05	52	75
09:10	35	71
09:15	35	71
09:20	35	71
09:25	35	71
09:30	35	71
09:35	57	71
09:40	64	71
09:45	64	71
09:50	64	71
09:55	69	70
10:00	69	70
10:05	69	70
10:10	69	70
10:15	69	70
10:20	69	70
10:25	52	02
10:30	52	02
10:35	56	02
10:40	52	02
10:45	56	02
10:50	52	02
10:55	52	02
11:00	44	73
11:05	59	73
11:10	54	00
11:15	54	00
11:20	54	00
11:25	54	00

Code	Activiteit
Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt	
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 2Dienst: oond

11:30	54	80
11:35	54	80
11:40	69	82
11:45	69	82
11:50	69	82
11:55	69	82
12:00	69	82
12:05	69	82
12:10	69	82
12:15	69	82
12:20	56	82
12:25	56	82
12:30	45	71
12:35	64	82
12:40	52	82
12:45	52	82
12:50	52	82
12:55	47	71
13:00	47	71
13:05	80	81
13:10	80	81
13:15	80	81
13:20	80	81
13:25	80	81
13:30	80	81
13:35	80	81
13:40	52	71
13:45	52	71
13:50	80	71
13:55	80	75
14:00	80	75
14:05	80	75
14:10	66	75
14:15	52	75
14:20	60	75
14:25	26	76
14:30	23	82
14:35	23	82
14:40	70	82
14:45	70	82
14:50	70	82
14:55	70	82
15:00	70	82
15:05	70	82
15:10	70	82
15:15	70	82
15:20	70	82
15:25	70	82
15:30	70	82
	52	70
	52	70
	52	70
16:30	52	70

Datum van de observatie: 26-10-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsensite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 3
 Dienst: ccpna

Datum van de observatie: 24-1-2017

	Activiteit	Locatie
07:00	52	70
07:05	52	70
07:10	10	70
07:15	10	70
07:20	52	70
07:25	52	70
07:30	10	70
07:35	30	71
07:40	35	71
07:45	35	71
07:50	35	71
07:55	64	71
08:00	36	74
08:05	64	76
08:10	30	71
08:15	60	71
08:20	65	71
08:25	35	71
08:30	35	71
08:35	64	71
08:40	10	75
08:45	52	75
08:50	22	70
08:55	56	70
09:00	10	02
09:05	10	02
09:10	10	02
09:15	52	02
09:20	52	02
09:25	52	02
09:30	59	71
09:35	36	71
09:40	30	71
09:45	16	71
09:50	52	02
09:55	60	70
10:00	60	70
10:05	60	70
10:10	20	02
10:15	20	02
10:20	20 54	02
10:25	54	02
10:30	52	70
10:35	52	70
10:40	10	70
10:45	23	70
10:50	10	70
10:55	12	74/75
11:00	52	70
11:05	56	70
11:10	30	71
11:15	36	74
11:20	52	02
11:25	52	02

Code	Activiteit
Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt	
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 3
 Dienst: ccn/ernu

11:30	46	75/76
11:35	52	82
11:40	69	82
11:45	69	82
11:50	69	82
11:55	69	82
12:00	69	82
12:05	69	82
12:10	69	82
12:15	69	82
12:20	56	82
12:25	56	82
12:30	45	71
12:35	64	71
12:40	55	82
12:45	65	82
12:50	47	75
12:55	52	82
13:00	47	71
13:05	46	76
13:10	57	75
13:15	57	75
13:20	44	82
13:25	47	71
13:30	47	71
13:35	67	71
13:40	44	82
13:45	44	82
13:50	38	71
13:55	38/40	71
14:00	46	71
14:05	36	71
14:10	52	82
14:15	52	82
14:20	24	82
14:25	24	82
14:30	24	82
14:35	10	82
14:40	10	82
14:45	40	71
14:50	57	82
14:55	6	71
15:00	56	82
15:05	52	82
15:10	52	82
15:15	61	71
15:20	56	70
15:25	56	70
15:30	56/22	70
	56/22	70
	52	70
	52	70
15:50	52/10	70

Datum van de observatie: 26-10-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsensite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 4
 Dienst: Acute

Datum van de observatie: 26-10-2017

	Activiteit	Locatie
07:00	10	70
07:05	10	70
07:10	52	70
07:15	52	70
07:20	10	70
07:25	10	70
07:30	10	70
07:35	10	70
07:40	22	70
07:45	11	71
07:50	35	71
07:55	35	71
08:00	35	71
08:05	64	75
08:10	10	71
08:15	81	71
08:20	81	71
08:25	81	71
08:30	6	71
08:35	81	71
08:40	81	71
08:45	33	71
08:50	22	70
08:55	22	70
09:00	22	02
09:05	30	75
09:10	30	75
09:15	36	74
09:20	11	76
09:25	30	76
09:30	30	76
09:35	10	70
09:40	10	70
09:45	52	70
09:50	40	76
09:55	36	75
10:00	60	75
10:05	60	75
10:10	60	75
10:15	60	75
10:20	60	75
10:25	60	75
10:30	20	80
10:35	20	80
10:40	20	80
10:45	54	80
10:50	54	80
10:55	20	80
11:00	20	80
11:05	50	77
11:10	50	77
11:15	36	74
11:20	36	77
11:25	10	70

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 4
 Dienst: ccnend

11:30	10	70
11:35	10	70
11:40	60	02
11:45	60	02
11:50	60	02
11:55	60	02
12:00	60	02
12:05	60	02
12:10	60	02
12:15	60	02
12:20	56	02
12:25	56	02
12:30	845	71
12:35	13	71
12:40	13	71
12:45	44	02
12:50	47	71
12:55	47	71
13:00	47	71
13:05	56	75
13:10	80	71
13:15	52	70
13:20	10	70
13:25	10	70
13:30	10 224	01
13:35	224	01
13:40	24	01
13:45	50	01
13:50	50	01
13:55	24	01
14:00	24	01
14:05	24	01
14:10	30	71
14:15	30	71
14:20	46	76
14:25	36	44
14:30	36	74
14:35	50	72
14:40	10	70
14:45	10	70
14:50	10	70
14:55	52	70
15:00	52	70
15:05	45 47	45
15:10	56	02
15:15	56 72	02
15:20	52	70
15:25	52	70
15:30	52	70
	82 10	70
15:45	82 10	70
15	82 10	70

Datum van de observatie: 26-10-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsensite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 5Dienst: contendDatum van de observatie: 30-10-2017

	Activiteit	Locatie
07:00	52	02
07:05	52	02
07:10	52	02
07:15	52	02
07:20	10	02
07:25	10	02
07:30	2256	70
07:35	7256	70
07:40	44	02
07:45	35	71
07:50	35	71
07:55	45	71
08:00	52	45
08:05	44	02
08:10	45	71
08:15	4035	71
08:20	4025	71
08:25	35	71
08:30	35	71
08:35	45	71
08:40	35	71
08:45	6456	75
08:50	56	70
08:55	56	70
09:00	56	75
09:05	52	02
09:10	52	02
09:15	70	02
09:20	60	75
09:25	60	75
09:30	56	75
09:35	56	75
09:40	56	702
09:45	69	70
09:50	69	70
09:55	5469	80
10:00	54	00
10:05	54	00
10:10	54	00
10:15	20	00
10:20	20	00
10:25	54	00
10:30	54	00
10:35	2054	00
10:40	54	00
10:45	22	02
10:50	22	02
10:55	56	75
11:00	56	75
11:05	70	02
11:10	70	02
11:15	70	71
11:20	56	75
11:25	70	71

