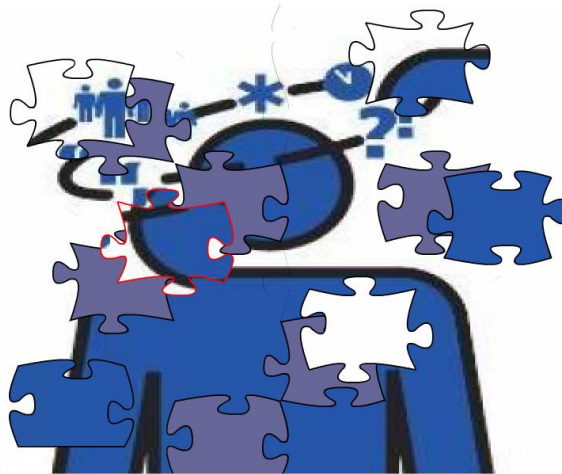


Onderzoeksverslag

Protocol opvolging “Delirium, preventie, screening en behandeling” op verpleegafdeling Heelkunde UMC St Radboud



Copyright beeldmerk ©
VMS Veiligheidsprogramma

Kwaliteitszorg Onderwijseenheid KWZ3

Naam + studentnummers: Elvy Versteegen, 463461
Conny Weilacher, 411855
Opleiding: Verpleegkunde
Groep: UF02

Project nummer: 1112_2VRIJ_02
Docentbegeleider: Annegien de Hoop
Opdrachtgever: Marion van der Kolk
Examinator: Friede Simmes
Inleverdatum: 27 september 2012

Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen
Faculteit Gezondheid Gedrag en Maatschappij

UMC  St Radboud

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van het project “Protocol opvolging “Delirium, preventie, screening en behandeling” op verpleegafdeling Heelkunde UMC St Radboud” zoals uitgevoerd in opdracht van de taskforce “Kwaliteitszorg” van de afdeling Heelkunde van het UMC St. Radboud.

Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van het kwaliteitsproject, KWZ3, van de opleiding HBO-V Duaal. In de periode van 9 april tot en met 27 september 2012. Op 11 oktober van dit jaar zullen de resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd.

Conny Weilacher en Elvy Versteegen
Nijmegen, 27 september 2012

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding.....	6
1.1. Aanleiding	6
1.2. Probleembeschrijving	6
1.3. Doel en vraagstelling.....	7
1.4. Afgrenzing	8
1.5. Aanpak onderzoek	8
1.6. Leeswijzer.....	8
2. Theoretisch kader.....	9
2.1. Oriënterende gegevensverzameling.....	9
2.2. Context.....	10
3. Methode van onderzoek.....	15
3.1. Onderzoeksdesign.....	15
3.2. Benodigde informatie en achtergrond	15
3.3. Onderzoeksopbouw	16
3.4. Fase 1: Literatuuronderzoek	16
3.5. Fase 2: Schriftelijke vragenlijst.....	19
3.6. Fase 3: Semigestructureerde interviews	22
4. Resultaten.....	25
4.1. Deelvraag één	25
4.2. Deelvraag twee	29
4.3. Deelvraag drie	41
5. Discussie	44
5.1. Beperkingen van het onderzoek	44
5.2. Overeenkomsten en verschillen	45
6. Conclusie en aanbeveling	49
6.1. Conclusie	49
6.2. Aanbevelingen	49
Bronnenlijst.....	52
Bijlagen	56

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de taskforce kwaliteit van de afdeling Heelkunde van het UMC St Radboud. Aanleiding zijn tegenvallende cijfers op het gebied van registratie van Delirium voortkomend uit kwartaalcijfers (UMCN, 2011c), alsook het signaleren van problemen met het protocol op de afdeling door zowel artsen als verpleegkundigen. Uit de cijfers is gebleken dat het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” op de afdeling Heelkunde onvoldoende wordt nageleefd. Belangrijkste knelpunten zijn herkenning van de risicopatiënt, afname van DOS-score en registratie.

Dit onderzoek beoogt het inzichtelijk maken van de factoren die een rol spelen bij de protocolopvolging op de verpleegafdeling. Hiervoor zijn bij aanvang van het onderzoek de volgende doelen vastgesteld:

- In september 2012 is er binnen de verpleegafdeling Heelkunde van het UMC St Radboud inzicht verkregen in de door verpleegkundigen ervaren bevorderende en belemmerende factoren in de opvolging van het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” zoals dit terug te vinden is op KWINT.
- In september 2012 is er voor de verpleegafdeling Heelkunde van het UMC St Radboud een aanbeveling geformuleerd voor het verbeteren van de opvolging van het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” zoals dit terug te vinden is op KWINT.

Hieruit volgt de volgende vraagstelling:

Wat zijn de door verpleegkundigen ervaren belemmerende en bevorderende factoren op de verpleegafdeling Heelkunde van het UMC St Radboud in de opvolging van het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” zoals terug te vinden op KWINT, en op welke manier kan verbetering hierin bereikt worden?

Gekozen is voor een mixed design. Het onderzoek is in drie fasen uitgevoerd, een literatuuronderzoek, een schriftelijke vragenlijst onder de verpleegkundigen van de afdeling Heelkunde en individuele verdiepende interviews. De uitkomsten van iedere fase zijn verwerkt in de volgende fase.

Resultaten

De bevorderende en belemmerende factoren spelen, die onderverdeeld kunnen worden in de categorieën: innovatie, zorgverlener, patiënt en externe factoren. Literatuuronderzoek en onderzoek op de afdeling laten zien dat de protocolopvolging een complex, veelzijdig onderwerp is.

Bevorderende factoren liggen in de ogen van de verpleegkundigen bij de duidelijkheid, correctheid en meerwaarde van het protocol. Inhoudelijk is een overgroot deel van de verpleegkundigen het met het protocol eens. Daarnaast komt uit de interviews een duidelijke motivatie bij de verpleegkundigen om het protocol uit te voeren naar voren.

Belemmerende factoren liggen bij de randvoorwaarden die nodig zijn om het protocol uit te kunnen voeren. Deze liggen gedeeltelijk bij de zorgverlener zoals door gebrekkige kennis andere prioriteiten. Daarnaast worden externe factoren benoemd zoals een ervaren tijdgebrek en het lastige gebruik van KWINT. Het tijdgebrek wordt door de verpleegkundigen in samenhang gezien met de inhoud van het protocol, beschreven interventies zijn veelvuldig en tijdrovend.

Conclusie

De invoering van het protocol “Delirium” is niet op een systematische manier verlopen. Het protocol is ingevoerd zonder eerst inzicht en acceptatie te bereiken bij de verpleegkundigen.

Om verbetering te bereiken raden wij aan een stap terug te doen in de cyclus. Om de volgende stappen te doorlopen is het van belang om aandacht te besteden aan een strategie die past bij de doelgroep en de situatie. Voor C50 is een combinatie van een draagvlakvergroten en faciliterende strategie aan te raden.

1. Inleiding

Dit verslag beschrijft het onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren in de opvolging van het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” op de verpleegafdeling Heelkunde van het Universitair Medisch Centrum (UMC) St Radboud. Dit onderzoek is gedaan in opdracht van de taskforce kwaliteitsmanagement van de afdeling Heelkunde onder leiding van Dr. B.M. van der Kolk. De gevonden resultaten komen voort uit literatuuronderzoek en onderzoek op de verpleegafdeling Heelkunde in de periode van 9 april tot 15 augustus 2012.

Het onderzoek geeft een inventarisatie van bevorderende en belemmerende factoren zoals deze door de verpleegkundigen worden ervaren. Op basis hiervan wordt een aanbeveling gedaan om verbetering van de protocolorpvolging te bereiken.

Vanaf dit punt in het verslag zal het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” benoemd worden als het protocol “Delirium”. De verpleegafdeling Heelkunde zal benoemd worden als C50.

1.1. Aanleiding

Binnen de gezondheidszorg wordt steeds meer nadruk gelegd op kwaliteit van zorg. Om deze kwaliteit steeds verder te verbeteren worden zowel vanuit de overheid als vanuit de zorgsector indicatoren voor kwaliteit ontwikkeld. Ook het UMC St Radboud, en daarmee afdeling C50, worden hierdoor beïnvloed (UMCN, 2011a).

Een belangrijk onderdeel van de kwaliteitszorg binnen het UMC St Radboud is de zorg voor de kwetsbare oudere, waaronder ook de preventie en behandeling van delirium vallen. Om de optimale kwaliteit van zorg op dit gebied te bereiken wordt binnen het ziekenhuis gewerkt volgens de richtlijn “Kwetsbare oudere” van het VMS (VeiligheidsManagementSysteem). Deze is, gecombineerd met wetenschappelijk onderzoek, verwerkt in het protocol “Delirium” dat ziekenhuisbreed is ingevoerd (UMCN, 2012). Dit protocol beschrijft de omgang met delirium van herkenning van de risicopatiënt en preventieve interventies tot te nemen stappen bij optreden van een delirium. Het volledige protocol is terug te vinden in bijlage 1. Daarnaast is in 2011 gestart met het GIDZproject (Geriatric in de Ziekenhuizen), dat tot doel heeft de zorg rondom patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op complicaties te verbeteren. C50 is één van de drie afdelingen waar in januari 2011 is gestart met een pilot van dit project (Verbeek-Gijsbers & Bakker, 2011).

Om kwaliteit te waarborgen wordt op C50 elk kwartaal een analyse gemaakt van gegevens uit het EPD (elektronisch patiënt dossier). Uit deze kwaliteitsmetingen komt naar voren dat er te weinig wordt gescreend op kwetsbaarheid bij de oudere patiënt. Deze screening is, naast een kwaliteitseis van het VMS, ook een belangrijk onderdeel van het protocol “Delirium”. Om aan de kwaliteitscriteria voor VMS en de Inspectie voor de GezondheidsZorg (IGZ) te voldoen zal de afdeling haar prestaties moeten verbeteren.

Ook vanaf de werkvloer komen signalen dat het protocol momenteel niet voldoende wordt nageleefd, zowel vanuit verpleegkundigen als artsen (B.M. van der Kolk, persoonlijke mededeling, 1 maart 2012).

1.2. Probleembeschrijving

Het onderzochte probleem is de gebrekkige opvolging van het protocol “Delirium”, zoals terug te vinden op KWINT (kwaliteit op intranet), op C50. Hierbij worden door de opdrachtgever drie belangrijke knelpunten vastgesteld: onvoldoende herkenning van de risicopatiënt, gebrekkige afname van de DOSS-score, gebrekkige (digitale) registratie hiervan en het niet adequaat starten van interventies (B.M. van der Kolk, persoonlijke mededeling, 1 maart 2012).

Delirium is een ernstige aandoening die relatief vaak voorkomt in ziekenhuizen. Het UMC St. Radboud noemt in het protocol een percentage van 50% van de risicogroep (UMCN, 2012). De gevolgen kunnen ernstig zijn en lopen uiteen van een verhoogde kans op complicaties en een verminderd herstel tot een

hogere kans op sterfte (Witlox, 2011; VMSzorg, 2009b; CBO, 2004). Uit onderzoek van Witlox (2011) is tevens gebleken dat het voorkomen van delier duidelijk verminderd kan worden door het nemen van voorzorgsmaatregelen zoals het gebruik van een gericht protocol. Hierbij benoemd hij dat in 30 á 40 procent van de gevallen een delirium voorkomen had kunnen worden. Een verbeterde protocolopvolging kan dus een duidelijke verbetering in de kwaliteit van zorg betekenen.

Het probleem speelt gedurende de opname van de patiënt op C50. Dit begint op het moment van opname en eindigt bij ontslag van de afdeling. Betrokken bij het probleem is het voltallige medische personeel van de afdeling, te weten verpleegkundigen, artsen, maar ook verpleegassistenten. Zij hebben allen een rol in de uitvoering van het protocol. Waarbij de verpleegkundige een coördinerende rol speelt (Witte, Berkers & Visser, 2011). Zij is verantwoordelijk voor de herkenning van de risicopatiënt en het in gang zetten van, preventieve, interventies.. Daarnaast zijn de patiënt en familie betrokken als belanghebbenden van een goede protocolopvolging. Indirect zijn ook groepen buiten de afdeling betrokken. Zo heeft een slechte score op de zorgindicatoren een negatieve weerslag op de naam van het ziekenhuis (IGZ, z.j.). En heeft een verlengde opnameduur directe gevolgen voor de planning van opnames (Dr. B.M. van der Kolk, persoonlijke mededeling, 1 maart 2012).

Op C50 bestaat er vanuit verschillende betrokkenen consensus over het feit dat een verbetering in de protocolopvolging wenselijk is. Echter verschillende initiatieven op dit gebied lopen tot nog toe spaak omdat het niet duidelijk is op welke aspecten van het proces men zich het beste kan richten. Met dit onderzoek wordt de basis gelegd om dit probleem structureel aan te pakken, doormiddel van een inventarisatie van bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen in de opvolging van het protocol. Deze vormen aanknopingspunten voor verbetering.

1.3. Doel en vraagstelling

Doel

- In september 2012 is er binnen de verpleegafdeling Heelkunde van het UMC St Radboud inzicht verkregen in de door verpleegkundigen ervaren bevorderende en belemmerende factoren in de opvolging van het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” zoals dit terug te vinden is op KWINT.
- In september 2012 is er voor de verpleegafdeling Heelkunde van het UMC St Radboud een aanbeveling geformuleerd voor het verbeteren van de opvolging van het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” zoals dit terug te vinden is op KWINT.

Vraagstelling

Wat zijn de door verpleegkundigen ervaren belemmerende en bevorderende factoren op de verpleegafdeling Heelkunde van het UMC St Radboud in de opvolging van het protocol “Delirium, preventie, screening en behandeling” zoals terug te vinden op KWINT, en op welke manier kan verbetering in de opvolging van het protocol bereikt worden?

Deelvragen

1. Wat is er bekend uit eerdere onderzoeken naar bevorderende en belemmerende factoren in protocolopvolging door verpleegkundigen?
2. Welke bevorderende en belemmerende factoren in protocolopvolging worden door verpleegkundigen op verpleegafdeling Heelkunde van het UMC St. Radboud ervaren?
3. Welke aanbevelingen voor het verbeteren van de protocolopvolging op de verpleegafdeling Heelkunde van het UMC St Radboud komen voort uit de gevonden factoren?

De bevindingen worden aan de afdeling gepresenteerd om ook bij de betrokken verpleegkundigen een basis voor een betere protocolopvolging te leggen.

1.4. Afgrenzing

Dit onderzoek beperkt zich tot het onderzoeken van de factoren die een rol spelen bij de opvolging van het protocol “Delirium” op C50. Bekend is dat deze opvolging momenteel onvoldoende is, en dat initiatieven tot verbetering weinig succes hebben gehad. Doel van het onderzoek is daarom het identificeren van de factoren die, in de ogen van de verpleegkundigen, een rol bij de protocolopvolging spelen. Het onderzoek gaat uit van het perspectief van de verpleegkundigen. Zij staan, met het identificeren van de risicopatiënt, immers aan het begin van het protocol. Bewust wordt geen vergelijking met de werkelijke situatie gemaakt. Ook is het niet de intentie om een waardeoordeel te geven.

Het onderzoek richt zich uitsluitend op de onderdelen van het protocol die spelen op C50. Het traject voorafgaand aan de opname en tijdens verblijf op operatiekamers en verkoeverkamer wordt niet meegenomen.

Dit onderzoek richt zich specifiek op de opvolging van het protocol “Delirium”, naar inhoudelijke punten van het protocol of gerelateerde protocollen wordt niet gekeken.

GIDZ project

Dit onderzoek is compleet los te zien van het onderzoek in het kader van het GIDZproject dat gelijktijdig plaatsvindt op C50. Het GIDZ-onderzoek heeft een breed karakter en richt zich op alle aspecten van de zorg voor de kwetsbare oudere. Doel van het onderzoek is voornamelijk een inhoudelijke evaluatie van het project na een jaar looptijd. Doordat ook het protocol “Delirium” deel uit maakt van deze zorg voor de kwetsbare oudere bestaat een overlap tussen beide onderzoeken. In overleg met opdrachtgever en GIDZ kunnen de onderzoeken echter naast elkaar bestaan.

Ook is het GIDZ bezig met verschillende interventies om de samenwerking en protocolopvolging te verbeteren. Dit houdt in dat de omstandigheden op de afdeling gedurende het onderzoek kunnen veranderen.

Voor het onderzoek betekend dit dat er vanuit twee partijen gevraagd wordt om de medewerking van de verpleegkundigen. Waarbij het onderscheid voor hen lastig te herkennen is. Vooraf aan het onderzoek heeft overleg plaatsgevonden met GIDZ ten einde het beroep dat op de verpleegkundigen wordt gedaan acceptabel te houden. Daarnaast is in de aanloop naar de gegevensverzameling uitleg gegeven over het verschil tussen beide onderzoeken.

1.5. Aanpak onderzoek

Dit onderzoek maakt gebruik van een mixed design waarbij kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden worden gebruikt. Het onderzoek start met een kwantitatieve inventarisatie van bevorderende en belemmerende factoren. Door middel van kwalitatieve onderzoek worden deze verder uitgediept. Het onderzoek kent een gefaseerde opzet. De resultaten van iedere fase zijn van invloed op de invulling van de volgende.

1.6. Leeswijzer

Dit verslag begint met een theoretisch kader waarin de achtergronden van het project besproken worden. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op onderzoeksdesign, methode van gegevensverzameling en gegevensanalyse. Hoofdstuk 4 geeft de resultaten per deelvraag weer. Het verslag eindigt met een discussie en conclusie die een kritische blik geven op de gevonden resultaten en deze in een breder kader plaatsen.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van oriënterende gesprekken op de afdeling, documentanalyse en literatuur de context beschreven waarbinnen het onderzoek plaats heeft gevonden. Het hoofdstuk start met een beschrijving van de gegevensverzameling.

2.1. Oriënterende gegevensverzameling

Oriënterende gesprekken

In de oriëntatiefase van het onderzoek zijn diverse gesprekken gevoerd met betrokkenen om een beeld te krijgen van de context van het onderzoek. Gesprekken zijn gevoerd met de opdrachtgever, de kwaliteitsfunctionaris, de zorgmanager van C50 en één van de verpleegkundige aandachtsvelders ouderenzorg. Voor deze gesprekken is gewerkt met topics, met alle partijen zijn de huidige situatie en probleembeschrijving, de implementatie van het protocol en aandachtspunten voor het onderzoek zoals maximalisatie van respons besproken.

Documentanalyse

De documentanalyse bevat een onderzoek van bestaande documenten van de afdeling zoals deze door de opdrachtgever ter beschikking zijn gesteld. Hieronder vallen zaken als afdelingsinformatie, gegevens uit het EPD, een teamanalyse en kwaliteitsmetingen. De documentanalyse heeft plaatsgevonden in samenwerking met de kwaliteitsfunctionaris. Zij heeft een overzicht over de beschikbare informatie en kan daardoor een compleet beeld geven.

Literatuur research

Op basis van doel en vraagstelling is naar literatuur gezocht. Hierbij is begonnen met een brede oriëntatie. Daarbij is gezocht naar reeds aanwezige informatie, zoals lesboeken, artikelen gevonden bij eerdere projecten en in de opdracht benoemde bronnen. Deze oriëntatie heeft, samen met de gesprekken met de opdrachtgever, steekwoorden opgeleverd waarmee in PubMed, Cinahl, Intranet UMC St Radboud (inclusies KWINT) en Scholar.Google.com gezocht is naar artikelen. Voor deze databanken is gekozen op basis van eerdere ervaringen en de specifieke eisen van de opdrachtgever. Uit de resultaten zijn voor het onderzoek relevante artikelen geselecteerd op basis van in- en exclusiecriteria. Gebruikte steekwoorden en criteria zijn terug te vinden in figuur 1.

Zoektermen Literatuuronderzoek	
<i>Engelstalig</i>	<i>Nederlandstalig</i>
Protocol	Protocol
Guideline	Opvolging
Adherence	Verpleegkundig
Nurses	Barrières
Barriers	Bevorderende factoren
Facilitators	Belemmerende factoren
Success factors	Succes factoren
Implementation	Implementatie
Delirium	Delier
Criteria	
<i>Inclusie</i>	<i>Exclusie</i>
Algemene conclusies	Specifiek voor bepaalde situatie
Conclusies over bevorderende en belemmerende	Conclusies over inhoud van het protocol
Ervaren factoren	Andere beroepsgroepen
Verpleegkundig	Betrouwbaarheid en geschiktheid
Over invoering en vorm	
Bron in originele taal	

Figuur 1. Zoektermen en criteria literatuuronderzoek

Voor het zoeken op PubMed is gebruik gemaakt van de functie MeSH-termen. Daarbij zijn bovenstaande zoektermen ingevoerd. Waarbij de MeSHterm Guideline Adherence gevonden is. Daarnaast is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode, waarbij reeds gevonden literatuur gebruikt wordt om verwijzingen naar verdere informatie te vinden (Dassen & Keuning, 2009).

Het resultaat van deze zoektocht varieert van lesboeken en internetsites tot wetenschappelijke artikelen. In totaal zijn 45 artikelen gevonden, waarvan 9 reviews. Voor een uitgebreide beschrijving van de zoektocht in verschillende databases wordt verwezen naar bijlage 2.

2.2. Context

2.2.1. UMC st Radboud en afdeling Heelkunde

Het UMC St Radboud is een universitair ziekenhuis. Het ziekenhuis kent drie kerntaken die nauw met elkaar verweven zijn; patiëntenzorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Deze verwevenheid vormt de basis voor innovatie en is de kracht van het UMC St Radboud. Er wordt veel waarde gehecht aan Evidence Based Practise, deze wordt uitgewerkt in ziekenhuisbrede protocollen (UMCN, 2011a).

Heelkunde is één van de afdelingen van het UMC St. Radboud. De afdeling bestaat uit diverse subafdelingen, te weten polikliniek, verpleegafdeling C50, Short Stay Unit, researchlab, vaatfunctieonderzoek en secretariaat. Voor operaties wordt gebruik gemaakt van de UMCN brede OK faciliteit. De afdeling bestrijkt 4 aandachtsgebieden: vaat- en transplantatie chirurgie, abdominale en oncologische chirurgie, kinderchirurgie en traumachirurgie (N. Tijhuis, persoonlijke mededeling, 2 april 2012; Heelkunde, 2012).

2.2.2. Verpleegafdeling heelkunde

De verpleegafdeling heelkunde (C50) is één van de onderdelen van de afdeling heelkunde. Binnen C50 wordt gewerkt met drie teams:

- C51; vaatchirurgie/traumatologie
- C52; abdominale en oncologische chirurgie
- C53; alle deelspecialismen en spoed

Op de afdeling zijn in totaal 68 verpleegkundigen werkzaam. Onder te verdelen in leerlingen, verpleegkundigen, teamleiders en een zorgmanager. Daarnaast zijn er per dienst 3 zaalartsen aanwezig en een kliniekdienst die in wordt gevuld door één van de hoofdbehandelaars. Tevens wordt er gewerkt met verpleeg- en voedingsassistenten (UMCN, 2011e).

Binnen C50 wordt gewerkt met themaverpleging c.q. groepsverpleging. Dit houdt in dat een afdeling opgesplitst is in een aantal groepen verpleegkundigen die verantwoordelijk is voor de verzorging en verpleging van een vast aantal patiënten. Één van de meest ervaren teamleden treedt op als coördinator (Heelkunde, 2012). C50 is een afdeling voor volwassen patiënten vanaf 18 jaar. In 2011 waren 836 van deze patiënten ouder dan 70 en zouden daarmee volgens het protocol in aanmerking komen voor screening op een verhoogde kwetsbaarheid op delirium (UMCN, z.j.).

Eén maal per jaar wordt op de afdeling een audit afgenomen waarvan één onderdeel de teamklimaat meting is. De resultaten hiervan beschrijven een viertal dimensies; ervaren veiligheid voor participatie, ondersteuning bij innovatie, visie en taakgerichtheid. Uit de laatste teamklimaat meting van 2011 is naar voren gekomen dat het team maar in beperkte mate en onregelmatig werkgerelateerde informatie met elkaar deelt. Ook komt naar voren dat teamleden zich niet veilig voelen binnen het team. Teamleden vertrouwen elkaar niet bijzonder en zijn op hun hoede op het werk. Daarnaast laat de meting zien dat de teamleden stabiliteit boven vernieuwingen verkiezen. Onder andere wordt ook aangegeven dat er weinig tijd beschikbaar is voor vernieuwing. Tevens bleek de respons op de vragenlijst erg laag (UMCN, 2011b). In verband met vertrouwelijkheid van de gegevens wordt hier verder niet op de cijfers ingegaan. Hierover zijn conform de code praktijkgericht onderzoek (HBO-raad, 2010) afspraken gemaakt met de opdrachtgever.

2.2.3. Kwaliteitszorg

Landelijk

Wet- en regelgeving

Er bestaan twee wettelijke kaders met betrekking tot kwaliteitsbeleid in de zorg: de Kwaliteitswet zorginstellingen, welke zich richt op de kwaliteit binnen een instelling, en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), welke zich richt op de rechten en plichten van de individuele zorgverlener (Hollands et al., 2005). Voor dit onderzoek is met name de Kwaliteitswet zorginstellingen van belang. Deze verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet noemt vier kwaliteitseisen waaraan een instelling moet voldoen: verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag (Hollands et al, 2005; IGZ, z.j.). De implementatie en opvolging van protocollen valt onder de eerste twee punten. Ook de Wet BIG speelt een rol, hierin staat vastgelegd dat de individuele zorgverlener verplicht is de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg volgens de huidige kennis te leveren (Verbogt & Meersbergen, 2007).

Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen

Naast de wet en regelgeving hebben Nederlandse ziekenhuizen te maken met de basisset "Prestatieindicatoren Ziekenhuizen". Deze zijn samengesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in nauwe samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) van de Erasmus Universiteit (IGZ, 2012). Het doel van het gebruik van indicatoren is het opsporen van kwaliteitsproblemen om zo vast te stellen waar de kwaliteit van zorg verbeterd moet worden. Daarnaast geven zij een beeld van de huidige kwaliteit (Hollands et al., 2005). Metingen van de IGZ indicatoren zijn openbaar en worden jaarlijks gepubliceerd op ziekenhuizentransparant.nl (Dutch Hospital Data, 2010). Delirium is één van deze indicatoren en daarmee zowel landelijk als voor het individuele ziekenhuis een belangrijke factor.

VMS Veiligheidsprogramma

Het VMS veiligheidsprogramma is een landelijk programma dat gesubsidieerd wordt door het Ministerie van VWS, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Orde van Medisch Specialisten en V&VN. Het is een systeem waarmee ziekenhuizen continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen om daarmee vermijdbare fouten te voorkomen. Door dit continue proces wordt de patiëntveiligheid in het beleid, en daarmee de praktijk, verankerd. Het systeem richt zich op 10 thema's, waaronder ook de zorg voor de kwetsbare oudere en daarmee de preventie van en zorg voor delirium vallen (VMSzorg, 2009a).

Deelname aan het VMS programma is geen wettelijke verplichting. Momenteel doen 95% van de Nederlandse zieken, waaronder ook het UMC St Radboud mee aan het programma (VMSzorg, 2009a).

Kwaliteit in het UMC St Radboud

Het UMC St Radboud heeft een instellingsbreed kwaliteitssysteem dat sinds 2002 door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Zorginstellingen (NIAZ) is geaccrediteerd (UMCN, 2011a).

Invloed van prestatie indicatoren binnen het UMC St Radboud

De IGZ indicatoren zijn voor het hele ziekenhuis van toepassing, zij vormen de basis van het kwaliteitsbeleid. Daarnaast worden afdelingen gestimuleerd de indicatorenset aan te vullen met afdelings-specifieke indicatoren. Deze kwaliteitsindicatoren zijn ingebed in kwaliteitssystemen (UMCN, 2011a).

Het VMS veiligheidsprogramma in het UMC St Radboud

Als deelnemer aan het VMS veiligheidsprogramma heeft het UMC St Radboud instellingsbreed een patiëntveiligheidsprogramma opgesteld waarin zes van de VMS-thema's een rol spelen. Enkele thema's zijn inmiddels volledig geïmplementeerd, voor het thema "kwetsbare ouderen", waarbij Delirium een onderdeel is, geldt dat de implementatie nog loopt (UMCN, 2011a).

KWINT

Een van de onderdelen van het kwaliteitssysteem van het UMC St Radboud is Kwaliteit op INTranet (KWINT). Binnen dit digitale systeem kan ziekenhuisbrede- en afdelingsgebonden informatie beheerd, gepubliceerd en geraadpleegd worden. Zo ook alle protocollen voor de verschillende afdelingen (UMCN, 2011d). KWINT is voor de verpleegkundige op de afdeling de belangrijkste bron om de meest actuele versie van het protocol “Delirium” terug te vinden.

Kwaliteitsmonitor

Binnen het UMC St Radboud wordt in verschillende systemen informatie digitaal geregistreerd. Zo is er een Elektronisch Patiënt Dossier (EPD), een OK-plannings Tool en een digitale registratie van (bijna-) incidenten (DIM). Uit deze bronnen kunnen via de kwaliteitsmonitor managementgegevens op elk moment van de dag digitaal ingezien worden. Afdelingsleiding en zorgprofessionals kunnen deze informatie gebruiken voor verantwoording en sturing (UMCN, 2011c).

Kwaliteit op de verpleegafdeling Heelkunde

Binnen de afdeling Heelkunde is een Taskforce kwaliteit en veiligheid actief. De Taskforce bestaat uit vier chirurgen, één vanuit elk aandachtgebied (waarvan één voorzitter, B.M. van der Kolk), een vertegenwoordiger van de verpleegafdeling en de kwaliteitsfunctionaris. De focus van deze Taskforce is afdelingsbreed. De Taskforce is binnen dit kader verantwoordelijk voor het signaleren van kwaliteitsknelpunten, initiëren van verbetering en het borgen van kwaliteit. Dit doen zij voor de hele sectie, daar valt ook de verpleegafdeling onder. De kwaliteitsfunctionaris verbonden aan de taskforce is verantwoordelijk voor het aanleveren van scores van de IGZ indicatoren, de VMS indicatoren en de gegevens voor zorgverzekeraars. Tevens interpreteert zij deze en stelt vast of er verbetering nodig is. Hierbij wordt gewerkt met aandachtsgebieden, implementatie en controle van deze aandachtsgebieden vindt plaats volgens het plan-do-check-act principe. Voor de verpleegafdeling een systeem opgezet waarbinnen koppels van verpleegkundigen en artsen samen verantwoordelijk zijn gesteld voor een bepaald aandachtsgebied op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Delirium is zo’n aandachtsgebied, waardoor ook aan dit onderzoek een arts en een verpleegkundige zijn gekoppeld (N. Tijhuis, persoonlijke mededeling, 2 april 2012).

2.2.4. Delirium

Delirium is een tijdelijke, psychische stoornis die wordt veroorzaakt door één of meer somatische verstoringen of het gebruik dan wel de onttrekking van (genees)middelen. Meestal is er niet één oorzaak voor het ontstaan van delirium aan te wijzen, maar gaat het om een combinatie van factoren. De kans op een delirium is vergroot bij een hoge mate van kwetsbaarheid zoals het geval is bij de oudere patiënt (VMSzorg, 2009b; Achterberg et al., 2008; Clijsen et al., 2008; Kruk, Salentijn & Schuurmans, 2007).

Patiënten met een delirium hebben een verhoogde kans op complicaties zoals incontinentie, decubitus, ondervoeding, dehydratie, infecties en vallen (CBO, 2004). Delirium wordt gezien als een voorspeller voor een langere opnameduur en een hogere mortaliteit tijdens en na een ziekenhuisopname (VMSzorg, 2009b). Ook het herstel na ontslag is voor patiënten die een delirium hebben doorgemaakt vaak minder functioneel. De schade van een delirium is niet altijd tijdelijk, daarom worden 70+ers na opname met delirium vaker overgeplaatst naar verpleeghuizen (CBO, 2004; Witlox, 2011).

Landelijke prevalentie

Jaarlijks krijgen in Nederland tussen de 100.000 en 150.000 ziekenhuispatiënten een delirium. Vooral 70+ers hebben een grotere kans om een delirium te ontwikkelen. Tijdens een ziekenhuisopname ontstaat bij 10 tot 40% van de oudere chirurgische patiënten een delirium. Alleen op de intensive care komt delirium vaker voor. In 20 tot 60% van de gevallen wordt het delirium te laat of niet herkend (CBO, 2004; Clijsen et al., 2008).

Belang protocol opvolging met betrekking tot delirium

Vroegtijdige herkenning kan het ontstaan en de ernst van delirium beperken (CBO, 2004). Witlox (2011) stelt zelfs vast dat in maar liefst 30 tot 40% van de gevallen delirium en haar negatieve gevolgen zijn te voorkomen door het toepassen van preventieve maatregelen.

Delirium in het UMC St Radboud

In het UMC St Radboud wordt op beleidsniveau op alle afdelingen aandacht besteed aan delirante patiënten. In 2008 heeft een inventarisatie plaatsgevonden van de uitvoering hiervan, waarbij is gebleken dat er veel verschil bestaat in de omgang met delirium op verschillende afdelingen (UMCN, z.j.). Binnen het UMC St Radboud wordt voor de preventie van en omgang met delirium gebruik gemaakt van het protocol “Delirium”. Hierin worden de herkenning van de risicopatiënt en de vervolgens te nemen stappen beschreven (UMCN, 2012). Het protocol is bijgevoegd als bijlage 1.

Delirium op de verpleegafdeling Heelkunde

Het ziekenhuisbrede protocol “Delirium” is ook op C50 van kracht. Hoe de precieze invoering op C50 is verlopen is niet te achterhalen. Geen van de personen waarmee oriënterende gesprekken zijn gevoerd wist hier een duidelijk antwoord te geven. Vermoedelijk heeft een topdown-invoering plaatsgevonden via informatievoorziening in de teambespreking en via de mail. Allen zijn het er over eens dat er geen duidelijk implementatie traject is geweest.

C50 is één van de pilotafdelingen van het GIDZ-project. Vanuit dit project wordt extra aandacht besteed aan de kwetsbare oudere, ook met betrekking tot het signaleren en voorkomen van delirium (Verbeek-Gijsbers & Bakker, 2011).

Uit de 3-maandelijkse kwaliteitsmonitor is naar voren gekomen dat zowel de screening van risicopatiënten alsook de hierop volgende preventieve activiteiten uit het protocol in de praktijk bij lange na niet altijd gebeurd. Slechts in 41,3% van de gevallen waarbij gescreend had moeten worden werd daadwerkelijk een screening in het EPD genoteerd. In 6,9% van de gevallen dat verdere actie ondernomen zou moeten worden werd dit daadwerkelijk geregistreerd (UMCN, 2011c). Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat een deel van de onvoldoende registratie blijkt te berusten op een verschillende registratiewijze en beperkingen binnen het EPD. Niet geregistreerde handelingen komen niet terug in de statistiek.

Binnen de C50 hebben de verpleegkundige aandachtsvelders “ouderenzorg” een belangrijke taak in het bevorderen van de kwaliteit van zorg rondom de oudere patiënt.

2.2.5. Protocolopvolging

Diverse onderzoeken hebben in de afgelopen jaren vastgesteld dat er in de zorg een duidelijk gat bestaat tussen beschikbare informatie uit wetenschappelijk onderzoek en de praktijk (Plas, Engelshoven & Mintjens-de Groot, 2008; Davies et al., 2008; Grol & Grimshaw, 2003). Het invoeren van richtlijnen en protocollen wordt gebruikt om dit tegen te gaan. Net als op C50 blijkt echter in de praktijk dat dit lang niet altijd lukt (Gross et al. (2001).

