

# ‘Zichtbaarheid.; van levensbelang’

## Onderzoeksverslag afstudeeronderzoek



**isala**

|                  |                                    |
|------------------|------------------------------------|
| Namen studenten: | Bram Muis<br>Elisabeth Post        |
| Opdrachtgevers:  | Trijnie Vos- Koorn<br>Lianne Klomp |
| Docent:          | Rudolf Schaaf                      |
| School:          | Viaa Hogeschool,<br>Zwolle         |
| Instelling:      | Isala, Zwolle                      |
| Datum:           | 22-05-2015                         |

## Samenvatting

Voor u ligt het onderzoeksverslag van het afstudeeronderzoek van Bram Muis en Elisabeth Post.

In dit afstudeeronderzoek is er gekeken naar de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid binnen het Isala ziekenhuis te Zwolle. Op de Acute Opname Afdeling (hierna: AOA) en op de afdeling Chirurgie kwam naar voren dat het niet altijd duidelijk is welk reanimatiebeleid een patiënt heeft. In dit afstudeeronderzoek is onderzocht wat verpleegkundigen nodig hebben om een zichtbaar reanimatiebeleid te creëren bij patienten. De onderzoeksvraag luidde dan ook als volgt:

*‘Wat hebben de verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie nodig om een zichtbaar reanimatiebeleid te creëren bij de patiënten van hun afdelingen?’*

Met dit afstudeeronderzoek is gepoogd om de mening van verpleegkundigen naar voren te laten komen. Op deze manier is de inzichtelijkheid over de huidige situatie binnen Isala duidelijker geworden. Ook heeft dit onderzoek bijgedragen aan het verbeteren van kwaliteit, aangezien er onderzoek is gedaan naar verbeterpunten.

Binnen dit afstudeeronderzoek is er een literatuurstudie gedaan. In deze studie hebben de studenten contact opgenomen met de reanimatiecommissie binnen Isala en zijn er andere ziekenhuizen in Nederland benaderd voor informatie. Naast de literatuurstudie is er een praktijkonderzoek opgezet. In dit praktijkonderzoek zijn verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie uitgenodigd om een enquête in te vullen. Deze verpleegkundigen zijn geselecteerd op basis van leeftijd, werkervaring, werkjaren en contract om op die manier de groep zo divers mogelijk te krijgen. Door de enquête zijn de meningen van de verpleegkundigen verzameld. Ook zijn er knelpunten en aanbevelingen naar voren gekomen.

Uit de resultaten bleek dat de verpleegkundigen van beide afdelingen vaak dezelfde visie hadden op het handelen in- en rondom een reanimatiesituatie. Verpleegkundigen van beide afdelingen missen de koppeling tussen Eridanos (het medische dossier) en Apenio (het verpleegkundige dossier). Verder viel het op dat verpleegkundigen van de AOA rekening houden met patiënten die met spoed opgenomen worden en verpleegkundigen van de Chirurgie rekening houden met patiënten die vanaf de poli komen.

Vanuit de resultaten is duidelijk geworden dat verpleegkundigen vinden dat er meer zichtbaarheid van het reanimatiebeleid moet komen. Zichtbaarheid bij de patiënt zelf, maar daarnaast ook in de dossiers. Uit het afstudeeronderzoek zijn verschillende aanbevelingen naar voren gekomen om deze zichtbaarheid te bereiken. Denk hierbij aan één elektronisch patiëntendossier (EPD), een zichtbaar reanimatiebeleid bij de patient. Ook worden aanbevelingen op het gebied van scholing en gesprek gegeven. Tot slot een aanbeveling voor het doen van aanvullend onderzoek.

## Engelstalig abstract

This research report is made by Bram Muis and Elisabeth Post. The research focused on the visibility of the reanimation-policy in the Isala hospital in Zwolle. At the 'Acute Care Unit' and at the 'Surgery Unit' it turned out that it isn't always clear which reanimation-policy should be followed. In this research is investigated what nurses need to create a visible reanimation-policy. The research question is:

*"What do nurses of the Acute Care Unite' and the 'Surgery Unit' need to create a visible reanimation-policy by patients of their units?"*

With this research is tried to draw attention to the opinion of nurses. The results have led to more clarity in the current situation in the Isala hospital. The results of this research have also led to improvements in care, because there's focused on points of improvements in current care at the 'Acute Care Unit' and at the 'Surgery Unit'.

In this research there have been conducted a literature review. In this review the students also contacted the reanimation-commission of Isala, and approached other hospitals in The Netherlands for information about their reanimation-policy. Besides the literature review there have been carried out a practical research. In this practical research there have been carried out a survey among nurses of the 'Acute Care Unit' and of the 'Surgery Unit'. Those nurses were selected by age, work experience, years of work and contract. Through this selection the results of the research are based on the answers of a various group of nurses. The results demonstrate the opinion of the nurses and give more insight in the problems of their experiences. Based on this results, there are formulated recommendations.

The results demonstrate that nurses of both units have often the same opinion on what to do in reanimation situations. Nurses of both units often gave the same recommendations about the visibility of reanimation-policy. For example, they recommend a link between Eridanos (the medical file) and Apenio (the nursing file). However, the units claimed also different recommendations. This was because nurses of the 'Acute Care Unite' took into account that patients rush into hospital, while nurses of the 'Surgery Unite' took into account that patients come from the outpatients department.

There can be conclude that nurses of the 'Acute Care Unit' and at the 'Surgery Unit' consider that there should be more visibility of the reanimation-policy in the Isala hospital in Zwolle. Visibility by the patient themselves, but also in the files. In accordance with the results of the research, it is recommended to carry out further research to the opinion of patients in the Isala hospital in Zwolle.

## Inhoudsopgave

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| ▪ Titelblad                                                    | 0  |
| ▪ Samenvatting                                                 | 1  |
| ▪ Engelstalig abstract                                         | 2  |
| ▪ Inhoudsopgave                                                | 3  |
| ▪ Voorwoord                                                    | 5  |
| ▪ Hoofdstuk 1 Inleiding                                        | 6  |
| > 1.1 Aanleiding                                               |    |
| > 1.2 Probleemstelling                                         |    |
| > 1.3 Verpleegkundige relevantie                               |    |
| > 1.4 Doelstelling                                             |    |
| > 1.5 Vraagstelling                                            |    |
| > 1.5.1 Hoofdvraag                                             |    |
| > 1.5.2 Deelvragen                                             |    |
| > 1.6 Leeswijzer                                               |    |
| ▪ Hoofdstuk 2 Theoretisch kader                                | 9  |
| > 2.1 Reanimeren                                               |    |
| > 2.2 Reanimatiebesluit                                        |    |
| > 2.3 Communicatie omtrent reanimeren                          |    |
| > 2.4 Logistiek bij reanimatie binnen Isala                    |    |
| > 2.5 Feiten en cijfers over reanimatie                        |    |
| > 2.6 Wet en regelgeving                                       |    |
| > 2.7 Reanimatie Commissie (RAC)                               |    |
| ▪ Hoofdstuk 3 Methode van het onderzoek                        | 17 |
| > 3.1 Strategie                                                |    |
| > 3.2 Methode                                                  |    |
| > 3.3 Steekproef                                               |    |
| > 3.4 Instrument                                               |    |
| > 3.5 Analyse                                                  |    |
| > 3.6 Betrouwbaarheid                                          |    |
| > 3.7 Geldigheid                                               |    |
| > 3.8 Ethische verantwoording                                  |    |
| ▪ Hoofdstuk 4 Resultaten                                       | 22 |
| > 4.1 Resultaten per enquête vraag afdelingen AOA en Chirurgie |    |
| ▪ Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie, aanbevelingen              | 28 |
| > 5.1 Antwoord op deelvragen en hoofdvraag                     |    |
| > 5.2 Discussie methodiek                                      |    |
| > 5.2.1 Theoretische discussie                                 |    |
| > 5.2.2 Methodiek discussie                                    |    |
| > 5.3 Aanbevelingen                                            |    |

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| ▪ Literatuurverwijzingen                             | 37 |
| ▪ Dankwoord                                          | 39 |
| ▪ Bijlagen                                           | 40 |
| > 1. Zoekplan literatuurstudie                       |    |
| > 2. Logboek afstudeeronderzoek                      |    |
| > 3. Enquête                                         |    |
| > 4. Onderzoeksresultaten, labels, thema's Chirurgie |    |
| > 5. Onderzoeksresultaten, labels, thema's AOA       |    |
| > 6. Poster                                          |    |

## Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag dat wij gemaakt hebben na het uitvoeren van ons afstudeeronderzoek binnen de Isala te Zwolle. Op de afdelingen AOA en Chirurgie heeft het afstudeeronderzoek plaatsgevonden.

Wij zijn twee studenten die de HBO- V opleiding volgen op de Viaa Hogeschool te Zwolle. Om ons voor te bereiden op het afstuderen hebben wij een onderzoeksplan opgesteld met daarin een literatuuronderzoek, een uiteenzetting van de onderzoeksmethodologie die wij gebruikt hebben en een tijdsplanning. Dit onderzoeksplan was onze handleiding voor het daadwerkelijk afstuderen.

Wij zijn werkzaam als leerling verpleegkundige binnen de Isala Klinieken te Zwolle. Elisabeth Post werkt op dit moment op de afdeling verloskunde en heeft in het vorige semester op de afdeling AOA gewerkt. Bram Muis werkt op dit moment op de afdeling PMU en heeft in het vorige semester op de afdeling Chirurgie gewerkt.

De opdrachtgevers vanuit de Isala zijn Trijnie Vos- Koorn, verpleegkundige plus educatie op de afdeling AOA en Lianne Klomp, verpleegkundige plus educatie op de afdeling Chirurgie. Het was dus een voor de hand liggende keuze om het afstudeeronderzoek op deze afdelingen uit te voeren.