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsensite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: Dienst:

11:30	40	71
11:35	56	70
11:40	56	70
11:45	55	02
11:50	55	02
11:55	30	71
12:00	56	70
12:05	56	70
12:10	56	70
12:15	56	70
12:20	60	02
12:25	60	02
12:30	60	02
12:35	60	02
12:40	60	02
12:45	60	02
12:50	60	02
12:55	60	02
13:00	60	02
13:05	50	75
13:10	02	70
13:15	02	70
13:20	02	02
13:25	02	02
13:30	02 55	02
13:35	02	02
13:40	02	02
13:45	02	02
13:50	40	02
13:55	40	71
14:00	40	71
14:05	40	70
14:10	40	70
14:15	40	02
14:20	55	02
14:25	36	74
14:30	61	75
14:35	57	70
14:40	70	02 70
14:45	55	02
14:50	55	02
14:55	36	74
15:00	56	02
15:05	57	02
15:10	52	02
15:15	52	02
15:20	56	70
15:25	56	70
15:30	22 70	70

Datum van de observatie:

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 6
 Dienst: 10-10-2017

Datum van de observatie: 30-10-2017

	Activiteit	Locatie
07:00	52	70
07:05	52	70
07:10	52	70
07:15	52	70
07:20	10	70
07:25	10	70
07:30	22-56	70
07:35	22-56	70
07:40	44	02
07:45	35	41
07:50	35	41
07:55	56	41
08:00	43	41
08:05	43	41
08:10	40	41
08:15	40	41
08:20	44	02
08:25	40	41
08:30	35	41
08:35	45	41
08:40	44	41
08:45	64	45
08:50	56	70
08:55	56	70
09:00	11	41
09:05	1	41
09:10	1	41
09:15	1	41
09:20	1	41
09:25	1	41
09:30	20	45
09:35	30	45
09:40	52	70
09:45	40-52	70
09:50	40-52	70
09:55	54-56	02
10:00	54	02
10:05	54	02
10:10	54	02
10:15	20	02
10:20	20	02
10:25	52	40
10:30	52	70
10:35	52	70
10:40	52	40
10:45	52	70
10:50	52	40
10:55	52	70
11:00	52	70
11:05	52	70
11:10	52	41
11:15	52	70
11:20	10	70
11:25	10	40

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: Dienst:

11:30	56	82
11:35	69	82
11:40	69	82
11:45	69	82
11:50	69	82
11:55	69	82
12:00	69	82
12:05	69	82
12:10	56	82
12:15	56	82
12:20	69	76
12:25	69	76
12:30	30	76
12:35	30	76
12:40	30	76
12:45	30	76
12:50	40	76
12:55	40	82
13:00	40	71
13:05	35	71
13:10	52	71
13:15	52	71
13:20	52	82
13:25	52	82
13:30	52	82
13:35	6	71
13:40	52	76
13:45	52	82
13:50	52	82
13:55	45	71
14:00	69	71
14:05	52	82
14:10	52	82
14:15	52	82
14:20	30	71
14:25	52	82
14:30	52	82
14:35	52	82
14:40	52	82
14:45	40	71
14:50	40	71
14:55	52	82
15:00	52	82
15:05	50	82
15:10	70	82
15:15	70	82
15:20	56	70
15:25	56	70
15:30	22	70

Datum van de observatie:

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 7
 Dienst: Geriatrie

Datum van de observatie: 30-10-2017

	Activiteit	Locatie
07:00	10	70
07:05	10	70
07:10	10	70
07:15	10	70
07:20	10	70
07:25	10	70
07:30	22	70
07:35	22	70
07:40	11	71
07:45	10	00
07:50	1	73
07:55	1	73
08:00	11	73
08:05	1	73
08:10	1	73
08:15	1	73
08:20	1	73
08:25	1	73
08:30	1	73
08:35	1	73
08:40	11	71
08:45	30	75
08:50	22	70
08:55	22	70
09:00	64	75
09:05	5	71
09:10	30	75
09:15	30	75
09:20	12	75
09:25	4	71
09:30	6	71
09:35	50	75
09:40	6	02
09:45	69	70
09:50	69	71
09:55	69	70
10:00	69	70
10:05	69	70
10:10	69	70
10:15	23	70
10:20	25	76
10:25	25	76
10:30	70	71
10:35	10	70 76
10:40	11	76
10:45	10	76
10:50	20	80
10:55	20	80
11:00	20	80
11:05	70	02
11:10	70	02
11:15	4	71
11:20	10	75
11:25	56	75

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 4
 Dienst: Roosend.

11:30	30	02
11:35	69	02
11:40	69	02
11:45	69	02
11:50	69	02
11:55	69	02
12:00	69	02
12:05	69	02
12:10	3056	70
12:15	3056	70
12:20	30	76
12:25	30	76
12:30	30	76
12:35	64	7676
12:40	64	7676
12:45	30	76
12:50	30	02
12:55	6	71
13:00	45	71
13:05	256	02
13:10	256	02
13:15	1852	71
13:20	1852	71
13:25	5223	71
13:30	1852	71
13:35	18	71
13:40	18	71
13:45	18	71
13:50	2318	71
13:55	21	71
14:00	21	71
14:05	40	71
14:10	2610	70
14:15	2610	70
14:20	23	70
14:25	18	70
14:30	1819	70
14:35	26	70
14:40	26	70
14:45	26	76
14:50	26	76
14:55	26	76
15:00	26	76
15:05	26	76
15:10	26	76
15:15	52	70
15:20	22	70
15:25	22	70
15:30	22	70

Datum van de observatie: 30-10-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 2
 Dienst: 1007

	Activiteit	Locatie
15:15	10	70
15:20	10	70
15:25	10	70
15:30	210	70
15:35	52	70
15:40	52	70
15:45	10	70
15:50	10	70
15:55	22	02
16:00	22	02
16:05	22	02
16:10	10	02
16:15	10	02
16:20	30	71
16:25	8	71
16:30	2	74
16:35	5	71
16:40	13	71
16:45	2	71
16:50	22	75
16:55	23	02
17:00	64	02
17:05	64	02
17:10	44	02
17:15	44	02
17:20	64	02
17:25	64	02
17:30	20	71
17:35	64	71
17:40	26	75
17:45	64	71
17:50	6	71
17:55	64	02
18:00	64	02
18:05	30	75
18:10	30	75
18:15	30	02
18:20	30	75
18:25	30	75
18:30	30	75
18:35	64	02
18:40	64	02
18:45	64	02
18:50	64	02
18:55	10	02
19:00	10	02
19:05	30	02
19:10	2	74
19:15	30	70
19:20	321	02
19:25	21	02
19:30	22	70
19:35	22	02
19:40	22	02

Datum van de observatie: 5-11-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsensite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 8Dienst: avond

19:45	52	75
19:50	35	71
19:55	4	76
20:00	59	71
20:05	89	71
20:10	44	82
20:15	44	82
20:20	64	82
20:25	64	82
20:30	64	82
20:35	64	71
20:40	73	71
20:45	64	71
20:50	215	71
20:55	6	71
21:00	30	75
21:05	30	75
21:10	13	71
21:15	14	71
21:20	13	71
21:25	411	71
21:30	40	71
21:35	4	71
21:40	10	75
21:45	10	75
21:50	31	75
21:55	30	75
22:00	30	75
22:05	30	71
22:10	30	71
22:15	56	75
22:20	6	71
22:25	30	71
22:30	4	71
22:35	64	71
22:40	64	71
22:45	36	71
22:50	64	82
22:55	64	82
23:00	10	82
23:05	30	82
23:10	30	82
23:15	30	82