De zoektocht naar literatuur over dit onderwerp levert een grote hoeveelheid artikelen op. Voornamelijk over de vraag naar succesvolle implementatie van richtlijnen zijn diverse onderzoeken te vinden. Zo hebben Grol & Grimshaw (2003) en Ebben et al. (2012) hier reviews over geschreven. Daarnaast zijn er diverse onderzoeken te vinden in het kader van de in- en uitvoering van uiteenlopende richtlijnen en protocollen, zoals Cochrane et al. (2007) en Koh et al. (2008). Ook blijken er enkele instrumenten ontwikkeld te zijn om protocolimplementatie, en daarmee opvolging, te verbeteren. Zo is er het Guideline Implementatio Appraisal Tool (Shiffman et al. 2005) dat zich richt op kenmerken van het protocol zelf, en het Barriers and Facilitators Assessment Instrument (Harmsen, Peters & Wensing,

2005) dat zich richt op de inventarisatie van bevorderende en belemmerende factoren ervaren door de betrokkenen.

Bevorderende en belemmerende factoren

Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat de invoering van een protocol en de opvolging daarvan verbeterd kan worden door interventies specifiek te richten op bevorderende en belemmerende factoren zoals deze door de betrokkenen ervaren worden (Harmsen et al., 2005; Grol & Grimshaw, 2003). Omdat er geen pasklare interventies zijn die in iedere situatie werken is het van belang om de factoren die in de specifieke situatie een rol spelen te achterhalen (Koh et al., 2008; Sinuff et al, 2007; Harmsen et al, 2005).

Protocolopvolging op heelkunde

Vanuit de oriënterende gesprekken die gevoerd zijn met de opdrachtgever, zorgmanager en de verpleegkundig aandachtsvelder zijn enkele relevante aandachtspunten naar voren gekomen. Zo benoemen alle partijen het vermoeden dat de verpleegkundigen tijdgebrek als belemmerend voor de protocolopvolging ervaren. Ook de communicatie en samenwerking met andere beroepsgroepen wordt benoemd als een aandachtspunt, protocolopvolging ligt immers niet alleen bij de verpleegkundige. Vanuit de hoofdverpleegkundige wordt vooral aangegeven dat er mogelijk een knelpunt zit in de ervaren meerwaarde van het protocol. Beseffen de verpleegkundigen wel waarom dit protocol belangrijk is?

2.2.6. Implementatiecyclus

Stappen in implementatie

Grol et al. (1994) geven aan dat het invoeren van vernieuwingen complex is. Iedere omstandigheid vraagt om een eigen aanpak. Er bestaat geen standaardplan dat in iedere situatie werkt. Voor het ontwikkelen van een plan blijken echter wel stappen te bestaan die in vrijwel iedere situatie toepasbaar zijn. ZonMw (2012) geeft stappen om een verandering in de zorg in te voeren in de vorm van een implementatieplan. De implementatie van een verandering in de zorg, zal volgens het plan van ZonMw (2012) dat afgeleid is van Grol et al. (1994), de volgende fasen ondergaan: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering, behoud; een deel uit de zogenaamde implementatiecyclus. Bij ieder van deze fasen noemen de auteurs enkele veel voorkomende problemen en essentiële onderdelen. Volgens Grol et al. (1994) is het bij elke implementatie van belang om aan de hand van stappen te werk te gaan. Alle stappen in het proces moeten de nodige aandacht krijgen. Het is verstandig een plan te maken voor alle fasen van het veranderingsproces (Grol et al. 1994).

ZonMw (2012) benaderd de implementatie vanuit een nog in te voeren verandering. Andersom kan in een reeds ingevoerd protocol, zoals dat in dit onderzoek voorhanden is, de implementatiecyclus gebruikt worden om aanknopingspunten voor verbetering te benoemen.

Doelgroep

Vaak zijn bij een implementatieproces binnen de doelgroep groepen te herkennen die op verschillende manieren met een verandering omgaan (Grol & Wensing, 2006; ZonMw, 2012). Zij verdelen het in de volgende groepen:

- | | |
|---------------|---|
| Voorlopers: | Snel te porren voor verandering, zien de voordelen in. Voortrekkers. Initiatiefnemers. |
| Achterlopers: | Geneigd solistisch te opereren. Gevoeliger voor dwang en druk, opgelegde regels. Behoeftte aan ondersteuning. |
| Middengroep: | Wil er graag bij horen. Gevoelig voor sociale druk en de relatie met anderen. |

3. Methode van onderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft de methode van onderzoek. Het hoofdstuk is verdeeld in twee onderdelen: een algemeen deel waarin het gekozen onderzoeksdesign, de aanwezige bronnen en randvoorwaarden worden weergegeven, en een onderdeel waarbij per fase van gegevens verzameling de verzameling en analyse van gegevens wordt beschreven.

3.1. Onderzoeksdesign

Doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de door verpleegkundigen ervaren bevorderende en belemmerende factoren in de opvolging van het protocol “Delirium”, dit maakt het een inventariserend onderzoek (Migchelbrink, 2008). Het onderzoek heeft daarbij een beschrijvend karakter (Migchelbrink, 2008), het is een weergave van de situatie zoals deze is.

Gezien de aard van de hoofd- en deelvragen is gekozen voor een mixed design waarbij kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt worden. In het kwantitatieve deel wordt gezocht naar welke bevorderende en belemmerende factoren er spelen en hoe vaak deze benoemd worden. Vervolgens wordt hier met behulp van kwalitatief onderzoek verdieping aan gegeven.

3.2. Benodigde informatie en achtergrond

Benodigde informatie voor beantwoording vraagstelling

De resultaten van de gegevensverzameling dienen, gezien de vraagstelling, ten minste de volgende informatie te bevatten:

- Overzicht van algemeen genoemde bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van protocolopvolging uit eerder onderzoek
- Overzicht van bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van protocolopvolging van het protocol omtrent ‘delirium’ zoals ervaren door verpleegkundigen op C50
- Inzicht in de achtergronden van de gevonden bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van protocolopvolging van het protocol omtrent ‘delirium’ zoals ervaren door verpleegkundigen op C50
- Aandachtspunten voor verbetering die volgen uit de verschillende ervaren bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van opvolging van het protocol omtrent ‘delirium’ op C50.

Achtergrond van het onderzoek

Door de specifieke locatie en achtergronden van het onderzoek zijn er enkele factoren waarmee bij het verzamelen en analyseren van informatie rekening gehouden moet worden. Zo blijkt uit eerder onderzoek op de afdeling, verder benoemd in paragraaf 2.2.2, dat de respons op schriftelijke vragenlijsten vaak laag is onder de verpleegkundigen op C50. Daarnaast speelt de teamsfeer een rol, uit een teamklimaatmeting eerder dit jaar blijkt dat het delen van informatie, ervaringen of ideeën voor verbetering geen gewoonte is op de afdeling. Ook is een hoge ervaren werkdruk bekend (UMCN, 2011b). Dit samen zorgt ervoor dat een duidelijke stimulatie om mee te werken aan dit onderzoek noodzakelijk is.

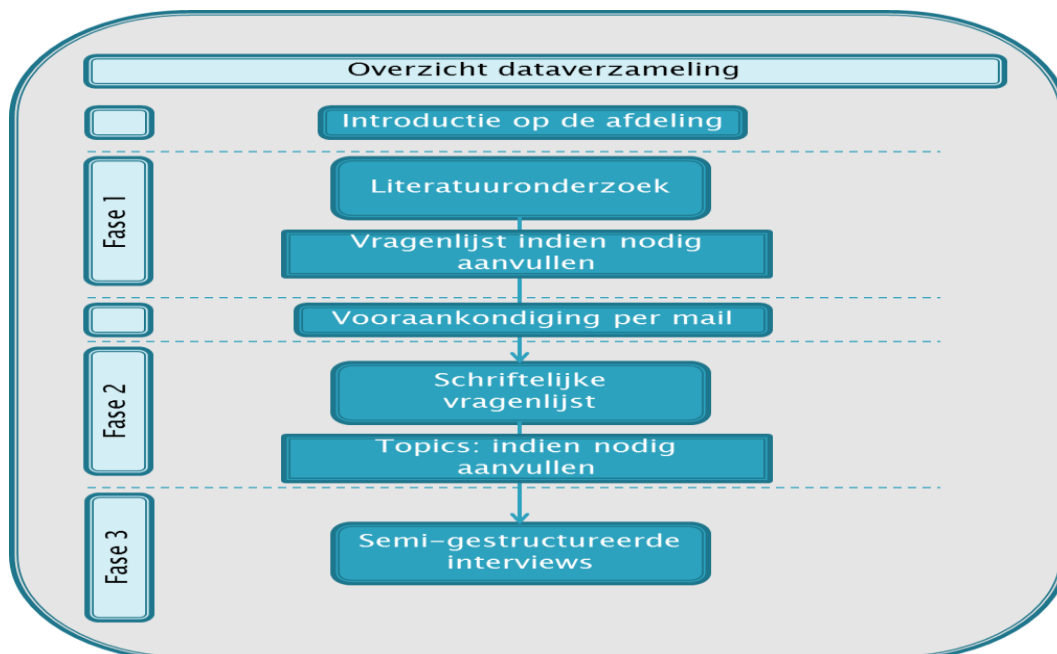
Daarnaast wordt het belang van positieve benadering door de opdrachtgever benadrukt om medewerking aan het onderzoek te vergroten. Hierbij dient uit te worden gegaan van de mogelijkheden, meer dan van de onmogelijkheden. Het is duidelijk niet de bedoeling om een zondebok aan te wijzen, iedere schijn daarvan moet vermeden worden. Openheid naar de onderzoekspopulatie is een belangrijke factor in het verkrijgen van betrouwbare informatie. Dit is tevens van belang voor het succes van eventuele volgende stappen om verbetering te bereiken. Ook wordt gestreefd inbreng zoveel mogelijk vanuit het team zelf te laten komen. Met dit laatste moet vooral in de benadering tijdens de afname van vragenlijsten en interviews rekening gehouden worden.

Een andere factor die mee is genomen zijn ervaringen van eerdere onderzoekers van soortgelijke onderzoeken (Koh, 2008; Ebben, 2012; Jansen, 2012). Jansen (2012) gebruikt een mixed design. Deze onderzoeken laten zien dat doormiddel van een gestructureerde vragenlijst een overzichtelijk beeld geeft van factoren die een rol spelen bij protocolopvolging. De aanvulling vanuit gesprekken laten deze opsommingen leven en maken de bevindingen beter invoelbaar.

3.3. Onderzoekopbouw

Deze paragraaf geeft een overzicht van de verschillende methoden voor de gegevensverzameling en de bijbehorende methode van analyse, hierbij worden de fasen van onderzoek als leidraad aangehouden.

Op basis van het bovenstaande is gekozen voor een gefaseerde, iteratieve aanpak van dataverzameling. Aan het eind van elke fase worden de volgende stappen opnieuw bekeken en waar nodig aangepast. De resultaten van iedere fase vormen input voor de volgende. Er is gekozen voor verschillende vormen van informatieverzameling. Hiermee wordt bereikt dat er een afgewogen beeld van de situatie wordt geschetst. Figuur 2 geeft een overzicht van de onderzoekopzet. Later in dit hoofdstuk wordt de aanpak en onderbouwing per fase verder uitgewerkt.



Figuur 2. Overzicht dataverzameling

3.3.1. Introductie op de afdeling

Voorafgaand aan fase één van de dataverzameling zal een introductie op de afdeling plaatsvinden waarbij de onderzoekers aan de verpleegkundigen van C50 voorgesteld zullen worden door de taskforce. In een presentatie stellen de onderzoekers het onderzoek en het gestelde doel voor aan het team. Op deze manier wordt de openheid naar de doelgroep vergroot en negatieve beeldvorming door bijvoorbeeld gissingen voor een deel vermeden. Daarnaast wordt de betrokkenheid vergroot en wordt aandacht getrokken voor het onderzoek waardoor de verpleegkundigen hopelijk geïnteresseerd en gemotiveerd raken om mee te werken. De introductie op de afdeling vindt plaats tijdens de maandelijkse teamvergadering waarbij alle verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen van afdeling C50 aanwezig zijn.

3.4. Fase 1: Literatuuronderzoek

Doelstelling en beoogde resultaten

Literatuuronderzoek is het meest geschikt voor het achterhalen van resultaten uit eerder onderzoek (Migchelbrink, 2008; Dassen & Keuning, 2009), en past daarmee bij de beantwoording van deelvraag

één; wat is er bekend uit eerdere onderzoeken naar bevorderende en belemmerende factoren in protocolopvolging door verpleegkundigen?

Daarnaast zullen de resultaten van het literatuuronderzoek gebruikt worden bij de ontwikkeling van de schriftelijke vragenlijst van fase twee en topics voor de interviewfase. Veelvoorkomende of opvallende bevorderende belemmerende factoren uit het literatuuronderzoek worden verwerkt in de gegevensverzameling tijdens de volgende fasen.

Resultaat van het literatuuronderzoek is een weergave van de belangrijkste in de literatuur beschreven bevorderende en belemmerende factoren.

3.4.1. Gegevensverzameling middels literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek begint bij de resultaten van de oriënterende gegevensverzameling zoals beschreven in paragraaf 2.1. De gebruikte zoektermen en databanken zijn dezelfde, echter aangezien de doelstelling hier anders is en er dieper op de artikelen ingegaan wordt zijn de in- en exclusie criteria anders. De aangepaste in- en exclusiecriteria worden weergegeven in figuur 3. Alleen die artikelen die gericht zijn op de ervaring/perceptie van verpleegkundigen in de opvolging van een protocol worden geïnccludeerd. Artikelen die over algemene richtlijnen, over andere disciplines of over daadwerkelijke/materiële bevorderende en belemmerende factoren gaan vallen af. Het onderstaande schema geeft de gebruikte zoektermen en in- en exclusiecriteria weer.

Aangepaste in- en exclusiecriteria	
Inclusie	Exclusie
Algemene conclusies	Specifiek voor bepaalde situatie
Conclusies over bevorderende en belemmerende factoren	Conclusies over inhoud van het protocol
Subjectief, ervaren factoren	Objectief, gemeten factoren
Verpleegkundige respondenten/informanten	Andere beroepsgroepen
Over werken met een protocol/opvolging	Focus op inhoud van het protocol
	Focus op implementatie van het protocol
Bron in originele taal	
Review	
Artikel recenter dan het meest recente review	Onderzoek geïnccludeerd in review

Figuur 3. Aangepaste in- en exclusiecriteria

Anders dan bij de oriënterende gegevensverzameling wordt in eerste instantie alleen naar reviews gekeken, artikelen van vóór de datum van het laatste review worden als niet relevant beschouwd. Uitgangspunt is dat deze artikelen reeds in het review verwerkt zijn.

3.4.2. Kwaliteit van gegevensverzameling middels literatuuronderzoek

De kwaliteit van het literatuuronderzoek wordt vergroot door middel van het gebruik van bekende zoekmachines als Pubmed, Cinahl en Scholar.Google.com. Tijdens het zoeken in deze machines wordt een systematisch zoekstrategie gebruikt. Daarbij is begonnen met de zoektocht in Pubmed waarbij gebruik is gemaakt van MESH-termen. Deze MESH-termen zijn ook in de daarop volgende zoekopdrachten gebruikt.

Kwaliteit van gevonden artikelen

In de selectie van artikelen zal gekeken worden naar de kwaliteit van het onderzoek met gebruik van de criteria die hiervoor door Dassen & Keuning (2009) benoemd worden. Deze zijn verwerkt in de voor dit onderzoek geldende in- en exclusie criteria. Deze criteria zijn terug te vinden in tabel 3 hierboven. De voor dit onderzoek gebruikte artikelen zijn met gebruik van deze criteria getoetst op kwaliteit. Een lijst van de gebruikte artikelen is terug te vinden in bijlage 3.

3.4.3. Analyse van de gegevens van het literatuuronderzoek

De gegevens uit het literatuuronderzoek worden geanalyseerd door middel van verwerking in Excel. Hiervoor is een datamatrix gemaakt. Per artikel worden de gevonden bevorderende en belemmerende factoren genoteerd. Op deze manier ontstaat een lijstje met de benoemde factoren per artikel. Deze worden vervolgens doorgenomen op gelijke naamgeving en overeenkomend onderwerp. Op basis daarvan worden de factoren toebedeeld aan categorieën.

Als de lijst compleet is wordt een frequentie analyse uitgevoerd; met behulp van Excel wordt geteld hoe vaak iedere factor genoemd wordt.

Bij iedere fase van analyse worden enkele artikelen overlappend geanalyseerd door de onderzoekers. Na de analyse worden de resultaten van de overlappende artikelen vergeleken. Bij meer dan twee verschillen in de benoemde factoren zal het artikel gezamenlijk opnieuw beoordeeld worden.

Aanpassing tijdens analyse

Gezien de grote verschillen in opzet, schaal en weergave van bevindingen in de artikelen is tijdens een eerste analyse gebleken dat een frequentie analyse niet geschikt is voor de gevonden informatie. De verschillende factoren zijn niet op wetenschappelijk verantwoorde wijze door middel van telling met elkaar te vergelijken. Één benoeming in bijvoorbeeld een review weegt zwaarder dan tien benoemingen in een unieke casus. Daarnaast wordt een groot aantal verschillende factoren gevonden, waarbij weinig exacte overlappings te vinden zijn.

In overleg met de kwaliteitsfunctionaris is hierop gekozen om de manier analyse aan te passen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van clusters van onderwerpen die een overlappend thema lijken te hebben. Zoals diverse factoren rond het thema tijdgebrek. Deze clusters staan voor opvallende factoren. Om de vergelijkbaarheid van data uit de verschillende onderzoeksfasen te vergroten is ervoor gekozen de clusters in te delen in de vier categorieën zoals deze terug te vinden zijn in de BAFAI van (Harmsen et al., 2005); kenmerken innovatie, kenmerken zorgverlener, kenmerken patiënt en kernmerken omgeving/externe factoren. Om meer overzichtelijkheid te bereiken is gekozen om de clusters nog verder onder te verdelen in subcategorieën.

Ter indicatie van het belang van de clusters wordt geteld in hoeveel van de artikelen de clusters voorkomen. Tevens wordt gekeken naar het aantal vermeldingen. Vanwege het eerder genoemde verschil in aanpak en weergave binnen de verschillende bronnen kan deze telling niet als reële meting gezien worden. Het gaat hier dan ook duidelijk niet om een meta-analyse, maar slechts om een indicatie van de relatieve relevantie van de verschillende categorieën en clusters. Losse factoren worden specifiek benoemd bij opvallend aantal vermeldingen.

Na vergelijking van de onafhankelijke analyses is ervoor gekozen om alle artikelen dubbel te analyseren.

3.4.4. Kwaliteit van analyse van het literatuuronderzoek

Bij analyse van de literatuur wordt gebruik gemaakt van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Dassen & Keunig, 2009). Onafhankelijk van elkaar zullen enkele artikelen geanalyseerd worden, en vervolgens vergeleken en bediscussieerd door beide onderzoekers. Er wordt gekeken naar eenvormigheid in de manier van analyseren en of de resultaten het zelfde zijn. Blijken er verschillen in analyse of resultaten te zitten dan zullen de onderzoekers samen alle artikelen analyseren. Per stap in de analyse zullen de artikelen gewisseld worden onder de onderzoekers zodat er steeds door de ene wordt terug gekeken op het geanalyseerde werk van de ander.

Daarnaast zal er tijdens de analyse van de artikelen een onderzoekslogboek bijgehouden worden. Hierin worden individueel de stappen van analyse genoteerd en eventuele afwijkende gevallen besproken (Lyke & Proot, 2010). Daarnaast wordt hierin genoteerd welke informatie, op welke dag, op welke manier wordt genoteerd en onder welke naam dit document is opgeslagen.

3.5. Fase 2: Schriftelijke vragenlijst

Doelstelling en beoogde resultaten

Doel van de schriftelijke vragenlijst is het vinden van een antwoord op deelvraag twee; welke bevorderende en belemmerende factoren in protocolopvolging worden door verpleegkundigen van verpleegafdeling C50 ervaren? Beoogd resultaat is een overzicht van de gevonden bevorderende en belemmerende factoren.

3.5.1. De gevalideerde vragenlijst (BAFAI)

Voor de beantwoording van deelvraag twee wordt gebruik gemaakt van een gesloten, meerkeuze vragenlijst. Deze lijst is gebaseerd op een gevalideerd meetinstrument ontwikkeld door het Centre for Quality of Care Research (WOK) van het Radboud University Medical Centre: de Barriers And Facilitators Assessment Instrument (Harmsen et al., 2005), verder benoemd als BAFAI. Dit instrument is ontwikkeld voor het in kaart brengen van subjectieve, ervaren, bevorderende en belemmerende factoren voor de verbetering van patiëntenzorg en protocolopvolging. De focus hierbij ligt op de preventieve zorg. Hiermee sluit deze goed aan bij de doel- en vraagstelling van dit onderzoek. De vragen worden onderverdeeld in vier categorieën: kenmerken van de innovatie, kenmerken van de zorgverlener, kenmerken van de patiënt en kenmerken van organisatie, sociale, politieke en maatschappelijke context.

Het meetinstrument voldoet aan de eisen ten aanzien van een meetinstrument zoals beschreven door Hollands et al. (2005). Het is een gevalideerd en betrouwbaar instrument (getest bij 12 studies in Nederland (Harmsen et al., 2005) en nuttig bevonden door Koh et al. (2008), het is praktisch toepasbaar doordat het eenvoudig te hanteren is en met geringe tijdsinvestering wat betreft geld, tijd en menskracht uitgevoerd kan worden. Het is acceptabel voor betrokkenen omdat het helder is en het invullen niet lang duurt. Voornamelijk deze laatste twee zijn voor de specifieke situatie van belang, om een goede respons te krijgen op een drukke afdeling dient het instrument zo laagdrempelig mogelijk te zijn. Naast het verzamelen van informatie ter beantwoording van deelvraag twee wordt de structuur van het meetinstrument aangehouden bij de analyse en het structureren van de gevonden data uit de interviewfase.

Aanpassing vragenlijst aan dit onderzoek

Voor dit onderzoek is de schriftelijke vragenlijst aangepast aan de specifieke situatie, het instrument biedt hier bewust ruimte voor (Harmsen et al., 2005). De lijst wordt vanuit het Engels vertaald, en waar nodig aangepast. Deze aanpassing baseert op bevindingen uit het literatuuronderzoek, de context en input van de opdrachtgever. Omdat enkele aspecten bij een schriftelijke vragenlijst het risico mee brengt dat het te zwart-wit beantwoord wordt worden niet alle factoren/aspecten uit het literatuuronderzoek verwerkt in de vragenlijst. Ook moet rekening gehouden worden met de lengte van de vragenlijst. De factoren die niet meegenomen worden in de schriftelijke vragenlijst worden meegenomen in de interviewfase.

Bij de aanpassing van de vragenlijst is rekening gehouden met de volgende punten:

- Positieve benadering. Vermijden van vragen met een negatieve ondertoon
- Inhoudelijke aandachtspunten vanuit contextanalyse en literatuurresearch
- Relevantie voor de afdeling
- Maximaal 40 vragen
- Invoegen van een optie om beschikbaarheid voor interview te achterhalen

De vragenlijst is getoetst op praktische uitvoerbaarheid, overzichtelijkheid, duidelijkheid en lengte. Verschillende experts zijn hierbij in consult gevraagd. Te weten de opdrachtgever, kwaliteitsfunctionaris, hoofdverpleegkundige en de docentbegeleider. Daarnaast is de vragenlijst uitgetest door de onderzoekers zelf en voorgelegd aan een onafhankelijke medestudent.

Een uitgebreid verslag van de aanpassing van het meetinstrument en een overzicht van de veranderingen ten opzichte van de originele vragenlijst en de lijst zoals deze gebruikt is, zijn terug te vinden in bijlage 4.

3.5.2. Gegevensverzameling middels schriftelijke vragenlijst

Steekproefbepaling

De afname van het meetinstrument vindt schriftelijk plaats onder alle verpleegkundigen van C50. Hierbij zijn inbegrepen senioren, verpleegkundigen en stagiaires.

Maximaliseren van respons

Vanwege de lage respons op eerdere schriftelijke vragenlijsten op C50 verdient de maximalisatie van de respons extra aandacht in de planning van het onderzoek. Bij een te geringe respons komt de juistheid van de conclusies die de onderzoeker wil trekken in het gedrang (Dassen & Keuning, 2009). Migchelbrink (2008) noemt hiervoor een aantal maatregelen zoals het persoonlijk uitzetten en ophalen van de vragenlijsten en het duidelijk maken van het belang. Ook benoemt hij een externe beloning als een goede manier om respons te verhogen. Flohr & Verheijen (2004) geven de volgende tips mee; benadrukken van het belang voor de respondent, het geven van een vooraankondiging, mogelijk herhaling van de oproep. Interventies om de respons te verhogen moeten zoveel mogelijk het gemak van respons vergroten en de motivatie van de respondent bevorderen. Mogelijkheden om de respons te vergroten zijn besproken in de oriënterende gesprekken. Vanuit de opdrachtgever is aangegeven dat herkenning van de onderzoekers een belangrijke rol lijkt te spelen bij de respons op de afdeling.

Vanuit deze informatie is gekozen voor een proactieve manier van gegevensverzameling. Dit houdt in dat het invullen en teruggeven van de vragenlijsten zo laagdrempelig mogelijk wordt gemaakt, en de respondenten actief worden gestimuleerd om de vragenlijst in te vullen. Vanaf het begin van het onderzoek wordt open naar de verpleegkundigen gecommuniceerd door middel van de eerder benoemde introductie op de afdeling.

Voorafgaand aan de gegevensverzameling wordt een aankondiging per mail aan alle verpleegkundigen van C50 verstuurd. Hierin worden opzet en doel van het onderzoek nogmaals kort toegelicht en de locatie en manier van afnemen van de vragenlijsten vermeld. Tevens wordt aangekondigd dat verpleegkundigen zich kunnen aanmelden voor de interviewfase. Anonimiteit van gegevens verzameling bij zowel vragenlijst als interviews wordt benadrukt.

Actieve stimulatie wordt verder bereikt door lijfelijke aanwezigheid van de onderzoekers op de afdeling in een daarvoor beschikbaar gestelde ruimte en het aanbieden van een externe beloning in de vorm van taart en koffie. Dit zorgt voor een vrijblijvende en flexibele sfeer, daarnaast is dit een herinnering om de lijst in te vullen. De verpleegkundige kan op ieder moment dat zij tijd heeft gaan zitten om de vragenlijst in te vullen. Aanwezigheid op de afdeling wordt aangekondigd met knalroze posters in de verpleegposten en koffiekamers van de afdeling.

Omdat wellicht niet alle verpleegkundigen de mogelijkheid hebben om tijdens de aanwezigheid van de onderzoekers op de afdeling te vragenlijst in te vullen wordt in de week na afname mogelijkheid gegeven dit alsnog te doen. Er zal tijdens deze week een roze tasje in de verpleegpost staan met lege vragenlijsten en enveloppen en een knalroze afgesloten brievenbus om de vragenlijsten in te deponeren. Ook dan zullen er knalroze posters in de verpleegposten en koffie kamer hangen en zal er opnieuw een mail worden gestuurd met uitleg aan alle verpleegkundigen van C50.

De vragenlijst wordt geanonimiseerd verwerkt, dit verlaagd de drempel om mee te werken (Migchelbrink, 2008).

Aanpassing tijdens dataopname

Tijdens de aanwezigheid op de afdeling is gebleken dat het bereiken van de verpleegkundigen zonder directe aansporing lastig is. Naar aanleiding hiervan is de benadering van de onderzoekers aangepast en zijn de verpleegkundigen directer via de teamleiders benaderd. Dit heeft uiteindelijk tot een beter resultaat geleid.

Tijdens de aanwezigheid op de afdeling hebben de onderzoekers, behalve de geplande afname van de vragenlijsten enkele subjectieve observaties gedaan.

3.5.3. Validiteit en betrouwbaarheid van gegevensverzameling middels schriftelijke vragenlijst

De vragenlijst is door de ontwikkelaars getest op validiteit en betrouwbaarheid. Dit is gedaan door middel van het uittesten van de vragenlijst bij 12 verschillende projecten in Nederland (Harmsen et al., 2005). Vrij recent is de vragenlijst door Koh et al. (2008) gebruikt om de bevorderende en belemmerende factoren in de opvolging van preventierichtlijnen in Singapore te onderzoeken. Zij vermelden dat de factoren uit hun eigen literatuuronderzoek overeen komen met de BAFAI gebruikte categorieën. Dit spreekt voor de validiteit van het instrument.

Bij de ontwikkeling van de uiteindelijke vragenlijst wordt gebruik gemaakt van de inbreng van verschillende experts, te weten de opdrachtgever, de kwaliteitsfunctionaris van afdeling en de hoofdverpleegkundige. Daarnaast is de lijst voorgelegd aan een medestudent die kritische feedback gegeven heeft op de overzichtelijkheid, duidelijkheid en lengte van de vragenlijst. Tijdens afname zijn de onderzoekers aanwezig op de afdeling. Dit geeft de mogelijkheid om, indien nodig, toelichting te vragen.

3.5.4. Analyse van de schriftelijke vragenlijst

De resultaten van de schriftelijke vragenlijsten worden ingevoerd in een datamatrix in Excel. Hierbij worden de vragenlijsten geanonimiseerd verwerkt door het toekennen van een nummer.

Na verwerking wordt per vraag het percentage berekend van respondenten die voor elk mogelijk antwoord hebben gekozen. Dit geeft een overzicht van percentages voor de mogelijkheden "Niet ingevuld", "Helemaal mee eens", "Eens", "Niet eens/Niet oneens", "Oneens" of "Helemaal oneens". Vervolgens worden de verschillende antwoordmogelijkheden samen genomen tot drie groepen, "Eens", "Niet eens/Niet oneens", "Oneens".

De vragen op de lijst zijn op een negatieve of positieve manier gesteld. Een negatieve vraagstelling gaat uit van een negatief effect van de factor, bijvoorbeeld "Niet alle verpleegkundigen werken volgens het protocol". Een positieve vraagstelling gaat uit van een positief effect van een factor, bijvoorbeeld: "Het protocol geeft mij genoeg ruimte om mijn eigen beslissingen te nemen".

Bij analyse wordt begonnen met alle vragen in de positieve vorm te zetten. Op deze manier zijn de antwoorden beter met elkaar vergelijkbaar. In het bovenstaande voorbeeld wordt de eerste vraag dan: 'Alle verpleegkundigen werken volgens het protocol'. Volgens het principe van de Likert-schaal kunnen de gevonden percentages omgedraaid worden.

Harmsen et al. (2005) geven geen verdere instructies voor analyse van gegevens verkregen met behulp van de BAFAI. Bij analyse van de resultaten is daarom op een kwalitatieve manier naar de resultaten gekeken, het belang van de factoren staat in context van de inhoud. Er kan daarom niet met vaste percentages gewerkt worden.

In grote lijnen is gekeken naar een duidelijke meerderheid bij een verdeling over drie opties. In overleg met de opdrachtgever en kwaliteitsfunctionaris is daarbij besloten om niet strikt een bepaald percentage aan te houden. Zo zijn er enkele factoren die ook bij een kleiner percentage al van belang kunnen zijn.

3.5.5. Kwaliteit van de analyse van de schriftelijke vragenlijst

Binnen de analyse van de schriftelijke vragenlijsten wordt gebruik gemaakt van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Dassen & Keunig, 2009). Onafhankelijk van elkaar zullen enkele vragenlijsten geanalyseerd worden. Deze analyseresultaten zullen vervolgens vergeleken en bediscussieerd worden door beide onderzoekers. Blijken er verschillen in analyse of resultaten te zitten dan zullen de onderzoekers samen alle vragenlijsten analyseren. Daarnaast zal net zoals bij de analyse van de literatuur ook bij de analyse van de schriftelijke vragenlijst een onderzoekslogboek bijgehouden worden. Hierin wordt het zelfde als bij het literatuuronderzoek in genoteerd.

3.6. Fase 3: Semigestructureerde interviews

Fase drie van het onderzoek vormt het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek. Dit onderdeel bestaat uit semigestructureerde interviews.

Doelstelling en beoogde resultaten interviews

Door middel van individuele interviews wordt een verdieping gegeven op resultaten van de schriftelijke vragenlijst. Doel is een verdieping van de gevonden informatie, niet het vinden van nieuwe informatie.

Gezocht wordt naar een antwoord op de vraag; welke verklaringen geven de respondenten voor de gevonden bevorderende en belemmerende factoren, hoe ervaren zij deze in de praktijk en hoe denken zij dat verbetering bereikt kan worden. Eindproduct is een overzicht met de achtergronden van de genoemde factoren. Hierin worden conclusies getrokken en opvallende en/of exemplarische uitspraken beschreven.

3.6.1. Semi-gestructureerde interviews

Gekozen is voor individuele, één-op-één, interviews omdat daarbij diep ingegaan kan worden op redeneringen en motieven van de geïnterviewde (Migchelbrink, 2008), dit past bij het doel van de interviews binnen dit onderzoek. De keuze voor semi-gestructureerde interviews creëert een zo open informeel mogelijke sfeer maar geeft tevens zekerheid dat die items besproken zullen worden die voor beantwoording van de vraagstelling van belang zijn (Migchelbrink, 2008). Daarnaast is gekozen voor face to face interviews om ook non-verbale informatie van de geïnterviewde mee te kunnen nemen (Migchelbrink, 2008). Tijdens de interviews zal door de onderzoekers oprechte interesse getoond worden in de mening en ervaring van de verpleegkundige en zal er zoveel mogelijk worden aangesloten bij de leefwereld en het taalgebruik van de geïnterviewde. Ook dit bevordert de open, informele sfeer.

Voorafgaand aan de interviews wordt een topiclijst opgesteld, baserend op informatie uit literatuur en schriftelijke vragenlijsten. Op basis van deze topiclijst worden enkele open vragen geformuleerd. De uitwerking hiervan is terug te vinden in bijlage 5.

Elk interview krijgt een nummer toebedeeld, en wordt vermeld in een logboek. Ook worden de interviews, indien toestemming van de geïnterviewde aanwezig is, opgenomen. Deze opnames worden op dezelfde manier als de interviews genummerd.

3.6.2. Gegevensverzameling middels interviews

Samenstelling vragenlijst

De topiclijst voor de interviews is samengesteld uit opvallende zaken vanuit het literatuuronderzoek en de schriftelijke vragenlijst. Deze topics worden omgezet in enkele open vragen. Bij het samenstellen van de vragenlijst geldt net als voor de schriftelijke vragenlijsten dat deze niet te lang kunnen zijn in verband met beperkte beschikbaarheid van de verpleegkundigen en het laaghouden van de drempel om deel te nemen. De gebruikte vragenlijst is terug te vinden in bijlage 5.