Vanuit Hogeschool Viaa hebben wij hulp gekregen van de docent Rudolf Schaaf, hij was onze persoonlijke begeleider bij het afstuderen.

Aan het eind van ons afstudeeronderzoek hebben wij dit onderzoeksverslag geschreven. Hierin worden de aanleiding, de gehanteerde methodologie, de conclusies en aanbevelingen beschreven.

Wij hopen dat door middel van dit onderzoeksverslag inzicht krijgt in ons afstudeeronderzoek.

# Hoofdstuk 1 Inleiding

## *Inleiding*

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding, de probleemanalyse, de onderzoeksvraag en onderzoeksdoel van dit afstudeeronderzoek beschreven. Daarnaast wordt de relatie met het verpleegkundig beroep weergegeven.

### *1.1 Aanleiding*

Reanimatie is een behandeling welke doormiddel van hartmassage en kunstmatige beademing de circulatie kan herstellen en hiermee patiënten in leven kan houden. Een uitval van de ademhaling of circulatie zal zonder snelle behandeling leiden tot het overlijden van een patiënt (Jong de, 2007, Hawley, 2009). Reanimaties worden wereldwijd toegepast, omdat een hartstilstand of andere reden voor reanimatie veelvuldig voorkomt. Dit komt binnen en buiten het ziekenhuis voor.

In de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de rechten en plichten van de patiënt en de hulpverlener vastgelegd (De Rijksoverheid, 2015, Hermans, 2010, pp. 227-256). Een patiënt heeft het recht om goede en volledige informatie te krijgen, zodat hij kan kiezen voor de wenselijke behandeling. Het is van daaruit gezien belangrijk dat de wens voor het wel- of niet reanimeren besproken wordt met de patiënt binnen het ziekenhuis. Indien dit overleg tot de conclusie leidt dat geen poging tot reanimatie zal worden ondernomen, dient een mondelinge afspraak hierover door de arts schriftelijk in het patiëntendossier vastgelegd te worden (NRR, 2014, De Rijksoverheid, 2015).

In Nederland geldt dat er in de klinische situatie in principe gereanimeerd wordt (Hawley, 2009). Wanneer een patiënt in het ziekenhuis of een zorginstelling komt, moeten er afspraken gemaakt worden t.a.v. het reanimatie beleid. Op basis van verschillende aspecten kan de afspraak gemaakt worden om niet te gaan reanimeren bij een adem- of circulatiestilstand. Deze afspraak behoort vastgelegd te worden. Er wordt altijd gestart met reanimeren, tenzij een niet- reanimeren afspraak is besproken en vastgelegd (Reanimatie Commissie (RAC), 2013, Meursing., 2004). Ook in andere Nederlandse wetten zijn regels rondom reanimatie te vinden. In de kwaliteitswet Zorginstellingen wordt elke zorginstelling verplicht tot levering van verantwoorde zorg via bewust beleid en kwaliteitssystemen. De instelling heeft hierdoor ook verantwoordelijkheden ten aanzien van het Niet Reanimeren beleid. De instelling moet maatregelen treffen waardoor het beleid rondom reanimeren bij alle personeelsleden bekend is en door hen wordt toegepast. Het is vanuit de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) van belang dat een zorginstelling m.b.t. reanimatie de kwaliteit van handelen bewaakt en bevordert. Daarnaast moet de patiënt beschermt worden tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen (De Nationale Zorggids, 2014).

Binnen Isala wordt in principe iedere patiënt bij een hart- en ademstilstand gereanimeerd (Reanimatie Commissie, 2013). Binnen het ziekenhuis bestaat een richtlijn over het reanimatiebeleid van de patiënt. In Isala wordt er gewerkt met een Elektronisch Patiënten Dossier. Hierin staan onder andere de gegevens van de patiënt, de reden van opname, de anamnese en het zorgverslag. Daarnaast staat er opgeschreven welk reanimatiebeleid voor deze patiënt geldt. Dit wordt door de arts besproken met de patiënt of diens vertegenwoordiger wanneer de patiënt opgenomen wordt. Op deze manier is het altijd zichtbaar voor de verpleegkundigen of de patiënt wel of niet gereanimeerd wil worden. Er heeft

zich echter een gebeurtenis binnen Isala voorgedaan waarbij een verpleegkundige een patiënt vond met een circulatiestilstand. De verpleegkundige die deze patiënt vond had die dag de zorg niet over deze patiënt en had geen achtergrondinformatie over de patiënt. Voor de verpleegkundige was het reanimatiebeleid niet zichtbaar. Vanwege de circulatiestilstand is de verpleegkundige begonnen met reanimeren. Achteraf bleek dat deze patiënt niet gereanimeerd had willen worden. Dit is de aanleiding geweest voor het doen van dit afstudeeronderzoek.

## *1.2 Probleemanalyse*

Wanneer een patiënt binnen de Isala wordt opgenomen, dient altijd binnen 4 uur na opname het reanimatiebeleid bepaald en gedocumenteerd te worden. Het reanimatiebesluit wordt direct na het bespreken met de patiënt of diens vertegenwoordiger vastgelegd in Eridanos (het digitale medische dossier binnen Isala). Voorzien van de naam van de behandelend arts (Reanimatie Commissie, 2013).

Uit een onderzoek binnen Isala is gebleken dat dit in de praktijk vaak niet gebeurt. Op allerlei manieren, onder andere via het stafbestuur, is getracht deze situatie te verbeteren. Desondanks blijkt nog steeds dat het ter sprake brengen bij de (familie van de) patiënt van het wel of niet reanimeren voor veel artsen lastig is (Reanimatie Commissie, 2013). Het reanimatiebeleid wordt meestal wel in het dossier geschreven, maar bij de patiënt zelf is het niet zichtbaar. Wanneer er zich een acute situatie voordoet is het daarom onduidelijk voor verpleegkundigen en artsen of de patiënt wel of niet gereanimeerd wil worden.

Dit is niet alleen voor Isala een knelpunt. Vanuit de literatuur komt naar voren dat ook andere ziekenhuizen in Nederland hier aandacht voor hebben (Reisfeld, 2006, Zembla, 2011, Martini ziekenhuis, 2013, De koepel van ouderenorganisaties, 2009).

## *1.3 Verpleegkundige relevantie*

Zichtbaarheid van het reanimatiebeleid is vereist om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen. Vanuit het verpleegkundig beroepsprofiel moet de verpleegkundige blijven werken aan haar deskundigheid. Zij levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie (V&V, 2012). Naast het verbeteren van kwaliteit was het van belang dat er duidelijkheid zou komen over de huidige situatie rondom het reanimatiebeleid binnen de Isala. Verpleegkundigen spelen hier een grote rol in, vanwege hun coördinerende rol tussen andere disciplines en de patiënt.

De verpleegkundige kan aanvullende informatie hebben over de patient die van belang is voor de besluitvorming rondom reanimatie. De verpleegkundige staat dicht bij de patient en is gevoelsmatig ook anders dan de arts betrokken bij de patient. Samenwerking met de arts is hierbij erg belangrijk (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014).

De verpleegkundige is degene die de zorg van de patient behoort te waarborgen. Zij heeft de taak om een reanimatiewens uit te voeren en de stem van de patient te laten horen. Voor haar is het daarom van noodzakelijk belang om duidelijkheid en zichtbaarheid omtrent het reanimatiebeleid te hebben (Baarda, Dit is onderzoek! 2014).

## *1.4 Onderzoeksdoel*

Met het oog op kwaliteit van zorg was het van belang dat er verbeteringen worden aangebracht rondom de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid.

Isala moet kunnen garanderen dat de patiënten de zorg krijgen waarvoor zij kiezen. Ook vanuit de Joint Commission International (JCI) wordt bepaald dat het reanimatiebeleid duidelijk zichtbaar moet zijn bij de patiënt (Joint Commission International 2014).

Gebeurtenissen zoals bovenstaande beschreven mogen niet nogmaals voorkomen. Het doel met dit afstudeeronderzoek was om een bijdrage te leveren ter voorkoming van soortgelijke situaties. De doelstelling voor dit afstudeeronderzoek luidde als volgt:

*‘Tijdens ons afstudeeronderzoek willen wij onderzoeken wat de verpleegkundigen nodig hebben zodat het reanimatiebeleid van elke patiënt inzichtelijk is voor hen’.*

Ter voorbereiding op het onderzoek heeft er een literatuuronderzoek plaatsgevonden. Naar aanleiding van de theoretische onderbouwing is het praktijkonderzoek opgesteld. Op basis van de aanleiding, de probleemanalyse en het doel is de onderzoeksvraag voor dit afstudeeronderzoek opgesteld.

## 1.5 Vraagstelling

### 1.5.1 Onderzoeksvraag

*‘Wat hebben de verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie nodig om een zichtbaar reanimatiebeleid te creëren bij de patiënten van hun afdelingen?’*

### 1.5.2 Deelvragen

1. In hoeverre hebben de verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie inzicht in de verantwoordelijkheden en taken rondom een reanimatie?
2. Wat zijn knelpunten voor verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?

Welke aanbevelingen geven verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie aan omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?

## 1.6 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken wordt ingegaan op dit afstudeeronderzoek. In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan het literatuuronderzoek dat ter voorbereiding van het praktijkonderzoek is opgesteld. In hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan de methodiek van dit onderzoek, er staat beschreven hoe het praktijkonderzoek is opgezet. In hoofdstuk 4 staan in het kort de resultaten per enquête vraag van de afdelingen AOA en Chirurgie beschreven. In hoofdstuk 5 wordt antwoord gegeven op de hoofd- en deelvragen, er wordt ingegaan op de methodiek discussie en uiteindelijk worden de aanbevelingen beschreven. Tot slot is een literatuurverwijzing toegevoegd en is er een dankwoord te vinden.