Datum van de observatie: 9-11-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 9
 Dienst: avond

Datum van de observatie: 9-11-2017

	Activiteit	Locatie
15:15	10	70
15:20	10	70
15:25	52	70
15:30	52	70
15:35	52	70
15:40	10	70
15:45	10	70
15:50	56	75
15:55	22	75
16:00	30	71
16:05	25	71
16:10	52	71
16:15	40	71
16:20	40	71
16:25	36	71
16:30	26	71
16:35	26	71
16:40	47	71
16:45	65	71
16:50	4	76
16:55	21	76
17:00	10	76
17:05	30	82
17:10	30	76
17:15	30	76
17:20	62	76
17:25	4	72
17:30	4	72 1
17:35	5	72 1
17:40	3	72 1
17:45	6	1
17:50	6	1
17:55	6	1
18:00	13	1
18:05	40	71
18:10	10	70
18:15	21	82
18:20	21	82
18:25	69	70
18:30	69	70
18:35	13 69	70 71
18:40	2	74
18:45	2	74
18:50	13	76
18:55	2	74
19:00	69	70
19:05	69	70
19:10	27	76
19:15	27	76
19:20	13	71
19:25	27	71
19:30	31	71
19:35	17	76
19:40	17	76

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 9Dienst: avond

19:45	27	76
19:50	27	76
19:55	30	82
20:00	30	82
20:05	17-30	82-76
20:10	17	76
20:15	40	82
20:20	26	40
20:25	26	40
20:30	26	40
20:35	26	40
20:40	26	40
20:45	26	40
20:50	26	40
20:55	26	40
21:00	26	40
21:05	26	40
21:10	26	40
21:15	13	71
21:20	30	71
21:25	30	71
21:30	40	71
21:35	10	75
21:40	10	75
21:45	30	82
21:50	6	71
21:55	4	71
22:00	13	71
22:05	13	71
22:10	4	71
22:15	13	71
22:20	13	71
22:25	30	71
22:30	40	71
22:35	10	71
22:40	4	71
22:45	4	71
22:50	6	71
22:55	6	71
23:00	6	71
23:05	6	71
23:10	30	82
23:15	30	82

Datum van de observatie: 9-11-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsensite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 10
 Dienst: Quada

Datum van de observatie: 11-11-2017

	Activiteit	Locatie
15:15	10	02
15:20	10	02
15:25	10	02
15:30	52	02
15:35	52	02
15:40	52	02
15:45	22	02
15:50	22	02
15:55	56	02
16:00	22	02
16:05	22	02
16:10	22	02
16:15	10	02
16:20	10	02
16:25	30	71
16:30	10	02
16:35	10	02
16:40	40	76
16:45	4	76
16:50	13	76
16:55	64	02
17:00	64	02
17:05	30	02
17:10	30	02
17:15	30	76
17:20	30	76
17:25	64	76
17:30	30	76
17:35	30	76
17:40	30	76
17:45	64	76
17:50	0	76
17:55	30	76 71
18:00	60	76
18:05	60	76
18:10	60	76
18:15	60	76
18:20	60	76
18:25	60	76
18:30	60	76
18:35	60	76
18:40	14	71
18:45	14	71
18:50	51	76
18:55	51	76
19:00	14	71
19:05	11	76
19:10	51	76 71
19:15	14	76 71
19:20	14	71
19:25	22	75
19:30	11	76
19:35	11	76
19:40	11	76

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsensite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 10
 Dienst: anoniem

19:45	11	46
19:50	35	71
19:55	47	41
20:00	25	41
20:05	4	46
20:10	18	46
20:15	30 45	46
20:20	45	46
20:25	69	46
20:30	69	46
20:35	69	46
20:40	69	46
20:45	13	41
20:50	8	41
20:55	13	41
21:00	86 64	41
21:05	64	41
21:10	30	41
21:15	30	41
21:20	40	41
21:25	52	41
21:30	52	41
21:35	10 10	41
21:40	3	41
21:45	52 10	41
21:50	13 13	41
21:55	30	41
22:00	11	41
22:05	19	41
22:10	18 18	41
22:15	19	41
22:20	3	41
22:25	1	41
22:30	30	41
22:35	13	41
22:40	3	41
22:45	3	41
22:50	30	82
22:55	30	82
23:00	30	82
23:05	30	82
23:10	30	82
23:15	22	82

Datum van de observatie: 11-11-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 44
 Dienst: gastro

Datum van de observatie: 11-11-2017

	Activiteit	Locatie
15:15	10	79
15:20	10	79
15:25	10	79
15:30	10	79
15:35	52	79
15:40	52	79
15:45	22	79
15:50	22	79
15:55	56	39
16:00	56	39
16:05	30	71
16:10	30	71
16:15	30	71
16:20	30	76
16:25	2	73
16:30	2	73
16:35	2	73
16:40	6	76
16:45	10	70
16:50	13	71
16:55	10 1	71
17:00	36	73
17:05	40	71
17:10	30	02
17:15	52	76
17:20	35	71
17:25	30	76
17:30	11	76
17:35	30	76
17:40	30	76
17:45	52	45
17:50	52	02
17:55	40	46
18:00	60	40
18:05	60	40
18:10	60	40
18:15	60	40
18:20	60	40
18:25	60	40
18:30	60	40
18:35	60	40
18:40	35	41
18:45	49	41
18:50	3	41
18:55	13	71
19:00	11	71
19:05	64	02
19:10	64	41
19:15	64	41
19:20	11	71
19:25	11 22	45
19:30	4	41
19:35	4	41
19:40	4	41

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 11
 Dienst: actia

19:45	30	41
19:50	24	41
19:55	30	41
20:00	4	41
20:05	4	41
20:10	30	46
20:15	52	46
20:20	64	46
20:25	69	46
20:30	69	46
20:35	69	46
20:40	69	46
20:45	30	41
20:50	47	41
20:55	47	41
21:00	30	41
21:05	13	41
21:10	13	41
21:15	2	41
21:20	30	41
21:25	13	41
21:30	13	41
21:35	45	41
21:40	64	41
21:45	64	41
21:50	19	41
21:55	19	41
22:00	45	41
22:05	65	41
22:10	45	41
22:15	52	41
22:20	30	41
22:25	30	41
22:30	30	41
22:35	3	41
22:40	3	41
22:45	3	41
22:50	30	43
22:55	30	43
23:00	30	43
23:05	30	43
23:10	30	43
23:15	22	

Datum van de observatie: 11-11-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsenvisite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Verpleegkundige code nummer: 12Dienst: nachtDatum van de observatie: 2-11-10