Steekproefbepaling

Voor de gegevensverzameling met interviews is het noodzakelijk om een keuze te maken in welk deel van de onderzoekspopulatie benaderd zal worden. Het is praktisch gezien niet mogelijk om iedereen te benaderen. Daarnaast zal er op gegeven moment sprake zijn van saturatie, er zullen op gegeven moment zullen er geen nieuwe gezichtspunten meer naar voren komen (Dassen & Keuning, 2009). De onderzoekspopulatie bestaat uit drie hoofdgroepen; teamleiders, verpleegkundigen en leerlingen. Respondenten voor de interviews worden geselecteerd via een steekproef met vrijwillige deelname uit de populatie verpleegkundigen en leerling verpleegkundigen van C50. Het wordt aan de respondent overgelaten om te beslissen of hij wel of niet meedoet (Leidenuniv.nl). Bij het invullen van de schriftelijke vragenlijst kunnen de verpleegkundigen aangeven of zij interesse hebben in deelname. Door deze vrijwilligheid wordt de kans op eerlijke informatie vergroot. Dit sluit aan bij de kenmerken van de afdeling zoals beschreven in paragraaf 3.2. Ook past het in de gekozen positieve benadering van het onderzoek.

In overleg met kwaliteitsfunctionaris en opdrachtgever is gekozen steekproef van 5 personen uit de groep die aangeeft mee te willen werken wordt een keuze gemaakt op basis van maximum variatie in hiërarchie en ervaring. Idealiter wordt hierbij, afhankelijk van het aantal aanmeldingen, ook gekeken naar een maximale variatie in attitude. Hiervoor is gekozen om een reëel beeld over de algemene, veelvoorkomende, factoren die spelen bij verpleegkundigen op C50 te kunnen schetsen. Door een grote variatie in de steekproef kunnen geldende uitspraken worden gedaan over de gehele onderzoeksgroep (Dassen & Keuning, 2009). Om de doelmatigheid zo groot mogelijk te houden zal gekozen worden voor een zo klein mogelijke steekproef (Dassen & Keuning, 2009). Dit past tevens bij de beperkte beschikbaarheid van de respondenten en onderzoekers (Migchelbrink, 2008). De respondenten worden per mail uitgenodigd voor een gesprek.

Verhogen respons

Ter verhoging van de respons is er, net als bij de interviews, voor gekozen om de drempel tot deelname zo laag mogelijk te houden. Dit wordt bereikt door anonimiteit van de respondent en vrijwilligheid van deelname. Praktische barrières worden weggenomen doordat de interviews tijdens werktijd, op de afdeling ingepland worden, op moment dat voor de verpleegkundige uitkomt. Voor het houden van de interviews binnen werktijd op de afdeling is toestemming verkregen van de hoofdverpleegkundige.

Aanpassing tijdens dataverzameling

Het inplannen van de interviews bleek na selectie van de respondenten een grote horde. Op de eerste uitnodiging tot deelname reageerde slechts één persoon. Naar aanleiding hiervan is ervoor gekozen om herinneringsmails te schrijven. Ook zijn mogelijke respondenten persoonlijk aangesproken. Via de opdrachtgever is een algemene oproep gedaan om deel te nemen.

3.6.3. Kwaliteit van de gegevensverzameling middels de interviews

In deze paragraaf wordt gebruik gemaakt van de termen die Lyke en Proot (2010) gebruiken om de kwaliteit van kwalitatieve gegevensverzameling te beschrijven.

Plausibiliteit (dependability)

Plausibiliteit gaat over nauwkeurigheid van werken. Hier zal rekening mee gehouden worden door geen waardeoordelen of adviezen te geven tijdens een interview zodat de respondent niet gestuurd wordt door de onderzoeker, daardoor is er minder kans op vertekeningen van de werkelijkheid (Migchelbrink, 2008). Daarnaast zal gestreefd worden naar een rustige ruimte voor het afnemen van de interviews omdat de respondent zich in een rumoerige ruimte minder goed kan concentreren (Migchelbrink, 2008).

Objectiviteit (objectivity)

Binnen het onderzoek zal gestreefd worden om zo veel mogelijk recht te doen aan de mening van respondenten, getracht wordt deze op te tekenen en deze niet te vertekenen (Dassen & Keuning, 2009).

Door het tonen van interesse, doorvragen en vragen om verduidelijking stimuleert de interviewer het gesprek. Hierbij vult zij niks in, maar laat dit aan de geïnterviewde over om zo min mogelijk te beïnvloeden. Het stellen van suggererende vragen dient te worden vermeden, de vragen worden voor de interviews doorgenomen met docentbegeleider en opdrachtgever om de kwaliteit van de vragen te garanderen. Op dat moment worden ook de helderheid en duidelijkheid van vragen en opbouw besproken. De houding van de interviewer is open en belangstellend zij nodigt uit om te spreken, om dit te oefenen worden in het voortraject “oefeninterviews” gedaan met medeleerlingen (Migchelbrink, 2008).

Geloofwaardigheid (credibility)

Hieronder valt dat de mate waarin de onderzoeksresultaten een waarheidsgetrouw beeld weergeven (Migchelbrink 2008). Tijdens de interviews wordt gestreefd naar zo optimaal mogelijke omstandigheden. Zo wordt gestreefd naar een hoge mate van anonimiteit, zowel bij afname als later bij de verwerking van de gegevens. Ook worden de gesprekken in een aparte ruimte gevoerd zodat de informant niet beïnvloed kan worden door de omgeving en zich op zijn gemak voelt (Migchelbrink, 2008). Daarnaast wordt een open houding van de onderzoekers, beginnend bij de introductie tijdens een teamvergadering en de aanwezigheid op de afdeling bij de afname van de vragenlijsten, nagestreefd. Dit alles leidt tot een lagere drempel voor de informant om eerlijke, open antwoorden te geven. De geloofwaardigheid wordt tevens in de analysefase gecontroleerd door middel van vergelijking met de andere informatiebronnen.

Verifieerbaarheid (confirmability)

De interviews worden opgenomen. Op deze manier kan altijd worden nagegaan wat er precies gezegd is en wordt de verifieerbaarheid verhoogd (Migchelbrink, 2008 , Lyke & Proot, 2010). In het onderzoeksverslag worden quotes van de respondenten gebruikt om de interpretatie te onderbouwen (Lyke & Proot, 2010).

3.6.4. Analyse van de gegevens uit de interviews

De gegevens uit de interviews worden op een kwalitatieve manier geanalyseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van coderen vanuit een startlijst (Migchelbrink, 2008) gebaseerd op de categorieën uit de BAFAI van Harmsen et al. (2005); kenmerken van het protocol, de zorgprofessional, de patiënt en de omgeving. Het analyseren kent twee fasen, een eerste fase waarbij de notulen van de interviews aangevuld worden met informatie van de bandopnamen. De uitwerking van deze fase wordt ter verifiëring voorgelegd aan de respondent. In de tweede fase wordt op het resultaat uit de eerste fase labeling toegepast. Labeling vindt door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar plaats. Per label worden de belangrijkste resultaten weergegeven.

3.6.5. Kwaliteit van analyse van de interviewgegevens

Binnen de analyse van de interviews wordt gebruik gemaakt van peerreview (Dassen & Keuning, 2009). Een aantal interviews zullen door de onderzoekers individueel gecodeerd en geanalyseerd worden. Deze analyseresultaten zullen vervolgens vergeleken en bediscussieerd worden om de inhoudelijke analyse diepgang te geven (Lyke & Proot, 2010; Dassen & Keuning, 2009). Er wordt onder andere gekeken naar eenvormigheid in de manier van coderen en analyseren en of de resultaten wel daadwerkelijk de uitspraken van de respondent weergeven. Blijken er verschillen in analyse of resultaten te zitten dan zullen de onderzoekers samen alle interviews analyseren.

Daarnaast zal ook bij de analyse van de interviews gebruikt worden gemaakt van een onderzoekslogboek. Hierin worden individueel de stappen van analyse genoteerd en eventuele afwijkende gevallen besproken (Lyke & Proot, 2010). Daarnaast wordt hierin genoteerd welke informatie, op welke dag, op welke manier wordt genoteerd en onder welke naam dit document is opgeslagen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de gevonden resultaten per deelvraag weergegeven. Hierbij is per deelvraag de chronologische opvolging van de fasen, zoals beschreven in hoofdstuk 3, aangehouden.

4.1. Deelvraag één

Wat is er bekend uit eerdere onderzoeken naar bevorderende en belemmerende factoren in de protocolopvolging door verpleegkundigen?

4.1.1. Overzicht bevindingen

Verantwoording gebruikte artikelen

Uit de artikelen zoals gevonden in de literatuurresearch zoals beschreven in bijlage 2 zijn volgens de criteria beschreven in paragraaf 3.4.2 relevante artikelen geselecteerd. Begonnen is met 40 artikelen. Op basis van inhoudelijke exclusie criteria vallen 12 van 40 artikelen af. Vervolgens zijn artikelen van voor 2007, de datum van het meest recente review, geëxcludeerd. Hiermee vallen 17 van de 28 artikelen af. Er blijven dan 11 bruikbare artikelen over. De onderstaande figuur 4 geeft de artikelen weer in volgorde van level of evidence (CBO, 2007). De kwaliteit van deze 11 artikelen is getoetst aan de eisen voor een kwalitatief goed artikel zoals beschreven door Dassen & Keuning (2009). Een volledige lijst is terug te vinden in bijlage 3.

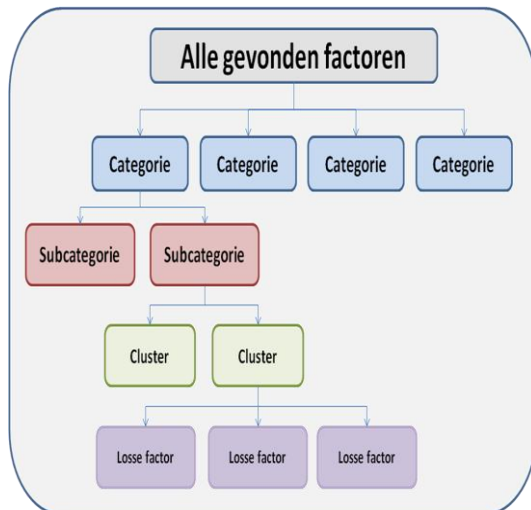
↑ Quality of evidence	Level of evidence	Naam artikel + Jaartal	Auteur + Jaartal
	A1: systematische reviews	Gaps Between Knowing and Doing: Understanding and Assessing the Barriers to Optimal Health Care	Cochrane et al., 2007
		Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders	Ploeg et al. A, 2007
	A2: gerandomiseerd vergelijkend onderzoek		
	B: gerandomiseerd vergelijkend onderzoek maar voldoet niet alle kenmerken van A2 onderzoek	Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings	Davies et al., 2008
		Barriers to and Facilitators of Clinical Practice Guideline Use in Nursing Homes	Colón-Emeric et al., 2007
		Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders	Ploeg et al. B, 2007
	C: niet vergelijkende onderzoek	Factors influencing adherence to an emergency department national protocol	Ebben et al., 2012
		Factors influencing the implementation of the guideline <i>Triage in emergency departments: a qualitative study</i>	Janssen et al., 2012
		Understanding Adherence to Guidelines in the Intensive Care Unit: Development of a Comprehensive Framework	Cahill et al., 2010
		Factors influencing long-term adherence to two previously implemented hospital guidelines	Knops et al., 2010
		Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers	Forsner et al., 2010
		Barriers to Adherence to Cystic Fibrosis Infection Control Guidelines	Garber et al., 2008
		Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals	Koh et al., 2008
	D: mening van experts	Oriënterende gesprekken	Opdrachtgever, Kwaliteitsfunctionaris, Zorgmanager, Verpleegkundig aandachtsvelder, 2012

Figuur 4. Levels of evidence van gebruikte artikelen

Leeswijzer resultaten

In het onderstaande worden de resultaten van het literatuuronderzoek weergegeven. Begonnen wordt met een overzicht van de hoeveelheid gevonden factoren en de samenstelling. Vervolgens komen eerste de belemmerende factoren aan bod, daarna wordt ingegaan op de bevorderende factoren. Een compleet overzicht van de resultaten weergegeven in tabelvorm is terug te vinden in bijlage 6.

Figuur 5 geeft een overzicht van de samenhang tussen categorie, subcategorie, clusters en factoren.



Legenda:

Categorie: ontleend aan de vier categorieën van de gevalideerde vragenlijst

Subcategorie: een onderverdeling binnen de categorie

Cluster: een onderverdeling binnen de subcategorie, dit is een groepje factoren met dezelfde betekenis maar een andere naamgeving vanuit de artikelen. Alle clusters samen is het totaal aantal verschillende factoren. Met verschillende factoren wordt bedoeld, factoren met verschillende betekenissen.

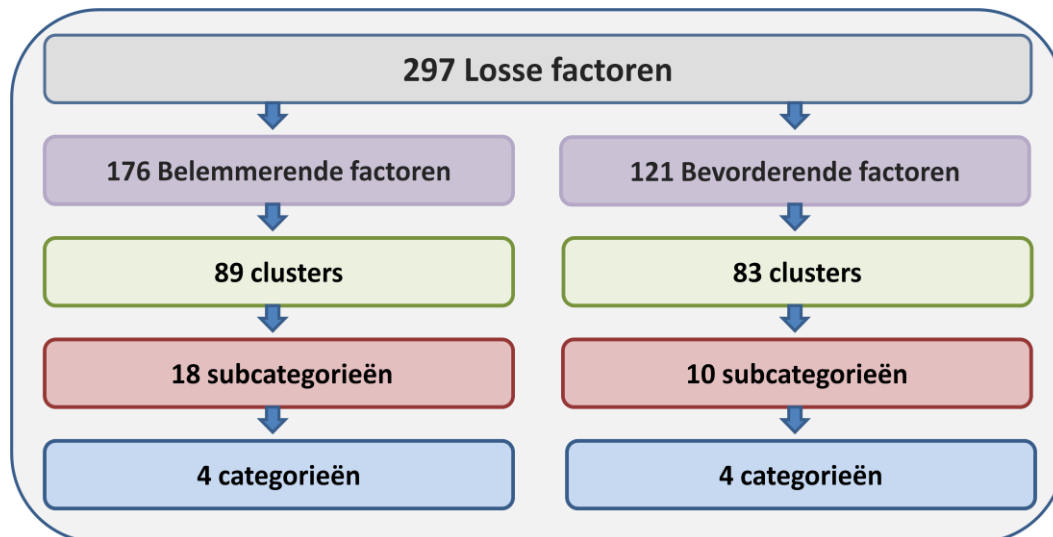
Losse factor: een factor met de naamgeving zoals deze in het artikel benoemd is, alle losse factoren samen is het totaal aantal gevonden factoren. Dus niet het totaal aantal verschillende factoren.

Figuur 5. Leeswijzer resultaten literatuuronderzoek

In de schema's 7 en 8 wordt per categorie een beschrijving gegeven van de resultaten. De categorieën (blauw) en subcategorieën (rood) zijn volledig opgenomen in de schema's. Van de clusters (groen) worden alleen de opvallende weergegeven. Een cluster wordt opvallend gezien als deze vier of meer keer benoemd is in de gebruikte artikelen. In de begeleidende tekst worden bijbehorende cijfers benoemd en een toelichting over de opvallende clusters gegeven. Clusters zijn als opvallend benoemd op basis van het aantal keren dat zij voorkomen in verschillende artikelen.

Resultaten

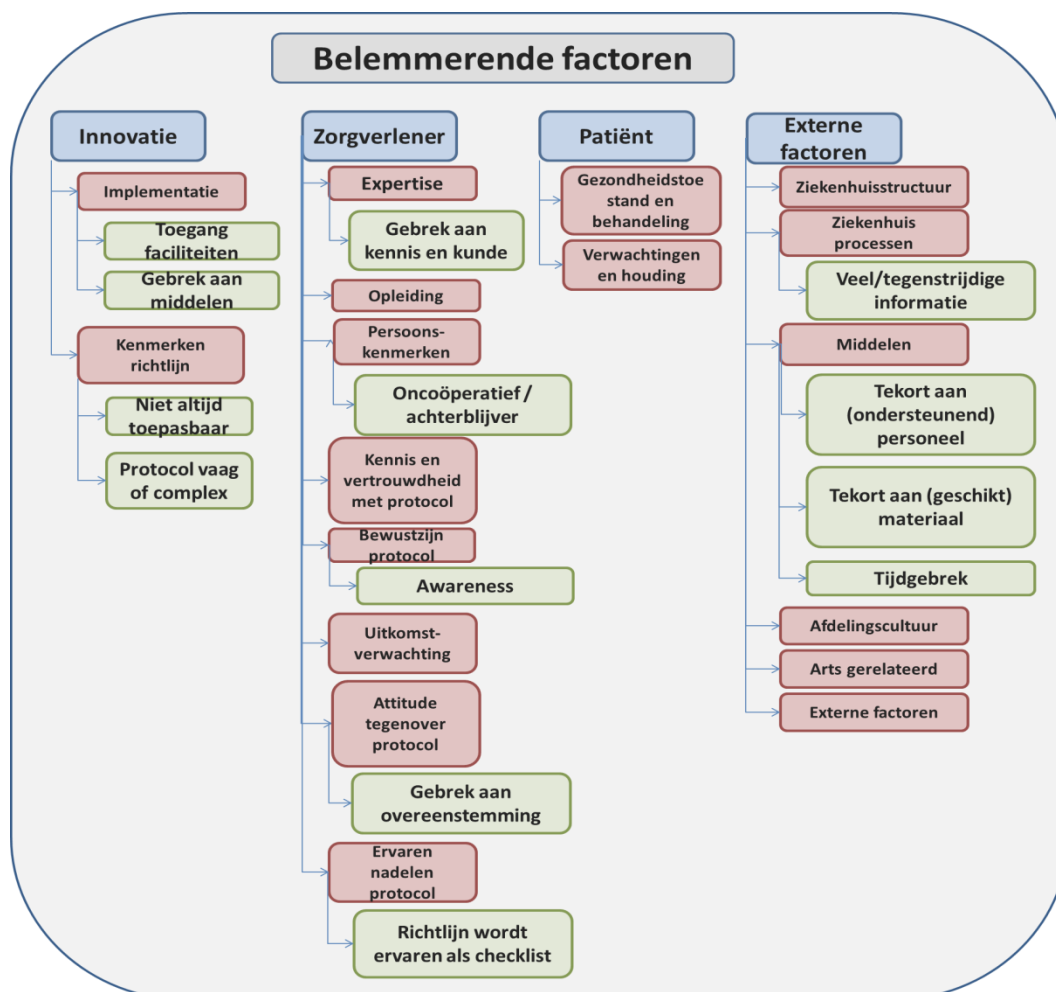
Uit de 11 geanalyseerde artikelen zijn in totaal 297 losse factoren gevonden die voor verpleegkundigen van invloed kunnen zijn op de protocol opvolging. Hierbij zijn 176 belemmerende factoren gevonden, onderverdeeld in 89 clusters en 121 bevorderende factoren, onderverdeeld in 83 clusters. Deze worden verder ingedeeld in subcategorieën en categorieën. In de analyse is gekeken naar overeenkomsten in de gevonden losse factoren. Dit leidt tot clusters van een groepje met grofweg dezelfde betekenis. Bijvoorbeeld: "er is te weinig tijd" en "tijdgebrek". Vervolgens zijn de clusters gegroepeerd naar overkoepelende thema's, de subcategorieën. Zo komen de clusters "onduidelijkheid protocol" en "niet relevant zijn protocol" samen in de subcategorie "Kenmerken protocol". Deze subcategorieën worden vervolgens ingedeeld bij vier overkoepelende categorieën zoals afgeleid uit de literatuur: Innovatie, Zorgverlener, Patiënt, Extern. De toegekende categorieën, subcategorieën, clusters en losse factoren zijn door de onderzoekers gekozen op basis van inhoud. Definities per categorie en subcategorie zijn terug te vinden in bijlage 7. Dezelfde categorieën en subcategorieën kunnen zowel als bevorderend als belemmerend naar voren komen. Figuur 6 geeft een overzicht van deze verdeling.



Figuur 6. Overzicht verdeling factoren uit literatuur

Belemmerende factoren

Hieronder worden de belemmerende factoren uit het literatuuronderzoek per categorie besproken. In figuur 7 worden de categorieën en subcategorieën volledig vermeld. Daarnaast worden enkele opvallende clusters benoemd. Losse factoren zijn niet in de schema's opgenomen.



Figuur 7. Belemmerende factoren uit literatuuronderzoek

Innovatie

Over factoren binnen de categorie innovatie wordt in 11 artikelen gesproken. Deze worden onderverdeeld in twee subcategorieën: kenmerken van de implementatie (7 van 11 artikelen) en kenmerken van de richtlijn (11 van 11 artikelen). Binnen deze subcategorieën vallen 45 verschillende belemmerende factoren (clusters) gevonden.

Een opvallende belemmerende factor in deze categorie is dat een protocol vaak als “te vaag en complex” en “niet altijd toepasbaar” wordt gezien. Andere belemmerende factoren die opvallen zijn de beschikbaarheid van middelen om de implementatie vorm te geven en de toegang tot faciliteiten.

Zorgverlener

De categorie zorgverlener komt terug in alle gevonden artikelen. Binnen deze categorie zijn 60 losse factoren gevonden, waarbinnen 8 subcategorieën, onderverdeeld in 25 clusters. Met name over de subcategorieën; persoonskenmerken en de attitude van de zorgverlener tegenover het protocol wordt gesproken. Daarnaast zijn de kennis, vertrouwddheid, het bewustzijn met het protocol en ervaring met het protocol veel benoemde belemmerende factoren.

Patiënt

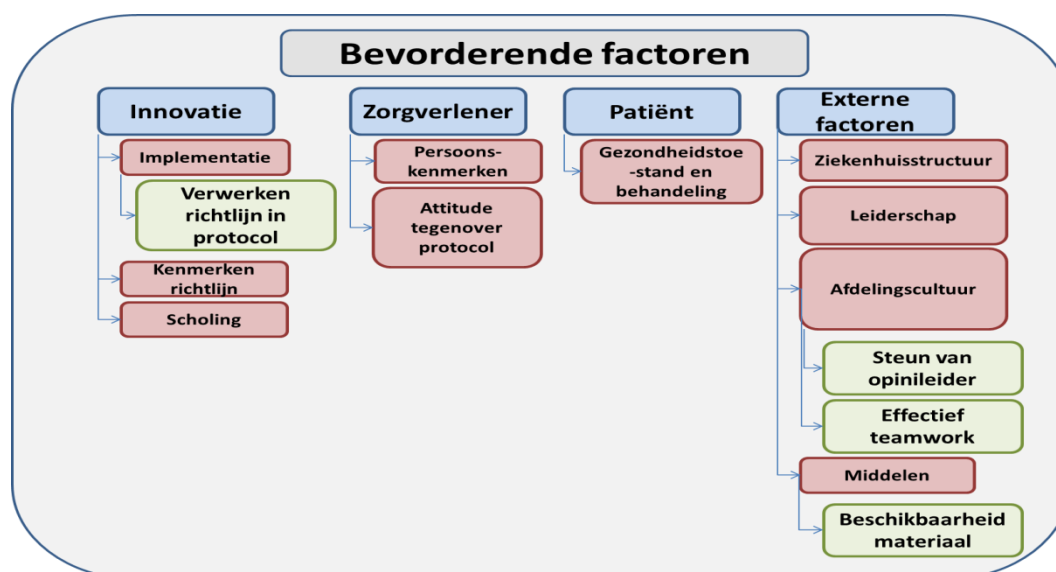
Binnen de categorie patiënt zijn 13 losse belemmerende factoren gevonden, onderverdeeld in acht clusters, en twee subcategorieën. De categorie komt terug in zes verschillende artikelen. Ten eerste worden factoren met betrekking tot de gezondheidstoestand en behandeling van de patiënt benoemd. Dit zijn vaak praktische factoren zoals het niet passen van een protocol binnen de behandeling van de patiënt. Daarnaast lijken de verwachting en houding van de patiënt een belemmerende rol te kunnen spelen in het opvolgen van protocollen.

Externe factoren

Binnen de categorie organisatie zijn 65 losse belemmerende factoren gevonden, onderverdeeld in 25 clusters, en 6 subcategorieën. Externe factoren komen in tien van 11 gevonden artikelen voor. Opvallend is de subcategorie middelen met de clusters tekort aan (ondersteunend) personeel, tekort aan materialen en tijdgebrek. Daarnaast worden ook factoren binnen de subcategorie ziekenhuisprocessen en binnen de subcategorie afdelingscultuur veel benoemd in verschillende artikelen.

Bevorderende factoren

Hieronder wordt wederom per categorie een beschrijving gegeven van de resultaten.



Figuur 8. Bevorderende factoren uit literatuuronderzoek

Innovatie

Binnen de categorie innovatie zijn 49 losse bevorderende factoren gevonden, onderverdeeld in 31 clusters, die geplaatst kunnen worden in drie subcategorieën. De categorie innovatie wordt benoemd in acht verschillende artikelen. Enkele factoren werden gevonden binnen de subcategorie kenmerken van de richtlijn zelf. Opvallend is de subcategorie implementatie, deze werd 24 maal benoemd in acht verschillende artikelen. Met name het cluster; verwerking van een richtlijn in een protocol komt naar voren als bevorderende factor.

Zorgverlener

Binnen de categorie zorgverlener zijn 17 losse factoren gevonden die bevorderend zijn in de opvolging van het protocol, onderverdeeld in 13 clusters en twee subcategorieën. In drie artikelen werd er over de zorgverlener gesproken waarbij wordt ingegaan op de persoonskenmerken en attitude tegenover het protocol.

Patiënt

Binnen de categorie patiënt is één bevorderende factor gevonden in één artikel. Het artikel stelt dat een goede gezondheidstoestand van de patiënt het opvolgen van protocollen makkelijker maakt.

Externe factoren

Binnen de categorie organisatie zijn 51 losse bevorderende factoren gevonden, onderverdeeld in 38 clusters en vier subcategorieën in zes verschillende artikelen. Met name de subcategorie afdelingcultuur valt op, waarbij de clusters steun van opinieleider en effectief teamwork als erg belangrijk voor de opvolging van een protocol worden gezien. Daarnaast zijn binnen de categorie organisatie van het ziekenhuis een aantal losse bevorderende factoren gevonden.

Algemene bevindingen

Vanuit bovenstaande resultaten kan geconcludeerd worden dat het te onderzoeken onderwerp complex is, er is veel onderzoek naar het onderwerp gedaan en er bestaat een grote variatie aan verschillende factoren.

Opvallend is dat veel subcategorieën in zowel bevorderende als belemmerende factoren voorkomen. Hierbij gaat het om de invulling van de subcategorie in de praktijk of deze bevorderend of belemmerend werkt. Zo kan implementatie zowel bevorderend als belemmerend werken, afhankelijk van hoe deze uitgevoerd wordt. Voldoende middelen werken bevorderend, een tekort belemmerend.

Naast de variatie en verscheidenheid van factoren is er een variatie gevonden in de nadruk op bepaalde factoren. Opvallend is dat de meeste onderzoeken zich meer op belemmerende dan op de bevorderende factoren richten. De variatie in resultaten in voorgaande onderzoeken onderbouwt het belang van een aparte analyse van de factoren zoals deze op de individuele afdeling voorkomen. Een andere locatie, andere tijd of ander protocol kunnen ieder zorgen voor andere bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen.

4.2. Deelvraag twee

Welke bevorderende en belemmerende factoren in protocolopvolging van het protocol omtrent delirium worden er door verpleegkundigen van verpleegafdeling Heelkunde van het UMC st Radboud ervaren?

De resultaten met betrekking tot deelvraag twee, komen voort uit de gevalideerde vragenlijst en de semigestructureerde interviews. Daarnaast zijn er enkele punten naar voren gekomen uit subjectieve observaties van de onderzoekers in de beantwoording van deelvraag twee. In het onderstaande worden deze besproken.

4.2.1. Resultaten vanuit schriftelijke vragenlijst

Respons

C50 telt in totaal 68 verpleegkundigen. In overleg met de zorgmanager van de afdeling is hierbij gerekend met vijf langdurig afwezig die daardoor buiten de onderzoekpopulatie vallen. Dit brengt de totale onderzoekspopulatie op 63 personen.

De schriftelijke vragenlijst is gedurende 13 dagen aangeboden aan de verpleegkundigen op de afdeling. In deze periode zijn de onderzoekers 3 volledige dagen aanwezig geweest op de afdeling. 3 maal zijn zij kortstondig op de afdeling geweest op aandacht voor het onderzoek te vragen, en teamcoördinatoren aan te spreken. In deze periode van 13 dagen vallen 7 dagen meivakantie. Dit heeft geleid tot een respons van 58% (37 van 63). Naast de meerkeuze vragen was er een mogelijkheid om toelichting te geven of andere factoren te benoemen. 19,0% (7 van 37) van de respondenten heeft hier op enige wijze gebruik van gemaakt.

Missing values

Van deze 37 ingevulde vragenlijsten zijn er 2 niet volledig ingevuld. De opengebleven vragen zijn verwerkt als “niet ingevuld”.

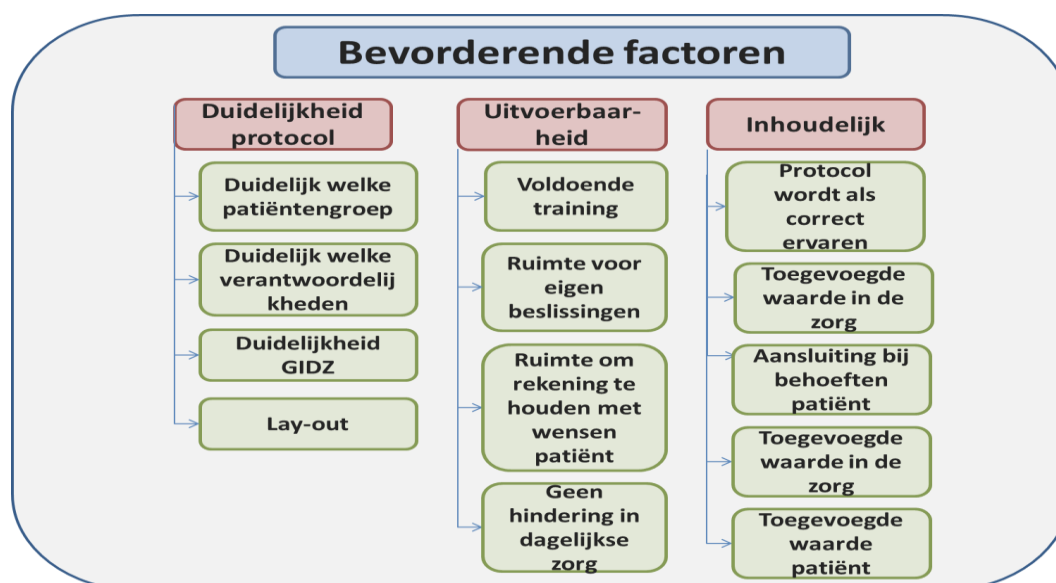
Resultaten

Uit analyse van deze gegevens komen 4 groepen factoren naar voren; bevorderende factoren, belemmerende factoren, verdere factoren waar aandacht aan besteed dient te worden en factoren die, op basis van de antwoorden, niet relevant lijken te zijn. Net als bij het literatuuronderzoek worden de gevonden factoren onderverdeeld in categorieën, subcategorieën en losse factoren. De subcategorieën worden gevormd door factoren die inhoudelijk met elkaar samenhangen. Zoals factoren gerelateerd aan de inhoud van het protocol of de uitvoerbaarheid.

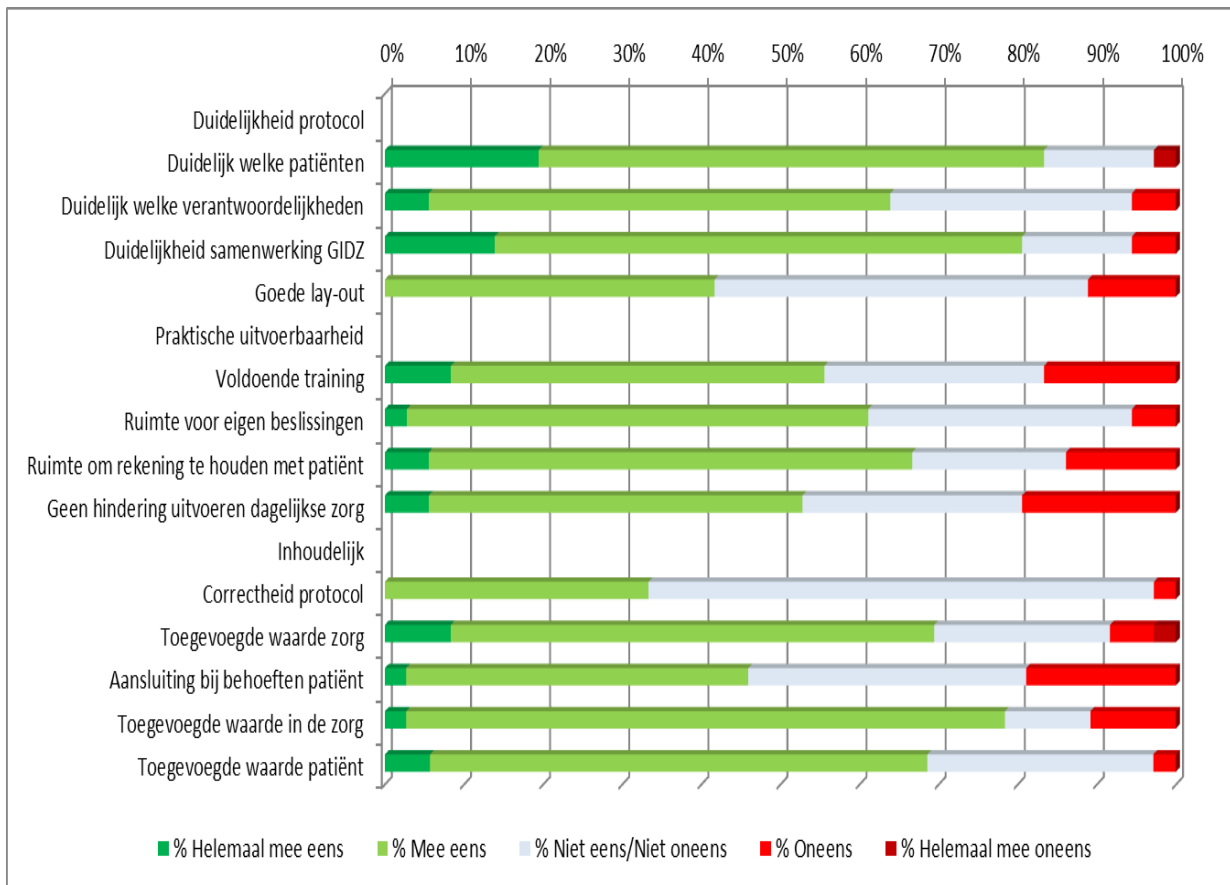
Hieronder worden de resultaten per groep besproken. Hierbij wordt steeds begonnen met een overzichtsschema, vervolgens worden de resultaten toegelicht aan de hand van een tabel. Een volledig overzicht van de resultaten van de vragenlijst is terug te vinden in bijlage 6.

Bevorderende factoren

Uit de analyse van de vragenlijsten komen 13 bevorderende factoren naar voren. Binnen deze factoren herkennen we drie thema's: de duidelijkheid van het protocol, de praktische uitvoerbaarheid en de inhoud van het protocol.