N.B. In dit verslag wordt gebruik gemaakt van de vrouwelijke vorm bij het spreken over verpleegkundigen.

## Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Dit theoretisch kader levert een bijdrage aan het definiëren van de eigenschappen en kenmerken van het onderzoeksonderwerp. In dit hoofdstuk zal er ingegaan worden op verschillende aspecten. Een uitleg rondom reanimeren en het reanimatiebesluit en ook de communicatie en logistieke werkwijze rondom reanimeren komt aan de orde. Er is verdieping gezocht in de logistieke interventies, omdat deze interventies van belang zijn bij het verloop van een reanimatie.

Verder wordt ingegaan op de wet- en regelgeving in Nederland en worden feiten en cijfers omtrent reanimatie beschreven. Tot slot wordt er informatie beschreven over de reanimatie commissie (RAC) binnen Isala. De hierboven beschreven aspecten zijn opgesteld aan de hand van de hoofd –en deelvragen (Baarda, Dit is onderzoek!, 2014).

### 2.1 Reanimeren

‘Reanimatie ofwel *cardiopulmonale resuscitatie* (cpr) is het in leven houden van de patiënt met behulp van hartmassage en kunstmatige beademing, totdat hij in het ziekenhuis verder behandeld kan worden (Jong de, 2007). Een andere definitie is het in stand houden van de vitale functies van een persoon die een adem- of hartstilstand heeft, met behulp van technieken als kunstmatige beademing, hartmassage, het corrigeren van de zuur- basebalans en behandeling van de oorzaak van de stilstand (Hawley,2009).

Een uitval van de ademhaling en/of circulatie zal onder zonder snelle behandeling leiden tot het overlijden van de patiënt. Er wordt hierbij onderscheidt gemaakt tussen twee begrippen: de klinische dood en de biologische dood. De biologische dood wordt ook wel hersendood genoemd. Bij een klinische dood kan reanimatie nog van nut zijn, maar bij iemand die hersendood is heeft het geen zin meer om een reanimatie te ondernemen (Vos, 2004, Jong de, 2007).

Eén van de belangrijkste onderdelen in een reanimatie is het stellen van de juiste diagnose. Het is namelijk best mogelijk dat iemand bijvoorbeeld kort bewusteloos is geraakt vanwege een flauwte. Reanimeren is dan niet nodig, en juist gecontra-indiceerd. (Jong de, 2007).

In de meeste gevallen is de situatie in de praktijk zo dat men geconfronteerd wordt met een patiënt die op bed of op de grond ligt. De afdelingsverpleegkundige is vaak degene die de patient vindt en zij moet in staat zijn om de handelingen uit te voeren voor het stellen van de juiste diagnose. Het stellen van een juiste diagnose gaat gepaard met behulp van de volgende controles:

- Bewustzijn. Reageert de patiënt nog op aanspreken, aanraken of pijnprikkels?
- Ademhaling. Open de luchtweg → is er ademhaling zichtbaar en-of voelbaar (Jong de, 2007)?

Wanneer deze controles negatief zijn dient men over te gaan op reanimatie en indien mogelijk het bevestigen van AED- elektronen. Om een goede hartmassage toe te dienen, behoort het gepaard te gaan met de volgende stappen:

- De patiënt moet liggen
- Er moet op de juiste plaats van de borstkas met de juiste loodrechte houding gedrukt te worden, de borstkas moet tijdens massage ongeveer 5-6 cm ingedrukt worden.
- Er dienen 30 hartmassages toegepast te worden afgewisseld met 2 beademingsmomenten. Bij kinderen 15 hartmassages en 2 beademingsmomenten.

Wanneer de AED analyseert kan hij wel of geen schok aanbevelen. In beide gevallen dient de reanimatie direct herstart te worden. Verder moeten de opdrachten van de AED exact opgevolgd worden (Reanimatie Commissie, 2013, Meursing, 2004).

## 2.2 Reanimatiebesluit

In principe zal iedere patiënt die in de Isala Klinieken ligt bij een hart- en ademstilstand worden gereanimeerd. Maar soms is de afspraak gemaakt om niet te reanimeren (Reanimatie Commissie, 2013). Volgens het kwaliteitshandboek 'ASZ medische behandelprotocollen' (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014) zijn er verschillende factoren die bepalend kunnen zijn voor het uiteindelijke besluit. Deze factoren zijn sterk individueel bepaald.

Te denken valt aan:

- De kwaliteit van leven zoals de patiënt die ervaart
- Het bestaan van afhankelijkheid
- Het bestaan van fysiek en/of geestelijk lijden
- De (on)mogelijkheid tot communicatie

Verder omschrijft het kwaliteitshandboek 'ASZ medische behandelprotocollen' (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014) dat tevens de te verwachten levensduur en de leeftijd voor de patiënt van belang kunnen zijn bij een uiteindelijk besluit, evenals de geloofsovertuiging, de levensinstelling en de behoefte nog door te leven om bepaalde zaken te regelen.

Het reanimatiebeleid van het UMC Utrecht (Schuurhuis, 2014), St' Jansdal ziekenhuis (Delden, Niet-reanimerenafspraken: de besluitvorming, 2014) en Isala (Reanimatie Commissie, 2013) omschrijven allen dat er globaal gezien drie redenen zijn om de afspraak niet- reanimeren te maken:

1. De patiënt heeft zijn behandelend arts te kennen gegeven niet gereanimeerd te willen worden.
2. De behandelend arts vindt reanimatie bij voorbaat kansloos, omdat er naar bestaande geneeskundige inzichten geen of slechts een minimale levensverlenging te bereiken is.
3. De behandelend arts vindt na overleg met de patiënt reanimatie ongewenst, omdat weliswaar de kans aanwezig is dat door reanimatie levensverlenging kan worden bereikt, maar het niveau van lichamelijk en/of geestelijk functioneren na reanimatie niet de wil van de patiënt is.

Bij de besluitvorming omtrent het wel of niet reanimeren, zijn er verschillende verantwoordelijkheden betrokken:

- De hoofdbehandelaar, of diens arts-assistent
- De patiënt indien wilsbekwaam; anders zijn of haar wettelijk vertegenwoordiger
- De medebehandelaar, waar nodig
- De verpleegkundige, waar nodig
- Eventueel de huisarts (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014, Isala Klinieken, 2014, Reanimatie Commissie (RAC), 2013).

Ingaand op de wilsbekwaamheid of wilsonbekwaamheid van de patiënt behoort men altijd goed na te gaan in hoeverre de patiënt wilsbekwaam is. Men kan hierin de volgende aspecten betrekken, in hoeverre de patiënt:

- Besef heeft van de situatie waarin hij verkeert;
- De gegeven informatie kan begrijpen;
- Op grond hiervan tot een besluit kan komen;
- De consequenties van het besluit kan overzien (Isala Klinieken, 2014) (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014).

De verpleegkundige dient betrokken te zijn ten aanzien van de besluitvorming rondom het wel- of niet reanimeren van de patiënt. De verpleegkundige kan aanvullende informatie hebben over de patiënt die van belang is voor de besluitvorming rondom reanimatie. De verpleegkundige staat dicht bij de patiënt en is gevoelsmatig ook anders dan de arts betrokken bij de patiënt (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014).

Zoals hierboven beschreven wordt zijn er verschillende factoren die meespelen voor zowel de patiënt, de arts en andere betrokkenen. Een niet- reanimeren besluit op bovenstaande factoren wordt in principe opgeschort voor de periode van operatie en de uitslaapkamer (recovery). Dit besluit is vastgelegd, omdat er in een operatieve situatie niet altijd een duidelijke oorzaak voor een reanimatie aan te wijzen is. Wanneer er echter door de hoofdbehandelaar (in combinatie met de operateur) en de anesthesioloog in samenspraak met de patiënt expliciet anders is afgesproken en vastgelegd in het dossier wordt er niet gereanimeerd in de operatieve setting (Isala Klinieken, 2014). Daarbij is het van groot belang dat een afspraak om niet te reanimeren weloverwogen dient te zijn gemaakt. Een wel- of niet reanimeren afspraak kan dus niet worden gemaakt op het moment dat er een acute circulatie- of ademstilstand is. Om ongewenste situaties te voorkomen is het daarom van belang de patiënt met zijn naasten hierover vroegtijdig nadenkt en dit onderwerp bespreekt met de behandelend arts (Reanimatie Commissie, 2013).

Tenslotte, wanneer er bij een reanimatie blijkt dat de patiënt een niet-reanimeer verklaring heeft, dient de arts, die de leiding heeft bij een reanimatie, alsnog de beslissing te nemen de reanimatie te staken. (Reanimatie Commissie, 2013).

### *2.3 Communicatie omtrent reanimatie*

De beslissing over het beleid omtrent reanimatie wordt genomen in overleg tussen de patiënt, de behandelende artsen en verpleegkundigen (Hermans, 2010). Binnen Isala dient altijd binnen 4 uur na de opname het reanimatiebeleid bepaald en gedocumenteerd te worden. Het reanimatiebesluit behoort direct na het bespreken met de patiënt of diens vertegenwoordiger vastgelegd te worden in Eridanos (het digitale medische dossier), voorzien van naam behandelend arts. Als zich in de toestand van de patiënt veranderingen voordoen die invloed kunnen hebben op een eerder genomen beslissing, dient de beslissing te worden getoetst aan de situatie van het moment. Belangrijk is, dat de beslissing op een vaste plaats in de medische en verpleegkundige status wordt vastgelegd en naar de aanwezige artsen en verpleegkundigen gecommuniceerd, opdat in geval van een plotselinge calamiteit geen onnodige discussie ontstaat of een reanimatie wordt gestart terwijl het tegendeel was afgesproken en vastgelegd (Martini ziekenhuis, 2013, Isala Klinieken, 2014).