	Activiteit	Locatie
23:00	4	71
23:05	13	71
23:10	22	82
23:15	22	82
23:20	22	82
23:25	56	82
23:30	56	82
23:35	56	82
23:40	64	71
23:45	14	75
23:50	10	82
23:55	3	71
00:00	13	71
00:05	31	71
00:10	31	71
00:15	31	71
00:20	13	71
00:25	40	71
00:30	51	71
00:35	51	71
00:40	34	71
00:45	52	79
00:50	52	79
00:55	52	79
01:00	52	79
01:05	13	71
01:10	52	79
01:15	52	79
01:20	52	79
01:25	69	82
01:30	69	82
01:35	69	82
01:40	69	82
01:45	69	82
01:50	37	71
01:55	37	71
02:00	37	71
02:05	37	71
02:10	18	79
02:15	18	79
02:20	18	79
02:25	18	79
02:30	18	79
02:35	18	79
02:40	13	71
02:45	13	71
02:50	31	71
02:55	31	71
03:00	31	71
03:05	30	71
03:10	30	71
03:15	51	71
03:20	51	71
03:25	18	79

overdracht

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de delirante patiënt
1	ADL
2	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
3	Patiënt verschonen
4	Controles (RR, Sat., Glu)
5	Retentie en/of obstipatie meten
6	Technische handeling
7	Uitvoering eerste keer
8	Uitvoering opnieuw
9	Wondverzorging
10	Spullen halen
11	Interactie patiënt
12	Mobiliseren
13	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
14	Bel lopen
15	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
16	Dagprogramma maken
17	Aandacht voor vocht en voeding
18	Administratie/ HIX
19	DOS invullen
20	Artsenvisite
21	Consult met arts
22	Consult met collega verpleegkundige
23	Consult andere discipline
24	MDO
25	Samenwerking met andere discipline
26	Familie contact
27	Uitleg mondeling
28	Uitleg schriftelijk
29	Familie inschakelen
30	Medicatie verstrekken
31	Zo nodig medicatie verstrekken
32	Fysieke fixatie inzetten
33	Middelen en maatregelen toepassen
34	Niet-delirante patiënt rustig krijgen

Verpleegkundige code nummer: 12Dienst: nacht

03:30	18	79
03:35	13	71
03:40	13	71
03:45	36	73
03:50	36	73
03:55	36	73
04:00	70	79
04:05	70	79
04:10	70	79
04:15	70	79
04:20	13	71
04:25	13	71
04:30	70	79
04:35	70	79
04:40	70	79
04:45	19	79
04:50	19	79
04:55	19	79
05:00	19	79
05:05	13	71
05:10	13	71
05:15	13	71
05:20	3	71
05:25	3	71
05:30	3	71
05:35	64	79
05:40	64	79
05:45	64	79
05:50	64	79
05:55	64	71
06:00	64	71
06:05	64	71
06:10	64	71
06:15	13	71
06:20	13	71
06:25	4	71
06:30	4	71
06:35	4	71
06:40	4	71
06:45	38	71
06:50	38	71
06:55	38	71
07:00	38	71
07:05	38	71
07:10	38	71
07:15	13	71
07:20	13	71
07:25	38	71
07:30	1	71
07:35	1	71
07:40	1	71
07:45	1	71
07:50	1	71
07:55	1	71
08:00	1	71

Datum van de observatie: 2-11-2017

Code	Activiteit
	Verpleegkundige activiteit bij de niet-delirante patiënt
35	ADL
36	Patiënt naar de wc brengen/ van de wc halen
37	Patiënt verschonen
38	Controles (RR, Sat., Glu)
39	Retentie en/of obstipatie meten
40	Technische handeling
41	Uitvoering eerste keer
42	Uitvoering opnieuw
43	Wondverzorging
44	Spullen halen
45	Interactie patiënt
46	Mobiliseren
47	Terug in bed leggen/ op de stoel zetten
48	Bel lopen
49	Omgevingsmaatregelen toepassen, reguleren prikkels
50	Dagprogramma maken
51	Aandacht voor vocht en voeding
52	Administratie/ HIX
53	DOS invullen
54	Artsensite
55	Consult met arts
56	Consult met collega verpleegkundige
57	Consult andere discipline
58	MDO
59	Samenwerking met andere discipline
60	Familie contact
61	Uitleg mondeling
62	Uitleg schriftelijk
63	Familie inschakelen
64	Medicatie verstrekken
65	Zo nodig medicatie verstrekken
66	Fysieke fixatie inzetten
67	Middelen en maatregelen toepassen
68	Niet-delirante patiënt rustig krijgen
Code	Activiteit
	Overige
69	Pauze
70	Overige
Code	Locatie
71	Kamer van de patiënt
72	Kamer van een andere patiënt
73	Badkamer
74	Wc
75	Gang
76	Woonkamer
77	Buiten de afdeling
78	Teampost
79	Kantoor
80	Artsenkantoor
81	Fysiotherapie ruimte
82	Andere locatie

Bijlage 10: Schema interviews

Datum	Interviewnummer	(Code)naam	Functie	Plaats	Tijdsduur in minuten
09-11-2017	Proefinterview	Respondent 1	MBO verpleegkundige	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	09:48
10-11-2017	Interview 1	Respondent 2	MBO verpleegkundige	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	06:47
11-11-2017	Interview 2	Respondent 3	HBO verpleegkundige	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	10:31
11-11-2017	Interview 3	Respondent 4	MBO verpleegkundige	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	11:11
13-11-2017	Interview 4	Respondent 5	MBO verpleegkundige	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	08:03
13-11-2017	Interview 5	Respondent 6	MBO leerling verpleegkundige	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	09:25

Bijlage 11: Codeboek interviews

Code	Hoofdtopic	Subtopic	Citaat	Opmerking	Respondent
C1	"Moeilijke" zorg	Vaardigheden	<i>"....de ander is gewoon ontzettend onrustig en heb je gewoon heel veel begeleiding, moet je daar aan geven."</i>	Vraag horende bij het citaat: <i>"Nou eigenlijk mijn eerste vraag, hoe ervaar je de zorg aan een delirante patiënt?"</i>	Respondent 1
C2		Houding, agressie, communicatie, verwardheid	<i>"Maar het is wel uh geestelijk denk ik ook wel zwaarder als iemand continu aan het gillen is of continu in het verzet gaat of in de remmen gaat, niet mee werkt dat is uh heel vermoeiend zeg maar dan ja dan ervaar ik het geestelijk ook nog wel zwaarder."</i>		Respondent 2
C4		Houding	<i>"..... maar over het algemeen ja vind ik de zorg voor de delirante patiënt juist heel erg leuk."</i>		Respondent 4
C3		Houding , vaardigheden	<i>"Maar ik vind dat ook wel weer heel leuk om zeg maar uit te"</i>		Respondent 3

			<i>zoeken van nou wat is er aan de hand en waarmee uh kan ik de patiënt het beste helpen en maar ook proberen uh ja weer zo snel mogelijk terug te krijgen in uh ja hoe dat het moet zijn”.</i>		
C3		Houding, vaardigheden	<i>“...dus ik vind dat toch ook wel weer een hele leuke kant zeg maar gewoon om in de gaten te houden”.</i>		Respondent 3
C4		Houding	<i>“Ja ja ja ik vind anders had ik op een andere afdeling moeten gaan werken denk ik haha.”</i>		Respondent 4
C6		Kennis omtrent vormen delier, houding	<i>“Dat zou ik eigenlijk niet weten nee”.</i>	Vraag horende bij het citaat: <i>“En weet je welke typen delier er zijn?”</i>	Respondent 6
C1		Kennis omtrent vormen delier	<i>“...waardoor je merkt dat er heel veel kennis te kort uh nog heerst soms”.</i>		Respondent 1
C1		Kennis omtrent vormen delier, houding, communicatie	<i>“Ja zelf heb ik best wel wat kennis maar in algemene zin denk ik dat het stukje</i>		Respondent 1