Figuur 9. Overzicht bevorderende factoren uit schriftelijke vragenlijst



Figuur 10. Verdeling antwoorden bevorderende factoren uit schriftelijke vragenlijst

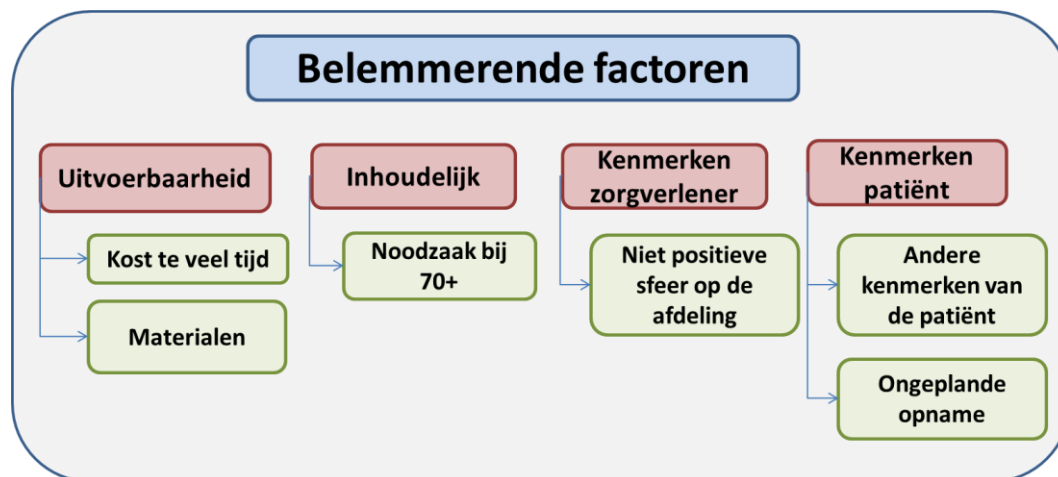
Ten eerste de duidelijkheid van het protocol, zowel wat betreft de patiëntengroep, als verantwoordelijkheden en de betrekkingen met het GIDZ-team geven meer dan 60% (22 van 37) van de respondenten aan dat er voor hen geen onduidelijkheid bestaat. Ook lijkt de lay-out van het protocol bevorderend, 40, 5% (15 van 37) geeft aan dat de lay-out van het protocol duidelijk is, slechts 10,8% (4 van 37) is het hier niet mee eens.

Daarnaast komen factoren op het gebied van uitvoerbaarheid naar voren, zoals het beschikken over voldoende training/opleiding voor de uitvoering van het protocol en voldoende ruimte voor eigen beslissingen. Voor het eerste geeft een merendeel van 54,1% (20 van 37) aan voldoende training gehad te hebben. 64,9% van de respondenten (24 van 37) geeft aan dat het protocol genoeg ruimte geeft om rekening te houden met wensen van de patiënt. 59,5% (22 van 37) dat er genoeg ruimte is voor eigen beslissingen. Een meerderheid van 51,4% (19 van 37) geeft aan dat de uitvoering van het protocol niet hindert in de uitvoering van de dagelijkse zorg.

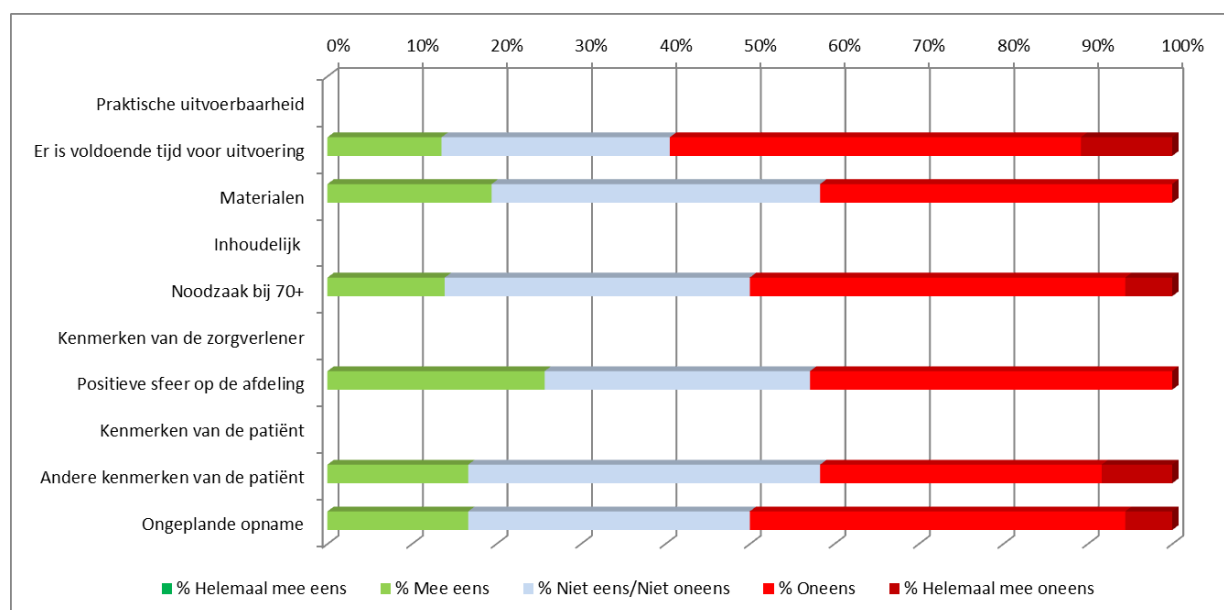
De laatste groep factoren bestaat uit inhoudelijke punten en meerwaarde van het protocol. Naar de toegevoegde waarde van het protocol is op verschillende manieren gevraagd. 67,6% van de respondenten (25 van 37) geeft aan dat het protocol een toegevoegde waarde heeft. Dit sluit aan bij een percentage van respectievelijk 78,4% (28 van 37) en 64,9% (23 van 37) die het eens zijn met een toegevoegde waarde voor zorg en patiënt. Betreffende de correctheid van het protocol gaf 2,7% (1 van 37) van de respondenten aan te vinden dat het protocol niet correct is. Dit leidt tot de aanname dat het merendeel van de verpleegkundigen zich inhoudelijk kan vinden in het protocol.

Belemmerende factoren

Uit de antwoorden op de vragenlijst komen zes barrières naar voren. Hierin zijn 4 subcategorieën te herkennen. Zoals weergegeven in onderstaand figuur 11.



Figuur 11. Overzicht belemmerende factoren uit schriftelijke vragenlijst



Figuur 12. Verdeling antwoorden belemmerende factoren uit schriftelijke vragenlijst

Ten eerste zijn er punten die te maken hebben met de praktische uitvoerbaarheid van het protocol. 59,5% (21 van 37) is van mening dat de uitvoering van het protocol te veel tijd kost. 40,5% (15 van 37) geeft aan dat er te weinig materialen aanwezig zijn om het protocol goed uit te kunnen voeren. Factoren met betrekking tot de praktische uitvoerbaarheid van het protocol worden tevens benoemd in “opmerkingen in de kantlijn” van verschillende respondenten. 19,0% (7 van 37) van de respondenten geeft een toelichting. Daarbij komt voornamelijk prioritering van verschillende taken naar voren als barrière in de protocolopvolging.

“Ik merk bij mezelf dat het voor mij een ondergeschoven onderwerp is. Dit ivm andere prioriteiten in het werk. Ik moet alert via het roze kaartje werken, anders vergeet ik het”

“Ik denk als de druk op de afdeling minder is 't personeel pas echt aan deze extra handelingen toekomt.”

Wat betreft de inhoud van het protocol komt naar voren dat een groot deel van de verpleegkundigen niet de noodzaak ziet om het protocol bij iedere patiënt ouder dan 70 jaar uit te voeren. 48,7% (18 van

37) van de respondenten geeft aan het eens te zijn met de stelling dat het protocol niet bij alle 70+ers noodzakelijk is. Dit lijkt voor hen een belemmerende factor te vormen voor de protocolopvolging.

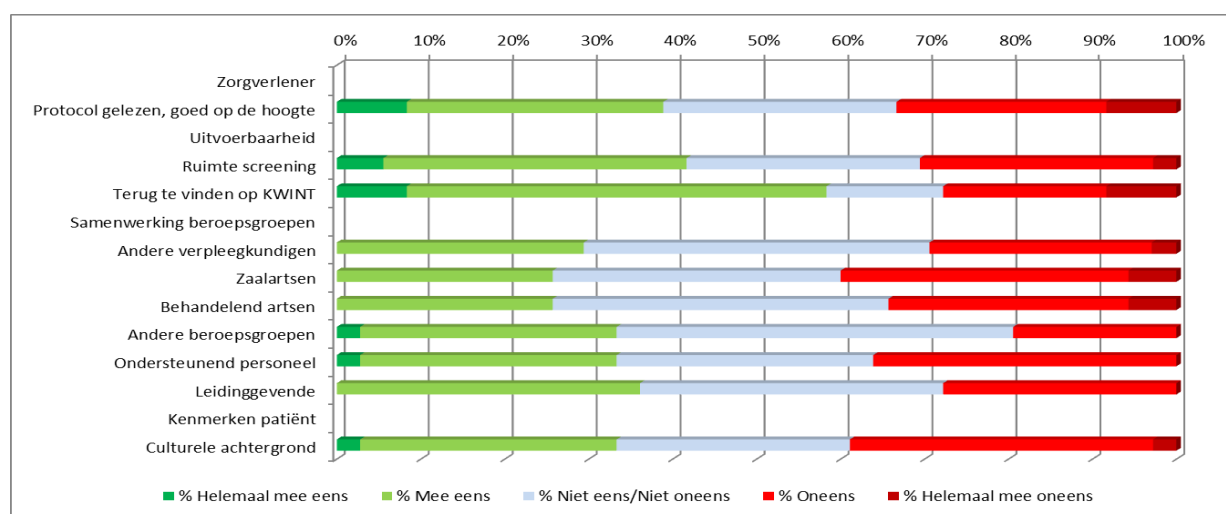
Bij kenmerken van de zorgverlener lijkt de algemene sfeer binnen het team betreffende het protocol een aandachtspunt te zijn. 40,5% (15 van 37) aan dat er geen positieve sfeer heerst tegenover het protocol.

De laatste mogelijke barrières die naar voren komen zijn kenmerken van de patiënt. Hierbij gaf 48,6% (17 van 37) aan dat het eens te zijn met de stelling dat een ongeplande opname een belemmerend is voor de protocolopvolging. 40,5% (15 van 37) gaf aan het eens te zijn met de stelling dat andere kenmerken van de patiënt, zoals stress of ongeduld, een negatieve invloed hebben. Ook de ongeplande opname van een patiënt kan een negatieve factor zijn in de protocolopvolging volgens 48,6% (17 van 37) van de respondenten.

Verdere aandachtspunten



Figuur 13. Overzicht verdere aandachtspunten uit schriftelijke vragenlijst



Figuur 14. Verdeling antwoorden verdere aandachtspunten uit schriftelijke vragenlijst

Naast de duidelijk belemmerende factoren zijn er enkele factoren die, ondanks dat hierbij geen duidelijke meerderheid onder de respondenten bestaat, toch aandacht verdienen. Hierbij gaat het om factoren die in het ideale geval bijvoorbeeld helemaal niet voor zouden komen, zoals het niet lezen van het protocol of het niet terug kunnen vinden van het protocol. Ook zijn factoren meegenomen waarbij de antwoorden een grote spreiding kennen. Ook in deze categorie zijn weer groepen van factoren te vinden.

Ten eerste de kennis van het protocol. De antwoorden op de vraag “ik heb het protocol gelezen en ben voldoende op de hoogte” kennen een grote spreiding. 37,8% (14 van 37) is het niet met de stelling eens, zij zeggen goed op de hoogte te zijn. Echter geeft 32,4% (12 van 37) aan niet goed op de hoogte te zijn van het protocol.

Op het gebied van praktische uitvoering komen voldoende ruimte voor screening en vindbaarheid op KWINT naar voren. Hierbij geeft respectievelijk 29,7% (11 van 37) en 27,0% (8 van 37) aan dat deze onvoldoende zijn. Ondanks de vrij hoge percentages die deze faciliteiten wel voldoende vinden is dit toch opvallend te noemen.

Het belang van de vindbaarheid op KWINT komt ook naar voren in de opmerkingen die verpleegkundigen in de kantlijn plaatsen. Twee van de respondenten benadrukken dat het opzoeken van het protocol in hun ogen te veel tijd kost.

“Wat ik lastig vind is dat KWINT ontzettend traag is, kost tijd om op te zoeken.”

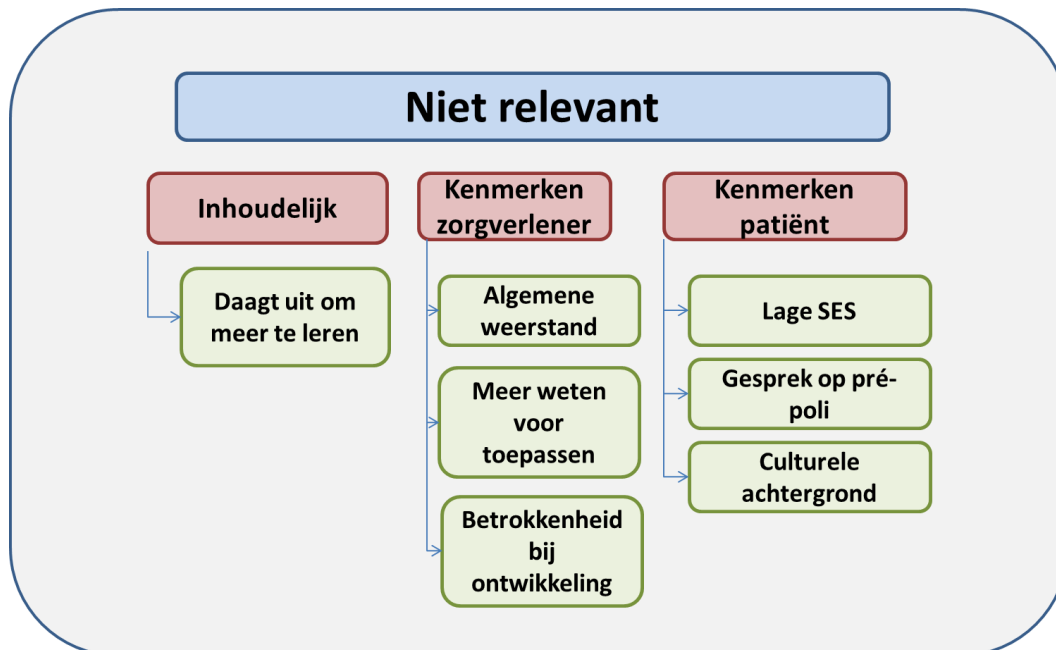
“Kwint is erg traag dit stimuleert niet tot het opzoeken van protocollen”

Een derde subcategorie vormt de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen. Van alle beroepsgroepen waar specifiek navraag naar gedaan is wordt door ten minste 27,0% (10 van 37) aangegeven dat deze niet voldoende meewerken in de uitvoering van het protocol. Van de overige beroepsgroepen, zonder specifiek te benoemen om welke beroepsgroepen het gaat, wordt door 18,9% (7 van 37) aangegeven dat deze niet meewerken.

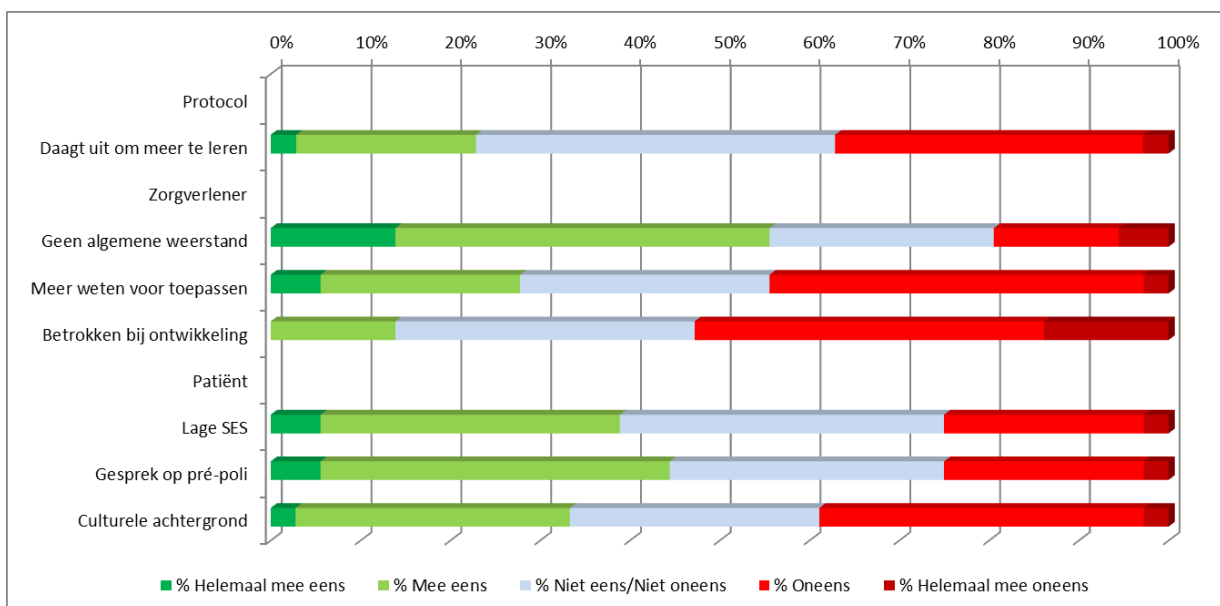
Over de bevorderende rol van de leidinggevende geeft 27,0% (10 van 37) aan het niet mee eens te zijn met de stelling deze een bevorderende rol heeft in de protocolopvolging. 35,1% (13 van 37) vindt wel dat de leidinggevende een bevorderende rol heeft.

Niet relevant

De categorie ‘niet relevant’ wordt gevormd door factoren waarbij uit de vragenlijst geen duidelijk belang naar voren komt. De spreiding van de antwoorden wijst noch op een positief, noch op een negatief effect. Ook hier is een verdeling in thema’s gemaakt. Deze is in onderstaand schema xx weergegeven.



Figuur 15. Overzicht niet relevant bevonden factoren uit vragenlijst



Figuur 16. Verdeling antwoorden niet relevante factoren uit schriftelijke vragenlijst

Ten eerste een factor die te maken heeft met de inhoud van het protocol. 37,8% van de respondenten geeft aan geen mening te hebben over het al dan niet uitdagen om meer te leren door het protocol. Dit wijst er op dat dit door hen niet als belangrijk wordt gezien.

Daarnaast zijn er factoren met betrekking tot de zorgverlener. 54,1% geeft aan geen algemene weerstand te hebben tegen protocollen. Onduidelijk is of dit gegeven betekend dat deze verpleegkundigen een positieve houding tegenover het gebruik van protocollen hebben. 18,9% geeft aan wel weerstand tegen protocollen te voelen. 43,2% geeft aan niet meer te willen weten alvorens het protocol toe te kunnen passen. 51,4% geeft aan dat betrokken zijn bij de ontwikkeling van het protocol geen rol speelt bij de protocolopvolging. Dit wijst er op dat deze factoren geen rol spelen voor de verpleegkundigen.

Met betrekking tot kenmerken van de patiënt zijn de respondenten verdeeld. 37,8% is het er niet mee eens dat een lage Sociaal Economische Status (SES) een rol speelt, 24,3% denkt dat dit wel een rol speelt. 43,3% geeft aan dat een gesprek op de pré-poli geen hindering is bij de protocol opvolging, 24,3% denkt dat dit wel het geval is. 32,4% geeft aan dat de culturele achtergrond van de patiënt geen rol speelt, 37,8% is het daar niet mee eens. Bij deze punten geldt dat het niet zijn van een hindering niet automatisch inhoudt dat de factor bevorderend is.

Subjectieve observaties onderzoekers

Bij afname van de vragenlijsten zijn de onderzoekers enkele dagen op C50 aanwezig geweest. Hierbij zijn enkele zaken opgevallen die tevens voor de beantwoording van de vraagstelling van belang kunnen zijn. Opgemerkt moet worden dat het hierbij om ongeplande, subjectieve observaties gaat.

Door ten minste drie verpleegkundigen/studenten werd opgemerkt dat zij niet bekend zijn met het protocol of dit eigenlijk nooit nodig hebben in praktijk. Dit wijst er op dat het protocol niet voldoende aan nieuwe medewerkers wordt overgebracht. Tevens doet het vermoeden dat het begrip van het protocol onvoldoende is, iedere verpleegkundige op de afdeling zal immers regelmatig patiënten van boven de 70 ontmoeten. Daarmee komt zij in aanraking met het protocol “delirium”.

Opvallend is ook de, ervaren, drukte op de afdeling.

Verpleegkundigen geven aan nauwelijks vijf minuten tijd vrij te kunnen maken. Dit gevoel wordt echter niet door alle verpleegkundigen gedeeld. Het verdient aanbeveling om hier in de toekomst dieper op in te gaan.

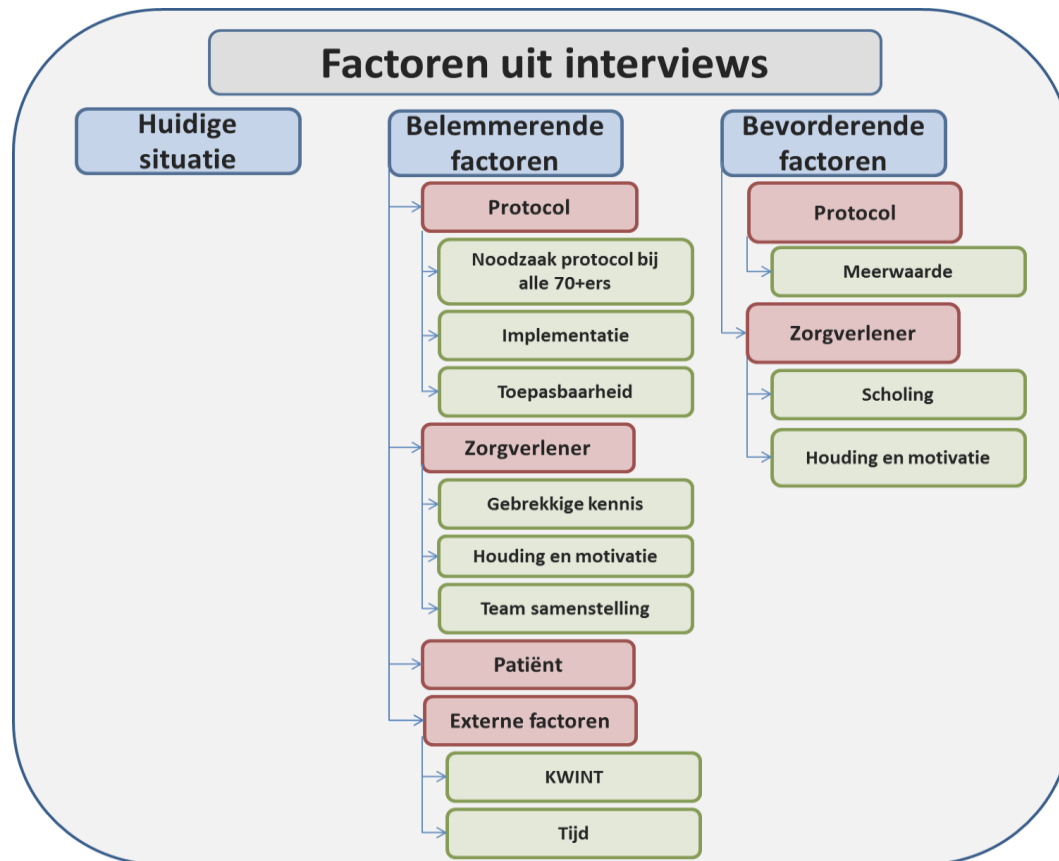
4.2.2. Resultaten vanuit semi-gestructureerde interviews

Respons

8 van 37 respondenten op de vragenlijst hebben zich aangemeld voor deelname aan de interviewfase. Hieruit is een selectie gemaakt op basis van variatie hiërarchie. Vijf verpleegkundigen zijn voor een gesprek uitgenodigd. Drie van de vijf aangeschreven verpleegkundigen hebben daadwerkelijk deelgenomen.

Resultaten

In het onderstaande worden de resultaten van de interviews per besproken factor weergegeven. Deze zijn onderverdeeld in factoren met betrekking tot het protocol, de zorgverlener, de patiënt en de externe factoren. Begonnen wordt met enkele algemene bevindingen vanuit de interviews. De complete vragenlijst is terug te vinden in bijlage 5. Een, geanonimiseerde, uitwerking van de interviews is terug te vinden in bijlage 8. Onderstaand figuur 17 geeft een overzicht van de besproken thema's.



Figuur 17. Overzicht factoren naar voren gekomen uit interviews

Huidige situatie

De respondenten van de interviews doen allen uitspraken wat betreft te huidige situatie, en de manier waarop de gebrekkige protocolopvolging zich, in hun ogen, voornamelijk uit. Duidelijk komt naar voren dat de gebrekkige opvolging van het protocol ook in hun ogen van belang is. Dit wordt onderstreept in de volgende uitspraak:

“Op het moment dat iemand hier echt hartstikke delirant is dan hebben wij hier ook een probleem”.

Alle respondenten benoemen dat de opvolging voornamelijk spaak loopt bij de uitvoering van verdere interventies na vaststellen van (risico op) delier. Er wordt bijvoorbeeld wel gerapporteerd in het verpleegkundig dossier dat de patiënt mogelijk delirant is maar er wordt dan geen DOS opgestart.

Naast deze problemen benoemen de respondenten ook positieve punten. Zo is men het er over eens dat de screening op kwetsbaarheid steeds beter wordt gedaan. Twee van de drie respondenten geven aan een stijgende lijn in de protocolopvolging te zien.

Belemmerende factoren

Protocol

Noodzaak protocol bij 70+ers

Uit de schriftelijke vragenlijsten komt een gebrekkige overtuiging van het belang van het protocol bij alle 70+ers als een duidelijke belemmerende factor naar voren. De vraag hiernaar in de interviews geeft een genuanceerder beeld. Tijdens alle interviews gaat men er automatisch vanuit dat met de overbodigheid van het protocol bedoeld wordt op patiënten die uit de screening niet als risicogroep naar voren komen. Op de vraag; Wanneer is het protocol niet toepasbaar bij 70+ers? Is het antwoord tweemaal:

“Mensen die niet als kwetsbaar scoren” “in principe wordt elke 70+er gescreend”

Dit doet vermoeden dat men niet goed beseft dat het protocol al bij de screening begint. De andere respondent weet wel dat het protocol al start bij het invullen van het screeningslijstje

Eén van de ondervraagden stelt een grijs gebied vast. Hierbij gaat het om mensen die slechts op één punt van de screening scoren en daarmee als risicopatiënt worden bestempeld.

“Dan komt toch die hele riedel in beweging van dat team wat misschien onnodig is”. “Niet iedere oudere patiënt is een geriatrische patiënt met verhoogde risico’s.”

Implementatie

De respondenten beschrijven een langdurig proces waarin het protocol steeds verder vorm heeft gekregen en regelmatig aangepast is. Een echt moment van implementatie kan men zich niet herinneren. Wel zijn er in de loop van de jaren op verschillende momenten scholingen geweest over het protocol. Hierover wordt het volgende gezegd:

“Ja, dat protocol is nooit echt geïmplementeerd. Het is er zo’n beetje geleidelijk ingeslopen. Volgens mij nooit echt een implementatieplan van geweest. Er is natuurlijk wel wat scholing geweest.”

Toepasbaarheid

De respondenten zijn kritisch over de toepasbaarheid van het protocol. Hierbij wordt voornamelijk gewezen op de uitgebreidheid van interventies en de tijd die een adequate uitvoering kost.

“Het is met name de hoeveelheid interventies. Een foto op het nachtkastje, een kalender en zo dat weten we allemaal wel en dat gebeurt ook altijd wel. Maar met name die meerdere dingen die dan dus echt tijd gaan kosten, daar is gewoon de ruimte niet voor dus tijd speelt wel degelijk een rol.”

“Het protocol is heel uitgebreid als je het leest. Ik weet niet of jullie dat doorgenomen hebben.. dat is een boekwerk! “

Zorgverlener

Gebrekkige kennis van het protocol

De gebrekkige kennis van het protocol omtrent delier lijkt, in de ogen van de respondenten, een belangrijke belemmerende factor te zijn in de uitvoering ervan. Getuige de uitspraak:

“Het grootste probleem? Nou dan denk ik toch dat er ook wel een kennisgebrek is van de inhoud van het protocol”

Daarbij wordt door de respondenten aangemerkt dat het niet om een compleet gebrek aan kennis gaat. Veel meer geven de respondenten aan dat de kennis van het protocol niet compleet is. Zo is volgens hen bij vrijwel alle verpleegkundigen op de afdeling bekend wat een delier inhoudt, en ook de meeste interventies kennen de verpleegkundigen. Maar het complete plaatje en het automatisme om de interventies ook in gang te zetten ontbreekt. Dit wordt als volgt omschreven:

“Ik denk dat dat een beetje samenhangt met dat mensen heel veel dingen weten van ‘ow, dat zit in het protocol’... Maar als je nou vraagt wat er nou echt allemaal in staat dan weten ze dat niet”

“Ik denk dat als je hier een interview zou houden met de vraag ‘weet je wat een delier is?’ Dan kan iedereen dat wel redelijk goed omschrijven. Maar als je vraagt welke interventies je nou precies doet om wat te voorkomen, dan zal niet iedereen daar een antwoord op hebben. Dat deel is niet bij iedereen bekend.”

De gebrekkige kennis van het protocol wordt bevestigd als een specifiek onderdeel van het protocol ter sprake komt, namelijk de screening. Twee respondenten wisten niet met zekerheid dat de screening van de risicopatiënt al bij het protocol hoort.

Houding en motivatie

Alle drie de respondenten stellen een gebrek aan motivatie voor de uitvoering van het protocol vast. Deze gebrekkige motivatie in het team wordt terug gezien op momenten dat het onderwerp weer onder de aandacht gebracht wordt.

“Vaak is de reactie “Dat weten we nou onderhand wel” “Het is een beetje zo dat mensen het een vervelend onderwerp vinden soms”

De oorzaak voor dit gebrek aan motivatie wordt, door de respondenten, aan een gebrek aan kennis gekoppeld. Bijvoorbeeld in de volgende uitspraak over het gebrekkig uitvoeren van interventies:

“Interventies, maar vooral het kennen van het belang ervan. En daarmee ook de motivatie.”

Ook lijken veel verpleegkundigen volgens één van de respondenten niet te weten dat vanuit het GIDZ team ook veel verpleegkundige adviezen gegeven worden waar mee juist tijd gewonnen kan worden.

Naast kennis wordt de intensiteit van het protocol benoemd als reden voor gebrekkige motivatie in het team.

“Men vind toch ook dat er veel gevraagd wordt, en dat is ook zo. Als je het goed wil doen dan vergeet het ook een hoop tijd”

Een andere mogelijke factor die een rol speelt is dat het resultaat van preventieve interventies niet duidelijk te zien is. Je weet nooit of iemand als je de interventie niet uit had gevoerd een delier had gekregen.

Team samenstelling

Een nieuwe belemmerende factor die uit de interviews naar voren komt is de team samenstelling. Deze wordt door twee van de respondenten duidelijk benoemd als belemmerende factor. Daarbij geven zij ook aan dat hier winst op te behalen valt.

“We hebben natuurlijk ook een hele hoop nieuwe mensen. En daar is natuurlijk ook die kennis niet optimaal bij.”

“.. mensen die weg gaan, nieuwe mensen die komen. Dus het blijft altijd een punt dat steeds weer opnieuw duidelijk gemaakt moet worden”.

Patiënt

Vanuit de vragenlijsten komt de factor patiënt naar voren als zijnde van belang voor de opvolging van het protocol. In de interviews wordt dit verder toegelicht. De respondenten zien het moment van screening als het punt waar de houding van de patiënt een rol kan spelen. Hoewel ze aangeven hier zelf weinig problemen mee te hebben, kunnen zij zich goed voorstellen dat sommige patiënten een afwijzende houding hebben. Voornamelijk als de vraag voor hen onverwacht komt:

“Dan kan diegene soms wel denken ‘Ja, ik kan wel 70+ zijn, maar ik ben niet gek!’”

Over de oplossing zijn ze het eens, het is van belang om de patiënt duidelijk uit te leggen waarom je bepaalde vragen stelt.

“Als je dat uitlegt, waarom je screent, staan ze er wel veel meer voor open.”

Externe factoren

KWINT

KWINT wordt door één van de respondenten als een soms doorslaggevende factor benoemd in de opvolging van het protocol. Daarbij noemt deze respondent voornamelijk de snelheid van het programma als problematisch.

“Dat gaat zo langzaam.. Als je gedurende de dag hier even een DOS-lijst wil uitprinten en dat kost je 10 minuten dat werkt niet. Printen en voorraadjes neerleggen is dan symptoombestrijding.”

Tijd

De interviews bevestigen het belang van de factor tijd. De respondenten zien deze factor zowel terugkomen door de uitgebreidheid van het protocol en de voorgeschreven interventies als in de algemene drukte op de afdeling en het moeten stellen van prioriteiten. De respondenten geven aan dat het wel mogelijk is om een deel van het protocol uit te voeren, maar voor een strikte opvolging is in hun ogen geen ruimte. Voornamelijk de hoeveelheid interventies vormt in hun ogen een probleem.

“De tijd kun je in het begin wel nemen maar ik zie in de loop van de uren, dagen, dat het er gewoon bij insluipt”.

Drukke op de afdeling, net als de hoeveelheid protocollen waarmee de verpleegkundigen te maken hebben, leidt in de ogen van de respondenten tot de noodzaak om prioriteiten te stellen. Hierbij schiet het protocol “delier” er als snel bij in. Met name op het gebied van screening:

“Dan is het druk en dan wordt er gekozen ‘....’ Dan vallen screeningslijstjes er altijd als eerste af”

Dit heeft ook te maken met het belang dat aan het protocol gehecht wordt:

“Ik moet toegeven dat als ik keuzes moet maken tussen tijd aan het protocol rondom delier te besteden of wonden te verzorgen of te medicatie te delen, kies ik toch voor het andere. Misschien is dat ook de verkeerde prioriteit die je neemt ja”

Over de screening op zich wordt aangegeven dat hierbij tijd niet het grootste probleem is. Hier mist vaak nog de routine.

“Het zit hem denk ik ook in waar je vertrouwd mee bent. Iets waar je vertrouwd mee bent en wat je helemaal beheerst dat doe je makkelijker even tussendoor”

Naast het wegvallen van de screening door tijdgebrek speelt tijd ook bij de verdere uitvoering een rol. Één van de respondenten geeft aan dat er bij risicopatiënten wel verpleegplannen worden gemaakt maar dat de uitwerking daarvan spaak loopt.

“Als blijkt dat iemand een verhoogd risico loopt dan wordt makkelijk een verpleegplan in het dossier gedaan, maar dat wordt dan verder niet uitgewerkt of gebruikt. “..” Eigenlijk zou dat dan meer uitgewerkt moeten worden”..” maar daar is natuurlijk vaak geen tijd voor, en dan schieten dat soort dingen erbij in”.

Tijdgebrek leidt daarnaast tot afwijken van het protocol. Één van de respondenten schetst de situatie als volgt.

“Dat ze te weinig drinken, te weinig eten of dat er te weinig eten wordt aangeboden of dat ze erbij geholpen moeten worden, wat niet goed verloopt. Waardoor ze weer een sonde krijgen, waardoor ze weer deliranter worden ‘....’ Ik denk dat meer persoonlijke begeleiding goed zou zijn”.

“Ik zou niet weten hoe we het anders aan zouden moeten pakken, maar soms hoeft het misschien niet”

Bevorderende factoren

Protocol

Ervaren meerwaarde van het protocol

In de interviews wordt de meerwaarde van het protocol bevestigd. Als meerwaarde ziet men dat de interventies doordacht en gevalideerd zijn. Ook neemt het protocol een stukje werk uit handen doordat er verpleegkundige interventies aangedragen worden, de verpleegkundigen minder zelf met oplossingen dienen te komen. Het protocol kan als een checklist werken om na te gaan of niks vergeten wordt.