De zichtbaarheid van het reanimatiebeleid is niet alleen binnen Isala een onderwerp dat aandacht heeft. Het Albert Schweitzer ziekenhuis kwam in 2012 in het nieuws met een proef in rode niet reanimeren polsbandjes. Deze proef werd op twee verpleegafdelingen getest. Patiënten die wel gereanimeerd wilden worden kregen een wit polsbandje en patiënten die niet gereanimeerd wilden worden een rood polsbandje. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft met deze nieuwe werkwijze als doel dat iedere patiënt een weloverwogen beslissing heeft kunnen nemen of hij of zij wel of niet gereanimeerd wilt worden.

Daarnaast wil het Albert Schweitzer ziekenhuis er zo ook voor zorgen dat er naar de wens van de patiënten gehandeld word doordat zijn of haar wens voor iedereen bekend is. Op deze manier hoopt het Albert Schweitzer ziekenhuis optimaal de patiënt te betrekken bij zijn behandeling (Oelen, M. 2012, Beelen, van A. 2012).

Uit de proef van het Albert Schweitzer ziekenhuis kwam naar voren dat de patiënten massaal bereid zijn om na te denken over de reanimatievraag. Daarbij zijn de patiënten ook bereid om de reanimatievraag te bespreken met hun naasten. Van de patiënten die aan deze proef mee hebben gedaan, vond een meerderheid het prettig dat hun wens bij het medisch en verplegend personeel bekend is. Het verplegend personeel ervaren op beurt weer een prettige werkwijze door de eenduidige methode.

In 2012 kwam er uit verschillende artikelen naar voren met de veronderstelling dat patiënten en hun naasten zo'n bandje wellicht stigmatiserend of beschamend zouden vinden. Uit de proef van het Albert Schweitzer ziekenhuis kwam echter naar voren dat er onder de patiënten nauwelijks bezwaren leven tegen een duidelijke zichtbaarheid van de keuze (Oelen, M. 2012, Critical Care. 2012).

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft een nieuw protocol opgesteld dat sinds 2014 ziekenhuis breed is ingevoerd. In het nieuwe protocol is ook een paars polsbandje bij een niet reanimeren wens ingevoerd. De kleur rood bleek in een ziekenhuis, dat zich in de buurt van het Albert Schweitzer ziekenhuis bevindt, de betekenis "allergie" te hebben. De kleur paars heeft bij andere ziekenhuizen geen andere betekenissen. Vandaar de keuze voor een paars polsbandje (Springer Media, 2014, De News Locker, 2014, Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014).

Vanuit de literatuur komt naar voren dat andere ziekenhuizen ook aandacht besteden aan het beleid rondom reanimatie. Deze aandacht gaat over het vastleggen van het reanimatiebeleid in het dossier, daarnaast gaat het om de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid bij de patient. Het Martini ziekenhuis heeft de notatie NR in het rood op het polsbandje gezet om zo de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid te verbeteren (Reisfeld, 2006, Zembla, 2011, Martini ziekenhuis, 2013, De koepel van ouderenorganisaties, 2009).

#### *2.4 Logistiek bij reanimatie binnen de Isala*

Een reanimatie binnen de Isala kent ook op logistiek gebied de nodige afspraken. Het is van groot belang om deze afspraken ook daadwerkelijk na te leven om zo het proces rondom een reanimatie en de reanimatie zelf professioneel te laten verlopen.

Op het moment dat er sprake is van een adem en/of circulatiestilstand behoort er direct gestart te worden met Basic Life Support (BLS). Een gewaarschuwde alarmeert direct de meldkamer door het noodnummer 5555 te draaien.

De meldkamer stuurt vervolgens de juiste mensen naar de juiste plaats. Het is bij het alarmeren van groot belang dat het volgende gemeld wordt;

- Het gaat om een reanimatie
- Welk bouwdeel; Vlinder 1, 2, 3, 4 etc.
- Verdieping A of B
- Functioneel ruimtenummer
- Gaat het om een kind of volwassene

De meldkamer zal de informatie doorgeven aan de verantwoordelijke disciplines van het reanimatieteam. Na melding dient er vervolgens de Automatische Externe Defibrillator (hierna: AED) gehaald te worden. De AED moet direct aangezet worden en de pads moet op de bestemde plaatsen geplaatst worden (Reanimatie Commissie (RAC), 2013).

De afdelingsverpleegkundigen en avond of nachthoofd hebben bij de logistiek rondom een reanimatie de volgende taken:

- Direct bij start Basic Life Support (BLS) de patiënt op een zo optimale plaats te worden gelegd.
- Het reanimatieteam moet opgewacht worden zodat het team niet hoeft te zoeken.
- Meubilair of wat in de weg staat wordt zo mogelijk opzij gezet, zodat een ruime werkplek gecreëerd wordt.
- De overige patiënten worden afgeschermd van de reanimatieplek of van zaal gereden door omstanders.
- De familie dient begeleid en opgevangen te worden.
- Uitvoeren van BLS: á 2 minuten afwisselen afdelingsverpleegkundige met een verpleegkundige van het reanimatieteam (Reanimatie Commissie (RAC), 2013).

Zodra het reanimatieteam gearriveerd is nemen zij de reanimatie over en daarmee ook de verantwoordelijkheid voor de reanimatie, ongeacht waar de reanimatie plaats vindt.

Het reanimatie team bestaat uit de volgende disciplines:

Professional en bijbehorende rol:

- Anesthesist/intensivist heeft als rol → supervisor proces, algemeen eindverantwoordelijk
- Arts assistent cardiologie/Spoed Eisende Hulp → leider
- Arts assistent Intensive Care → airway management
- 2 intensive care verpleegkundigen en 1 Coronary Care verpleegkundige → kar, defibrillator, uitvoeren Basic Life Support (afgewisseld met afdelingsverpleegkundige), aanbrengen pads.
- Cardioloog → eindverantwoordelijke arts assistent cardiologie.

Bovenstaand is beschreven hoe de normale werkwijze bij een reanimatie in Isala georganiseerd behoort te zijn. Door deze beschrijving is iedereen op de hoogte van zijn taak (Reanimatie Commissie (RAC), 2013).

Wanneer er een reanimatie beëindigd wordt, bestaan er de volgende scenario's; De patiënt is overleden of de patiënt heeft herstel van spontane circulatie. Hieronder zullen de taken bij deze scenario's beschreven worden (Reanimatie Commissie (RAC), 2013);

De patiënt is overleden:

- Het reanimatieteam detubeert de patiënt.
- De behandelend arts wordt, indien niet aanwezig, gebeld.
- De behandelend arts spreekt de familie en vult de papieren in.
- De verantwoordelijk arts van het reanimatieteam doet verslag van de reanimatie in het dossier.
- De verpleegkundigen van de afdeling verzorgen de overleden patiënt.
- Wanneer de reanimatie plaats vond bij een niet klinische patiënt wordt de patiënt, in overleg met Intensive care, Spoed Eisende Hulp of de afdeling Eerste Hart Long Hulp alsnog naar een van beide afdelingen overgeplaatst voor de laatste verzorging (Reanimatie Commissie (RAC), 2013).

#### De patiënt heeft herstel van spontane circulatie:

- Indien de patiënt volledig behandeld wil worden, wordt de patiënt overgeplaatst naar de afdeling Intensive Care (IC) of Cardio Care Unit (CCU), afhankelijk van de beademingsindicatie.
- De familie wordt door de afdelingsarts of verpleegkundige op de hoogte gesteld van de overplaatsing.
- In het uitzonderlijke geval dat bij de patiënt toch een niet-reanimeer-afpraak bestond kan besloten worden de patiënt (na detubatie) op de afdeling te laten liggen, nadat heldere afspraken gemaakt zijn tussen het reanimatieteam, de afdelingsarts en verpleegkundige.
- Na de reanimatie zal een verpleegkundige van het reanimatieteam dezelfde dag nog contact opnemen met betrokkenen op de afdeling voor een korte evaluatie.
- Na iedere reanimatie dient een rapportage van de reanimatie te worden ingevuld door de (voor reanimatie verantwoordelijke) arts en verpleegkundige (Reanimatie Commissie (RAC), 2013).

Met deze informatie wordt er uitleg gegeven over de werkwijzen bij een patient die overleden is na reanimatie en bij een patient die herstel heeft van spontane circulatie na reanimatie. De afdelingsverpleegkundige heeft bij beide scenario's taken zoals bovenstaand beschreven is.

#### *2.5 Feiten en cijfers over reanimatie*

Hierboven is beschreven wat een reanimatie inhoudt en hoe het toegepast dient te worden in de praktijk. Helaas doet een hartstilstand en reden voor een reanimatie zich wereldwijd veelvoudig voor. In de Verenigde Staten krijgen naar schatting tussen de 350.000 tot 750.000 volwassenen een hartstilstand in het ziekenhuis (Ornato, 2012).

In Europa zijn hart- en vaatziekten goed voor ongeveer 40% van alle sterfgevallen onder de leeftijd van 75 jaar. Plotselinge hartstilstand is daarbij verantwoordelijk voor meer dan 60% van de volwassen sterfgevallen door hartaandoeningen (European Resuscitation Council (ERC), 2010).

In België werd in 2000 de Belgische reanimatieraad opgericht. De Belgische Reanimatieraad of Belgian Resuscitation Council (BRC) is een wetenschappelijke vereniging die zich bezig houdt met het bevorderen en het verbeteren van de reanimatie in België.