			<i>kennis bij ons en ook op andere afdelingen wel vergroot moet worden".</i>		
C2	"Makkelijke" zorg	Houding, communicatie	<i>"... iemand in een stil delier die zit maar voor zich uit te starend, die reageert gewoon heel weinig, die doet niet zo veel. Dat is ook niet goed maar ja die vergeet je sneller."</i>		Respondent 2
C6		Houding, communicatie	<i>"... als mensen een stil delier hebben heb je vaak de neiging om die gewoon te vergeten, want die zijn dermate stil dat je er gewoon niet bij stil staat."</i>		Respondent 6
C1		Houding, communicatie	<i>"Daar ga je makkelijker vanuit dat die de begeleiding niet nodig heeft, omdat die rustig aanwezig is."</i>		Respondent 1
C6	Interventies inzetten	Zo nodig medicatie verstrekken, houding	<i>"De grens is als dat echt te vaak te veel moet gebeuren dat je eigenlijk</i>		Respondent 6

			<i>letterlijk iemand platspuit. Daar houd ik niet van."</i>		
C1		Zo nodig medicatie verstrekken, houding, vaardigheden	<i>"... dat je heel veel medicatie giften ook wel kan voorkomen als je de tijd en de rust op de afdeling hebt om iemand op een andere manier af te lijden."</i>		Respondent 1
C4		Valdetectie/speciaal bed, houding	<i>"Maar uh ja valdetectie en beide bedhekken daar heb ik eigenlijk geen problemen mee..." "Laag-laagbed heb ik ook geen problemen mee..."</i>		Respondent 4
C2	Tijd	-	<i>"Je bent er veel meer tijd mee kwijt met een delirante patiënt, want alles gaat twee keer zo langzaam."</i>		Respondent 2
C1		-	<i>"... iemand hebt die heel onrustig is gaat automatisch daar meer tijd en aandacht</i>		Respondent 1

			<i>naar uit zeg maar."</i>		
C4		-	<i>"Door delirante patiënten zie ik het niet, ik denk ik kan niet op tijd naar huis juist door de bezetting op de afdeling."</i>		Respondent 4
C3		-	<i>"Ja ja ik zou het liefst uh gewoon op tijd weg kunnen inderdaad en gewoon een idee hebben van ik heb nu echt alles gedaan wat ik kon doen. En dat gebeurt zelden, ik moet altijd voor mijn gevoel wel dingen laten liggen."</i>		Respondent 3
C1		-	<i>"Je wil gewoon wel je begeleiding en ook je tijd aan iedereen kunnen geven, ja als het niet kan. Op een gegeven moment is het wel een stuk gewenning eigenlijk dat dat hier</i>		Respondent 1

			<i>gebeurt, want het is heel vaak dat ik dat niet kan doen zoals ik het zelf zou willen."</i>		
--	--	--	---	--	--

Bijlage 12: Informatiebrief membercheck

Beste collega,

Allereerst nog hartelijk bedankt voor de medewerking aan mijn onderzoek. Om het onderzoek meer betrouwbaar te maken is het van belang dat er 'member check' wordt uitgevoerd. Member check wil zeggen dat ik terugga met een samenvatting van het interview naar de respondent. Dit heeft als resultaat dat het de geloofwaardigheid van mijn onderzoek verhoogd wordt.

Daarom zou ik je willen vragen om de door mij gemaakte samenvatting door te lezen. Hierbij gaat het erom of jij je kan vinden in de samenvatting en of het zou kunnen kloppen met jouw antwoorden. Je mag uiteraard de opgenomen bestanden opvragen en beluisteren voor verificatie.

Mocht jij akkoord geven voor de samenvatting dan geeft dat aan dat het op waarheid gebaseerd is.

Mocht dit van toepassing zijn, zou je dan een handtekening/paraaf willen zetten op de samenvatting met een datum erbij. Graaf zie ik de samenvatting terug in mijn postvak.

Met vriendelijke groet,

Charlotte Reukers

Bijlage 13: Samenvattingen interviews met membercheck

Proefinterview

Samenvatting interview 1

Ik ervaar de zorg voor een delirante patiënt erg wisselend. De ene delirante patiënt is heel rustig en de andere delirante patiënt is ontzettend onrustig. De delirante patiënt die erg onrustig is heeft veel begeleiding nodig en naar de rustige delirante patiënt heb je juist geen omkijken. Wel vind ik het wisselen per dienst en per dag hoe onrustig de delirante patiënt is. De hele zware delirante patiënt ervaar ik als belastend, maar wel iets wat bij deze afdeling hoort. Door de drukte op de afdeling merk ik wel dat er vaak te weinig tijd is om goede begeleiding te geven en dat er al snel naar medicatie gegrepen wordt. Ik denk als het rustiger is dat er dan meer begeleiding geboden kan worden. Het snel naar medicatie grijpen vind ik niet de juiste manier voor mij om zorg te verlenen. Het is wel makkelijk, omdat het snel werkt en de patiënt dan rustig is waardoor je andere werkzaamheden kan oppakken. Ik zou wel heel graag de juiste begeleiding willen geven aan een patiënt maar door de drukte heb ik daar niet de tijd voor. De tijdsdruk in een dienst is namelijk over het algemeen vrij hoog. Het is vaker dat je tijd te kort komt, dan dat je uitgebreid de tijd kan nemen voor je patiënten. Ik ervaar die tijdsdruk ook als niet leuk, omdat je de tijd wil kunnen geven aan al je patiënten. Ik weet dat er een stil delier is en een actief delier. Bij de patiënten met een stil delier heb ik al snel de neiging om ervan uit te gaan dat die de begeleiding niet nodig heeft, omdat die rustig aanwezig is. Terwijl deze patiënten juist ^{in voor beeld} vaak angstig zijn. Ik denk dat deze patiënten veel meer tijd en aandacht nodig hebben van ons, maar door het prioriteiten stellen deze te weinig krijgt.

Ik ervaar het ook als niet leuk dat ik de patiënten niet alle aandacht kan geven die ik zou willen geven, of ze nou delirant zijn of niet. Het wordt op een gegeven moment wel gewenning dat de tijd en aandacht niet gegeven kan worden, omdat het heel vaak gebeurt. Als ik de begeleiding dan wel een keer kan geven dan geeft dat voldoening. Je ziet vaak ook dat het helpt. Niet altijd natuurlijk, want soms moet je ook medicijnen geven. Maar ik denk dat we heel veel medicatie giften kunnen voorkomen als je de tijd en de rust op de afdeling hebt om iemand op een andere manier af te lijden. Agressie van een delirante patiënt heb ik zeer regelmatig meegemaakt. Ik accepteer heel veel dingen hierin, omdat ik weet dat de patiënt er ook niks aan kan doen. Het wordt eigenlijk vrij normaal wat niet normaal is. *wel wordt de pt waar nodig hierin begrenst.* Als een delirante patiënt zorg weigert zie ik dat wel als een uitdaging. Soms is het dan juist ook wel lastig om de tijd te nemen voor de patiënt, soms denk ik van ja je weigert dus ik ga nu eerst naar de volgende en geef je wat voor de onrust en dan kom ik straks terug.

Als ik een patiënt fysiek moet fixeren vind ik dat mens ontrend. Ik vind ook dat je iemand dan moet sederen, zodat de patiënt de fixatie niet bewust mee krijgt. Wel merk ik dat we niet allemaal over de juiste kennis beschikken omtrent fixatie.