Kanttekening hierbij is dat niet alle verpleegkundigen op de hoogte zijn van de voordelen die het protocol, en de samenwerking met GIDZ, op kan brengen zoals; het wegnemen van het ontwikkelen van een plan of het beter en sneller herstel van de patiënt.

Zorgverlener

Scholing

Uit de schriftelijke vragenlijsten bleek al dat de meeste verpleegkundigen van de afdeling van mening zijn dat zij voldoende geschoold zijn om het protocol uit te kunnen voeren. Op verschillende manieren wordt op de afdeling aandacht besteedt aan de kennis van de medewerkers van het protocol. Zo is het protocol regelmatig onderdeel geweest van jaarlijkse bijscholingsdagen

Over de noodzaak van extra scholing zijn de meningen bij de respondenten verdeeld. Zo zegt de ene respondent:

“Extra scholing is niet nodig er wordt al heel veel geschoold op deze afdeling. Mensen zijn ‘scholingsmoe’. Voor nieuwe medewerkers bestaat al een scholing van de VMS thema’s. Hierbij komt ook delier aan bod.”

De ander benoemd juist de noodzaak om “dit steeds opnieuw onder de aandacht te brengen”.

Houding en motivatie

Het probleem van houding van de verpleegkundigen wordt behalve bevestigd ook genuanceerd in de interviews.

“Nou, ik denk dat mensen wel alert zijn op het ontstaan van een delier”

“Er zit wel veel verschil in. Je hebt ook mensen die er heel serieus mee omgaan. Die heel goed weten dat het heel belangrijk is.”

4.3. Deelvraag drie

Welke aanbevelingen om de protocolopvolging van het protocol omtrent delirium op de verpleegafdeling Heelkunde van het UMC st Radboud te verbeteren kunnen worden geformuleerd uit de gevonden factoren?

4.3.1. Overzicht bevindingen

In de interviews is gericht gevraagd naar mogelijkheden om de protocolopvolging te verbeteren. Dit heeft geleid tot een aantal uitspraken over de gewenste situatie voor de toekomst. Daarnaast zijn er enkele concrete verbetervoorstellen gedaan. Deze worden hieronder weergegeven.

Gewenste situatie

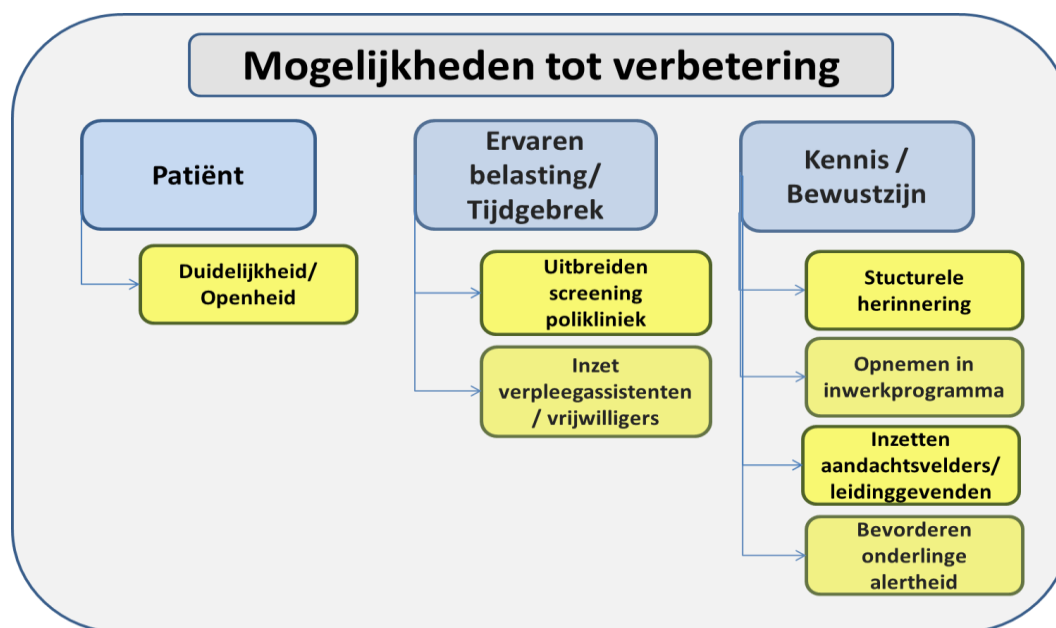
Voor de toekomst geven alle respondenten aan dat verbetering van de protocolopvolging mogelijk moet zijn. Als doelstelling wordt hierbij benoemd dat de uitvoering steeds meer een automatisme moet gaan worden.

“Volgens mij zou het een reflex moeten zijn. Bij iedere patiënt waarbij je een niet pluisgevoel hebt, dat je dan een DOS opstart.”

Één van de respondenten blijft ondanks mogelijkheden tot verbetering kritisch:

“Eigenlijk is C50 niet goed toegerust voor dergelijke patiënten. Er is een klinisch geriatrie afdeling in het ziekenhuis. Eigenlijk zou er voor geriatrie OK patiënten ook een gespecialiseerde unit moeten zijn.”

Mogelijkheden tot verbetering



Figuur 18. Mogelijkheden tot verbetering uit interviews

Met betrekking tot de factor patiënt

De respondenten geven een concrete oplossing voor de belemmerende factor patiënt. Zij zien een duidelijk benadering en de ruimte nemen om een goede uitleg te geven als essentieel.

Met betrekking tot factor tijd

Screening

Het screenen van patiënten kost tijd. In de ogen van de respondenten is het daarbij belangrijk dat de verpleegkundigen hier meer routine in krijgen.

“Dat screenen, daar moeten mensen vertrouwd mee raken en dan doen ze dat er op gegeven moment er “wel even bij” dan wordt het routine”.

Een voorstel om het tijdsbestek aan screening te verminderen is een uitgebreidere screening op de opname poli. Deze kan dan een indicatie geven of verdere screening op de verpleegafdeling noodzakelijk is of niet. De verpleegkundige op C50 hoeft de formele handeling van het invoeren van de screening in het MEPD dan alleen indien hier aanleiding voor is in te voeren.

“Want al die punten heb je zo 1, 2, 3, uitgevraagd bij de patiënt en dat scheelt toch weer een handeling in de computer”

De inzet van verpleegassistenten / vrijwilligers

Op C50 wordt gewerkt met verpleegassistenten één van de respondenten ziet potentie in de mogelijkheid om deze verpleegassistenten een grotere rol te geven in de uitvoering van het protocol

“Delirium”. Zo zouden zij het dagprogramma in de gaten kunnen houden en activiteiten met de patiënten ondernemen.

“Verpleegassistenten kunnen in de uitvoering van het protocol veel betekenen” “Als er genoeg verpleegassistenten zijn, kunnen zij een bepaalde verantwoordelijkheid krijgen voor patiënten die bijvoorbeeld een dagprogramma hebben”

Een ander komt met een soortgelijk voorstel waarbij een grotere rol voor de vrijwilligers van het GIDZ-project weggelegd is

“Als de vrijwilligers die bij het GIDZ team zitten nou daar meer geschoold in worden, zodat zij een taak van ons weg kunnen nemen”... “zij kunnen bijvoorbeeld een kalender maken, zeg maar de basis dingentjes”

Met betrekking tot kennis en bewustzijn

Voor de belemmerende factor kennistekort worden twee aanknooppunten gesignaleerd. Ten eerste het alert houden van verpleegkundigen door aandacht aan het onderwerp te besteden in bijvoorbeeld teamoverleg en patiëntbesprekingen aan de hand van concrete voorbeelden.

“Er moet een soort bewustwording plaatsvinden”

“Het moet er gewoon echt nog ingestampt worden”... “Herhaling is belangrijk”

Ten tweede worden er voorstellen gedaan om de kennis bij nieuwe medewerkers te verbeteren. Door een duidelijkere inbedding van het protocol in het inwerkprogramma. Nieuwe medewerkers op korte termijn informeren. Of een regelmatige scholing alleen voor nieuwe medewerkers. Hierbij kunnen de aandachtsvelders een rol spelen.

“Om alle nieuwe mensen of leerlingen meteen apart dat allemaal uit te leggen en te vertellen. Dat je dat mensen meteen goed aanleren. Ik denk dat dat ook wel belangrijk is om dat bij leerlingverpleegkundigen meteen goed te doen, zodat het gewoon vanzelfsprekend wordt.”

Over scholing als middel om kennis te vergroten zijn de respondenten pessimistisch. Zij spreken van “Scholingsmoeheid” bij de verpleegkundigen.

Gebruik van aandachtsvelders

Uit de interviews komt een grotere rol van de verpleegkundige aandachtsvelders naar voren als een mogelijkheid de protocol opvolging te verbeteren. Bijvoorbeeld door het actief aanspreken van verpleegkundigen over mogelijke risico patiënten. Het bereiken van een soort sociale controle. In praktijk is het nu nog zo dat de aandachtsvelders weinig tijd hebben om actief aan de protocolopvolging te werken omdat zij de zorg voor hun eigen patiënten hebben.

“In de praktijk is er vaak nauwelijks tijd om daar eens echt veel aandacht aan te besteden”

Gebruik van de leidinggevenden

Om verbetering in bewustzijn te bereiken zouden in de ogen van de respondenten de teamleiders meer betrokken moeten worden. Doordat zij veel aanwezig zijn kunnen zij structurele aandacht aan het onderwerp besteden.

“Zij zijn een constante factor... en kunnen ook meer aandacht besteden aan en controleren of het protocol goed wordt opgevolgd.”

5. Discussie

Dit hoofdstuk kijkt terug op het onderzoek. Hierin worden het onderzoek en gevonden resultaten kritisch bekeken. Begonnen wordt met de opzet- en beperkingen van de gegevensverzameling en analyse. Vervolgens wordt gekeken naar opvallende, tegenstrijdige en/of samenhangende punten uit de resultaten.

Dit onderzoek is een praktijkgericht onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren in de opvolging van het protocol “Delirium” op C50 van het UMC St Radboud. Om antwoord te vinden op deze vraag is in drie fasen onderzoek gedaan : literatuuronderzoek, een schriftelijke vragenlijst onder de verpleegkundigen op C50 en verdiepende interviews. Voorafgaand aan deze fasen is een context analyse gedaan.

5.1. Beperkingen van het onderzoek

Momentopname

Het onderzoek legt de ervaren factoren op een bepaald moment vast. In de tijdspanne tussen het begin en het einde van het onderzoek is de situatie op de afdeling in beweging. Vanuit het GIDZ-team en de aandachtsvelders omtrent het betreffende protocol zijn gedurende de periode dat het onderzoek liep stappen ondernomen om de protocolopvolging te verbeteren. De gevonden gegevens blijven relevant, zij kunnen genomen stappen valideren en verdere actie initiëren.

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek heeft een grote verscheidenheid aan resultaten naar voren gebracht. De resultaten van dit onderzoek is dan ook te zien als een trendanalyse, het geeft een trend weer van terugkerende thema's in de protocolopvolging. Het gaat daarbij duidelijk niet om een meta-analyse. Door analyse door twee verschillende onderzoekers, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, wordt de analyse zo betrouwbaar mogelijk gemaakt.

Schriftelijke vragenlijst

De vragenlijst richt zich op vooraf vastgestelde factoren. Factoren die niet in de vragenlijst benoemd zijn, zullen in de resultaten daarom niet naar voren komen. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat er factoren gemist worden. Door het geven van een mogelijkheid tot toelichting bij het afnemen van de vragenlijst is gepoogd dit effect te beperken. Dit heeft geen nieuwe factoren opgeleverd.

Interviews

De interviews zijn gehouden met drie van 63 verpleegkundigen (4,8%). Dit is slechts een kleine steekproef. De resultaten van de interviews kunnen dan ook niet als representatief voor de gehele populatie gezien worden. Wel hebben interviews met de respondenten een goede aanvulling/verdieping gegeven op de onderzoeksresultaten vanuit de schriftelijke vragenlijst. Het gaat om persoonlijke inzichten van ervaringsdeskundigen. Of alle voorstellen haalbaar en reëel zijn is niet onderzocht, dit valt niet binnen de grenzen van dit onderzoek.

Door de kleine steekproef is de kans dat de respondenten niet anoniem blijven aanwezig. Hierdoor bestaat de kans dat de geloofwaardigheid (credibility) verminderd wordt (Lyke & Proot, 2010). Bij bespreken van resultaten bleek dat de respondenten in ieder geval van elkaars deelname op de hoogte waren. Daarnaast zien collega's de respondent met ons over de afdeling lopen op zoek naar een ruimte voor afname van het interview. Dit vergroot de kans op sociaal wenselijke antwoorden. Of er daadwerkelijk sociaal wenselijk is geantwoord door de respondenten is lastig te achterhalen. De overeenkomsten tussen de verschillende interviews en overeenkomsten met de andere onderzoeksresultaten wijzen er op dat er weinig sociale wenselijkheid heeft gespeeld bij de respondenten.

Vertekend beeld door gebrekkige kennis

Tijdens de interviewfase bleek dat niet voor alle verpleegkundigen duidelijk is dat het protocol start bij de screening van de patiënt en voor een belangrijk deel preventief van aard is. Een deel van de verpleegkundigen is uitgegaan van de situatie waarin de patiënt al delirant is. Dit beïnvloedt de uitkomsten van het onderzoek. De resultaten worden wel als relevant beschouwd omdat ook na het ontstaan van delirantie binnen de reikwijdte van het protocol valt en dus binnen dit onderzoek.

Vertekend beeld door selectieve respons

Bij een schriftelijke vragenlijst hebben de onderzoekers niet in de hand welke potentiële respondenten daadwerkelijk meewerken. In een groep zullen in het algemeen de voortrekkers eerder geneigd zijn een enquête in te vullen. Een beperking van dit onderzoek is daardoor dat het niet zeker is dat zowel de voortrekkers, de middengroep en de achterblijvers goed zijn vertegenwoordigd. Door de goede respons (58%) op de schriftelijke vragenlijst en doordat alle aanwezigen tijdens afname van de vragenlijst zijn aangespoord tot het invullen van de vragenlijst is de kans op het missen één van de drie de groepen verkleind.

GIDZ-project

In de praktijk blijken het protocol “Delirium” en het GIDZ-team nauw met elkaar verweven. Respondenten associëren beide met elkaar en zien beiden als onlosmakelijk verbonden. Dit is van invloed op de antwoorden van respondenten. De resultaten kunnen wel als relevant worden beschouwd omdat binnen dit onderzoek telkens specifiek is gevraagd naar het protocol omtrent delirium.

5.2. Overeenkomsten en verschillen

De gevonden resultaten van dit onderzoek dienen in samenhang te worden gezien binnen de gegeven context en in de drie fasen van dit onderzoek. In het onderstaande worden samenhang en tegenspraak binnen het onderzoek besproken.

5.2.1. Overeenkomsten en verschillen binnen het onderzoek op C50

Binnen deze subparagraaf worden de overeenkomsten en verschillen van de resultaten van de verschillende onderzoeksfasen besproken. Daarnaast wordt besproken hoe de gevonden resultaten binnen de context, zoals besproken in hoofdstuk twee, passen.

5.2.1.1 Overeenkomsten binnen het onderzoek op C50

Gebrek aan kennis en gebrek aan motivatie

De respondenten van de interviews geven aan dat een gebrek aan kennis één van de belangrijkste belemmerende factoren in de protocolopvolging is. Hierbij wordt bedoeld op een gebrek aan kennis van het protocol. Een gebrek dat ook uit de schriftelijke vragenlijsten naar voren komt. Dit gebrek aan kennis wordt door de respondenten duidelijk gekoppeld aan gebrekkige motivatie. Dit is terug te zien in de fasen van implementatie zoals beschreven door Grol (1994). Verpleegkundigen zijn minder gemotiveerd om het protocol uit te voeren omdat zij niet goed weten wat het inhoud.

Tijdgebrek en praktische uitvoerbaarheid protocol

Het onderzoek laat een duidelijke link zien tussen tijdgebrek en praktische uitvoerbaarheid. Door het gebrek aan tijd wordt het moeilijk om de interventies uit het protocol op te volgen. Andersom kosten interventies uit het protocol binnen de uitvoerbaarheid op zich zelf te veel tijd. Dit is zowel te zien in de opmerkingen die de verpleegkundigen bij de schriftelijke vragenlijst plaatsen als bij de interviews. Vooral in de interviews benoemen de respondenten een duidelijke link.

5.2.1.2 Verschillen binnen het onderzoek op C50

Geen hindering versus slechte inpasbaarheid

Uit de vragenlijsten komt naar voren dat het protocol goed in te passen is in de dagelijkse zorg. Dit geeft aanleiding tot de aanname dat een goede inpasbaarheid een bevorderende factor is in de

protocolopvolging. Dit wordt echter tegengesproken door de respondenten van de interviews. Daar wordt een slechte toepasbaarheid in de dagelijkse zorg juist als één van de belangrijkste belemmerende factoren wordt benoemd.

Duidelijkheid protocol versus verwarring over startpunt protocol

De verwarring over het startpunt van het protocol die tijdens de interviews naar voren komt strookt niet met de vaststelling dat een grote meerderheid van de respondenten van de vragenlijst aan geeft dat het protocol duidelijk is. Dit suggereert dat de respondenten mogelijk niet goed op de hoogte zijn van de inhoud en de reikwijdte van het protocol.

5.2.2. Overeenkomsten en verschillen tussen C50 en de literatuur

Na de overeenkomsten en verschillen te hebben besproken binnen afdeling C50 worden binnen deze subparagraaf de overeenkomsten en verschillen tussen C50 en de literatuur besproken.

5.2.2.1 Overeenkomsten tussen C50 en de literatuur

Toepasbaarheid

In de literatuur wordt benoemd dat een protocol in praktijk niet altijd toepasbaar is. Ook op C50 wordt de lastige toepasbaarheid van het protocol als belemmerende factor benoemd. Op C50 wordt de lastige toepasbaarheid met name gekoppeld aan gebrek aan tijd voor de uitvoering van de interventies.

Rol van de patiënt

Verskillende mogelijke kenmerken van de patiënt worden in de literatuur als belemmerend benoemd. Op C50 eveneens. Met name als de patiënt ongeduldig is of als medische toestand instabiel is wordt met name het screenen als lastig ervaren.

Tekort aan ondersteunend personeel

Tekort aan ondersteunend personeel wordt in de literatuur als belemmerend benoemd. Dit gegeven komt ook in het onderzoek op C50 naar voren. In de interviews wordt tevens aangegeven dat meer ondersteunend personeel een oplossing zou zijn voor betere opvolging van het protocol.

Tijdgebrek

Tijdgebrek is als belemmerend benoemd in de literatuur. Ook op C50 wordt dit als een van de steeds terugkerende belemmerende factoren benoemd.

5.2.2.2 Verschillen tussen C50 en de literatuur

Duidelijkheid protocol

Uit de literatuur komt dat een protocol vaak te vaag en/of te complex is. Uit de vragenlijst en interviews van dit onderzoek komt juist dat het protocol duidelijk is. Dit wijst erop dat de duidelijkheid van het protocol een kracht is. De inhoud van het protocol lijkt op C50 niet het probleem te zijn.

Bewustzijn van het protocol

In literatuur komt het achterblijven van bewustzijn naar voren als een belangrijke belemmerende factor. Echter binnen C50 bestaat er wel bewustzijn van het protocol. De verpleegkundigen van C50 zijn zich bewust van het bestaan van het protocol omtrent delirium en geven aan het voordeel ervan in te zien.

Checklist

De literatuur beschrijft dat een protocol te veel als checklist kan fungeren en dat dit belemmerend is in de opvolging ervan omdat dit de vrijheid en de autonomie van de verpleegkundige beperkt. Binnen C50 wordt juist aangegeven dat het fijn is dat het protocol als een soort checklist fungeert. De respondenten van de interviews geven aan dat het prettig en tijdbesparend is dat het protocol als een soort checklist werkt. Hierdoor hoeft het wiel niet telkens opnieuw uitgevonden te worden.

Betrokkenheid bij de implementatie

In de literatuur komt naar voren dat de betrokkenheid, bij de implementatie, van degene die het protocol zal gaan uitvoeren zeer bevorderend werkt bij de uitvoering ervan. Uit de schriftelijke vragenlijst op C50 lijkt deze factor juist niet van belang. Een meerderheid geeft aan dat het niet betrokken zijn bij de implementatie voor hen geen rol speelt bij de opvolging ervan. Slechts vijf respondenten denken dat een grotere betrokkenheid bij de implementatie de protocolopvolging zou hebben bevorderd. De meerderheid mist de betrokkenheid bij de implementatie dus niet.

Steun van leider en teamwork

De steun van een leider en effectieve teamwork zijn als bevorderende factoren gevonden in de literatuur. In de voorstellen tot verbetering van de respondenten van C50 geven zij aan hier potentie in te zien. Zij benoemen de rol van de leidinggevende en het onderling elkaar aanspreken als mogelijkheden tot verbetering.

5.2.3. Overeenkomsten en verschillen tussen C50 en de context

KWINT

In de context vooraf wordt KWINT als de belangrijkste bron voor de verpleegkundigen om kennis te nemen van het protocol. Uit zowel vragenlijst als interviews blijkt dat deze manier van distributie in de ogen van de verpleegkundigen niet goed werkt. In de vragenlijst geeft meer dan een kwart van de verpleegkundigen aan dat het protocol niet goed terug te vinden is. Dit wordt door meerdere verpleegkundigen belangrijk genoeg gevonden om extra toe te lichten. In de interviews geven twee van drie respondenten duidelijk aan ontevreden te zijn over KWINT.

Invoering protocol

In de context bleek de invoering van het protocol op de afdeling lastig te achterhalen. Dit komt terug in de interviews. Ook hier kunnen de respondenten niet duidelijk beantwoorden hoe het protocol ingevoerd is. Zij benoemen vooral losse informatiemomenten.

GIDZ

In de contextanalyse wordt benoemd dat C50 één van de pilotafdelingen van GIDZ is. Voornamelijk uit de vragenlijst komt naar voren dat deze rol voor de verpleegkundigen duidelijk en als positief ervaren wordt. Mogelijk kan deze samenwerking met het GIDZ in verdere eventuele interventies om de protocolopvolging te verbeteren een rol spelen.

Voorlopers, middengroep, achterblijvers

Grol & Wensing (2006) beschrijven dat men bij de invoering van een nieuwe werkwijze of protocol vaak te maken heeft met groepen van voorlopers, middengroep en achterblijvers. In de resultaten van C50 is een grote spreiding te zien in de antwoorden. Dit zou veroorzaakt kunnen worden door een spreiding over deze groepen.

De grote hoeveelheid verpleegkundigen die aangeven geen behoefte te hebben aan meer informatie of meer invloed op de wijze van implementatie wijst erop dat op de afdeling een relatief grote midden- en achterblijversgroep kent. Voorlopers staan er om bekend dat zij hier juist belang aan hechten (Grol & Wensing, 2006). In eventuele interventies om de protocolopvolging te verbeteren zal hier rekening mee gehouden moeten worden.

Implementatiecyclus

De implementatiecyclus zoals door Grol (1994) beschreven kent vijf verschillende fasen. Daarbij wordt gesteld dat de fasen op elkaar opbouwen. Het behalen van de ene fase is een voorwaarde om aan de volgende te kunnen beginnen.

Als de huidige situatie op C50 afgezet wordt tegen deze fasen blijken er kenmerken van diverse fasen terug te vinden. Dit is terug te zien in figuur 19. Dit wijst op een onvolledige, niet systematische

invoering van het protocol. Een bevinding die strookt met de bevinding dat geen van de respondenten van de interviews een duidelijk implementatietraject kon benoemen.

Fase	Factoren uit onderzoek	Huidige stand
Oriëntatie Eerste bekendheid van de gewenste verandering bij de doelgroep	37,8% geeft aan het protocol niet gelezen te hebben of niet op de hoogte te zijn	Grotendeels behaald
	Een duidelijke meerderheid van de verpleegkundigen geeft aan dat het protocol duidelijk is, op het gebied van doelgroep, verantwoordelijkheden en samenwerking GIDZ	
	Respondenten van de interviews geven aan het protocol goed te kennen	
Inzicht Omzetten van feitelijke kennis naar inzicht in het belang van een verandering	De respondenten van de interviews geven een gebrek aan kennis aan als belangrijkste belemmerende factor. Hieraan koppelen zij een gebrek aan motivatie.	Gedeeltelijk behaald
	De respondenten van de interviews geven aan bewust te zijn van de meerwaarde van het protocol. Er bestaat onenigheid over de reikwijdte.	
	Uit de schriftelijke vragenlijst geeft slechts 2,7% van de respondenten aan het niet eens te zijn met het protocol	
	Meer dan 60% van de respondenten geeft aan een toegevoegde waarde in de zorg, toegevoegde waarde voor de patiënt en aansluiting bij de behoeften van de patiënt te zien	
	Tijdens de interviews blijkt dat niet alle verpleegkundigen op de hoogte zijn van de reikwijdte van het protocol	
Acceptatie Verandering van inzicht in daadwerkelijk geloven in een verandering Uitvoerbaarheid speelt hierbij een rol	Interviews laten zien dat verpleegkundigen sceptisch zijn over uitvoerbaarheid in combinatie met andere protocollen en tijdgebrek	Gedeeltelijk behaald
	Van de respondenten van de vragenlijst geeft meer dan de helft aan geen hindering in het uitvoeren van de dagelijkse zorg te ondervinden door het protocol	
	Uit de schriftelijke vragenlijst komt tijdgebrek als praktisch bezwaar naar voren	
Verandering Daadwerkelijke invoering van het protocol	Het protocol is op de afdeling ingevoerd. De manier waarop is niet te achterhalen	Gedeeltelijk behaald
	Uit de kwaliteitsmeting blijkt dat het protocol onvoldoende wordt nageleefd	
Behoud Het vasthouden van verandering	Uit de kwaliteitsmeting blijkt dat het protocol onvoldoende wordt nageleefd	Niet behaald

Figuur 19. Vergelijking resultaten C50 en implementatiecyclus

Verpleegkundigen weten van het protocol, en men kent de meerwaarde. Maar er is nog onvoldoende kennis van de precieze inhoud en de manier waarop meerwaarde concreet wordt bereikt. Dit beïnvloedt de protocolopvolging. Er is nog geen volledige acceptatie in de praktijk, daardoor kan de stap naar verandering nog niet gezet worden. Dit is echter wel wat van de verpleegkundigen verwacht wordt, het is te vermoeden dat dit mede oorzakelijk is voor het teamklimaat dat niet positief staat tegenover protocollen.

6. Conclusie en aanbeveling

6.1. Conclusie

Resultaten onderzoek

Concluderend kan gesteld worden dat op C50 diverse bevorderende en belemmerende factoren spelen, die onderverdeeld kunnen worden in de categorieën: innovatie, zorgverlener, patiënt en externe factoren.

Literatuuronderzoek en onderzoek op de afdeling laten zien dat de protocolopvolging een complex, veelzijdig onderwerp is.

Bevorderende factoren liggen in de ogen van de verpleegkundigen bij de duidelijkheid, correctheid en meerwaarde van het protocol. Inhoudelijk is een overgroot deel van de verpleegkundigen het met het protocol eens. Daarnaast komt uit de interviews naar voren dat bij de verpleegkundigen een motivatie bestaat om het protocol uit te voeren.

Belemmerende factoren liggen in de ogen van de verpleegkundigen in de randvoorwaarden die nodig zijn om het protocol uit te kunnen voeren. Deze liggen gedeeltelijk bij de zorgverlener; zoals door gebrekkige kennis van het protocol en andere prioriteiten waarmee de verpleegkundige in de dagelijkse zorg te maken heeft. Ook worden externe factoren benoemd zoals een ervaren tijdgebrek en het lastige gebruik van KWINT. Het tijdgebrek wordt door de verpleegkundigen in samenhang gezien met de inhoud van het protocol, beschreven interventies zijn veelvuldig en tijdrovend.

Implementatiecyclus

Vergelijking van de resultaten van het onderzoek tegen de implementatiecyclus laat zien dat de invoering van het protocol “delirium” nooit de implementatiecyclus zoals deze wordt aanbevolen door Grol (1994) heeft doorlopen. De huidige situatie vertoont kenmerken vanuit verschillende fasen van de cyclus. Daarbij stellen wij vast dat de fase van oriëntatie grotendeels afgerond is. Weliswaar geeft een duidelijke meerderheid van de verpleegkundigen aan op de hoogte te zijn van het protocol. Echter is er ook nog een relatief groot aantal dat aangeeft het protocol niet, of niet volledig gelezen te hebben. Ook bij de volgende fase, het verkrijgen van inzicht is een duidelijk gebrek vast te stellen, bij een groot deel van de verpleegkundigen lijkt onduidelijkheid te bestaan over reikwijdte en intentie van het protocol. Zonder deze basis wordt ook de verandering slechts gedeeltelijk bereikt. Van behoud kan nog geen sprake zijn.

6.2. Aanbevelingen

Vanuit de theorie van de implementatiecyclus kunnen aanbevelingen worden gedaan om de protocolopvolging te verbeteren. Hierbij raden wij aan een stap terug te doen en te beginnen bij het bereiken van inzicht bij de huidige verpleegkundigen. Pas als deze fase goed is afgerond kan verder gekeken worden naar een verbetering van de opvolging van het protocol en vervolgens het behoud daarvan. Wellicht is een nieuwe ‘kick-off’ een mogelijkheid, waarbij het protocol opnieuw op de afdeling wordt geïntroduceerd.

Afstemming op doelgroep

Om geslaagde implementatie te bereiken is het van belang de te gebruiken strategie aan te passen aan de te bereiken doelgroep (ZonMw, 2012). De resultaten van het onderzoek wijzen er op dat afdeling C50 voornamelijk bestaat uit middengroep en achterblijvers. In onderstaand schema worden hier aanknooppunten voor gegeven.

	Koplopers	Middengroep	Achterblijvers
Motivatie om te veranderen?	Snel te porren voor veranderingen.	Wil er graag bij horen.	Vaak geneigd tot solistisch opereren.
	Zien de voordelen ervan in.	Gevoelig voor sociale druk en de relatie met anderen.	Gevoeliger voor dwang en druk.
Wat moet u vooral beïnvloeden?	Kennis	Houding	Gedrag
Wat kan u daarbij helpen?	Goede en wetenschappelijk verantwoorde informatie, afkomstig van betrouwbare bronnen. Bijvoorbeeld artikelen en gekwalificeerde nascholing.	Sleutelfiguren inzetten, intercollegiale activiteiten en feedback van collega's. Bijvoorbeeld: teamoverleg, onderlinge afspraken, intercollegiale toetsing, kleinschalige scholingsbijeenkomsten waarbij opinieleiders de nieuwe werkwijze introduceren, consensusbijeenkomsten.	Praktische steun bij problemen, regels en afspraken. Beloning en sancties. Druk vanuit officiële standpunten. Druk vanuit (vak)organisaties, en vanuit regels die zijn opgesteld door directie en raad van bestuur.

Figuur 20. Doelgroep aangepaste strategie, schema gebaseerd op ZonMw (2012)

Strategiekeuze

Doel	Deze strategie past daarbij:
De doelgroep moet geïnteresseerd raken in de vernieuwing en zich bij de vernieuwing betrokken voelen.	Motiverende een draagvlakvergroten strategie Bedoeld om mensen mee te krijgen en aan te zetten tot de verandering
De doelgroep moet de vernieuwing kunnen toepassen. Dat vraagt om de nodige kennis en vaardigheden.	Educatieve strategie Bedoeld om mensen kennis en vaardigheden aan te leren zodat zij de verandering in praktijk kunnen uitvoeren
We moeten de knelpunten in de organisatie oplossen die de vernieuwing in de weg staan.	Organisatorische strategie Bedoeld om processen goed te stroomlijnen en blokkades op te lossen zodat de vernieuwing de beste kansen maakt
De doelgroep moet kunnen terugvallen op iets of iemand om te kunnen veranderen en om die verandering vol te houden.	Faciliterende strategie Bedoeld om in belangrijke randvoorwaarden te voorzien die een vernieuwing succesvol helpen invoeren

Figuur 21. Implementatiestrategie, schema gebaseerd op ZonMw (2012)

Gezien de gevonden factoren passen op C50 is het niet mogelijk één specifieke strategie aan te wijzen. De grootste gevonden belemmerende factoren liggen in de kennis van voordelen van het protocol en de motivatie om extra tijd in de uitvoering van het protocol te willen steken. De andere grote belemmering is de indruk van de verpleegkundigen dat de uitvoering van het protocol in de huidige situatie vaak niet mogelijk is. Hierbij komen onder andere tijdgebrek en andere prioriteiten naar voren. Om deze punten aan te pakken bevelen wij een draagvlakvergroten en faciliterende strategie aan.

Een kennisvergroten strategie lijkt minder geschikt vanuit de vaststelling dat de verpleegkundigen op de afdeling aangeven al over voldoende kennis en kunde beschikken om de verschillende interventies uit te voeren.

Ook een organisatorische strategie lijkt niet de aangewezen weg aangezien er geen specifieke aanwijzingen zijn voor organisatorische belemmerende factoren.

Aanbevelingen voor interventies vanuit het onderzoek op C50

De interventies uit de theorie sluiten aan bij enkele van de aanbevelingen die uit de gedane interviews met de respondenten naar voren komen.

Binnen de draagvlakvergroten strategie passen suggesties die werken aan het vergroten van kennis en bewustzijn bij de verpleegkundigen. Hierbij stellen de respondenten voor, de aandachtsvelders een grotere rol te geven. Ook zouden leidinggevendenden meer betrokken kunnen worden. De respondenten pleiten daarnaast voor betere informatie voor nieuwe medewerkers.

Binnen de faciliterende strategie passen suggesties van de verpleegkundigen die de besteedde tijd aan de uitvoering van het protocol verminderen. Zo stellen zij voor om kritisch te kijken naar de verantwoordelijkheden binnen het protocol. Een ander voorstel is kritisch te kijken naar de manier van screening, in hoeverre kan deze meer op de polikliniek opgevangen worden.

Ook de tevredenheid over de samenwerking met het GIDZ die uit de schriftelijke vragenlijst naar voren komt is een aanknopingspunt in het opzetten van een verbeterstrategie. In de praktijk wordt het protocol 'Delirium' al door veel verpleegkundigen aan het GIDZ-project gelinkt. De precieze invulling van een samenwerking met GIDZ in interventies om de protocolopvolging te verbeteren zal verder onderzocht moeten worden.

Verdere aandachtspunten

Naast interventies vanuit de implementatiecyclus bevelen wij aan te kijken naar de randvoorwaarden waarmee de verpleegkundigen te maken hebben.

Inhoud van het protocol

Een grote ervaren tijdsdruk wordt door de verpleegkundigen veelvuldig als belemmerend benoemd. Hierbij wordt geopperd dat het afdragen van taken aan andere beroepsgroepen verlichting kan geven. Protocolinhoudelijk zou verder gekeken moeten worden of dit wenselijk en realistisch is.

KWINT

Het informatiesysteem KWINT wordt door veel van de verpleegkundigen negatief beoordeeld. Het systeem kost tijd en lijkt onduidelijk te zijn. Het vermoeden is dat dit niet alleen effect heeft op de opvolging van het protocol "delirium" maar ook bij andere protocollen een rol kan spelen. Het functioneren van KWINT verdient daarom verder onderzoek.