Elk jaar krijgen ongeveer 350.000 Europeanen een hartstilstand, buiten het ziekenhuis. Hiervan zijn er 10.000 in België. De gemiddelde overlevingskans op lange termijn varieert op dit ogenblik van 5 tot 10%. De BRC beschrijft dat de levensreddende handelingen zo eenvoudig zijn, maar op dit moment slechts 20% van de slachtoffers cardiopulmonale reanimatie (CPR) krijgt door een omstander. Dit verklaart volgens het BRC voor een deel waarom minder dan één slachtoffer op tien een hartstilstand overleeft (Claessens, 2014).

Verder werd er in Zuid-Zweden tussen 2007 en 2010 een retrospectieve observationele studie gedaan naar de overlevingskans na een hartstilstand die behandeld werd met reanimatie in het ziekenhuis. Hieruit kwam naar voren dat van de 287 patiënten (61,3% mannen; gemiddelde leeftijd 70 jaar) 20,2% overleefde tot ontslag uit het ziekenhuis (Ohlsson, 2014).

In de literatuur ABC van het reanimeren van de Isala klinieken te Zwolle, wordt beschreven dat de kans op een succesvolle reanimatie slechts 10 à 20% is. Het belangrijkste risico van reanimatie is niet het op gang krijgen van het hart. Daarnaast bestaat er de risico dat de hersenen te lang zuurstofgebrek hebben krijgen waardoor een hersenbeschadiging of een onomkeerbaar coma optreed (Reanimatie Commissie, 2013).

Deze informatie geeft aan dat een reanimatie snel gestart moet worden in verband met de prognose van de patiënt. De logistieke interventies die Isala heeft opgesteld zijn van belang voor het opstarten en vervolgen van een reanimatie.

## *2.6 Wet en regelgeving reanimeren*

Iedereen is verplicht hulp te verlenen aan iemand die in onmiddellijk levensgevaar verkeert, in het kader van artikel 450 van het Wetboek van Strafrecht. Een reanimatiepoging wordt dan ook altijd gestart tenzij er een goede reden is om ervan af te zien (NRR, 2014, Engberts, 2009).

In de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de rechten en plichten van de patiënt, verpleegkundige en arts geregeld. Het ideaal achter de WGBO is dat een patiënt goede en volledige informatie krijgt. De patiënt kan zelf afwegen welke behandeling hij wil. De WGBO regelt de beslissingsbevoegdheid van de patiënt. Eén van de belangrijkste onderdelen van de WGBO met betrekking tot het Niet Reanimeren beleid (NR- beleid) is de informatieplicht en de toestemmingsvereiste (“informed consent”). Dus geen behandeling zonder toestemming van de patiënt. Binnen het ziekenhuis is de WGBO- eis van informed consent ook van toepassing. Wensen van de patiënt en de zinvolheid van een eventuele reanimatiepoging moeten worden besproken.

Indien er uit dit gesprek een niet reanimeren beleid besloten wordt, dient de mondelinge afspraak door de arts schriftelijk in het patiëntendossier vastgelegd te worden (NRR, 2014, De Rijksoverheid, 2015). Mogelijk draagt het slachtoffer een wilsverklaring waarin staat dat hij niet gereanimeerd wil worden. Omdat daarvan niet mag worden uitgegaan en ernaar zoeken kostbare tijd is, moet in beginsel direct met de reanimatie gestart worden (NRR, 2014, Engberts, 2009).

Een reanimatie kan worden uitgevoerd zonder expliciete toestemming van de patiënt volgens art. 466 van de WGBO (Engberts, 2009). De familie (m.n. de levenspartner) is meestal op de hoogte van de wensen van patiënt ten aanzien van het niet- reanimeren.

Over het algemeen zullen de hulpverleners de patiënt en zijn wens ten aanzien van reanimatie niet kennen en niet op de hoogte zijn van het al dan niet bestaan van (ernstige) aandoeningen of een al slechte kwaliteit van leven, die de slaagkans van een reanimatie kan beïnvloeden. Bekendheid met de wens van het slachtoffer door de aanwezigheid van een rechtsgeldige niet- reanimatieverklaring of rechtsgeldige niet- reanimeren penning, zal op dit handelen wel invloed hebben (NRR, 2014). In de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) wordt elke zorginstelling tot levering van verantwoorde zorg verplicht via bewust beleid en kwaliteitssystemen. De instelling heeft hierdoor ook verantwoordelijkheden ten aanzien van het NR- beleid. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de instelling zich inspant om maatregelen te treffen, bijvoorbeeld d.m.v. protocollering, die ervoor zorgen dat het beleid rondom reanimeren bij alle personeelsleden bekend is en door hen wordt toegepast (Meursing, 2004).

De *Wet BIG* (De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) is een kwaliteitswet. Het doel is enerzijds de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en anderzijds de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Een medicus staat in het BIG-register geregistreerd en moet aan kwaliteitscriteria voldoen om geregistreerd – en daarmee bevoegd tot uitoefening van het vrije beroep – te mogen blijven.

Elk ziekenhuis is in Nederland verplicht om aan de inspectie en de zorgverzekeraars aan te kunnen tonen dat zij kwaliteit leveren. Daarom wordt zij jaarlijks gekeurd door een extern bureau.

In het verleden werd Isala gekeurd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Echter, op dit moment is Isala overgestapt naar een internationaal accreditatieorgaan voor veiligheid in de zorg, genaamd Joint Commission International (JCI). Deze organisatie redeneert vanuit het belang van de patiënt. JCI heeft een nulmeting binnen het ziekenhuis gedaan en er is vandaaruit een werkgroep gestart om een nieuw beleid te ontwikkelen binnen Isala (Joint Commission International, 2014). Het doel is om de accreditatie eind 2015 te ontvangen. Daarvoor moeten er nog wel enige aanpassingen gebeuren, onder andere op het gebied van reanimatie. JCI wil zien dat het reanimatiebeleid wordt vastgelegd en zichtbaar is. Ook is het belangrijk dat de patiënten voorlichting ontvangen. Een ander thema binnen JCI is scholing. Het is belangrijk dat alle medewerkers die in contact komen met patiënten scholingen volgen op het gebied van reanimatie. Dit dient ook vastgelegd te worden (Joint Commission International, 2014, september 29 - oktober 3).

### *2.7 Reanimatie Commissie (RAC)*

Binnen de Isala is een door de Raad van Bestuur ingestelde Reanimatie Commissie (RAC) actief. De RAC is een ziekenhuisadviescommissie en brengt advies uit aan de Raad van Bestuur. Het doel van de RAC is 'het waarborgen dat de reanimatie van personen binnen de Isala goed georganiseerd is en inhoudelijk voldoet aan de meest recente inzichten van de European Resuscitation Council (ERC 2010. Advanced Life Support (ALS) wordt in de Isala uitgevoerd door een reanimatieteam dat werkt volgens het reanimatieprotocol Isala. Dit reanimatieteam bestaat uit artsen en specialistische verpleegkundigen. 'In het uitzonderlijke geval dat bij de patiënt toch een niet- reanimeer- afspraak bestond kan besloten worden de patiënt (na detubatie) op de afdeling te laten liggen, nadat heldere afspraken gemaakt zijn tussen het reanimatieteam, de afdelingsarts en- verpleegkundige'(Reanimatie Commissie, 2013). Wanneer een patiënt binnen de Isala wordt opgenomen, dient ALTIJD binnen 4uur na opname het reanimatiebeleid bepaald en gedocumenteerd te worden. Het reanimatiebesluit wordt direct na het bespreken met de patiënt of diens vertegenwoordiger vastgelegd in Eridanos (het digitale medische dossier binnen Isala). Voorzien van naam behandelend arts.

### 3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk staat beschreven welke onderzoeksstrategie is toegepast tijdens dit afstudeeronderzoek. De methode die gekozen is wordt toegelicht en beargumenteerd. Ook is het na het lezen van dit hoofdstuk duidelijk welke deelnemers betrokken zijn bij dit afstudeeronderzoek en hoe de werving van de deelnemers heeft plaats gevonden. Het meetinstrument is nader toegelicht. Daarnaast staat er beschreven hoe er met de privacy van de deelnemers is omgaan en hoe de betrouwbaarheid van dit afstudeeronderzoek gewaarborgd is.

#### 3.1 Strategie

Zoals in hoofdstuk 1 al beschreven is luidde de onderzoeksvraag als volgt:

*‘Wat hebben de verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie nodig om een zichtbaar reanimatiebeleid te creëren bij de patiënten van hun afdelingen?’*

Er kon gekozen worden tussen twee verschillende strategieën om onderzoek te doen; namelijk door middel van kwantitatief en kwalitatief onderzoek (Nieswiadomy, 2009). Kwantitatief onderzoek gaat voornamelijk over feiten en kwalitatief onderzoek gaat voornamelijk over meningen. Dit afstudeeronderzoek was gericht op de mening van verpleegkundigen. De manier waarop deze onderzoeksvraag geformuleerd is wees op een kwalitatief onderzoek.

*‘Een kwalitatief onderzoek is gericht op de subjectieve betekenis van ervaringen voor het individu’ (Nieswiadomy, 2009).*

De verantwoorde methode die bij een kwalitatief onderzoek hoort is hieronder verder uitgewerkt.

#### 3.2 Methode

Er is gezocht naar de beste methode voor het onderzoek. Na verdieping in de literatuur bleek dat een kwalitatief explorerend onderzoek het beste antwoord heeft gegeven op de deelvragen en onderzoeksvraag van dit onderzoek (Baarda, 2009, Baarda, 2014, Nieswiadomy, 2009). Door middel van een kwalitatief explorerend onderzoek is er gekeken naar de mening en visie van de verpleegkundige. Hiervoor zijn gerichte vragen gesteld. Ook zijn er knelpunten rondom het reanimatiebeleid in Isala onderzocht (Baarda, 2009, p. 29).