De communicatie met een delirante patiënt zie ik als een uitdaging. Het is altijd zoeken hoe je iemand het beste kan benaderen. Het maakt het heel afwisselend, maar ook wel complex, omdat je nooit weet wat de beste benaderingswijze is. Als ik mijn best doe en het werkt niet bij de patiënt vind ik dat aan de ene kant frustrerend, maar ik denk ook dat er een reden is dat de patiënt zo delirant is en soms helpt iets ook gewoon niet. Dan zijn medicijnen soms nodig. Ik vind het comfort van de patiënt wel het belangrijkste. Als ik weet dat de patiënt comfortabel is dan geeft mij dat wel een voldaan gevoel.

Als ik iets nog zou willen toevoegen zou het zijn dat de nieuwe collega's en stagiaires meer uitleg en begeleiding zou willen geven over de delirante patiënt. Door de drukte is er vaak tijd te kort waardoor dit niet kan. En hierdoor merk ik dat er heel veel kennis ⁱⁿ te kort heerst. Ook zou ik meer speling in tijd en personeel willen, zodat je meer zorg op maat kan leveren.

*kleine aanpassing; verder klopt het helemaal
ik ben akkoord*

*27/11/17
Linda*

Interview 2

Samenvatting interview 2

De zorg aan een delirante patiënt ervaar ik als zwaar, omdat je continu moet sturen. Eigenlijk ben je continu bezig met de meeste delirante patiënten om zo alles in goede banen te leiden.

Ik weet welke typen delier er zijn, namelijk een stil delier en een acuut delier. Het hyperactieve delier vind ik in de zorg zwaarder. Deze mensen zijn vaak veel onrustiger. Iemand in een stil delier die zit maar voor zich uit te staren en reageert heel weinig. Dat is ook niet goed, maar die vergeet ik sneller daardoor. Als iemand heel de boel bij elkaar krijgt en alles eruit trekt dan heb ik het daar drukker mee. Het is geestelijk ook zwaarder als iemand continu aan het gillen is of continu in het verzet gaat. Dat vind ik heel vermoeiend en geestelijk zwaarder dan als iemand geen delier heeft.

Bij iemand met een delier vind ik de communicatie ook lastig, omdat je totaal niet de verdieping in kan gaan. Ik weet niet wat iemand nodig heeft en wat ik kan doen voor iemand. Dan moet ik erg af gaan op metingen en controles bijhouden. Dat maakt het administratief ook zwaarder. Ik ben veel meer aan het opletten en registreren als de communicatie niet goed verloopt en dat kost veel tijd. Met een delirante patiënt ben ik ook veel meer tijd kwijt. Alles gaat twee keer zo langzaam en als ik net iets gedaan heb dan moet het weer opnieuw vaak. Als het druk is irriteert dit me ook wel, als ik er de tijd voor heb dan irriteert het me niet.

Om een delirante patiënt rustig te krijgen probeer ik structuur aan te bieden, normale kleding, familie inschakelen en prikkel arm verplegen. Ook probeer ik met mijn mimiek niet geïrriteerd of geërgerd over te komen. En er is natuurlijk onrust medicatie, wat denk ik wel gewenst is bij deze patiënten. Bij onrust medicatie heb ik niet bepaalde gevoelens. Als ik iemand continu moet plat spuiten dan vind ik dat niet leuk, dan denk ik wat voor leven heeft dat mensje dan. Het sederen vind ik dus echt lastiger. Maar aan de ene kant is het bij drukte misschien ook wel een opluchting. Die patiënt ligt dan in ieder geval rustig en daar kan niks mee gebeuren, waardoor ik even tijd heb om naar de rest te gaan.

Wat ik nog zou willen toevoegen is dat ik denk dat we meer stil moeten staan bij het familie inschakelen. Dit gebeurt vaak, maar familie is vaak ook al thuis belast en vermoeid.

Interview 4

Samenvatting interview 4

Ik vind de ervaring van de zorg aan een delirante patiënt wisselend. Het ligt eraan wat voor delirant beeld de patiënt vertoond. Sommige patiënten kan ik hun gang laten gaan en sommige zijn heel tegendraads waardoor de zorg heel zwaar wordt. Zelf vind ik het af en toe wel lastig, maar dat is meer omdat ik mijn geduld dan niet kan bewaren. Maar over het algemeen vind ik de zorg voor de delirante patiënt juist heel erg leuk puur, omdat ze zo eigenwijs en kinds zijn.

Ik weet dat er een stil delier is en een apathisch delier, maar verder weet ik het niet. Als patiënten zorgweigeren hebben dan probeer ik wel zo veel mogelijk er op in te praten en te motiveren om het toch gedaan te krijgen. En juist als het dan lukt krijg ik daar een voldaan gevoel van. Maar als de patiënt echt niet wil dan denk ik ja dan niet, want een delier is meestal toch snel vergaan dus dan halen we het een andere dag weer in. En als patiënten medicatie weigeren dan probeer ik alsnog goede voorlichting te geven, maar ik vind ook dat het eraan ligt wat voor medicatie het is. Als het belangrijke medicatie is probeer ik veel op iemand in te praten of een ander gezicht in te zetten. En als het dan echt niet gaat dan bespreek ik dit met de arts. De communicatie met een delirante patiënt vind ik wel leuk als het een uitdaging is. Als iemand slecht verstaanbaar is zie ik daar een grote uitdaging in. Ik ervaar de communicatie niet als onprettig eigenlijk. Als ik dit wel vond en het niet leuk vond dan vind ik dat ik op een andere afdeling moest gaan werken.

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen ligt het eraan wat voor maatregelen het zijn. Als familie perse beide beddekken wil ondanks dat iemand er uit kan klimmen dan voel ik me daar niet heel prettig bij. Maar valdetectie bijvoorbeeld heb ik geen problemen mee. De Zweedse band of bokshandschoenen dat stuit me heel erg tegen de borst. Als ik iemand echt actief belemmer in hun vrijheid dan heb ik daar wel moeite mee. Mijn ervaring is eigenlijk dat als ik tegen een delirante patiënt ga zeggen wat ze niet mogen doen het ave rechts werkt. Daarom probeer ik iedereen altijd een beetje zijn gang te laten gaan.

Agressie ervaar ik niet als prettig, maar ik denk wel dat als iemand nog zo pittig is het betekend dat er nog een flinke levenslust in zit. Ik vind het ook leuk, niet om geslagen te worden, maar ik moet af en toe wel gewoon lachen om hoe mensen zich tijdens een delier kunnen uiten. En ik vind agressie niet leuk, maar het is wel een uiting van mensen en ik denk dat het ook betekend dat de communicatie waarschijnlijk ergens is fout gegaan van, verpleegkundigen naar patiënt toe.

Ik ervaar wel dat ik meer tijd besteed aan de delirante patiënt. Ik ben toch langer bezig om begrip te tonen en begrip te krijgen. Om iets gedaan te krijgen moet ik geduldig zijn, omdat de mensen het vaak niet begrijpen. Soms vind ik het ook wel lastig als ik snel iets wil doen en het dan juist ave rechts werkt, omdat ik toch ook op tijd naar huis wil. Maar ik zie het niet dat ik door de delirante patiënten niet op tijd naar huis kan. Dat zie ik meer door de bezetting op de afdeling. En als het dan wel een keer gelukt is dan geeft dat toch een voldaan gevoel.

Ik zou nog willen toevoegen dat de ruimte om veel geduld en tijd te nemen voor de delirante patiënt er vaak niet is. De patiënt wordt de dupe van de slechte bezetting. En ik vind dat je patiënten te kort doet als je ze niet genoeg aandacht kan geven.