Interactie tussen protocollen

Behalve met het protocol "delirium" blijkt vanuit de interviewfase dat verpleegkundigen op C50 te maken hebben met een veelheid van protocollen en regels. De indruk reist dat de verpleegkundigen door de bomen het bos niet meer zien, en zich gedwongen voelen hier keuzes in te maken. Ook deze interactie verdient verder onderzoek.

Bronnenlijst

Artikelen

Cahill, N.E., Suurdt, J., Ouellette-Kuntz, H. & Heyland, D.K. (2010). *Understanding Adherence to Guidelines in the Intensive Care Unit: Development of a Comprehensive Framework*. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 2010, Volume 34: Number 6. Pag 616-624

CBO & Richtlijncommissie delirium van de Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2004). *Richtlijn delirium*. Amsterdam: uitgeverij Boom

CBO (2007). *Handleiding voor werkgroepleden*. November 2007 uit Studiehandleiding KWZ 1, HAN, 801051-02, verantwoord verplegen, verplegen verantwoord OWE2.02240

Cochrane, L.J., Olson, C.A., Murray, S., Dupuis, M., Tooman, T., Hayes, S. (2007). *Gaps Between Knowing and Doing: Understanding and Assessing the Barriers to Optimal Health Care*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 27(2): 94-102

Colón-Emeric, C.S., Lekan, D., Utley-Smith, Q., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K., Piven, M.L., Anderson, R.A. (2007). *Barriers and Facilitators of Clinical Practice Guidelines Use in Nursing Homes*. J Am Geriatr Soc. 2007 September ; 55(9): 1404-1409

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J. & Virani, T. (2008). *Insight about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings*. BMC Health Services Research 2008, 8:29

Ebben, R.H., Vloet, L.C., Groot, J.M. de, Achterberg, T. van. (2012). *Factors influencing adherence to an emergency department national protocol*. Department of Critical Care, Faculty of Health and Social Studies, HAN University of Applied Sciences. Nijmegen, The Netherlands.

Forsner, T., Hansson, J., Brommels, M., Aberg Wistedt, A., Forsell, Y. (2010). *Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers*. BMC Psychiatry 2010, 10:8

Garber, E., Desai, M., Zhou, J., Alba, L., Angst, D., Cabana, M. & Saiman, L. (2008), *Barriers to adherence to cystic fibrosis infection control guidelines*. Pediatric Pulmonology, Volume 43, Issue 9, Pages 900-907, September 2008

Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. The Lancet. Vol 362. October 11, 2003

Gross, P.A., Greenfield, S., Cretin, S., Ferguson, J., Grimshaw, J., Grol, R., Klazinga, N., Lorenz, W., Meyer, G.S., Riccobono, C., Schoenbaum, S.C., Schyve, P. & Shaw, C. (2001) *Optimal Methods for Guideline Implementation: Conclusions From Leeds Castle Meeting*. Medical Care: August 2001-Volume 39-Issue 8- pp II-85-II-92

Janssen, M.A.P., Achterberg, T. van, Adriaansen, M.J.M., Kampshoff, C.S., Schalk, D.M.J. & Mintjes-de Groot, J. (2012). *Factors influencing the implementation of the guideline Trage in emergency departments: a qualitative study*. Journal of Clinical Nursing, 2012, Feb; 21(3/4): 437-47

Knops, A.M., Storm-Versloot, Mank, A.P.M., Ubbink, D.T., Vermeulen, H., Bossuyt, P.M.M., Goossens, A. (2010), Factors influencing long-term adherence to two previously implemented hospital guidelines. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; Volume 22, Number 5, pp421-429

Koh, S.S.L, Manias, E., Hutchinson, A.M., Donath, S. & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Services Research* 2008, 8:105

Plas, M., Engelshoven, I. van, & Mintjens- Groot, J. de (2008). *Doorbreek de rituelen. Een overzicht van zinloze rituelen in de zorg en een stappenplan om deze te doorbreken*. Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., Miller, P. (2007). Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff and Project Leaders

Shiffman, R.N., Dixon, J. , Brandt, C., Essaihi, A., Hsaio, A., Michel, G., O'Connell, R. (2005). *The Guideline Implementation Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation*. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2005, 5:23

Sinuff, T., Cook, D., Giacomini, M., Heyland, D. & Dodek, P. (2007). *Facilitating clinician adherence to guidelines in the intensive care unit: A multicenter, qualitative study*. *Crit Care Med*. 2007 Sep; 25(9): 2083-9

Witlox, J. (2011). *Delirium in the elderly: biomarkers and outcomes*. AMC-UvA: 07-02-2012. Geraadpleegd op 10-02-2012 van <http://dare.uva.nl/record/407013>

Boeken

Achterberg, Th. van, Bours, G.J.J.W., Eliens, A.M. & Strijbol, N.C.M. (2008). *Effectief verplegen 1. Handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen* (3^{de} geheel herziene druk). Dwingeloo: Kavanah.

Clijsen, M., Garenfeld, W., Kuipers, G., Loenen, E. van & Piere, M. van (2008), *Psychiatrie voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. ISBN 978 90 352 2860 3 Delier pag: 373-379

Lyke, van der, S. & Proot, S. (2010) *Kwalitatief onderzoek: Over stromingen, kwaliteit en praktische relevantie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Dassen, Th.W.N. & Keuning, F.M. (2009). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublikaties, een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen* (tiende oplage). Baarn: HBuitgevers.

Grol, R., Van Everdingen, J., Casparie, A. (1994). *Invoering van richtlijnen en veranderingen, een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. De Tijdstroom, Utrecht.

Grol R., Wensing M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Hollands, L., Hendriks, A.F., Ariens, H. & Verheggen, F. (2005). *Elementen van kwaliteitszorg* (4^e druk). Utrecht: LEMMA BV.

Kruk, T. van der, Salentijn, C. & Schuurmans, M. (2007). *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen* (tweede druk). Den Haag: Lemma.

Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (dertiende druk). Amsterdam: uitgeverij SWP.

Verbogt, S. & Meersbergen, D.Y.A. van (2007). *Hoofstukken over gezondheidsrecht*, Groningen/Houten. Wolters-Noordhoff bv

Witte, J. de, Berkers, N., Visser, G. (2011). *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.

Internet:

Dutch Hospital Data. (2010). *Verslagjaar 2010/UMC St Radboud. 2.8 Delirium*. Geraadpleegd op 09-03-2012, van <http://www.ziekenhuizentransparant.nl/?jaar=2010&doezkh=10005&PHPSESSID=f403ecf3860b01fadba1489d1c0f98b2#>

Flohr & Verheijen. (2004). *Responsbepalende factoren bij schriftelijke enquêtes*. Geraadpleegd op 30.03.2012, van <http://www.flover.nl/memoos/response.pdf>

HBO-raad (2011). *Gedragcode Praktijkgericht Onderzoek in het HBO*. Han.nl

IGZ (z.j.). *Kwaliteitsindicatoren*. Geraadpleegd op 07-03-2012, van http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/

IGZ. (2012). *Zichtbare zorg*. Geraadpleegd op 05-03-2012, van <http://www.zichtbarezorg.nl/>

NIAZ .(2012). *Over NIAZ*. Geraadpleegd op 08-03-2012, van <http://www.niaz.nl/>

RIVM. (2012). *Kiesbeter wijst u de weg in de zorg*. Geraadpleegd op 07-03-2012, van <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/begrippen/#letter-l>

Universiteit leiden (zonder jaartal). *Gelegenheidssteekproef*. Geraadpleegd op 02-04-2012, van <http://www.leidenuniv.nl/fsw/psychologielexicon/index.php3-c=57.htm>

VMSzorg. (2009a). *Over het programma*. Geraadpleegd op 03-03-2012, van <http://vmszorg.nl/Over-het-programma/alle-feiten-op-een-rij>

VMSzorg. (2009b). *Praktijkgids kwetsbare oudere*. Geraadpleegd op 23-02-2012, van http://vmszorg.nl/Documents/Tools_Extras/Thema's/KO/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf

ZON Mw (2012). *Implementatie*. Geraadpleegd op 15-09-2012, van <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/tips-vooraf/>

Meetinstrument

Harmsen, M., Peters, M. & Wensing (2005), M., *Barriers and facilitators assessment instrument: Introduction, instructions and instrument*. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen Medical Centre.

UMC St Radboud

Heelkunde (2012). *Inwerkprogramma*. KWINT: Intern document.

UMC St Radboud (z.j.). *Conclusies nulmeting 2008*. Geraadpleegd op 09-03-2012, van <https://portal.extern.umcn.nl/organisatie/delir/Pages/Conclusiesnulmetingvoorjaar2008.aspx>

UMC St Radboud (2011a). *Goed, beter, ... : Jaardocument 2010 UMC St Radboud*. Geraadpleegd op 26-02-2012, van [http://www.umcn.nl/OverUMCstRadboud/Publicaties/Jaardocumenten/Documents/Jaardocument%20\(2010\).pdf](http://www.umcn.nl/OverUMCstRadboud/Publicaties/Jaardocumenten/Documents/Jaardocument%20(2010).pdf)

UMC St Radboud (2011b). *Interpretatie scores teamklimaat gemeten met de TCI Interne Audit d.d. 20-10-2011 Heelkunde*. Nijmegen: UMC St Radboud.

UMC St Radboud (2011c). *Kwaliteitsmonitor*. Geraadpleegd op 01-04-2012, van <https://portal.extern.umcn.nl/services/Lists/Services/DispForm.aspx?ID=575>

UMC St Radboud (2011d). *KWINT, KWaliteit op INTranet*. Geraadpleegd op 08-03-2012, van <https://portal.extern.umcn.nl/services/Lists/Services/DispForm.aspx?ID=2>

UMC St Radboud (2011e). *Inwerkprogramma verpleegafdeling Heelkunde UMC St Radboud*. Nijmegen: UMC St Radboud

UMC St Radboud (2012). *Delirium, preventie, screening en behandeling*. Geraadpleegd op 27-02-2012 van https://kwint.umcn.nl/WebInterface/viewer/DKS_View.aspx?MODE=BODY&DocI

Verbeek-Gijsbers, W., Bakker, F. (2011). *Zorgvernieuwingsproject kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 10-03-2012 van <https://portal.extern.umcn.nl/organisatie/plchir/Decubitus%20en%20wondzorg/wondconsulenten.pdf>

Bijlagen

Bijlage 1: Protocol Delirium	57
Bijlage 2: Literatuuronderzoek.....	66
Bijlage 3 Kwaliteit van gebruikte artikelen	72
Bijlage 4 Tot stand komen schriftelijke vragenlijst	74
Bijlage 5 Tot stand komen vragen voor individuele interviews.....	81
Bijlage 6 Resultaten literatuuronderzoek	83
Bijlage 7 Toelichting categorieën en sub-categorieën.....	89
Bijlage 8 Uitwerking interviews in onderwerpen.....	92

Bijlage 1: Protocol Delirium

NB: Voor verwijzingen naar andere documenten binnen het protocol verwijzen wij naar <https://kwint.umcn.nl>. Deze zijn tevens via de auteurs te verkrijgen.

Titel

Delirium, preventie, screening en behandeling

Doel

- Vroege herkenning van delirante patiënten en patiënten met een hoog risico op een delirium.
- Het nemen van preventieve maatregelen om delirium te voorkomen en/of de ernst en duur van de delirante episodes te reduceren.

Inleiding

Deze richtlijn is van toepassing op alle verpleegafdelingen voor volwassen patiënten, uitgezonderd de IC's.

Delirium is waarschijnlijk de meest voorkomende neuropsychiatrische stoornis in het ziekenhuis, met een prevalentie van 5 tot 50% bij opgenomen ouderen. Het is een tijdelijke stoornis die wordt veroorzaakt door een combinatie van kwetsbaarheid bij opname en uitlokkende factoren (zoals ernstig ziek zijn) tijdens de opname. Vroegtijdige herkenning van delirium is uitermate belangrijk. Adequate zorg en medische behandeling zoals in deze richtlijn beschreven, voorkomt en verkort periodes van delirium aanzienlijk.

Bij zowel het vermoeden van delirium, alsook voor verdere diagnostiek, invulling van verpleegkundige zorg alsook de medische behandeling kan een consult worden gevraagd.

- Bij patiënten jonger dan 70 jaar bij de afdeling Psychiatrie *81.1907.
- Bij patiënten van 70 jaar en ouder bij de verpleegkundig consulent geriatrie: *81.1411; arts: *81.2334.

NB Ook verpleegkundigen kunnen een consult voor de verpleegkundig consulent aanvragen.

Inclusie criterium

Alle patiënten die opgenomen zijn op verpleegafdelingen van het UMC St Radboud.

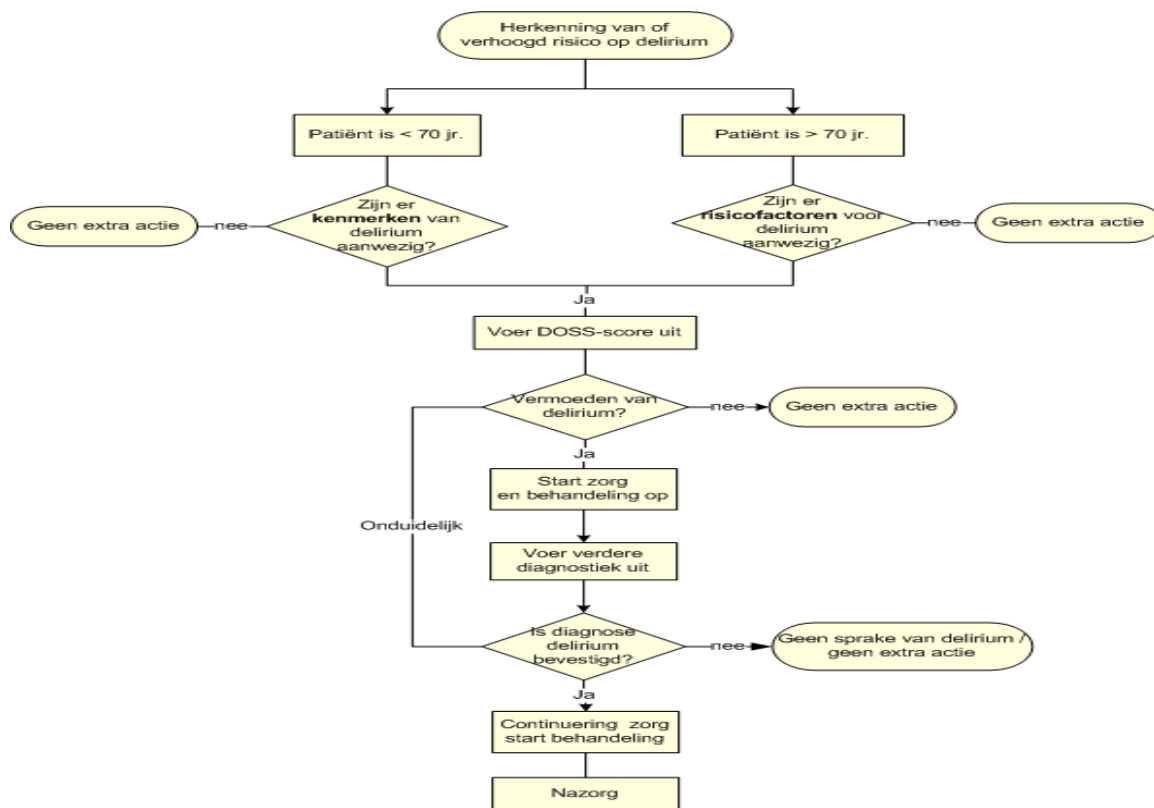
Betrokken disciplines

- Medische en verpleegkundige discipline.
- Overige disciplines worden in het MDO bepaald.

In consult:

- Psychiatrie, indien patiënt jonger is dan 70 jaar * 81 1907.
- Geriatrie, indien patiënt 70 jaar of ouder is: verpleegkundig consulent geriatrie*81.1411; arts: *81.2334.

Samenvatting (beslisboom)



Communicatie en samenwerking

Zie onder [diagnostiek](#) en [behandeling](#).

Diagnostiek multidisciplinair

Herkennen van patiënten met een verhoogd risico*

Alle patiënten van 70 jaar en ouder moeten bij opname (of op een pré-poli) worden gescreend op een verhoogd risico op delirium.

Een verhoogd risico op delirium treedt op indien bij een patiënt één van de volgende risicofactoren aanwezig is:

- De patiënt heeft geheugenproblemen.
- De patiënt heeft de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg.
- De patiënt is delirant geweest tijdens eerdere opname of ziekteperiode.

Herkennen van een mogelijk delirium mbv DOSS*

Kenmerkende symptomen van een delirium zijn acute en snel wisselende bewustzijnsproblemen, en problemen met cognitief functioneren zoals waarneming en wanen.

Bij patiënten met een verhoogd risico op delirium, is de verpleegkundige alert op klinische verschijnselen die duiden op het ontwikkelen van een delirium. Als hulpmiddel hierbij wordt op drie opeenvolgende dagen tijdens elke dienst de DOSS

ingevuld ([Delirium Observatie Schaal Screening](#)). Bij een score van 3 of hoger, is er mogelijk sprake van een delier (Schuurmans, 2005). Voor de afdeling Neurologie geldt als indicatie een score van 8 en hoger (Roodbol, 2010). Bij kinderen kan de DOSS ook worden afgenomen.

NB: De DOSS moet drie dagen afgenomen worden. Indien er tijdens één dienst een hoge score op de DOSS gescoord wordt, kan dat opgevat worden als een symptoom van een mogelijk delier.

Indien er een vermoeden is van een delirium, wordt de patiënt al verzorgd en behandeld als ware er een delirium vastgesteld.

Kenmerken delirium

De behandelend arts of consulent geriatrie/psychiatrie stelt op basis van multidisciplinaire verzameling van gegevens over beloop, symptomen en verschijningsvorm de diagnose delirium.

De definitie delirium (DSM IV) omvat de volgende kernsymptomen, die voor een diagnose delirium *alle* aanwezig moeten zijn:

- A. een acuut en snel wisselende stoornis
- B. in bewustzijn of aandacht
- C. in cognitie of waarneming
- D. door een onderliggend medisch of medicamenteus probleem

Naast bovenstaande kernsymptomen kunnen ook andere kenmerken aanwezig zijn die kunnen horen bij een delirium; voor het herkennen van deze kenmerken. Zie [tabel I](#) in bijlage.

Wanneer deze kenmerken worden gesignaleerd en er is nog geen DOSS-screening uitgevoerd, doe dit alsnog.

Wanneer door de behandelend arts bij de patiënt de diagnose delirium is vastgesteld, zal daarop eerst onderzoek naar de oorzaken volgen. Bij oudere patiënten met delirium moet rekening worden gehouden met symptoomarmoede en maskering van klassieke symptomen, onder andere in het geval van pneumonie en blaasontsteking.

- Beoordeel de vitale functies: temperatuur, bloeddruk, pols, zuurstofsaturatie en hydratietoestand.
- Beoordeel of er een blaasretentie bestaat.
- Let op hypoglycemie bij een patiënt bekend met diabetes mellitus.
- Beoordeel of er darmperistaltiek of obstipatie is.

een medicatie op delirium bevorderende eigenschappen, zie [tabel II](#) (let in het bijzonder op bij polyfarmacie, anticholinergie medicatie en opiaten).

Aanvullend onderzoek:

Laboratoriumonderzoek

Standaard:

- Hb, leukocyten, trombocyten, albumine
- CRP
- Natrium, kalium, kreatinine
- Glucose
- Calcium, gamma GT
- ALAT, ASAT, TSH, bilirubine, alkalische fosfatase, en CK

Overig diagnostisch onderzoek op indicatie:

- ECG

Indien er geen oorzaak van een delirium kan worden vastgesteld of de symptomen zijn niet in verhouding tot de ernst van het onderliggend probleem: vraag een [consult](#) bij Psychiatrie of Geriatrie (zie [inleiding](#)).

Behandeling multidisciplinair

Vermoeden van een delirium

Indien bij een patiënt een delirium vermoed wordt, dan wordt de patiënt verzorgd en behandeld alsof er een delier gediagnosticeerd is, uitgezonderd de medicamenteuze behandeling.

Het vermoeden van de aanwezigheid van een mogelijk delirium is gebaseerd op de resultaten van de DOSS-score, ook als er nog maar 1 dag of 1 dienst hoog wordt gescoord of op andere klinische signalen die waar te nemen zijn. Zie [bijlage I](#).

Verpleegkundige zorg

Algemeen

- Gebruik het [Verpleegplan Delirium en preventie van delirium](#)
- Gebruik de DOSS om de waarneming van klinische verschijnselen te objectiveren en/of om maatregelen te evalueren.
- Bespreek de score van de DOSS tijdens de visite.
 - De mate van fluctueren en de aanwezigheid van bepaalde symptomen zijn aanleiding om multidisciplinair actie te ondernemen.
- Schakel bij acute gedragsveranderingen direct de behandelend arts in.
- Neem een aanvullende anamnese en heteroanamnese af. Let hierbij vooral op cognitie, zelfredzaamheid, gewoontes en interesses.
- Spreek duidelijk af wie het aanspreekpunt is in de familie (meestal de wettelijke vertegenwoordiger).
- Bied een vertrouwde, veilige en rustige omgeving en optimaliseer de afdelingsinrichting:
 - Zorg ervoor dat de kamer overzichtelijk is.
 - Zorg ervoor dat de naam van het ziekenhuis duidelijk zichtbaar is.
 - Zorg voor kalender en een klok.
 - Maak kamer en toilet herkenbaar.
- Optimaliseer het therapeutisch klimaat: prikkelarm of juist niet (afhankelijk van het soort delier: hyperactief of apatische delirium).
- Zet zoveel mogelijk dezelfde verpleegkundigen en artsen in die voor de patiënt zorgen en die contact hebben met de mantelzorgverlener(s).
- Beoordeel of een eenpersoonskamer gewenst is.
- Zorg voor een kamer in de buurt van de verpleegpost.
- Stimuleer het mobiliseren, o.a. bij maaltijden zoveel mogelijk uit bed.
- Zorg voor voldoende activiteiten overdag. Maak een dagprogramma met zoveel mogelijk bekende prikkels op de juiste tijd (bijvoorbeeld warm eten 's avonds, tv-programma's, journaal). Noteer ook de interventies van andere disciplines, zoals de fysiotherapie.
- Indien gevaar voor letsel: zoek actief naar oplossingen! Maak zo min mogelijk gebruik van vrijheidsbeperkende interventies. Overweeg altijd alternatieven, zie document [Vrijheidsbeperkende maatregelen, het aanbrengen van](#).
- Beperk invasieve behandelingen: infusen, katheters.
- Zorg voor frequent toezicht.
- Zet het bed op de laagste stand. Zet zo nodig een extra laag bed in.
- Gebruik hulpmiddelen als een bedalarm en infrarooddetectie.

- Fixeer lijnen extra goed.
- Zorg voor adequate planning/realisatie van maatregelen in het dossier.

Bejegening van de patiënt

- Neem zodanig plaats in de kamer dat de patiënt u goed kan zien.
- Beweeg langzaam en voorspelbaar.
- Bouw ieder contact dat u met de patiënt hebt opnieuw op.
- Bejegen de patiënt kalm, oriënterend en geruststellend.
- Wees duidelijk en concreet.
- Geef niet te veel informatie en opdrachten tegelijk en gebruik korte zinnen.
- Sluit zoveel mogelijk aan bij de behoeften, gewoonten en interesses van de patiënt.
- Houd rekening met het feit dat de patiënt zijn eigen situatie vaak niet kan overzien.
- Informeer patiënt:
 - Geef op een moment dat de patiënt goed bij bewustzijn is, voorlichting over het ziekteproces die de vreemde waarnemingen en gedachten kunnen verklaren.
 - Vertel de patiënt dat de verwardheid die hij in wisselende mate doormaakt van tijdelijk aard is.
 - Geef (uw persoonlijke) grenzen aan als de patiënt deze overschrijdt, maar doe dit zo zakelijk mogelijk.

Familie

- De verpleegkundige legt de familie uit wat er aan de hand is en wat een delirium inhoudt. Betrek hierbij, indien de toestand van de patiënt het toelaat, ook de patiënt zelf.
- Verstrek de informatiefolder 'Delier (acute verwardheid)'. Besteed bij de uitleg aandacht aan het wisselende en tijdelijke karakter van delirium.
- Overleg en inventariseer belangrijke behoeften en gewoonten van de patiënt.
- Overleg over de participatie en ondersteuning van de mantelzorger in de zorg (bijvoorbeeld aanwezigheid van familie buiten bezoektijd tijdens een onrustige episode van de patiënt).
- Geef de familie instructies over de omgang met de patiënt, zie folder.
- Ondersteun de familie van de patiënt (indien gewenst rooming-in van familie of naasten).
- De verpleegkundige bespreekt dagelijks de voortgang met de familie of wettelijke vertegenwoordiger i.v.m. (partiële) wilsonbekwaamheid.

Voorkomen van complicaties

- Voor het voorkomen van een valincident. Zie [protocol Valpreventie](#).
- Voor het afwenden van het gevaar van letsel bij wilsonbekwame volwassen patiënten. Zie de procedure: [Verpleegplan Gevaar voor letsel bij Wilsonbekwame patiënten](#).
- Neem maatregelen om decubitus te voorkomen. Zie multiprofessionele richtlijn [Decubitus](#).

- Let op voldoende voeding- en vochtinname en voorkom verslikpneumonie.

Medische behandelopties

Behandelend arts is verantwoordelijk voor:

- Neem, waar mogelijk, oorzaken weg: behandel hypoglycemie en/of blaasretentie met spoed.
- Optimaliseer de vocht- en elektrolytenhuishouding.
- Handhaaf en verbeter de voedingstoestand. Let daarbij speciaal op de B-vitamines en overweeg suppletie.
- Screen op medicatie met deliriumbevorderende eigenschappen (zie [bijlage II](#)) Let in het bijzonder op bij:
 - Polyfarmacie
 - Anticholinerge medicatie
 - Opiaten
- Zorg voor adequate pijnstilling.
- Weeg het gebruik van invasieve interventies, zoals katheters, af tegen het risico op delirium.
- Voorkom en behandel infecties.
- Zorg een adequate zuurstofsaturatie en behandel anemie (streef naar een HB >6).
- Houd de bloeddruk op peil.
- Behandel de alarmerende symptomen van een delier te weten onrust, angst, agitatie, psychose, gevaarlijk gedrag.

Farmacotherapie

- Overweeg medicatie die een delirium kunnen veroorzaken, te stoppen c.q. te wijzigen, ([zie bijlage II](#)).
- Haloperidol is het middel van eerste keus voor symptomatische behandeling van (de meeste gevallen van) een delirium bij somatisch zieke patiënten, behalve voor delirante patiënten met een hypokinetisch rigide syndroom en patiënten met een Lewy-body-dementie. Haloperidol kan oraal, intraveneus of intramusculair worden gegeven. De noodzaak en intensiteit van de behandeling hangt af van de ernst van de symptomen, met name de onrust, hallucinaties en agitatie. Check de QTc-tijd voor start van haloperidol d.m.v. een ECG, in verband met risico Torsade de Pointes.

Behandel het delirium zelf volgens onderstaand schema. **Houd hierbij rekening met bijwerkingen en contra-indicaties voor haloperidol** (met name: nier-, lever- of hartfalen, kalium < 3.0 mmol/l of pre-existente QT tijd verlenging).

Delirium door een somatische aandoening	- Haloperidol 0.5 – 1 mg, 1-2 dd p.o. - Bij onvoldoende resultaat: vraag consult geriater/psychiater - Voor patiënten <i>die ouder zijn dan 70 en kinderen</i> gelden aangepaste lagere doseringen.
Delirium door gebruik van geneesmiddelen	- Saneer medicatie zo veel mogelijk. - Eventuele bijwerkingen behandelen.
Alcohol onthoudingssyndroom	- Benzodiazepine als monotherapie. - Alleen bij onvoldoende reactie haloperidol toevoegen.
Delirium bij patiënten met het hypokinetisch-rigide syndroom (o.a. Parkinson)	- Haloperidol is sterk gecontraïndiceerd. - Overweeg tijdelijke reductie anti-Parkinson medicatie. - Atypisch anti-psychoticum, bij voorkeur Quetiapine of Clozapine .

Delirium bij patiënten met dementie	Er is geen specifieke behandeling voor delirium bij patiënten met dementie. Uitgezonderd bij Lewy-body-dementie: haloperidol is sterk gecontraïndiceerd.
Gecompliceerd delirium	Aanvragen consult.
Hypoactief delirium	Aanvragen consult.
Medicatie resistentie of contra-indicatie	Aanvragen consult.

Consulteer indien nodig deskundigen op het gebied van delirium. Verpleegkundigen kunnen ook consult aanvragen:

- Psychiatrie, indien patiënt jonger is dan 70 jaar: *81.1907.

- Geriatrie, indien patiënt 70 jaar of ouder is: verpleegkundig consulent: *81.1411 of arts: *81.2334

Follow-up multidisciplinair

Als een patiënt een delirium heeft doorgemaakt, is de kans op herhaling bij een nieuwe opname of ziekte verhoogd. Het doormaken van een delirium is een stressvolle gebeurtenis, zowel voor de patiënt als zijn naasten. Daarom is aandacht voor nazorg belangrijk. Interventies in het kader van nazorg zijn onder andere:

- Bespreek na het verdwijnen van de delirante symptomen en het opklaren van de lichamelijke toestand nogmaals met patiënt en familie wat er is voorgevallen. Wees alert op de eventuele aanwezigheid van posttraumatische verschijnselen.
- Verwijs in overleg met huisarts naar de poli Geriatrie bij vermoeden van cognitieve stoornissen of de noodzaak van een goed medicatie review bij polyfarmacie.
- Geef adviezen voor vroegtijdige herkenning, zoals:
 - Benoem nogmaals de verschijnselen van delirium.
 - Adviseer de huisarts te bellen bij verschijnselen van delirium in de thuissituatie.
 - Laat patiënten bij een volgende opname in een ziekenhuis melden dat er eerder sprake was van delirium thuis of in het ziekenhuis.
- Behandelend arts draagt zorg voor overdracht naar de huisarts en zo nodig naar de specialist ouderengeneeskunde en/of thuiszorg.

Bijlagen

Bijlage I

Kenmerken van een delirium

Beloop	Acuut begin, meestal nachtelijk, wisselende ernst van het klinisch beeld, met symptoomvrije perioden.
Bewustzijn	Gestoorde aandacht, concentratie, gepaard gaande met verhoogde of verminderde alertheid.
Denkstoornis	Onvermogen om helder en logisch te denken, verward, vertraagd of versneld denken, achterdocht, een gevoel van bedreiging en paranoïde wanen, verlies van oordeelsvermogen.

Waarnemingsstoornis	Visuele dispercepties, illusies en hallucinaties. Ook akoestische stoornissen kunnen zich voordoen. Vooral 's nachts en bij patiënten met een verminderde visus en slechthorendheid.
Geheugenstoornis	Vooral korte termijn geheugen. Soms confabulaties. Vaak onbetrouwbare anamnese(!).
Desoriëntatie	Eerste desoriëntatie in tijd, gevolgd door desoriëntatie in plaats en persoon.
Verstoord slaap-waakpatroon	's Nachts slapeloosheid en nachtmerries; overdag suf.
Psychomotoriek	Meestal: (extreme) onrust, plukkerig en ongericht agressief gedrag. Maar ook: apathie en teruggetrokken gedrag.
Stemming	Emotionele labiliteit, angstig, radeloos. Ook: somber, vijandig of inadequaat opgewekt.
Overige	Incontinentie voor urine en feces, overactiviteit met tremoren, tachycardie, hypertensie en verhoogd transpireren.
Verschijningsvormen	Hyperactieve vorm: met agitatie en over alertheid. Hypoactieve vorm: met apathie en verminderde alertheid. Mengvorm.

Bijlage II

Medicatie die delirium kan uitlokken:

- Antibacteriële middelen (m.n.: ampicilline, cefotaxim en aminoglycosiden)
- Anticholinergica (m.n.: oxybutinine, tolterodine, solifenacine)
- Antidepressiva (m.n.: tricyclische antidepressiva)
- Anti-epileptica (m.n.: phenobarbital)
- Antihypertensiva (m.n.: captopril, nifedipine, hydrochloorthiazine)
- Antiparkinson middelen (m.n.: anticholinergica zoals orfenadrine en dopamine-agonisten)
- Antipsychotica (m.n.: clozapine en olanzapine)
- Benzodiazepines (m.n.: chloordiazepoxide, diazepam, flurazepam)
- Corticosteroïden
- Digoxine
- Disulfiram
- H2 antihistaminica
- Lithium
- NSAID's

- Opiaten
- Theophylline

Staak zo mogelijk geneesmiddelen die een delirium kunnen veroorzaken, met name anticholinerge medicatie.

Bijlage III

Informatiefolder Delier

[Doss-scoreformulier \(score voor 3 dagen\)](#)

Referenties

- UMCN, G. Roodbol, Delier (en verwijzing naar verpleegkundige documenten)-kwint richtlijn, 2006.
- CBO / NVVP. Richtlijn Delirium, 2004.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR. 2000
- IGZ. Basisset Veiligheidsindicatoren ziekenhuis 2010 – 2012. Utrecht, IGZ 2010
- Inouye S. Delirium in older persons. N Engl J Med 2006; 354: 1157-1165
- Kalisvaart K et al. Risk factors and prediction of postoperative delirium in elderly hip-surgery patients: implementation and validation of a medical risk factor model. J Am Geriatr Soc 2006; 54: 817-822.
- Knijnenburg C. Klinisch pad delirium. Leiden: Diaconessenhuis Leiden.
- Roodbol G. Herkenning van het delirium aan de hand van de delirium observatie screening schaal bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel; een pilotstudie. Nijmegen, UMC St Radboud 2010
- Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. Res. Theory Nurs Prac 2003; 17(1): 31-50.
- VMS Veiligheidsprogramma. Kwetsbare Oudere. September 2009.

Inhoudsdeskundigen

De werkgroep Delirium bestond uit de volgende personen:

- *Afdeling Geriatrie*: Anke Persoon, verpleegkundig expert; drie verpleegkundig consulenten geriatrie: Jan Oudenes, Marleen Lenkens en Maartje Beek, prof.dr. Marcel Olde Rikkert, geriater; drs. Joep Lagro, internist-ouderengeneeskunde
- *Afdeling Psychiatrie*: Patrick Eichelsheim, verpleegkundig consulent Psychiatrie; dr. M. Pop, psychiater;
- *Afdeling Interne Geneeskunde*: Karin Bos, seniorverpleegkundige EOV.

Wijzigingen

aanpassing: dosering haloperidol en laboratorium-onderzoek + vermindering criteria herkenning delirium

Bijlage 2: Literatuuronderzoek

Gebruik is gemaakt van de volgende zoekwoorden

- *Engelstalig*

Protocol, guideline, adherence, nurses, barriers, facilitators, success factors, implementation, delirium

- *Nederlandstalig*

Protocol, opvolging, verpleegkundig, barrières, bevorderende factoren, belemmerende factoren, succes factoren, delier, implementatie

De volgende databanken zijn gebruikt: Intranet UMC St Radboud (inclusief KWINT), PubMed, Cinahl, Scholar.Google.com. Deze zijn gekozen op basis van eerdere ervaringen en de specifieke eisen van de opdrachtgever.

Uit de resultaten van deze zoektocht zijn vervolgens op basis van de volgende in- en exclusiecriteria relevante artikelen geselecteerd.

- *Inclusie*

Algemene conclusies, conclusies gaan over bevorderende en belemmerende factoren, conclusies met betrekking tot beweegredenen, informatie algemeen toepasbaar, conclusies over invoering en vorm, bron is in originele taal.