Er is vooronderzoek gedaan naar wat nodig is voordat er daadwerkelijk een nieuw ontwerp gerealiseerd kon worden. Het kwalitatief explorerend onderzoek is uitgevoerd op meso- niveau (Harinck, 2013). De populatie besloeg de verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie. Zij hebben input gegeven voor het onderzoek. Deze informatie is in maart en april 2015 verzameld.

#### 3.3 Steekproef

Voor dit afstudeeronderzoek is er een deelnemersgroep geselecteerd. Bij deze specifieke selectie is er gekeken naar geslacht, leeftijd, werkervaring en het aantal contracturen dat een verpleegkundige werkt. Op deze manier is er zo breed mogelijk onder verpleegkundigen gekeken. Er is gekozen voor een *heterogene* groep, beschreven bij de onderstaande inclusie criteria. In principe wordt bij een onderzoek net zo lang onderzocht totdat er geen nieuwe feiten/meningen meer naar voren komen.

*‘In de praktijk is de steekproef voor een onderzoek daarom zelden meer dan twintig eenheden’ (Baarda, 2009).* Er zijn 15 enquêtes op de afdeling AOA en 15 enquêtes op de afdeling Chirurgie uitgedeeld.

Per afdeling zijn de volgende verpleegkundigen geselecteerd:

- 5 verpleegkundigen met 1-5 jaar werkervaring
- 5 verpleegkundigen met 5-15 jaar werkervaring
- 5 verpleegkundigen met meer dan 15 jaar werkervaring

Binnen deze selectie vielen:

- 5 verpleegkundigen jonger dan 30 jaar
- 5 verpleegkundigen tussen 30 en 45 jaar
- 5 verpleegkundigen ouder dan 45 jaar

De contracten binnen deze selectie waren als volgt opgedeeld:

- 5 contracten minder dan 0,65 fte
- 5 contracten tussen 0,65 fte en 0,78 fte
- 5 contracten van meer dan 0,78 fte

Daarnaast viel binnen deze selectie:

- Minimaal 1 mannelijke verpleegkundige

Inclusie criteria voor deelnemers aan het afstudeeronderzoek:

- De deelnemers van het onderzoek moesten in de periode van februari tot en met mei 2015 werkzaam zijn als verpleegkundige op de afdelingen AOA of Chirurgie.
- De deelnemers mochten full time of part time werken
- De deelnemers dienden HBO-V of MBO-V geschoold zijn. Volgens het basisboek Methoden en Technieken kunnen antwoorden soms afhankelijk zijn van het opleidingsniveau (Goede, 2001).

Exclusie criteria voor deelnemers aan het afstudeeronderzoek:

- Verpleegkundigen die niet werkzaam waren op de afdelingen AOA of Chirurgie gedurende de periode van februari tot en met mei 2015.
- Leerlingen en stagiaires die werkzaam waren op de afdelingen AOA en Chirurgie gedurende de periode van februari tot en met mei 2015.

Deze steekproef is opgesteld door bij de leidinggevenden van de AOA en Chirurgie een lijst met verpleegkundigen op te vragen. Op deze manier zijn er 15 verpleegkundigen per afdeling geselecteerd. De inclusie- en exclusie criteria zijn bij beide afdelingen helemaal aangehouden.

De verpleegkundigen zijn persoonlijk per mail uitgenodigd om mee te doen aan het onderzoek. Na een week hadden niet alle verpleegkundigen aangegeven of zij mee wilden doen met het onderzoek. Er is nogmaals een mail rondgestuurd met de vraag om reactie. Na die tijd kwamen er meer reacties, echter niet iedereen had gereageerd. Omwille van de tijd zijn de enquêtes toen toch op de afdeling gelegd. Intussen is er een poster op de afdelingen gehangen, om aan te geven dat er een onderzoek gaande was. Ook waren de afdelingen via de leidinggevenden op de hoogte gebracht van het onderzoek. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met de opdrachtgever, omdat de respons niet was zoals gewenst. Naar aanleiding van dat gesprek is er nogmaals een mail rondgestuurd en zijn de geselecteerde verpleegkundigen persoonlijk op de afdeling aangesproken met de vraag of zij de enquête in wilden vullen. Na een gesprek met de docent vanwege de tegenvallende respons zijn er naar aanleiding van mailcontact en persoonlijk vragen meer enquêtes binnengekomen. Het uiteindelijke resultaat was een respons van 10 enquêtes op de AOA en 11 enquêtes op de Chirurgie.

### 3.4 Instrument

De data verzameling voor een kwalitatief onderzoek kon gebeuren door middel van interviews of enquêtes. Het team van de AOA telt ongeveer 90 verpleegkundigen. Het team van de Chirurgie telt ongeveer 65 verpleegkundigen. Het kostte te veel tijd om interviews uit te voeren op groepen van deze omvang en aangezien dit praktijkonderzoek drie maanden besloeg was het niet realistisch om interviews af te nemen. Daarom is er een meetinstrument in de vorm van een enquête ontwikkeld voor het onderzoek. Het meetinstrument is voornamelijk gebaseerd op het literatuuronderzoek, beschreven bij hoofdstuk 2. Van daaruit waren knelpunten naar voren gekomen waar onderzoek naar gedaan is. Deze knelpunten waren ook de basis voor de geformuleerde deelvragen:

- In hoeverre hebben de verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie inzicht in de verantwoordelijkheden en taken rondom een reanimatie?
- Wat zijn knelpunten voor verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie omtrent de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid?
- Welke aanbevelingen geven verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie aan omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?

De verpleegkundigen konden door middel van deze enquête meer inzichtelijkheid geven in de huidige situatie rondom de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid. Deze informatie was nodig om het probleem van de zichtbaarheid rondom het reanimatiebeleid op te kunnen lossen. Op basis van deze informatie konden er oplossingen en aanbevelingen ontwikkeld worden (Baarda, Dit is onderzoek!, 2014). Het doel van de enquête was dat de mening van verpleegkundigen naar voren kwam. Het doel was niet om kennis en/of vaardigheden van de verpleegkundigen te toetsen. De enquête die is gebruikt is voor het vrijgeven gelezen door verpleegkundigen van de Psychiatrische Medische Unit (PMU) en door verpleegkundigen van de verloskunde afdeling. De gekregen feedback is verwerkt in de gebruikte enquête. Op deze manier is er gewerkt aan de operationalisering van het meetinstrument. Het meetinstrument is te vinden in bijlage 3 van dit onderzoeksverslag.

### 3.5 Analyse

Bij dit onderzoek was het van groot belang om de persoonlijke mening te horen van verpleegkundigen. Bij de uitvoering van het onderzoek is er daarom een ruimte gecreëerd waarin de verpleegkundige zich veilig. Op deze manier had zij de vrijheid om daadwerkelijk haar persoonlijke mening in de enquêtes weer te geven en sociaal wenselijke antwoorden te vermijden. Dit is gerealiseerd door de enquêtes anoniem te verwerken (Verhoeven, 2008). Nadat de enquêtes zijn afgenomen zijn de verzamelde gegevens geanalyseerd. Dit is gedaan aan de hand van een gefundeerde theoriebenadering (Baarda, 2014). Deze methode kende de volgende stappen van analyseren. De stappen komen na elkaar:

1. Data ordening/fragmenteren; in deze stap is de verzamelde data geordend en in fragmenten per onderwerp gelabeld om zo overzicht te creëren in de verzamelde data.
2. Relevantie; de relevante informatie wordt gescheiden van de irrelevante informatie. Bijna alle informatie kon als relevant beschouwd worden. Slechts enkele antwoorden klopten niet bij de enquête vraag. Dat was irrelevante informatie.
3. Open coderen; dit was de eerste fase van het labelingsproces. Er zijn meerdere labels gebruikt en samengevoegd om de diversiteit van de labels te beperken. Door te coderen zijn de antwoorden gemakkelijk terug te vinden. De codes van de AOA beginnen met de letter A en de codes van de Chirurgie beginnen met de letter C.

4. Axiaal coderen; na het open coderen werden verwante labels in thema's ondergebracht. De AOA kreeg, net als Chirurgie, haar eigen thema's. Tot deze stap zijn de enquêtes van beide afdelingen apart geanalyseerd en geordend.

5. Selectief coderen; bij deze stap is teruggegaan naar de onderzoeksvraag en het onderzoeksdoel. Op die manier is de laatste ordening gemaakt. De uiteindelijke centrale begrippen kwamen hierbij naar voren. De thema's van beide afdelingen zijn bij elkaar gelegd. In bijlage 4 en 5 is het ordeningsproces te vinden. Door bovenstaande ordening aan te houden zijn de verzamelde gegevens zorgvuldig geanalyseerd.

### *3.6 Betrouwbaarheid*

Om de betrouwbaarheid voor het daadwerkelijk uitvoeren van dit onderzoek te waarborgen is het onderzoek integraal verlopen met het opgestelde onderzoeksplan. Deze heeft als richtlijn gefungeerd voor het praktisch uitvoeren van dit onderzoek. Verder is er een afspiegeling van de populatie geselecteerd. Dat waren 15 van de 94 verpleegkundigen van de afdeling AOA en 15 van de 65 verpleegkundigen van de afdeling Chirurgie. Zij zijn specifiek geselecteerd voor deelname aan de enquête. Bij deze specifieke selectie is er gekeken naar geslacht, leeftijd, werkervaring en het aantal contracturen dat een verpleegkundige werkt. Deze selectie heeft plaats gevonden om zo een grote diversiteit aan verpleegkundige input te creëren. Daarnaast was deze groep te onderzoeken in de tijd die beschikbaar was voor dit onderzoek. De uitkomsten kennen door deze selectie een grotere diversiteit. Deze diversiteit in gegevens heeft ervoor gezorgd dat de meningen van de verpleegkundigen in hun totaliteit optimaal naar voren komen.