7-12-2017


Bijlage 14: Samenvattingen zonder membercheck

Samenvatting interview 3

Een delier is een veelzijdig ziektebeeld met verschillende uitingsvormen, het hyperactief, het stille delier en de gemengde vorm. Ik vind dat het altijd zoeken naar een weg is om hoe je er het beste mee om kunt gaan. Het is zoeken hoe je het beste de patiënt kunt begeleiden en ook zijn familie. Voor familie kan het ook heel schokkend zijn om te zien dat iemand zo verward is of juist zo stil is. De verwardheid bij een delirante patiënt vind ik niet eng, tenzij iemand agressief wordt. Agressie heb ik ook wel eens meegemaakt en dan vind ik het wel eng, want je wil zelf geen gevaar lopen, maar ook wil ik niet dat de andere patiënten en de collega's iets aangedaan wordt. Op dat moment vind ik dat er wel echt actie ondernomen moet worden, door middel van medicatie of vrijheidsbeperkende maatregelen. Maar de verwardheid verder vind ik niet eng. Wel vind ik het zwaar, omdat ik eigenlijk nooit weet wat mij te wachten staat en soms denk ik dat iets afgerond is en dan merk ik toch dat diegene weer onrustig wordt of uit bed komt en dan kan ik weer terug naar die patiënt. Dus dit maakt wel dat het door onze categorie patiënten moeilijk is om een planning te maken. En ik heb ook het gevoel dat je nooit klaar bent met het werk.

Bij sommige vrijheidsbeperkende maatregelen heb ik geen problemen, zoals valdetectie of een bedhek. Wat ik vooral belangrijk vind is dat ik kan beargumenteren waarom ik bepaalde interventies inzet. Als het echt nodig is dan is het niet leuk om te doen, maar soms zie ik ook wel dat het de beste oplossing is voor de patiënt. Als ik merk dat het de mensen zelf rust geeft dan vind ik het niet erg om te doen, maar als ik merk dat het mensen tegen staat vind ik het anders om te doen. En bij zo nodig medicatie is het soms het enige wat ik kan doen om erger te voorkomen. Ik vind het dan wel eens vervelend als ik zie dat mensen uren daarna nog suf in bed liggen, omdat dat ook geen goed doet. En met een planning maken, ik maak er wel continu een in mijn hoofd maar deze wijzigt telkens. Hier ben ik altijd wel op voorbereid, want ik weet ook dat in de tweede helft van een avonddienst altijd onrust plaats gaat vinden. Daardoor probeer ik in een avonddienst eerst kei hard te werken waardoor ik daarna de onrust kan opvangen.

Wel ervaar ik het als niet fijn als ik na een dienst niet op tijd weg kan. Het thuisfront rekent op weer op mij. Het is ook echt zwaar werk, intensief werk en veel lichamelijke inspanning waardoor ik vind dat een dienst van 8 uur lang genoeg is. Dus ik vind dat als de dienst erop zit dat ik dan mijn uren echt wel heb gemaakt. Maar vaak moet ik toch nog dingen doen waardoor ik niet op tijd weg kan. Dus er moet continu de afweging worden gemaakt wat ik kan overdragen en wat niet. Het liefst zou ik als ik weg ga het gevoel hebben dat ik alles heb gedaan, maar dat gebeurt zelden en dat vind ik vervelend.

De communicatie met een delirante patiënt ervaar ik heel lastig. Het is moeilijk om je informatie bij elkaar te krijgen, omdat ik bij deze categorie patiënten niet altijd begrijpt wat er wordt bedoelt. Daardoor is het lastig te achterhalen waar de onrust vandaag komt, of dat mensen pijn hebben of ze naar het toilet moeten of iets anders. Veel moet ik doen op eigen inzicht en mijn eigen gevoel. Maar ik vind het ook wel weer leuk om uit te zoeken wat er aan de hand is en waarmee ik de patiënt het beste kan helpen. Ik kan bijvoorbeeld wat doen aan oriëntatie, structuur, dag- en nachtritme en familie begeleiden. Dit vind ik ook wel weer de leuke kant.

Zorgweigeren maak ik ook veel mee op de afdeling. Ik ervaar dat ook als een zoektocht dat je elke keer de afweging moet maken wat belangrijk is en wat niet. En om te doen wat wel echt belangrijk is, is ook een zoektocht om te kijken hoe ik dat kan doen. Maar dat ik vind ik ook weer leuk om erachter te komen wat het beste is en wat werkt. De delirante patiënt is een zorgvrager met veelzijdige problematiek.

Wat ik nog zou willen toevoegen is dat ik het lastig vind dat ik door alle drukte en veelheid patiënten niet altijd kan bieden wat ik denk dat de patiënten nodig hebben. Daarom zou ik wat meer handen niet verkeerd vinden. Maar desondanks probeer ik te roeien met de riemen die we hebben.

Samenvatting interview 5

De zorg aan een delirante patiënt ervaar ik best wel zwaar, omdat ik toch extra aandacht aan die patiënt moet geven. Ik moet ook continu op die patiënt letten waardoor ik weer minder tijd heb voor de andere patiënten. Dat vind ik best wel lastig, omdat je er toch ook voor de andere patiënten wil zijn. De delirante patiënt wil ik eigenlijk altijd in het oog houden, maar dat gaat niet altijd. Ik heb ook het idee dat ik veel tijd in de delirante patiënt steek. Ik vind dat als er delirante patiënten zijn er bijvoorbeeld extra personeel ingezet moet worden om extra begeleiding te geven.

Ik weet dat er een stil delier is, deze vind ik lastig te herkennen en verder heb je een delier met hallucinaties en die vind ik wat makkelijker te herkennen.

De communicatie met een delirante patiënt ervaar ik als lastig, omdat ik moeilijk kan binnenkomen in iemand zijn beleefwereld. Ik vind het lastig om diegene dan te kunnen begrijpen in wat hij doet en wat hij zegt. De delirante patiënten kunnen ook zorg weigeren. Dit moet ik dan toch accepteren, omdat ze nog wel beschikken over zelfrecht. Maar aan de andere kant denk ik dat ze niet meer helemaal weten wat ze doen. Dus dan moet ik de afweging maken in wat ze echt nodig hebben en dat zal ik ze dan ook moeten geven. Ik vind wel dat je deze patiënten niet moet gaan pushen, want dat werkt niet. Ik vind het wel lastig als de delirante patiënt belangrijke medicatie weigert, want deze wil ik toch wel geven. Als ze het echt nodig hebben en echt weigeren dan ervaar ik het zeer lastig voor mezelf, want als ik het niet kan geven dan heb ik het gevoel of ik mijn werk verkeerd doe. Daarom wil ik dan wel echt overleggen met een dokter die er meer verstand van heeft en die dan kan zeggen dit moet je wel doen en dit niet, zodat ik weet waar ik aan toe ben.

Vrijheidsbeperkende maatregelen inzetten vind ik goed, maar wel tot op een zekere hoogte. Als iemand zo delirant is dat hij over de bedhekken heen gaat klimmen dan vind ik het niet verantwoordelijk om ze beiden omhoog te doen. Wel vind ik dat een delirant iemand valdetectie nodig heeft om ze zo te kunnen controleren. En met 1 bedhek heb ik geen moeite.