- *Exclusie*

Conclusies specifiek voor een bepaalde situatie, conclusies over de inhoud van een protocol

De geselecteerde artikelen zijn vervolgens op betrouwbaarheid en geschiktheid gecontroleerd op basis van schema 1, gebaseerd op de genoemde criteria voor betrouwbare literatuur van Dassen (2009).

Bij de selectie van bruikbare artikelen is op de volgende punten gelet:

Selectie literatuur: Invoeren Protocol		
Selectie op inhoud		
Zoektermen	Protocolopvolging Verpleegkundigen Bevorderende factoren Belemmerende Factoren Protocol adherence Nurses	
Inclusiecriteria	Primaire bron Originele taal Algemene conclusies Conclusie gaat over belemmerende en bevorderende factoren Conclusies met betrekking tot beweegredenen Informatie is algemeen toepasbaar	
Betrouwbaarheidsselectie, checklist		
Soort onderzoek		
Level of evidence		
Geen grijs circuit		
Wetenschappelijk tijdschrift of bekende instantie		
Compleet	Inleiding Methode Resultaten Conclusies Discussie Samenvatting	

In het onderstaande een overzicht van de zoektocht in PubMed en Cinahl.

Pubmed

Een zoektocht naar MeSH-termen levert de volgende termen op:

Guideline Adherence

Conformity in fulfilling or following official, recognized, or institutional requirements, guidelines, recommendations, protocols, pathways, or other standards.

Delirium

A disorder characterized by CONFUSION; inattentiveness; disorientation; ILLUSIONS; HALLUCINATIONS; agitation; and in some instances autonomic nervous system overactivity. It may result from toxic/metabolic conditions or structural brain lesions. (From Adams et al., Principles of Neurology, 6th ed, pp411-2)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#36	Add	earch (((#2) AND #3) AND #4) AND #5) AND #7	15	13:22:53
#20	Add	earch (#18) AND #4	15	13:13:55
#30	Add	earch ((#1) AND #8) AND #9	20	13:12:39
#28	Add	earch ((#1) AND #2) AND #6	23	13:06:48
#27	Add	earch (((#1) AND #2) AND #3) AND #6	0	13:05:05
#26	Add	earch (((#1) AND #2) AND #3) AND #5	0	13:04:28
#19	Add	earch ((#18) AND #4) AND #5	0	12:58:32
#18	Add	earch ((#1) AND #2) AND #3	113	12:58:13
#17	Add	earch ((#7) AND #2) AND #9	13	12:57:01
#11	Add	earch (#10) AND #9	12	12:55:56
#10	Add	earch (#7) AND #8	7089	12:45:12
#9	Add	earch Delirium	17501	12:44:39
#8	Add	earch implementation	94517	12:44:18
#7	Add	earch guideline	134359	12:44:05

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#6	Add	earch success factors	32489	12:43:58
#5	Add	earch facilitators	3523	12:43:43
#4	Add	earch barriers	54995	12:43:37
#3	Add	earch nurses	163753	12:43:29
#2	Add	earch adherence	70709	12:43:20
#1	Add	earch protocol	161644	12:43:14



Friday, March 09, 2012 4:58:11 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S24	S9 and S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2
S23	S7 and S20	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1
S22	S6 and S20	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1
S21	S5 and S20	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	14
S20	S2 and S3 and S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	135
S19	S3 and S4 and S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3
S18	(S5 and S14) and (S3 and S4 and S9)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0

S17	(S5 and S14) and (S7 and S14)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S16	(S5 and S14) and (S6 and S14)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S15	S5 and S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5
S14	S1 and S2 and S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	45
S13	S2 and S3 and S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4
S12	((delirium) and (S1 and S2)) and (S2 and S3 and S9)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S11	(delirium) and (S1 and S2)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5
S10	(delirium) and (S1 and S2)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5

S9	delirium	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2914
S8	implementation	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	34499
S7	success factors	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	912
S6	facilitators	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2132
S5	barriers	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	21007
S4	nurses	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	199073
S3	guideline	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7470
S2	adherence	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	12679
S9	delirium	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2914

Bijlage 3 Kwaliteit van gebruikte artikelen

Kwaliteitscriteria Dassen & Keuning (2009)	
Soort onderzoek	
Level of evidence	
Geen grijs circuit	
Wetenschappelijk tijdschrift of bekende instantie	
Compleetheid	
Helderheid	
Levels of evidence, CBO (2007)	
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang
B	Vergelijkende onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van deskundigen
In- en exclusiecriteria	
Inclusie	Exclusie
Algemene conclusies	Specifiek voor bepaalde situatie
Conclusies over bevorderende en belemmerende	Conclusies over inhoud van het protocol
Subjectief, ervaren factoren	Objectief, gemeten factoren
Verpleegkundige respondenten/informanten	Andere beroepsgroepen
Over werken met een protocol/opvolging	Focus op inhoud van het protocol
	Focus op implementatie van het protocol
Bron in originele taal	
Review	
Artikel recenter dan het meest recente review	Onderzoek geïncorporeerd in review

Gebruikte artikelen							
Auteur	Jaartal	Voldoet aan inclusie-criteria	Soort onderzoek	Level of evidence	Grijs circuit	Publicatie	Compleet en helder
Cahill et al.	2010	Ja	Multiple case study	C	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Cochrane et al.	2007	Ja	Review	A1	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Colon Emeric et al.	2007	Ja	Case study	B	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Davies et al.	2008	Ja	Voor- en nameting	B	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Ebben et al.	2012	Ja	Survey	C	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Forsner et al.	2010	Ja	Survey	C	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Garber et al.	2008	Ja	Survey	C	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Janssen et al.	2012	Ja	Exploratief onderzoek	C	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Knops et al.	2010	Ja	Retrospectief onderzoek	C	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Koh et al.	2008	Ja	Survey	C	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja
Ploeg et al.	2007	ja	Review	A1	Nee	Wetensch. tijdschrift	Ja

Bijlage 4 Tot stand komen schriftelijke vragenlijst

Bij het samenstellen van de uiteindelijke vragenlijst zijn een aantal uitgangspunten gebruikt. Deze uitgangspunten zijn voortgekomen uit de achtergrond informatie zoals deze in het theoretisch kader beschreven is. Uit de documentanalyse komt naar voren dat de verpleegkundigen van C50 niet snel geneigd zijn om mee te werken aan verandering en niet graag informatie delen. Daarom is vanuit de opdrachtgever de nadruk op een positieve benadering gelegd. Voor de vragenlijst betekend dit dat er gekeken is naar de manier van vraagstelling en is deze zo veel mogelijk positief gehouden. Prioriteit is dat iedere schijn van het zoeken naar een zondebok vermeden wordt.

Naast manier van vraagstelling is gekeken naar de inhoud. Op basis van de context, als beschreven in hoofdstuk 2, en de literatuurresearch zijn enkele vragen toegevoegd.

Bij het tweede deel van de vragenlijst is uitgegaan van een ander soort vraagstelling dan in het eerste deel van de vragenlijst. Dit is overgenomen van het originele meetinstrument van Harmsen (2005).

Tenslotte is naar de praktische uitvoerbaarheid van de vragenlijst gekeken. Hoofdzaken daarbij waren dat de vragenlijst overzichtelijk, duidelijk en niet te lang was. De vragenlijst is op deze punten getoetst doordat de onderzoekers zelf hebben de vragenlijst hebben ingevuld en tevens een studiegenoot hebben benaderd om de vragenlijst als proefpersoon te beoordelen. Daarnaast is de vragenlijst beoordeeld door verschillende experts, dit waren de opdrachtgever, kwaliteitsfunctionaris en docentbegeleider.

Fasen van aanpassen meetinstrument:

- Fase 1: Vertaling naar het Nederlands
- Fase 2: Verwijdering van vragen die niet in de situatie passen, signaleren van moeilijke formulering
- Fase 3: Aanpassen van formulering bij bepaalde vragen
- Fase 4: Controle op missende vragen op basis van literatuur
- Fase 5: Begeleidende teksten aanpassen voor de specifieke situatie.
- Fase 5: Lay-outen vragenlijst
- Fase 6: Voorleggen vragenlijst aan docentbegeleider, opdrachtgever, kwaliteitspersoon
- Fase 7: Aanpassen vragenlijst naar aanleiding van feedback
- Fase 8: Hernieuwd voorleggen vragenlijst aan docentbegeleider, opdrachtgever, kwaliteitsfunctionaris. Tegelijk voorleggen vragenlijst aan medestudent, met gerichte vragen om feedback.
- Fase 9: Aanpassen vragenlijst naar aanleiding van feedback docentbegeleider, opdrachtgever, kwaliteitsfunctionaris en medestudent.
- Fase 9: Voorleggen vragenlijst aan hoofdverpleegkundige en vragen naar eventuele extra input
- Fase 10: Aanpassen vragenlijst naar aanleiding van feedback en input hoofdverpleegkundige
- Fase 11: Laatste aanpassingen aan lay-out + testprint
- Fase 12: Laatste maal voorleggen aan opdrachtgever

Tot aan de laatste fase is in de lay-out en door nummering zichtbaar gebleven welke vragen origineel uit het meetinstrument kwamen.

Gemaakte aanpassingen:

- De inleidende tekst + instructies zijn aangepast aan ons onderzoek en de afdeling waar de vragenlijst wordt afgenomen.
- Op alle plekken waar “directive or innovation” staat in de originele lijst is dit, volgens de instructies van de ontwikkelaars, vervangen door “het protocol “Delirium””

Weggelaten:

- Vraag 15. Over financiële compensatie. Deze is geschrapt omdat een extra financiële compensatie niet van toepassing is op de situatie op C50
- Vraag 19: Omdat de timing ongemakkelijk is. Deze vraag is lastig te beantwoorden voor het protocol omdat dit niet op een specifiek tijdstip plaatsheeft.
- Vraag 26: De oudere patiënt. Dit zou de complete doelgroep betreffen.
- Vraag 27: Patiënten die zelden in de praktijk komen. Vraag is specifiek voor bijv. huisartsenpraktijken waar patiënten op regelmatige basis komen. Op C50 gaat het meestal om een éénmalige opname.

Aangepast:

- Vraag 3: Originele vertaling zou zijn: “Het protocol is een goed beginpunt voor zelfstudie.” Deze formulering werd zowel door ons als door onze opdrachtgever als vaag beschouwd. Om deze reden is de vraag veranderd naar: “Het protocol daagt uit om meer te weten te komen over het onderwerp”
- Vraag 6: Originele vertaling zou zijn: “Ik heb problemen met het veranderen van mijn oude routines”. Dit was voor ons gevoel erg negatief geformuleerd. Binnen het onderzoek is gekozen voor een positieve benadering van de verpleegkundigen, het is niet de bedoeling mensen een negatief gevoel of het idee van verwijten te geven. Om die reden is deze vraag, in overleg met de opdrachtgever, aangepast. De nieuwe formulering is geworden: “Het protocol hindert mij in het goed uitvoeren van de dagelijkse zorg”.
- De vragen 9 en 10 zijn aangepast aan de situatie op de afdeling. Deze vragen richten zich in de originele lijst meer op artsen dan verpleegkundigen. Hieruit zijn de vragen 11 tot en met 14 ontstaan die de verschillende groepen waarmee de verpleegkundigen op C50 te maken krijgen behandelen.
- Vraag 11 is aangepast omdat deze negatief gesteld is. Omdat de indruk bij ons alsook de opdrachtgever is dat er al een negatieve trend richting de leidinggevenden bestaat is er voor gekozen deze vraag op een positieve manier te stellen. In plaats van “De leidinggevenden werken niet mee in de uitvoering van het protocol” is gekozen voor “De leidinggevenden bevorderen het gebruik van het protocol”
- Vraag 12. Medewerking door de patiënt. De vraag van meewerken door de patiënt/bemoeilijken van de opvolging wordt in andere vragen opgevangen.

- Vraag 29 (origineel vraag 24). Bij patiënten die gezond lijken. Deze vraag is specifiek voor de doelgroep geformuleerd. Daarbij is gevraagd naar uitzonderingen binnen de doelgroep. Indien dit als een barrière naar voren komt zal hier in de interviews dieper op in worden gegaan.

Toegevoegd:

- Vraag 5: De richtlijn is goed terug te vinden op KWINT
Dit is een toevoeging vanwege de specifieke situatie op de afdeling. KWINT is het belangrijkste middel om het protocol op te zoeken. Uit het literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat het goed vindbaar zijn van een protocol een belangrijke bevorderende factor kan zijn.
- Vraag 16: Er heerst een positieve sfeer op de afdeling ten aanzien van het protocol.
Deze vraag is toegevoegd vanuit de literatuur en kennis uit de documentanalyse. Een positieve sfeer op tegenover een protocol kan een duidelijk bevorderende factor zijn, zoals een negatieve sfeer uit de literatuuranalyse als een barrière naar voren komt. Gezien de, eerder benoemde, resultaten uit de teamklimaatmeting (UMCN, 2011b) is te vermoeden dat een negatieve sfeer op de afdeling een rol zou kunnen spelen. Dit is echter slechts een vermoeden, het is daarom van belang hier naar te vragen. Gekozen is voor een positieve formulering, het is duidelijk niet de bedoeling om ook maar de schijn van beschuldiging te creëren.
- Vraag 19: Ik ben me bewust van de meerwaarde van het protocol. Deze vraag is mede ingebracht door de hoofdverpleegkundige van de afdeling. Hij was van mening dat dit een belangrijk issue zou kunnen zijn. Ook komt dit punt, indirect, op meerdere manieren terug in de onderzochte literatuur. Bijvoorbeeld doordat een overtuigende basis een bevorderende factor is, of een gebrek aan vertrouwen in het protocol en een negatieve houding van het team barrières. Ook hier is bewust gekozen voor een positieve formulering.
- Vraag 22: Het protocol heeft een meerwaarde in de zorg voor de patiënt. Deze vraag is mede gesteld om het punt ingebracht in vraag 19 nogmaals naar voren te brengen. Doordat de vraag twee maal op een andere manier wordt gesteld wordt de kans sociale wenselijkheid van antwoorden verkleind. Tevens is de specifieke meerwaarde voor de patiënt een punt dat terug komt in de literatuur.
- Vragen 31,32,33: Vragen verder door op karakteristieken van de patiënt die de uitvoering van het protocol bemoeilijken. Dit zijn punten die in de voorgesprekken met de opdrachtgever naar voren gekomen zijn.
- Vragen 34, 35, 36: Richtten zich op de duidelijkheid van het protocol. Dit is een punt dat in de literatuurresearch naar voren is gekomen als zijnde van belang in de protocolopvolging.

De uiteindelijke definitieve versie van de schriftelijke vragenlijst is hieronder te vinden.

Bevorderende en Belemmerende factoren Protocolopvolging "Delirium" Verpleegafdeling Heelkunde

Barriers and Facilitators assessment instrument, Centre for Quality of Care Research

Beste verpleegkundige van afdeling C50,

In het kader van ons kwaliteitsproject voor het HBO-V aan de HAN doen wij, in opdracht van de Taskforce Kwaliteit, een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren voor het opvolgen van het protocol "Delirium, preventie, screening en behandeling".

De resultaten van het onderzoek worden anoniem verwerkt.

Het invullen van de lijst duurt ongeveer 10 minuten. Vaak is de eerste ingeving de beste. Er zijn géén goede of foute antwoorden, het gaat echt om uw ervaring. Invullen kan op de afdeling maar ook gewoon thuis voor wie dat prettiger vindt. Voor degenen die de lijst liever thuis invullen: inleveren kan in de roze brievenbus in de koffiekamer, tot en met 7 mei. Wij zullen die dag vanaf 12.00u op de afdeling aanwezig zijn. Er is een mogelijkheid om uw mening toe te lichten in een interview. Indien u hier interesse in heeft kunt u dit aan het einde van de vragenlijst aangeven.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Elvy en Conny

De vragenlijst is gebaseerd op het Barriers and Facilitators Assessment Instrument

Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verandering in de patiëntenzorg [Room for improvement? Barriers to and facilitators for improvement of patient care]. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen Medical Centre, 2002.

Instructies

In de vragenlijst wordt een aantal factoren benoemd die van invloed kunnen zijn op de opvolging van protocollen. Voor iedere factor wordt gevraagd in hoeverre u het er mee eens bent. Markeer het antwoord waar u zich het meeste in herkent.

- Lees de vragen en de bijbehorende antwoordmogelijkheden door voordat u een antwoord kiest.
- Kies het antwoord dat het beste bij uw ervaring past.
- Er kan maar één antwoord gekozen worden.
- Vul de lijst in vanuit uw eigen ervaringen.
- Als u geen uitgesproken mening over een thema hebt, probeer dan te bedenken of u het meer eens of oneens bent met de uitspraak.
- Als u echt geen keuze kunt maken kies dan voor de optie "niet eens/niet oneens".

Onder aan de vragenlijst bestaat de mogelijkheid het antwoord op een vraag toe te lichten.

Met het invullen van deze vragenlijst gaan wij uit van uw toestemming om de informatie, geanonimiseerd, voor ons onderzoek te gebruiken. Voor vragen kunt u ons aanspreken. Vult u de lijst liever thuis in of zijn wij niet op de afdeling aanwezig? Dan zijn we bereikbaar per mail, op c.weilacher@rz.umcn.nl of e.versteegen@rz.umcn.nl

Bevorderende en belemmerende factoren voor protocolopvolging - algemeen

Onderstaande vragen betreffen de richtlijn "Delirium, preventie, screening en behandeling" (Richtlijn "Delirium") zoals terug te vinden op KWINT. Onderstaand worden een aantal uitspraken gedaan over het werken volgens de richtlijn "Delirium".

	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/Niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
1 Het protocol "Delirium" laat mij genoeg ruimte om mijn eigen beslissingen te nemen	☐	☐	☐	☐	☐
2 Het protocol "Delirium" laat genoeg ruimte over om rekening te houden met de wensen van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
3 Het protocol "Delirium" daagt uit om meer te weten te komen over het onderwerp	☐	☐	☐	☐	☐
4 Ik heb het protocol "Delirium" niet volledig gelezen en/of herinner met dit niet meer goed	☐	☐	☐	☐	☐
5 Het protocol "Delirium" is goed terug te vinden op KWINT	☐	☐	☐	☐	☐
6 Ik wil graag meer weten over het protocol "Delirium" voordat ik beslis of ik dit wil toepassen	☐	☐	☐	☐	☐

	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/Niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
7 Het protocol hindert mij in het goed uitvoeren van de dagelijkse zorg	☐	☐	☐	☐	☐
8 Het protocol heeft geen toegevoegde waarde in de zorg voor de patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
9 Ik denk dat delen van het protocol "Delirium" niet correct zijn	☐	☐	☐	☐	☐
10 Ik voel in het algemeen weerstand tegen het werken met protocollen	☐	☐	☐	☐	☐
11 Andere verpleegkundigen werken naar mijn idee niet volgens het protocol "Delirium"	☐	☐	☐	☐	☐
12 De zaalartsen werken naar mijn idee niet volgens het protocol "Delirium"	☐	☐	☐	☐	☐
13 De behandelend artsen werken naar mijn idee niet volgens het protocol "Delirium"	☐	☐	☐	☐	☐
	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/Niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
14 Andere beroepsgroepen werken naar mijn idee niet volgens het protocol "Delirium"	☐	☐	☐	☐	☐
15 De leidinggevende(n) bevorderen het gebruik van het protocol "Delirium"	☐	☐	☐	☐	☐
16 Er heerst een positieve sfeer op de afdeling ten aanzien van het protocol "Delirium"	☐	☐	☐	☐	☐
17 De uitvoering van het protocol "Delirium" sluit niet aan bij de behoeften/zorgvraag van de patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
18 Het werken volgens het protocol "Delirium" kost te veel tijd	☐	☐	☐	☐	☐
19 Ik ben me bewust van de meerwaarde van het protocol "Delirium"	☐	☐	☐	☐	☐
20 Het werken volgens het protocol "Delirium" past <u>niet</u> bij mijn manier van werken	☐	☐	☐	☐	☐

	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/Niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
21 De lay-out van het protocol "Delirium" maakt het praktisch in het gebruik.	☐	☐	☐	☐	☐
22 Het protocol "Delirium" heeft een toegevoegde waarde in de zorg voor de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐

Bevorderende en belemmerende factoren voor protocolopvolging

De volgende vragen zijn anders van opzet dan de voorgaande. Er wordt gevraagd in hoeverre de genoemde factoren de opvolging van het protocol "Delirium" bemoeilijkt.

De uitvoering van het protocol wordt bemoeilijkt...	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/Niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
23 doordat er niet voldoende ondersteunend personeel is voorbeelden noemen, bijv. beschikbaarheid GIDZ-team	☐	☐	☐	☐	☐
24 doordat de benodigde materialen niet aanwezig zijn	☐	☐	☐	☐	☐
De uitvoering van het protocol wordt bemoeilijkt...	Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/Niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
25 doordat er onvoldoende geschikte ruimte aanwezig is voor de screening	☐	☐	☐	☐	☐
26 omdat ik niet voldoende getraind ben in de interventies die in het protocol beschreven staan	☐	☐	☐	☐	☐
27 omdat ik niet betrokken ben geweest bij het ontwikkelen / opzetten van het protocol "Delirium"	☐	☐	☐	☐	☐
28 bij patiënten met een andere culturele achtergrond	☐	☐	☐	☐	☐
29 omdat dit in mijn ogen niet bij alle patiënten (70+) noodzakelijk is	☐	☐	☐	☐	☐
30 bij patiënten met een lage sociaal-economische status	☐	☐	☐	☐	☐
31 door andere kenmerken van de patiënt. Bijv. gehaast, staat niet open voor vragen	☐	☐	☐	☐	☐

[illegible]

Functie:

80

Bijlage 5 Tot stand komen vragen voor individuele interviews

Bij het samenstellen van de individuele interviews is uitgegaan van de volgende punten:

- In verband met de drukke tijdsplanning van de verpleegkundigen kunnen de interviews niet langer dan een half uur duren
- De vragenlijst moet veel ruimte laten voor inbreng van de respondent
- Duidelijke toelichting van achtergronden interview
- Topics vanuit literatuur en schriftelijke vragenlijst:
 - Belemmerende factoren
 - Bevorderende factoren
 - Implementatie
 - Oorzaken voor relatief groot aantal verpleegkundigen die het protocol niet of niet volledig gelezen hebben
 - Ervaren meerwaarde van het protocol
 - Waarom wordt het screenen niet voor alle 70+ers van belang gevonden
 - Kennis van het protocol
 - Verdieping van de rol die kenmerken van de patiënt spelen

Vragen interview kwaliteitsproject “Protocolopvolging “Delirium”

Allereerst willen we je bedanken voor je deelname. We zijn erg blij dat je de tijd hebt genomen om ons te helpen met ons onderzoek. Onderstaande vragen zijn onderdeel van ons onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van het protocol “Delirium”. Afgelopen maand hebben we over dit onderwerp een vragenlijst afgenomen. Deze vragen hebben de bedoeling om dieper in te gaan op dingen die uit die vragenlijst naar voren zijn gekomen of die voor ons nog onduidelijk zijn. Daarbij willen we echt JOUW mening weten, er is dus geen goed of fout antwoord. Wij zijn geïnteresseerd in jouw praktische ervaringen vanuit de werkvloer. Afsluitend is er ruimte om nog dingen toe te voegen die je gemist hebt maar wel belangrijk vind. Als laatste vragen we naar suggesties voor verbetering.

De gegevens uit deze vragenlijst worden anoniem verwerkt.

Vraag 1

Wat is in jouw ogen de grootste belemmering in de opvolging van het protocol “Delirium”? Waar zit hem dit dan in?

.....

Welke punten van het protocol gaan juist heel erg goed?

.....

Vraag 2

Hoe heb je de invoering van het protocol "Delirium" op de afdeling ervaren? Denk je dat dit relevant is geweest voor de opvolging?

.....

Waar ligt het denk je aan de een kwart van de verpleegkundigen aangeeft niet of niet goed op de hoogte te zijn?

.....

Vraag 3

Uit de vragenlijst komt naar voren dat het merendeel van de verpleegkundigen de meerwaarde van het protocol ziet. Kun je toelichten hoe die meerwaarde in de dagelijkse praktijk er voor jou uitziet?

.....

Vraag 4

Naar voren komt dat men het screenen niet voor alle patiënten 70+ noodzakelijk vind. Bij jij het hier mee eens? Om welke patiënten gaat het dan? En is dit iets dat vaak voorkomt?

.....

Vraag 5

Uit de vragenlijst komt naar voren dat kenmerken van de patiënt, zoals ongeduld of niet open staan voor vragen, een rol spelen. Hoe ervaar jij dit?

.....

Zijn er andere kenmerken van de patiënt die een rol spelen?

.....

Afsluiting

Heb je suggesties die de protocolopvolging in jouw ogen zouden kunnen verbeteren?

.....

Toevoegingen/verdere opmerkingen?

.....

Hartelijk dank voor je medewerking!!

Bijlage 6 Resultaten literatuuronderzoek

NB: Het artikel van Ploeg et. al. (2007) is gezien als twee artikelen vanwege de uitgebreide review van eerdere literatuur. Het review gedeelte wordt in deze lijst aangeduid als Ploeg R. et al. (2007).

Belemmerend:

Innovatie: totaal 45 losse factoren in 11 verschillende artikelen.

Subcategorieën:	Opvallende clusters:	Aantal maal genoemd	Aantal artikelen	Welke artikelen
Implementatie		19	7	Cahill et al. (2010) Forsner et al.(2010) Colón-Emeric et al. (2007) Koh et al. (2008) Ploeg R. et al.(2007) Davies et al.(2008) Ebben et al.(2012)
	Toegang faciliteiten	4	4	/
	Gebrek aan middelen	5	4	/
Kenmerken richtlijn		26	11	Cahill et al.(2010) Cochrane et al. (2007) Ebben et al. (2012) Forsner et al.(2010) Knops et al. (2010) Colón-Emeric et al. (2007) Janssen et al. (2012) Ploeg et al. (2007) Davies et al. (2008) Garber et al. (2008)
	Vaag complex	7	6	/
	Niet altijd toepasbaar	5	4	/

Zorgverlener: totaal 60 losse factoren in 11 verschillende artikelen

Van alle subcategorieën het totaal:	Opvallende clusters:	Aantal maal benoemd	Aantal artikelen	Welke artikelen
Expertise		7	4	Cochrane et al.(2007) Forsner et al.(2010)

				Janssen et al.(2012) Koh et al.(2008)
	Gebrek kennis en kunde	6	5	/
Opleiding		3	2	Cahill et al. (2010) Koh et al. (2008)
Persoons- kenmerken		16	6	Cahill et al.(2010) Cochrane et al.(2007) Ebben et al. (2012) Forsner et al. (2010) Koh et al.(2008) Colón-Emeric et al. (2007)
	Oncoöperatief / achterblijver	7	5	/
Kennis en vertrouwdheid met protocol		6	6	Cahill et al. (2010) Davies et al.(2010) Ebben et al.(2012) Forsner et al.(2010) Cochrane et al.(2007) Garber et al.(2008)
Bewustzijn van protocol		6	4	Cochrane et al.(2007) Colón-Emeric et al.(2007) Forsner et al.(2010) Garber et al.(2008)
	Awareness	4	4	/
Uitkomst verwachting		3	3	Cahill et al.(2010) Cochrane et al.(2007) Forsner et al. (2010)
Attitude tegenover protocol		11	8	Cochrane et al. (2007) Janssen et al.(2012) Koh et al.(2008) Cahill et al.(2010) Ebben et al.(2012) Forsner et al.(2010) Garber et al.(2008) Knops et al. (2010)
	Gebrek aan overeenstemm ing	7	5	/
Ervaren nadelen aan protocol		8	5	Cahill et al. (2010) Cochrane et al.(2007) Colón-Emeric et al.(2007) Ebben et al.(2012)

				Forsner et al.(2010)
	Richtlijn wordt ervaren als checklist	5	3	/

Patiënt: totaal 13 losse factoren in 6 verschillende artikelen

Van alle subcategorieën het totaal:	Opvallende clusters:	Aantal maal benoemd	Aantal artikelen	Welke artikelen
Gezondheidstoestand en behandeling		5	3	Koh et al.(2008) Cahill et al.(2010) Davies et al.(2008)
Verwachtingen en houding		8	4	Cahill et al. (2010) Colón-Emeric et al. (2007) Cochrane et al.(2007) Knops et al.(2010)

Organisatie, sociale, politiek, samenleving: totaal 65 losse factoren in 10 verschillende artikelen

Van alle subcategorieën het totaal:	Opvallende clusters:	Aantal maal benoemd	Aantal artikelen	Welke artikelen
Ziekenhuis structuur		7	3	Cahill et al.(2010) Davies et al.(2008) Ploeg et al. (2007)
Ziekenhuis processen		10	4	Cochrane et al. (2007) Forsner et al. (2010) Cahill et al.(2010) Colón-Emeric et al.(2007)
	Veel, tegenstrijdige richtlijnen, te veel aan informatie	4	3	/
Middelen		25	10	Cahill et al. (2010) Cochrane et al.(2007) Colón-Emeric et al.(2007) Garber et al.(2008) Koh et al.(2008) Forsner et al.(2010) Janssen et al.(2012) Ploeg et al.(2007) Ploeg R et al.(2007)

				Davies et al.(2008)
	Tekort aan (ondersteunend) personeel	5	5	/
	Tekort aan (geschikte) materialen	7	7	/
	Tijdgebrek	8	7	/
Afdelingscultuur		17	6	Cahill et al. (2010) Cochrane et al. (2007) Knops et al.(2010) Davies et al.(2008) Ploeg et al.(2007) Forsner et al.(2010)
Arts gerelateerd		5	5	Colón-Emeric et al.(2007) Davies et al.(2008) Cahill et al.(2010) Knops et al.(2010) Janssen et al.(2012)
Externe factoren		1	1	Colón-Emeric et al.(2007)

Bevorderend:

Innovatie: totaal 49 losse factoren

Van alle subcategorieën het totaal:	Opvallende clusters:	Aantal maal benoemd	Aantal artikelen	Welke artikelen
Implementatie		24	8	Cahill et al.(2010) Colón-Emeric et al. (2007) Garber et al. (2008) Knops et al.(2010) Forsner et al.(2010) Janssen et al.(2012) Ploeg R et al.(2007) Davies et al.(2008)
	Verwerking richtlijn in protocol	4	3	/
Kenmerken richtlijn		16	4	Cahill et al.(2010) Forsner et al.(2010) Knops et al.(2010)

				Janssen et al.(2012)
Scholing		9	5	Cahill et al. (2010) Colón-Emeric et al.(2007) Forsner et al. (2010) Ploeg R et al.(2007) Davies et al. (2008)

Zorgverlener: totaal 17 losse factoren

Van alle subcategorieën het totaal:	Opvallende clusters:	Aantal maal benoemd	Aantal artikelen	Welke artikelen
Persoon kenmerken		9	2	Cahill et al. (2010) Forsner et al.(2010)
Attitude tegenover protocol		8	3	Cahill et al. (2010) Forsner et al. (2010) Ebben et al. (2012)

Patiënt: totaal 1 losse factor

Van alle subcategorieën het totaal:	Opvallende clusters:	Aantal maal benoemd	Aantal artikelen	Welke artikelen
Gezondheidstoestand en behandeling		1	1	Cahill et al. (2010)

Organisatorisch, sociale, politiek, samenleving: totaal 51 losse factoren

Van alle subcategorieën het totaal:	Opvallende clusters:	Aantal maal benoemd	Aantal artikelen	Welke artikelen
Ziekenhuisstructuur		14	5	Cahill et al.(2010) Colón-Emeric et al.(2007) Forsner et al.(2010) Ploeg et al.(2007) Davies et al.(2008)
Leiderschap		7	3	Cahill et al.(2010) Forsner et al. (2010) Ploeg et al.(2007)
Afdelingscultuur		26	6	Cahill et al.(2010) Colón-Emeric et al. (2007) Forsner et al. (2010) Ploeg et al.(2007)

				Ploeg R et al.(2007) Davies et al.(2008)
	Steun van opinieleider	4	4	/
	Effectief teamwork	4	3	/
Middelen		4	4	Cahill et al.(2010) Forsner et al.(2010) Ploeg R et al.(2007) Davies et al. (2008)
	Beschikbaarheid materiaal	4	4	/

Bijlage 7 Toelichting categorieën en sub-categorieën

Categorieën

INNOVATIE: In deze categorie vallen factoren die direct met het protocol zelf te maken hebben. Hieronder valt niet alleen de inhoud van het protocol, maar ook de manier hoe het protocol ingevoerd is en de vindbaarheid.

ZORGVERLENER: In deze categorie vallen factoren die bij de zorgverlener liggen. Hieronder valt bijvoorbeeld de motivatie van de zorgverlener, maar ook de manier waarop de zorgverlener het protocol ervaart.

PATIËNT: In deze categorie vallen factoren die te maken hebben met kenmerken van de patiënt. Hieronder valt bijvoorbeeld de leeftijd van de patiënt of de reden van opname.

EXTERNE FACTOREN: In deze categorie vallen alle factoren die te maken hebben met randvoorwaarden voor de protocolopvolging. Hieronder vallen bijvoorbeeld faciliteiten, samenwerking met andere beroepsgroepen, algemeen tijdgebrek.

Sub-categorieën

Sub-categorieën: Innovatie

IMPLEMENTATIE: Alle factoren gerelateerd aan invoering en organisatie van de verandering. In dit geval het protocol 'Delirium'.

KENMERKEN

RICHTLIJN: Inhoudelijke factoren met betrekking tot het protocol. Hier bij hoort ook de tijdsbesteding geassocieerd met het protocol.

SCHOLING: Specifieke scholing met betrekking tot inhoud en uitvoering van het protocol

Sub-categorieën: Zorgverlener

EXPERTISE: Factoren die te maken hebben met de mogelijkheden van de zorgverlener om het protocol uit te voeren.

OPLEIDING: Factoren met betrekking tot de opleiding die de verpleegkundige genoten heeft.

PERSOONLIJKHEID: Factoren specifiek voor de individuele zorgverlener. Deze staan los van het protocol. Hieronder valt bijvoorbeeld of de zorgverlener open staat voor verandering.

KENNIS EN

VERTROUWHEID MET

PROTOCOL: Het kennen van de inhoud van het protocol en het vertrouwd zijn met de handelingen. Hier valt bijvoorbeeld onder of een verpleegkundige bekend is met de voorgeschreven handeling en deze kan benoemen.

BEWUSTZIJN: Factoren met betrekking tot het kennen van het belang van het protocol. Het bewustzijn van de momenten waarop het protocol meerwaarde heeft en waarom.

UITKOMST-

VERWACHTING: De verwachtingen die de verpleegkundige heeft bij de effecten van het protocol. Deze kan positief of negatief zijn.

ATTITUDE: Houding van de verpleegkundige tegenover het protocol. Deze kan zowel positief als negatief zijn.

ERVAREN NADELEN De nadelen die de verpleegkundige kan ervaren in de opvolging van het
PROTOCOL: protocol.

Sub-categorieën: Patiënt

GEZONDHEIDS- Factoren die te maken hebben met de gezondheidstoestand en behandeling
TOESTAND EN van de patiënt. Bijvoorbeeld patiënten die te ziek zijn voor bepaalde
BEHANDELING: interventies. Of waarbij interventies niet stroken met het behandeltraject.

VERWACHTINGEN Factoren die te maken hebben met de bereidheid van de patiënt om mee te
EN HOUDING: werken in de uitvoering van het protocol.