Voor de invulling van de enquête zijn de geselecteerde verpleegkundigen van de afdelingen AOA en chirurgie persoonlijk per email uitgenodigd. De verpleegkundigen zijn persoonlijk uitgenodigd, omdat de verpleegkundigen specifiek geselecteerd zijn. Het doel van deze persoonlijke benadering was om het onbedoelde effect te bestrijden, zoals het geen respons krijgen op de enquêtes. Door deze persoonlijke uitnodiging werd een goede respons verwacht. Bovendien was het onderzoek op deze manier herhaalbaar. De geselecteerde verpleegkundige konden in de weken 12 t/m 14 de enquête in de ruimte van de verpleegkundige plus educatie ophalen. De enquête werd samen met een envelop geleverd. Wanneer de verpleegkundige de enquête in had gevuld, kon zij de enquête in de envelop doen en deze vervolgens sluiten met de plakrand. De gesloten envelop werd dan gedeponeerd in de daarvoor bestemde brievenbus. Toen de enquêtes ingevuld waren, worden zij opgehaald om verder uitgewerkt te worden. Het onderzoeksplan is doorgenomen door de opdrachtgevers en de docent vanuit school.

### *3.7 Geldigheid*

Om de geldigheid en plausibiliteit van dit kwalitatieve onderzoek te bevorderen is er gebruik gemaakt van de volgende vijf technieken (Baarda, 2014):

1. Triangulatie: dit is gedaan door middel van een literatuurstudie welke beschreven staat bij hoofdstuk 2 van dit onderzoeksplan. Daarnaast is er een enquête onder de verpleegkundigen uitgedeeld. De verpleegkundigen waren afkomstig van twee verschillende ziekenhuisafdelingen.
2. Audit trial: door het bijhouden van een logboek, beschreven in bijlage 2, zijn de uitgevoerde activiteiten beschreven. Daarnaast is er een zoekplan opgesteld om de literatuurstudie te onderbouwen. Deze is vinden in bijlage 1.

3. Peer debriefing: het opstellen van dit plan is gebeurd in samenspraak met de opdrachtgevers van dit afstudeeronderzoek, de leidinggevende van de reanimatiecommissie van Isala en de docenten van Hogeschool Viaa.
4. Member checking: In verband met de privacy van de deelnemers is er niet meegekeken door de opdrachtgevers tijdens het ordenen van de gegevens. Doordat de respons in eerste instantie achter bleef is ter sprake geweest of de opdrachtgevers de geselecteerde verpleegkundigen op de werkvloer zouden vragen om de enquête in te vullen. Vanwege de privacy is dit echter niet gedaan door de opdrachtgevers. De verzamelde gegevens zijn wel opgeslagen, zodat deze bij mogelijke problemen geraadpleegd kunnen worden.
5. Negatieve case analyse: Door de hiervoor genoemde stappen toe te passen in dit onderzoek is voorkomen dat de mening van de onderzoekers invloed heeft gehad op de uitkomsten.

Elke afdeling heeft een eigen afdelingssfeer en dat zou invloed kunnen hebben op de uitslagen van het onderzoek. Om dat te voorkomen is er een controle groep opgezet. De afdeling Chirurgie fungeerde als controlegroep voor de AOA en de AOA fungeerde als controlegroep voor de afdeling Chirurgie. De conclusies van het onderzoek zijn afdeling gerelateerd.

Wat betreft de validiteit van het meetinstrument is er een concept-enquête voorgelegd aan verpleegkundigen op de afdelingen kraam en PMU. De ontvangen feedback is vervolgens verwerkt in het meetinstrument. Op die manier is er geprobeerd het meetinstrument zo valide mogelijk te maken. De verpleegkundigen van beide afdelingen hebben omtrent dezelfde tijd de enquête ingevuld.

De resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd op Hogeschool Viaa op 15 juni 2015. Daarnaast zal er een posterpresentatie binnen Isala plaatsvinden op 16 juni 2015 waar de resultaten ook gepresenteerd worden.

### *3.8 Ethische verantwoording*

De deelnemers zijn geselecteerd, maar de enquêtes zijn anoniem ingevuld. Op deze manier zijn de gegeven antwoorden niet herleidbaar naar de persoon die het ingevuld heeft. De verzamelde gegevens zijn anoniem verwerkt worden door de studenten. Op deze manier is voorkomen dat de deelnemers schade zullen ondervinden als gevolg van het meewerken aan dit onderzoek.

De ingevulde enquêtes zijn niet aan derden verstrekt.

Het onderzoeksplan is gelezen door de opdrachtgevers van het afstudeerproject. Ook hebben een tweetal docenten van Hogeschool Viaa deze goedgekeurd.

## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk staat beschreven wat verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie nodig hebben om een zichtbaar reanimatiebeleid te creëren bij hun patiënten. De resultaten zijn per enquêtevraag beschreven. Hierbij zal soms onderscheid worden gemaakt per afdeling wanneer de verpleegkundigen van beide afdelingen uiteenlopende antwoorden geven.

### 4.1 Resultaten per enquête vraag afdelingen AOA en Chirurgie

#### **Vraag 1: Welke interventies onderneemt u bij het aantreffen van de patiënt?**

De verpleegkundigen van de afdeling AOA en Chirurgie vinden het van elementair belang dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt op het moment dat zij een patiënt aantreffen met een circulatie- en/of ademstilstand. Het doen van controles, het controleren van het reanimatiebeleid en het creëren van een veilige omgeving zien de verpleegkundigen als belangrijke interventies. Naast deze interventies komt uit de enquête ook naar voren dat verpleegkundigen hulp in willen schakelen. Deze hulp bestaat voornamelijk uit het alarmeren van collega's met telefoon of nood- bel.

---

*"1. Aanspreken 2. Ademhaling controleren 3. Om hulp roepen/ noodbel 4. Opstarten reanimatie"(A.1.1.)*

---

De verpleegkundigen van de AOA en Chirurgie proberen taken zoals het zorgen voor een arts aan bed, het halen van 'de acute car' en AED te delegeren aan collega's. Het is opvallend dat verpleegkundigen van de AOA aangeven het dossier van de patiënt te (laten) openen om informatie te kunnen (laten) lezen.

---

*"Noodbel--> hulp creëren+ verantwoordelijke verpleegkundige laten zoeken. Noodnummer laten bellen+ acute kar laten komen. Start reanimatie. Dossier laten openen". (A.1.4.)*

---

De verpleegkundigen van de AOA zetten logistieke interventies in, zoals het 'crash team' opvangen en het bed van de patiënt van de muur te rijden.

---

*"Indrukken noodbel, starten reanimatie, collega 5555 laten bellen daarna collega arts laten bellen+ familie. Afhankelijk van hoeveel hulp collega's 1 persoon reanimatieteam laten opvangen. Zorgen dat mede patiënten van kamer af zijn. Bed van muur rijden etc". (A.1.8. )*

---

Op grond van bovenstaande citaten blijkt dat de interventies die aangegeven zijn door de verpleegkundigen bestaan uit het doen van controles, het controleren van het reanimatiebeleid en het creëren van een veilige omgeving. Het alarmeren, inschakelen van hulp, inzetten van logistieke interventies en het delegeren van taken aan collega's worden ook gezien als belangrijke interventies bij het aantreffen van een patiënt.

**Vraag 2: Welke taken heeft de afdelingsverpleegkundige wanneer het reanimatieteam de reanimatie over neemt?**

De hulp die een afdelingsverpleegkundige behoort te bieden bestaat volgens de verpleegkundigen voornamelijk uit het aanwezig zijn op de afdeling en het bieden van ondersteuning aan het reanimatieteam. De overdracht van een reanimatie naar het reanimatieteam dient zij te coördineren.

---

*“Aanspreekpunt van het reanimatieteam, coördinerende functie” (A.2.2.)*

---

Het geven van informatie over de patiënt wordt ook gezien als een belangrijke taak. Verder verstaan de verpleegkundigen ook het opvangen van familie als taak van de afdelingsverpleegkundige.

---

*“Overzicht houden, zorgen dat computer paraat staat en zn.  
Medicatie ophalen. Familie opvangen.” (A.2.6.)*

---

De verpleegkundige vinden het van groot belang dat de afdelingsverpleegkundige betrokken is bij de reanimatie. De zorgtaken voor andere patiënten behoort zij over te dragen aan haar collega's. De taken van een afdelingsverpleegkundige zijn dus het verschaffen van hulp aan het reanimatieteam, het coördineren van de overname van een reanimatie, het overdragen van informatie van de patiënt aan het reanimatieteam en het delegeren van de zorg voor andere patiënten en familieleden.

**Vraag 3: Welke logistieke interventies omtrent een reanimatie behoort u te ondernemen?**

Op de vraag welke logistieke interventies een verpleegkundige behoort te nemen, geven beide afdelingen aan dat benodigheden om een reanimatie uit te voeren verzameld moeten worden.

---

*“Noodbel--> mondkapje--> reanimeren (anders bellen 5555),  
halen AED en acute kar+ COW (Computer On Wheels) om  
medische gegevens etc. in te kunnen zien tijdens  
reanimatie.”(A.3.2.)*

---

De verpleegkundigen vinden het van belang dat de zorg voor de patiënt en haar medepatiënten gecontinueerd wordt. Belangrijke interventies zijn ook het zorgdragen voor ruimte in de omgeving van de reanimatie en het vrijhouden van de kamer en de gang.

---

*“Zorg dat reanimatieteam op de afdeling komt door 5555 te  
bellen, opvang van team en doorverwijzen naar juiste ruimte,  
ruimte op zaal/kamer is, aanwezig van elektronisch  
dossier/COW.” (C.3.8.)*

---

Het vragen om hulp word ook bij deze enquêtevraag aangegeven als belangrijke interventie. Dit kan via collega's of via de telefoon.