Fixatie heb ik nog nooit ingezet, maar het lijkt me wel heftig omdat je heel veel vrijheid afneemt bij iemand. Agressie vanuit een delirante patiënt kan ik wel accepteren, omdat ik weet dat iemand delirant is en eigenlijk niet zichzelf is. Wel vind ik het lastig als de delirante patiënt agressief is naar andere patiënten.

Ik heb nog niet heel veel delirante patiënten gezien, maar wat ik heb gezien vind ik het wel lastig om ermee om te gaan. Ik vind dat er meer aandacht voor die mensen moet komen en ook meer inzet van personeel, want bij een delirante patiënt ben je veel langer bezig en de andere mensen komen dan in het niet. Ik vind bijvoorbeeld dat er 1 op 1 zorg moet komen voor delirante mensen. Ik denk dat dit ook bevorderend is voor het genezingsproces ten aanzien van het delier.

Samenvatting interview 6

Ik vind de zorg aan een delirante patiënt een zware zorg, omdat de patiënt onvoorspelbaar is. Ik moet veel rekening houden met de patiënt en heb soms ook wel het gevoel of ik haast heb. Ook vind ik de zorg zwaar aan de delirante patiënt, omdat deze patiënt niet altijd mee werkt. Wel vind ik deze patiënt leuk en zie ik het als een uitdaging, daarom werk ik ook op deze afdeling. Ook vind ik het leuk dat mensen hier nog kunnen opknappen.

Ik weet eigenlijk niet welke typen delier er zijn als het zo gevraagd wordt.

De tijd omtrent de delirante patiënt is heel belangrijk, omdat bij mensen met een stil delier ik vaak de neiging heb om ze te vergeten, want die mensen zijn dermate stil dat ik er gewoon niet bij stil sta. Ik vind dat ook wel het gevaarlijke van een stil delier, omdat ik daar makkelijk overheen kijk. Of ik ga eraan voorbij door de tijdsdruk. En juist met de tijdsdruk vind ik het wel zaak om echt iedereen te kunnen zien en de juiste zorg te geven. Als mensen een hyperactief delier hebben dan ga ik daar zomaar niet aan voorbij. Wel vind ik het dan moeilijk om die mensen weer rustig te krijgen. Ook vind ik het moeilijk om dingen over te moeten nemen zonder dat ze dat zelf willen. Ik vind het ook wel frustrerend dat ik heel erg achter mezelf aan het aanhollen bent. Ik merk dat ik erg bij mezelf moet blijven en niet met de druk hollende mensen mee moet gaan. Ik vind het belangrijk dat ik mijn planning aanhoudt, dat geeft mij houvast. Maar soms moet ik ook dingen kunnen loslaten daarin, omdat ik buiten de delirante patiënten ook nog andere patiënten heb. Soms moet ik door de druk soms toch iets rustgevents spuiten of geven terwijl ik dat eigenlijk niet wil. Soms ontkom ik er niet aan om zo nodig medicatie te geven en als ik zie dat het resultaat heeft dan vind ik het niet erg. Maar er zit wel een grens aan. Ik hou er niet van als ik iemand te vaak, te veel moet platspuiten.

Fysieke fixatie heb ik nog nooit meegemaakt eigenlijk. Wel zet ik wel eens iemand in de rode relaxstoel op slot achter de tafel, dat is natuurlijk ook wel vrijheidsberoving. Ik vind het dan een beetje hoe iemand er op reageert. Wel probeer ik het zo min mogelijk te doen, maar soms vind ik het ook beter om valgevaar te voorkomen.

Ik probeer bij agressie om het zoveel mogelijk te voorkomen. Ik probeer om het frustratieniveau niet zo hoog te krijgen, maar dat lukt niet altijd. Mocht iemand wel agressief worden van vind ik dat heel vervelend.

Als iemand zorg weigert of medicatie dan probeer ik altijd iemand nog wel te overtuigen. Ook kijk ik naar de persoon wat er echt nodig is. Ik maak afwegingen in welke medicatie er gegeven moet worden en welke niet. Als iemand echt niet wil dan overleg ik met de arts over de medicatie, maar ik ga er geen probleem van maken. Ik vind het ook niet zo erg, omdat het vaak binnen een paar dagen toch al beter gaat.

De communicatie met de delirante patiënt is ook erg verschillend. Als iets echt niet lukt dan vind ik dat wel vervelend, maar ik accepteer het wel. Ik ga er niet onder gebukt als ik iets niet voor elkaar krijg.

Wat ik nog zou willen toevoegen is dat ik merk dat op de afdeling vaak wordt gedacht dat de delirante patiënt vaak iets met opzet doet. Dat de patiënt met een plan dingen wil inzetten. Terwijl deze patiënt dat niet zo doet. Ik vind dat hier best wel meer bekendheid over gegeven mag worden, over de omgang en over hoe de delirante patiënt is. Het stukje kennis mag hier wel in worden vergroot.

Bijlage 15: Tijdspad

Wie	Wat	Waar	Wanneer
Onderzoeker	Inleveren onderzoeksplan	Avans hogeschool te Breda	29 september 2017
Onderzoeker + opdrachtgever	Proefmeting observaties	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	03 oktober 2017
Onderzoeker	Workshop interviews voorbereiden/uitvoeren	Avans hogeschool te Breda	04 oktober 2017
Onderzoeker	Meetinstrument observaties aanpassen	Thuislocatie	05 oktober 2017
Onderzoeker + beoordelaar	Onderzoeksplan terug met cijfer	Thuislocatie	05 oktober 2017
Onderzoeker	Meetinstrument observaties voorleggen aan experts	Thuislocatie – Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	08 oktober 2017
Onderzoeker	Observaties afnemen	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	17 oktober t/m 11 november 2017
Onderzoeker + experts + peergroep	Topiclijst voorleggen aan experts	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom – Avans hogeschool te Breda	07 november 2017
Onderzoeker	Workshop SPSS	Avans hogeschool te Breda	08 november 2017
Onderzoeker	Proefinterview afnemen	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	09 november 2017
Onderzoeker	Proefinterview transcriberen	Thuislocatie	10 november 2017
Onderzoeker	Interviews afnemen	Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom	10 november t/m 13 november
Onderzoeker	Observaties verwerken in SPSS	Thuislocatie – Avans hogeschool te Breda	12 november t/m 20 november 2017
Onderzoeker	Workshop SPSS	Avans hogeschool te Breda	15 november 2017
Onderzoeker + begeleidend docent	Afspraak met begeleidend docent	Avans hogeschool te Breda	15 november 2017
Onderzoeker	Interviews transcriberen en coderen	Thuislocatie – Avans hogeschool	15 november t/m 25 november 2017
Onderzoek + peergroep	Interview transcriptie voorleggen aan peergroep	Avans hogeschool te Breda	20 november 2017
Onderzoeker	Resultaten beschrijven	Thuislocatie	26 november t/m 30 november 2017
Onderzoeker	Conclusie, discussie, aanbevelingen beschrijven	Thuislocatie	1 december t/m 10 december 2017
Onderzoeker + begeleidend docent	Afspraak met begeleidend docent	Avans hogeschool te Breda	06 december 2017

Onderzoeker + opdrachtgever	Onderzoeksverslag inleveren bij opdrachtgever	Thuislocatie	10 december 2017
Onderzoeker	Onderzoeksverslag inleveren op blackboard	Thuislocatie	15 december 2017
Onderzoeker	Onderzoeksverslag terug met cijfer	Thuislocatie	12 januari 2017
Onderzoeker	Eindpresentatie	Avans hogeschool te Breda	17 januari 2017