Sub-categorieën: Externe factoren

ZIEKENHUIS-

STRUCTUUR: Manier van organisatie van het ziekenhuis. Bijvoorbeeld hiërarchische of platte structuur.

ZIEKENHUIS

PROCESSEN: Manier van organisatie van processen binnen het ziekenhuis. Hieronder valt bijvoorbeeld de hoeveelheid protocollen en de manier waarop deze op elkaar afgestemd zijn.

MIDDELEN: De randvoorwaarden voor de uitvoering van het protocol. Hier vallen factoren als materialen, personeel en ruimte onder.

AFDELINGS-

CULTUUR: De manier waarop de afdeling in elkaar steekt. Hoe gaan mensen met elkaar om? Dit kan positief of negatief zijn.

ARTS

GERELATEERD: Factoren gerelateerd aan de samenwerking met de artsen op de afdeling.

EXTERNE

FACTOREN: Factoren buiten het ziekenhuis, zoals maatschappelijke ontwikkeling.

Bijlage 8 Uitwerking interviews in onderwerpen

Legenda

Respondent 1

Respondent 2

Respondent 3

Onderzoeker

Opmerkingen onderzoekers na interview

Probleem

- *Wat ik dan wel weer frappant vind. En dat viel me vorige week ook weer op is dat bij een verwarde patiënt, dat wel gezien en gerapporteerd maar wordt maar dat daar dan geen DOS op wordt gestart.*
- *Dus dan wordt het wel gesignaleerd maar.. De vervolgactie wordt dan niet gedaan. En ik weet niet of dat dan kennis tekort is of dat dat ook een houdingsaspect is. Want ik denk dat dat tweede ook wel meespeelt.*
- *Op het moment dat iemand hier echt hartstikke delirant is dan hebben wij hier ook altijd probleem, dan wordt het kijken of er familie bij is/ bij kan zijn. En anders dan komen we op een gegeven moment ook op een punt van, of extra medicatie anders moet iemand hier gewoon weg. Daar zijn wij niet op ingericht. En dan is tijd wel degelijk een factor.*
- *Eigenlijk is C50 niet goed toegerust voor dergelijke patiënten. Er is een klinisch geriatrische afdeling in het ziekenhuis. Eigenlijk zou er voor geriatrische OK patiënten ook een gespecialiseerde unit moeten zijn.*
- *Ik vind wel dat het beter gaat dan in het verleden, maar er is nog een hoop winst te behalen.*
- *Als blijkt dat iemand een verhoogd risico loopt dan wordt bijvoorbeeld makkelijk een risico op delier verpleegplan in het dossier gedaan, maar dat wordt dan verder niet uitgewerkt of gebruikt. Eigenlijk zou het verpleegplan dan meer uitgewerkt moeten worden op de persoon? Dat je ook echt wat bereikt.*
- *Alleen goed, dat moet dus uitgevoerd worden en dat is denk ik het grootste item.*
- *ja misschien dat men toch nog onnodig gefixeerd wordt vanwege de drukte. Dat wij toch niet bij die patiënt binnen kunnen lopen en dat we ze moeten fixeren. Ik zou ook niet weten hoe we het anders moeten aanpakken, maar soms hoeft het misschien niet.*
- *Er gebeuren incidenten zoals dat mensen, patiënten, uit bed vallen, medicatie niet innemen of verkeerd innemen.. en dat komt weer omdat er slecht toezicht is denk ik.*
- *Dat ze te weinig drinken, te weinig eten uhm of dat dat te weinig wordt aangeboden of dat ze daarbij geholpen moeten worden. Waardoor ze weer een sonde krijgen, waardoor ze weer deliranter worden. Ik denk meer persoonlijke begeleiding goed zou zijn. En dan heb je wel het GIDZ-team wat kan helpen maar eigenlijk kan er nog meer zorg omtrent delier, dat zou denk ik super zijn.*

GIDZ

- *Voor mijn gevoel heeft het maar weinig voordelen. Ik denk wel dat ze goed kijken naar het medicatiegebruik van de patiënt. Ze evalueren hoe het met de patiënt gaat, ze geven adviezen. Die adviezen ja, weten wij voor mijn gevoel, alleen komen we niet aan toe. Wel kijken ze,*

dacht ik, naar de thuissituatie of voor met ontslag. Nou ja, trouwens of de geriater die kijkt helemaal naar de nazorg voor de patiënten. Ja volgens mij kijken ze wel verder maar meer de uhm.. De adviezen die ze geven weten wij naar mijn idee al. Ja, ze komen wel langs, maar of het nou echt heel erg zinvol is naar mijn idee. Weet ik niet.

Wat gaat goed

- *In principe wordt elke 70+er hier gescreend, blijkt dat hij een risico heeft op een delier dan komt de geriater erbij, die bevestigt dan het vermoeden van een risico of die zegt dat dit niet zo is. En dan hoef je het ook niet te starten. Op het moment dat iemand toch dreigt delirant te worden of toch symptomen vertoont kan het zo zijn dat het protocol alsnog opgestart wordt.*
- *Ik denk dat als je hier een interview zou houden met de vraag "weet je wat een delier is". Dan kan iedereen dat wel redelijk goed omschrijven.*
- *Maar stap 1, dat is hier dus wel gewoon een vaste afspraak. 70+ers die screen je op kwetsbaarheid. En dat gebeurt steeds beter. Al hebben we nog geen 100% score.*
- *Met betrekking tot screening: Er zit een stijgende lijn in ja.*
- *Ik vind wel dat het beter gaat dan in het verleden, maar er is nog een hoop winst te behalen.*
- *Die screening gaat wat beter heb ik de indruk.'....' Het wordt steeds meer gewoon om daar standaard naar te kijken. Dat merk ik wel.*

Belemmerende factoren: Kennis medewerkers

- *Het grootste probleem? Nou dan denk ik toch dat er ook wel een kennisgebrek is van de inhoud van het protocol.*
- *Ik denk dat dat een beetje samenhangt met dat mensen van heel veel dingen weten "ow, dat zit in het protocol". Maar als je nou vraagt wat er nou echt allemaal in staat dan weten ze dat niet. Dat hoeft natuurlijk ook niet, daarvoor zijn er protocollen zodat je het ook weer kunt nazoeken. Ik denk dat dat wel een probleem is.*
- *Ik denk dat als je hier een interview zou houden met de vraag "weet je wat een delier is". Dan kan iedereen dat wel redelijk goed omschrijven. Maar als je vraagt welke interventies je nou precies doet om wat te voorkomen, dan zal niet iedereen daar een antwoord op hebben. Dat deel is niet bij iedereen bekend*
- *Ja, dat is ook zo. Het bevestigt wel het beeld wat ik net al schetste is inderdaad dat mensen wel delen uit het protocol doen, maar nooit het hele protocol.*
- *Dat valt ook onder het protocol toch het screenen? Eigenlijk is dat stap 1 van het protocol. Als je het zo strikt neemt, dan zou men dat dus niet nodig vinden bij elke 70+er. Zo hadden wij de antwoorden op de enquête gelezen in ieder geval.. Ja, ik zou t echt niet weten. Als jij zegt dat het in het protocol staat dan zal het er in staan*
- *Misschien dat dan een stukje onwetendheid over het belang en de consequenties van het protocol een rol spelen. Kennistekort misschien.*
- *Ik heb het een tijd geleden ook tussen de middag gehad over delier en wat je allemaal zou moeten doen. Dan merk ik toch ook dat er nog wel heel veel dingen zijn die mensen niet weten.*
- *Interventies, maar vooral het kennen van het belang ervan. En daarmee ook de motivatie.*
- *Vaak is de reactie "Dat weten we nou onderhand wel" zoals dat het dagprogramma. Het is een beetje zo dat mensen het een beetje een vervelend onderwerp vinden soms.*
- *En een plan krijgen, want we krijgen van de geriatrie ook een uitgebreide uitdraai als iemand kwetsbaar blijkt te zijn. Er wordt dan een heteroanamnese gedaan en dan krijgen we een formulier, daarop is die informatie uitgebreid beschreven. Daar staan ook verpleegkundige*

adviezen op. Ik heb dat ook wel eens in de patiëntenbespreking aangekaart en niet iedereen wist dat.

- *Ik heb ook gezegd dat je daar heel veel uit kunt halen. Bijvoorbeeld hoe zo'n patiënt normaal gesproken is voor de opname en zo dus dat is wel iets waar mensen nog steeds op gewezen moeten worden.*
- *Dus ik denk dat bijna niemand dat hele protocol ooit echt helemaal gelezen heeft.*
- *Ja, je ziet het resultaat niet he. Je weet niet hoe het zou zijn als je het niet zou doen. Dus, ja ik denk dat het goed is dat je mensen screent. Persoonlijk.*

Belemmerende factoren: Kennis medewerkers

- *We hebben natuurlijk ook een hele hoop nieuwe mensen. En daar is natuurlijk ook die kennis niet optimaal bij. Daar is ook nog wel iets bij te behalen denk ik. Met name wat betreft het belang van het protocol en wat je eigenlijk zou moeten doen voor de patiënt. Want de patiënt die kan ontzettend inleveren door een delier. Er moet ook een soort bewustwording zijn.*
- *Maar je hebt altijd wel mutaties op de afdeling; mensen die weggaan, nieuwe mensen komen. Dus het blijft altijd een punt dat steeds weer opnieuw duidelijk gemaakt moet worden.*

Belemmerende factoren: Houding/motivatie

- *Interventies, maar vooral het kennen van het belang ervan. En daarmee ook de motivatie.*
- *Vaak is de reactie "Dat weten we nou onderhand wel" zoals dat het dagprogramma. Het is een beetje zo dat mensen het een beetje een vervelend onderwerp vinden soms.*
- *Men vindt toch ook dat er veel gevraagd wordt en dat is ook zo. Als je het goed wil doen dan vergt het ook een hoop tijd. In het algemeen heeft het onderwerp niet zoveel affiniteit bij mensen, is mijn indruk.*
- *Het heeft ook iets van "ik heb het plan erin gedaan dus is het klaar, ik heb iets gedaan".*
- *Maar mensen vinden het over het algemeen vaak niet zo'n leuk onderwerp. Heb ik zo het idee. Dat hebben jullie misschien ook wel gemerkt hier.*

Implementatie

- *Ja, dat protocol is nooit echt geïmplementeerd. Het is er zo'n beetje geleidelijk in geïmplementeerd. Volgens mij nooit echt een implementatieplan van geweest. Er is natuurlijk wel wat scholing over geweest.*
- *Wat volgens mij toen gebeurd is, is dat dat protocol kwam er op een gegeven moment. En in de weg er naar toe kwamen er steeds meer onderdelen van dat protocol al op KWINT beschikbaar. Doordat wij best een grote groep ouderen hebben die ook een delier doormaken hadden wij in die periode soms ook al wel conceptversies die we dan al gebruikten. Maar volgens mij is toen het protocol er eenmaal officieel was is geen echte implementatie op de afdeling meer geweest.*
- *Nee, daar moet ik even over nadenken. Het ziekenhuis brede protocol is volgens mij toentertijd vanuit de psychiatrie gerealiseerd. Daaruit voortvloeiend krijg je dan verpleegplannen. In grote lijnen is toen wel iets uitgelegd meen ik over hoe dat dan protocol in elkaar zit.*
- *Ja, we hebben wel vaker klinische lessen ook gedaan over hoe je nou met het protocol om moet gaan en alle plannen die er bij horen.*
- *Uhm, veel aandacht aan besteed, dat absoluut.. of er veel mee gewerkt wordt dat is een tweede. Met name denk ik ook, er zijn heel veel protocollen in roulatie maar daardoor wordt er toch misschien ook vergeten dat er ook een protocol is voor delier.*

Scholing

- *Ja, dat protocol is nooit echt geïmplementeerd. Het is er zo'n beetje geleidelijk in geïmplementeerd. Volgens mij nooit echt een implementatieplan van geweest. Er is natuurlijk wel wat scholing over geweest.*
- *Ja. Er zit dan wel een link in het inwerkprogramma (Note: deze is op KWINT te vinden), waar vermeld is dat je jezelf ook moet verdiepen in het protocol delier. Dat wel.*
- *Extra scholing is niet nodig er wordt al heel veel geschoold op deze afdeling. Mensen zijn "scholingsmoe". Voor nieuwe medewerkers bestaat al een scholing van de VMS thema's. Hierbij komt ook delier aan bod.*
- *We hebben wel vaker refereers (klinische les) gehad over ouderenzorg en delier waar het consultatieteam ook bij was. Ik heb ook ooit een refereer gedaan maar dat is nu ook alweer lang geleden.*
- *Het is ook nog wel eens in een jaarlijkse bijscholing aan de orde gekomen. We hebben meestal 1 keer per jaar zo'n bijscholingsdag, daar is het onderwerp ook wel eens besproken.*
- *Er is een soort inwerkprogramma, ik weet niet zeker of dit protocol er standaard in staat. Ik dacht het eigenlijk nog niet. Dus daar is dan ook winst te behalen. Maar dat durf ik niet met zekerheid te zeggen. Ik zal dat nog even navragen.*

KWINT

- *Wat daar zeker ook in tegenwerkt vind ik echt is de snelheid van KWINT. Het is echt dramatisch. Het opzoeken in de oude versie gaat nog enigszins snel, maar die nieuwe versie dat is echt niet te doen. Ik vind het echt kansloos. Ik heb dat ook al op mijn lijstje staan, ik wil toch eens kijken wat ze daar aan kunnen doen want het is echt een drama.*
- *Ja, dat gaat zo langzaam. Als je gedurende de dag hier even DOS-lijst wil uitprinten en dat kost je 10 minuten dat werkt niet. Dan kun je wel zeggen dan gaan we weer uitprinten en voorraadjes neerleggen maar dat is symptoombestrijding.*

Patiënt

- *Het is denk ik wel belangrijk, ook naar een patiënt toe uit te leggen waarom dat je dit doet. En dat gebeurt natuurlijk niet altijd.*
- *Kijk als ik aan een patiënt vraag van "bent u wel eens vergeetachtig" en er zit een 70+er, en dat zijn er toch heel veel, die gewoon eigenlijk nog hartstikke gezond zijn en nergens last van hebben, dan kan diegene soms wel denken "ja ik kan wel 70+ zijn maar ik ben niet gek!" Dus dat moet je uitleggen.*
- *Als jij uitleg geeft "Naarmate je ouder wordt, fysiek te zijn maar ook mentaal. Dan zit er een risico aan dat u na de operatie verward wordt. Als je dat uitlegt dan denk ik dat onbegrip en ongeduld dat dat wel verminderd. Dus ik denk dat het dan niet altijd goed uitgelegd wordt.*
- *het is natuurlijk wel zo dat als mensen heel erg afwijzend zijn, of daar niks mee willen en ze dat laten merken dat je wel het risico loopt dat mensen het protocol ook minder uitvoeren. Ik denk wel dat dat zo werkt.*
- *Wat van belang is vind ik altijd om goed uit te leggen waarom je de dingen doet.*
- *Want heel veel mensen '...' vinden het niet prettig, die roepen dan meteen "ze denken zeker dat ik gestoord ben of zo". Mensen hebben ook niet een goed beeld van wat daar mee gedaan wordt. Als je dat uitlegt; waarom je screent staan ze er wel veel meer voor open.*
- *stil delier vind ik toch nog heel moeilijk om te herkennen of wat je er dan mee kan doen, ja.*

Tijd

- *heel veel van die interventies die doe je gedurende de dag. Het is met name denk ik de structuur die je ergens moet inpassen in je werkzaamheden.*
- *Maar de hoeveelheid interventies die je eigenlijk zou moeten doen daar is de tijd niet voor. Dus tijd is wel degelijk een factor. Het zit hem dan meer in de hoeveelheid interventies.*
- *Het is met name de hoeveelheid interventies. Een foto op het nachtkastje, een kalender en zo dat weten we allemaal wel en dat gebeurt ook altijd wel. Maar met name die meerdere dingen die dan dus echt tijd gaan kosten, daar is gewoon de ruimte niet voor dus tijd speelt wel degelijk een rol.*
- *Het screenen op kwetsbare ouderen is op zich niet zoveel werk. De vragen zijn standaard dus op een gegeven moment weet je ook wat je aan een patiënt moet vragen. Maar daarna moet je toch, als iemand kwetsbaar blijkt het nodige uit de kast trekken.*
- **UITWERKING**
- *Als blijkt dat iemand een verhoogd risico loopt dan wordt bijvoorbeeld makkelijk een risico op delier verpleegplan in het dossier gedaan, maar dat wordt dan verder niet uitgewerkt of gebruikt.*
- *Eigenlijk zou het verpleegplan dan meer uitgewerkt moeten worden op de persoon? Dat je ook echt wat bereikt. Maar daar is natuurlijk vaak geen tijd voor, en dan schieten dat soort dingen er bij in.*
- *En het is ook best veel werk als je het goed wilt doen.*
- *Uhm, je kan weinig tijd besteden aan de patiënt.. je hebt wel de faciliteiten hier op de afdeling maar.. je begint met het uitvoeren van het protocol en je begint eraan te werken maar om dat ook echt goed in de praktijk te kunnen omzetten heb je tijd nodig. En die tijd die kun je in het begin wel nemen maar we zien in de loop van.. of ik zie in de loop van de uren, dagen dat het gewoon erbij insluipt. Zo'n patiënt, of die nou stil delier heeft of normale delier.. we kunnen de tijd er niet meer voor nemen.*
- *Ik moet je ook toegeven dat als ik keuzes moet maken tussen tijd daar aan te besteden of wonden te verzorgen of medicatie te delen kies ik ook voor het andere. Misschien is dat ook verkeerde prioriteit die je neemt ja.*
- *Ja ik denk dat dat ook te maken heeft met de tijd. Zoals een kalender maken, fotolijstjes, dat soort dingen weet je.. Wat eigenlijk een beetje standaard is wat je al vooraf moet doen. Screenen zelf komt denk ik wel door tijd, door het tijdgebrek denk ik wordt het niet gedaan. En nogmaals prioriteiten stellen, dan denk ik dit is nu even minder belangrijk en hopelijk heeft de andere dienst er dan tijd voor. Ik kan eerlijk gezegd eigenlijk niks anders bedenken.*

PRIORITERING

- *De factor tijd speelt wel mee bijvoorbeeld met iemand screenen, daar zie ik het wel heel duidelijk. Dan is het druk en dan wordt er gekozen, "wat kan ik nou wel nog allemaal doen en wat niet". Dan vallen screeningslijstjes er altijd als eerste af. MUST, Kwetsbare oudere, Pijnscores.. Alle prestatie-indicatoren die vegen we dan aan de kant.*
- *Ja maar het zit hem denk ik ook in waar je vertrouwd mee bent. Iets waar je vertrouwd mee bent en wat je helemaal beheerst dat doe je makkelijker even tussendoor, iets waar je nog niet zo goed in bent kost je meer tijd. Dan leg je de prioriteiten altijd makkelijker bij de dingen die je gewoon even snel erbij kunt doen.*
- *Ik denk dat het toch vaak niet als prioriteit gezien wordt hier.*

- *De aandacht gaat toch eerder naar de fysieke problemen. Nu is dit natuurlijk ook een onderliggend fysiek probleem, maar er wordt toch eerder prioriteit gegeven aan zaken als vitale functie, wondzorg, voorbereiding en zorg rondom de Ok, spoedopnames, op en overnames, instabiele patiënten, overleg etc etc, kortom heel veel zaken die je ook niet voor je uit kunt schuiven. Komt daar nog drukte bij dan wordt b.v. een dagprogramma nogal eens doorgeschoven naar de volgende dag bij gebrek aan tijd.*
- *Men vind toch ook dat er veel gevraagd wordt en dat is ook zo. Als je het goed wil doen dan vergt het ook een hoop tijd. In het algemeen heeft het onderwerp niet zoveel affiniteit bij mensen, is mijn indruk.*
- *Kijk, vaak is het ook heel druk hier op de afdeling. En er zijn meer prioriteiten. We hebben ook een decubituschaal, voeding, allerlei protocollen en andere zaken. Die ouderenzorg raakt dan een beetje ondergesneeuwd.*
- *dat deze zorg toch nog gauw doorgeschoven wordt naar de volgende dag. Bijvoorbeeld als het druk is. '.. ' Dan wordt dat eruit geschuift voor betreffende dag en doorgeschoven naar de volgende dag. Die indruk heb ik wel.*
- *Ik moet je ook toegeven dat als ik keuzes moet maken tussen tijd daar aan te besteden of wonden te verzorgen of medicatie te delen kies ik ook voor het andere. Misschien is dat ook verkeerde prioriteit die je neemt ja.*
- *En nogmaals prioriteiten stellen, dan denk ik dit is nu even minder belangrijk en hopelijk heeft de andere dienst er dan tijd voor. Ik kan eerlijk gezegd eigenlijk niks anders bedenken.*

Toepasbaarheid

- *Wat wel meespeelt is dat sommige interventies uit het protocol hier heel moeilijk toepasbaar zijn. Op het moment dat iemand verward wordt ga je proberen iemand een dagprogramma aan te bieden, zorg je voor oriëntatie punten en neem je de tijd voor iemand en zo.. Dan is het hier echt tijdsgebrek. Daar hebben wij de formatie gewoon niet voor.*
- *Het is met name de hoeveelheid interventies. Een foto op het nachtkastje, een kalender en zo dat weten we allemaal wel en dat gebeurt ook altijd wel. Maar met name die meerdere dingen die dan dus echt tijd gaan kosten, daar is gewoon de ruimte niet voor dus tijd speelt wel degelijk een rol.*
- *Het protocol is heel uitgebreid als je het leest. Ik weet niet of jullie dat doorgenomen hebben.. dat is een boekwerk!*

Noodzaak voor hele groep 70+

- *Mensen die niet als kwetsbaar scoren. Want je gaat het verpleegplan delier, of het protocol risico op delier, natuurlijk pas doen als je ook het idee hebt dat iemand een risico op een delier heeft.*
- *In principe wordt elke 70+er hier gescreend, blijkt dat hij een risico heeft op een delier dan komt de geriater erbij, die bevestigt dan het vermoeden van een risico of die zegt dat dit niet zo is. En dan hoeft je het ook niet te starten. Op het moment dat iemand toch dreigt delirant te worden of toch symptomen vertoont kan het zo zijn dat het protocol alsnog opgestart wordt.*
- *ik ben ook van mening van niet. Nou kijk, je hebt bijvoorbeeld mensen die verder op alles negatief screenen als je screening doet behalve dat bijvoorbeeld polifarmacie hebben. Dan zijn het verder hele adequate mensen, waarvan je eigenlijk meteen al het idee hebt van in principe is daar niks mis mee. Maar goed dan komt toch '....' die hele riedel komt in beweging van dat team.*
- *Niet iedere oudere patiënt is natuurlijk een geriatrische patiënt met verhoogd risico's.*

- *Ja, het punt is denk ik dat je ergens een schifting moet maken. Ik zou niet zo goed weten hoe je het anders zou moeten doen.*
- *Kijk als je de verhouding weet van er zijn zoveel patiënten gescreend en zoveel patiënten komen in aanmerking voor bijvoorbeeld het GIDZteam.. En het is een minderheid, dan je zou ook kunnen zeggen moeten we al die mensen wel screenen?*
- *Ja, je ziet het resultaat niet he. Je weet niet hoe het zou zijn als je het niet zou doen. Dus, ja ik denk dat het goed is dat je mensen screent. Persoonlijk.*
- **Na beschrijving patiënt waarvoor protocol niet noodzakelijk..** Uhm, ja.. Dat klopt. Maar bij al deze patiënten die ik als eerste opnoemde daar moet je wel eerst alles invullen en dan kom je erachter van het is niet nodig, dat klopt. Maar dan heb je wel die hele handeling moeten doen.
- Uhm, ja. Vind ik wel. Ik vind dat steeds we vaker mensen hebben van 70plus, die nog alles goed zelf kunnen. Maar hoe vaak, dat weet ik niet. En, ik zit ook weinig de laatste echt vaak in de zorg, dus ik moet je ook zeggen dat weet ik niet. Maar ja, ik vind het wel heel vaak overbodig moet ik je zeggen, ja.

Bevorderende factoren

- *Nou ik denk dat mensen wel alert zijn op het ontstaan van een delier.*
- En familie moet je erbij betrekken. Dat probeer ik dus wel zoveel mogelijk, dat scheelt dus ook een hele hoop werk.
- Ik denk de communicatie nu met de familie. Waar het betreft de patiënt waar het om gaat dat gaat denk ik goed. De familie is ook altijd wel heel goed die willen meedenken en meehelpen en daar maken wij dan weer goed gebruik van. Dus in dat opzicht mantelzorg dat gaat altijd goed.

Meerwaarde protocol

- *Nou ja ik denk dat je een gestandaardiseerde behandelwijze krijgt van hoe je met een delier omgaat.*
- *Voor een deel kan het protocol ook als een soort van checklist werken: “ heb ik overal aan gedacht”.*
- *Daarbij zijn de interventies die erin staan onderzocht. Dus men weet ook dat ze werken. Dan is het een beetje zonde om ze niet te gebruiken. Het is gewoon een garantie voor goede zorg.*
- *Nou, de hoofdlijnen die gewoon hier uitgevoerd worden van zo’n protocol is dat er bijvoorbeeld voor gezorgd wordt dat er een dagprogramma is, structuur voor de patiënt dus eigenlijk. ‘...’ Dus dat wordt wel ook goed gedaan en daar zien mensen ook wel voordelen aan. Want anders heb je toch vaak dat mensen gewoon in bed blijven liggen, te weinig gemobiliseerd worden. Je hebt geen structuur.*
- Op zich vind ik het een goed werkbaar protocol, maar ook ik moet je toegeven ik kijk er denk ik te laat of niet op. Of denk eraan van “o ja deze patiënt is delirant is er een protocol, ja of nee”.
- Ja je hebt meer houvast en structuur ook over het handelen bij de patiënt met delirantie. Uhm, of ik nou zo verschillende factoren zie, nou als je leest waar je rekening mee moet houden of waar je mee moet overleggen. De actie misschien ondernemen.
- Ja en misschien van benaderwijze en dergelijke dat je zo min mogelijk prikkels en dergelijke, heeft denk ik allemaal een stukje te maken met ervaring denk ik te maken. Maar dat dat nog duidelijk in het protocol staat hoe je er mee om moet gaan met zo’n patiënt om het te voorkomen. Nou ja, voorkomen kan je deels dat je als iemand het eenmaal heeft probeert zo snel mogelijk dat het overgaat.
- En omdat we héél veel nieuwe collega’s hebben is dit denk ik ja, met name voor hun denk ik wel heel makkelijk te hanteren denk ik wel.

Motivatie/sfeer

- *Er zit wel veel verschil in. Je hebt ook mensen die er heel serieus mee omgaan. Die heel goed weten dat het heel belangrijk is. En die dan ook wel alles doen om dat gewoon meteen in gang te zetten.*

Scholing

- *Ik denk dat er in de opleiding wel meer aandacht aan besteed dan jaren geleden. Het is wel echt een hot item geworden die ouderenzorg..*

Kennis

- *Ja, ik denk wel dat men wel weet wat er onder valt, hoor. '.....' Iedereen is op de hoogte van het protocol en wat daar bij hoort. In grote lijnen, dat wel. We hebben ook op de startpagina alle verpleegplannen en zo en alles wat betrekking heeft op het delier staan. Daar kun je volgens mij ook achtergrondinformatie op lezen, dacht ik. Maar in hoeverre mensen dat doen weet ik niet. Geen idee.*
- *Eigenlijk bestaat die hele behandeling van iemand met een delier uit hele intensieve zorg. Zorg voor voldoende vocht en voeding, voor mobilisatie, controleren of een blaaskatheter nodig is.. dat soort dingen. Dat is ook iets wat mensen toch nog wel weten, dus er is best wel kennis.*
- *Wat kun je nog meer allemaal doen eigenlijk? Dit is wel in grote lijnen wat we allemaal doen.. Dus DOS bijhouden, dag structuur, intake, vochtbalans, evt. familie benaderen wat zij kunnen doen, het protocol vrijheidsbeperkende maatregelen bespreken en eventueel afspraken hierover vastleggen i.o.m. familie. als hier aanleiding voor bestaat. Vertrouwde spullen meebrengen, oriëntatiepunten. Dat zijn dingen die er eigenlijk al wel heel goed inzitten in elk geval bij verpleegkundigen van het vaste team.*

Toekomst: Gewenste situatie

- *Volgens mij zou dat een reflex moeten zijn. Bij een patiënt waar je bij denkt "oh, verward" of "oh, niet helemaal in de haak", een niet pluisgevoel dat je dan een DOS opstart.*

Mogelijkheden tot verbetering: Voorwaarden

- *Ik wil b,v, ook de 2 nieuwe teamleiders erbij betrekken. Zij zijn een constante factor op doordeweekse dagen en kunnen ook meer aandacht besteden en controleren op het protocol goed wordt opgevolgd.*

Mogelijkheden tot verbetering: Patiënt

- *Het is denk ik wel belangrijk, ook naar een patiënt toe uit te leggen waarom dat je dit doet. En dat gebeurt natuurlijk niet altijd.*

Mogelijkheden tot verbetering: Screenen

- *Dat screenen daar moeten mensen gewoon vertrouwd mee raken en dan doen ze dat er op een gegeven moment wel even bij, wordt het routine.*
- *En misschien, als je de opname op de poli hebt, daar doen ze opnames al, en daar komen ze er al achter hoe de thuissituatie van de patiënt is. Dus dan kunnen ze al op de verpleegafdeling zeggen: "screenen niet nodig". Dan hoeven we dat ook niet helemaal op te starten en naar te kijken. Want je hebt helemaal gelijk inderdaad, het zijn eigenlijk al die punten, maar dat heb je 1,2,3 zo uitgevraagd bij de patiënt en dat scheelt toch weer een extra handeling in de computer voor ons om het te screenen. Ook al is het niet veel werk, maar toch het is wel weer*

een extra handeling. Maar ik denk dat poliklinisch dat daar al naar gekeken kan worden hoe de situatie is, en daar kan al op gezet worden of het wel of niet moet.

Mogelijkheden tot verbetering: Uitvoering

- *Als blijkt dat iemand een verhoogd risico loopt dan wordt bijvoorbeeld makkelijk een risico op delier verpleegplan in het dossier gedaan, maar dat wordt dan verder niet uitgewerkt of gebruikt. Eigenlijk zou het verpleegplan dan meer uitgewerkt moeten worden op de persoon? Dat je ook echt wat bereikt.*
- *Wat vooral van belang is eigenlijk om meteen bij opname te screenen. Als je de gegevens meteen bij het opnamegesprek invoert dan kun je voor de operatie ,het is toch een operatieafdeling, meteen al dezelfde dag actie ondernemen.*

Mogelijkheden tot verbetering: Kennis

- *Extra scholing is niet nodig er wordt al heel veel geschoold op deze afdeling. Mensen zijn "scholingsmoe". Voor nieuwe medewerkers bestaat al een scholing van de VMS thema's. Hierbij komt ook delier aan bod.*
- *We hebben natuurlijk ook een hele hoop nieuwe mensen. En daar is natuurlijk ook die kennis niet optimaal bij. Daar is ook nog wel iets bij te behalen denk ik. Met name wat betreft het belang van het protocol en wat je eigenlijk zou moeten doen voor de patiënt. Want de patiënt die kan ontzettend inleveren door een delier. Er moet ook een soort bewustwording zijn.*
- *Ik had mezelf voorgenomen om eens te kijken als we bijvoorbeeld nieuwe mensen hebben, of als iemand aan je gekoppeld is die niet weet hoe dat werkt met die screening dat dat meteen goed uitgelegd wordt. Ook het belang de te nemen acties.*
- *Eigenlijk wil ik dat ook weer wat meer aandacht vragen in de patiëntbesprekingen.*
- *Ik heb ook gezegd dat je daar heel veel uit kunt halen. Bijvoorbeeld hoe zo'n patiënt normaal gesproken is voor de opname en zo dus dat is wel iets waar mensen nog steeds op gewezen moeten worden.*
- *Om alle nieuwe mensen of leerlingen meteen apart dat allemaal uit te leggen en te vertellen. Dat je dat mensen meteen goed aanleren. Ik denk dat dat ook wel belangrijk is om dat bij leerlingverpleegkundigen meteen goed te doen, zodat het gewoon een vanzelfsprekendheid wordt.*

Mogelijkheden tot verbetering: Inzet aandachtsvelders

- o *Want het is natuurlijk zo dat wij als we werken, gewoon onze patiënten toegewezen hebben. Dus in de praktijk is er vaak nauwelijks tijd om daar eens echt veel aandacht aan te kunnen besteden. Dat is ook wel een beetje een frustratie van ons. een vast moment van de dag eens even in de andere teams gaat kijken. Zijn er op dit moment nieuwe patiënten? Zijn die patiënten gescreend? Als een soort check weet je wel. En dan de persoon die dan verantwoordelijk is voor die patiënt ook te bevragen. Wat heb je gedaan .. waarom..? Dus echt een persoonlijke benadering.*
- o *Dus er is wel veel aandacht aan besteed maar of ik er ook goed mee werk, nee.. En ik denk ook toch dat moet er ook echt gewoon nog ingestampt worden; dat er eentje is en dat we er ook mee aan de slag mee moeten gaan. Dus ik denk nog steeds blijven herhalen op de afdeling. Ik denk nu jullie ook denk ik niet meer langskomen zou denk ik meer verwatert worden. Ook ik hoor dat absoluut. Maar ook de aandachtsvelders hier op de afdeling zouden er veel aandacht aan moeten blijven schenken denk ik ..*

Mogelijkheden tot verbetering: Inzet verpleegassistenten/vrijwilligers

- *Want verpleegassistenten kunnen in de uitvoering van dat soort protocollen heel veel betekenen.*
- *als er genoeg verpleegassistenten hebben, hen een bepaalde verantwoordelijkheid geven voor patiënten die bijvoorbeeld een dagprogramma hebben.*
- *Dat zij er bijvoorbeeld toezicht op houden dat patiënten inderdaad gemobiliseerd worden volgens dagprogramma, toiletgang krijgen volgens dagprogramma, voldoende intake, etcetera*
- *Uhm, even kijken.. moeilijk. Uhm, kijk meer personeel is er gewoon niet dus dat is geen antwoord. Uhm.. nou waarom kunnen niet de vrijwilligers, ja vrijwilligers die bij het GIDZ-team zitten? Dat die daar meer geschoold in worden, zodat zij een taak van ons weg kunnen nemen? En ik moet je zeggen dat ik niet precies weet wat, maar ook zij kunnen bijvoorbeeld een kalender maken, zeg maar de basisdingetjes of dat zij iets meer verantwoordelijkheid krijgen..*
- *Ik noem maar iets op hoor, ik weet helemaal niet of het mogelijk is. Uhm, ook zij kunnen misschien screenen, dat ze in gesprek gaan met de patiënt en daarop misschien screenen. Ja.. kijk de verpleegkundige dingen nog niet zozeer maar misschien dat zij met familie kunnen overleggen om wat hun aandeel is. Gewoon dat zij iets meer verantwoordelijkheden krijgen maar ik weet niet of dat mogelijk is.*

Mogelijkheden tot verbetering: anders..

- *Eigenlijk is C50 niet goed toegerust voor dergelijke patiënten. Er is een klinisch geriatrie afdeling in het ziekenhuis. Eigenlijk zou er voor geriatrie OK patiënten ook een gespecialiseerde unit moeten zijn.*

Attitude geïnterviewde

- *Dat snap ik ook wel hoor, ik heb dat zelf ook wel .*