De logistieke interventies die de verpleegkundigen aangeven zijn dus het verzamelen en aanreiken van de reanimatie benodigdheden, het zorgdragen voor de andere patiënten, het creëren van voldoende ruimte bij de patiënt en vrijhouden van de kamer en gang. Verder wordt het vragen om hulp via collega's of telefoon als belangrijke interventie gezien.

**Vraag 4: Op welke manier is het bij aanvang van uw dienst duidelijk welk reanimatiebeleid uw eigen patiënten hebben?**

De uitkomsten van de enquête geven weer dat de verpleegkundigen dossiercontrole belangrijk vinden. Kennis van het reanimatiebeleid van een patiënt is van groot belang. Onder dossiercontrole wordt controle van het verpleegkundig dossier (Apenio) én controle van het medische dossier (Eridanos) verstaan.

---

*"Eridanos, moet het reanimatie beleid staan evenals Apenio." (C.4.4.)*

---

Verder krijgen de verpleegkundigen duidelijkheid doormiddel van het werkbriefje en een mondelinge overdracht van de voorgaande dienst. Opvallend is dat een verpleegkundige van de AOA aangeeft een onbekend beleid aan te kaarten bij de arts van de afdeling. De andere verpleegkundigen benoemen dit niet in hun antwoorden.

---

*"Reanimatiebeleid staat in Apenio en ik check het altijd zelf even in Eridanos. Staat er niks (onbekend) dan check ik het bij arts wel/niet reanimeren. Gebeurt er in tussentijd iets dan begin ik altijd." (A.4.2.)*

---

Door controle van Apenio en Eridanos wordt het reanimatiebeleid duidelijk voor de verpleegkundigen. Daarnaast geven zij aan dat er duidelijkheid verkregen word door informatie op het werkbriefje en een mondelinge overdracht van de voorgaande dienst

**Vraag 5: Wanneer er een reanimatie beëindigd wordt, bestaan er de volgende scenario's; De patiënt is overleden of de patiënt heeft spontaan herstel van circulatie. Welke acties onderneemt u bij spontaan herstel van de circulatie?**

Uit de enquêtes komt naar voren dat verpleegkundigen verschillende interventies ondernemen indien de circulatie van een patiënt spontaan herstelt. In eerste instantie wordt de zorg voor de patiënt gewaarborgd. Er worden controles uitgevoerd, de patiënt wordt verzorgd en indien nodig wordt de patiënt overgeplaatst naar de IC. De begeleiding van familie en het evalueren van de reanimatie met het reanimatieteam zijn voor de verpleegkundigen belangrijke acties.

---

*"Vitale functies blijven bewaken. Beleid van arts uitvoeren m.b.t. behandeling + evaluatie reanimatie. Zorgen voor psychische begeleiding patiënt + familie." (A.5.8.)*

---

Andere acties die ondernomen worden na herstel van spontane circulatie zijn bijvoorbeeld de opdrachten van de arts uitvoeren en het rapporteren van een reanimatie in het dossier van de patiënt. Een enkele verpleegkundige geeft aan zich verantwoordelijk voelt om te zorgen voor de psychische begeleiding van de patiënt.

---

*“Vitale functies blijven bewaken. Beleid van arts uitvoeren m.b.t. behandeling + evaluatie reanimatie. Zorgen voor psychische begeleiding patiënt + familie.” (A.5.8.)*

---

---

*“Controles, overplaatsing IC/hartbewaking?, afstemmen met dienstdoende arts eigen specialisme, rapporteren, beleid noteren etc.” (A.5.3.)*

---

Op grond van bovenstaande citaten blijkt dat het uitvoeren van de controles, de verzorging van de patiënt en de mogelijke overplaatsing van de patiënt acties zijn die de verpleegkundigen ondernemen indien de patiënt spontaan herstel heeft van circulatie. Ook het uitvoeren van de opdrachten die de arts geeft na een reanimatie, het rapporteren van een reanimatie en de psychische begeleiding van de patiënt zijn acties die door de verpleegkundigen worden ondernomen.

**Vraag 6: Wanneer er een reanimatie beëindigd wordt, bestaan er de volgende scenario's; De patiënt is overleden of de patiënt heeft spontaan herstel van circulatie. Welke acties onderneemt u als de patiënt is overleden?**

De verpleegkundigen vinden het van groot belang om de zorg voor de overleden patiënt en de begeleiding van haar familie professioneel uit te voeren. Er moeten volgens de verpleegkundigen stappen ondernomen worden om een overleden patiënt naar het mortuarium te kunnen brengen. Niet alle verpleegkundigen geven duidelijk aan wie volgens hen de familie van de patiënt zou moeten inlichten.

---

*“Arts schakelt familie in, familieopvang op afdeling, mortuariummedewerker op de hoogte stellen, Arts regelt met familie papieren.” (C.6.4.)*

---

---

*“Familie inlichten (of arts familie in laten lichten). Familie opvangen. Evt. (bij onnatuurlijke dood) een arts laten schouwen, lijnen intact laten. Als alles afgerond is, patiënt verhuizen naar mortuarium.” (A.6.1.)*

---

De verpleegkundigen van de AOA beschrijven niet wie er verantwoordelijk voor is om de familie in te lichten. Beide afdelingen geven aan dat het evalueren van de reanimatie belangrijk is. Volgens de verpleegkundige van de chirurgie is het de taak van de verpleegkundige om de benodigde documenten in te laten vullen. Ook vind een van de verpleegkundigen van de afdeling chirurgie het van belang dat er een beschikbare ruimte voor de familie van de patiënt wordt gecreëerd.

De verpleegkundigen van de AOA geven aan het van belang te vinden dat de afdelingsarts de dood vaststelt. Daarbij vernoemt een van de verpleegkundigen van de afdeling AOA dat de afdelingsarts de schouwarts in moet schakelen die vervolgens behoort te controleren of de patiënt donor is. De verpleegkundigen van de Chirurgie vermelden dat niet.

---

*“Mapje bij overlijden laten invullen, tijdstip overlijden, arts --> donor patiënt?, familie al ingelicht?”. (A.6.3.)*

---

Op basis van bovenstaande citaten is te zien dat de verpleegkundigen van beide afdelingen het belangrijk vinden dat de familie opgevangen en geïnformeerd wordt. Dit kan gedaan worden door de afdelingsarts of verpleegkundige. Beide opties worden benoemd. Verder worden administratieve taken aangegeven, zoals het rapporteren in het dossier. Ook moet de overleden patiënt naar het mortuarium gebracht worden.

#### **Vraag 7: Wat zijn knelpunten voor u omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?**

Door de verpleegkundigen van de AOA en afdeling Chirurgie worden verschillende knelpunten aangegeven rondom de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid. Verpleegkundigen van beide afdelingen geven aan dat het reanimatiebeleid niet altijd bekend is. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Het beleid staat niet altijd in Eridanos, het beleid is niet altijd bekend bij opname en de invoering van het reanimatiebeleid duurt te lang. Er ontbreekt tevens een koppeling tussen Eridanos en Apenio, waardoor de onzichtbaarheid van het beleid volgens verpleegkundigen wordt versterkt.

---

*“Reanimatiebeleid wordt ingevoerd door arts in Eridanos, door ons dan de taak om het over te nemen in Apenio, dit wordt wel eens vergeten daardoor heb in je in Apenio en Eridanos geen eenduidig beleid.” (C.7.3.)*

---

Daarnaast geven beide afdelingen als knelpunt aan dat bij de patiënt niet zichtbaar is welk reanimatiebeleid hij heeft.

---

*“Bovenstaande casus blijft lastig, je kan niet iemand zichtbaar ‘merken’ als NTBR. Vastleggen in de computer is een must.” (A.7.4.)*

---

In lijn met bovenstaande gegevens kan men zien dat er voor de verpleegkundigen knelpunten zijn rondom de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid. Dit heeft betrekking tot de invoering van het reanimatiebeleid en de koppeling tussen Eridanos en Apenio. Het ontbreken van de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid bij de patiënt een knelpunt voor verpleegkundigen.

**Vraag 8: Welke aanbevelingen geeft u omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?**

Wat de verpleegkundigen van beide afdeling benoemen, is een koppeling tussen Eridanos en Apenio, om het overzetten van het reanimatiebeleid van het ene naar het andere dossier te voorkomen.

---

*“Koppeling tussen Eridanos en Apenio zodat hier altijd dezelfde informatie staat.” (C.8.3.)*

---

Daarnaast geven verpleegkundigen aan de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid bij de patiënt belangrijk te vinden. De verpleegkundigen benoemen een polsbandje om het reanimatiebeleid zichtbaar te maken bij de patiënt. Een verpleegkundige van de AOA geeft als aanbeveling om een lijst bij de zorg coördinator te hebben die actueel gehouden wordt en telefonisch geraadpleegd kan worden.

---

*“Op poli reanimatiebeleid bespreken met patiënt en dit in Eridanos noteren.” (C.8.7.)*

---

De verpleegkundigen van de afdeling Chirurgie bevelen aan om het reanimatiebeleid al op het poligespreek te bespreken en in te voeren.

De verpleegkundigen van de afdeling AOA geven daarentegen aan dat het beleid bij opname door de arts besproken dient te worden. Onderling overleg tussen verpleegkundigen over het reanimatiebeleid van patiënten is een aanbeveling vanuit de AOA.

---

*Duidelijk noteren bij opname, dan heb je geen vraagtekens → patiënt hier altijd in betrekken, artsen hebben nu wel eens de neiging dit vanuit OK perspectief te zien. (C.8.10)*

---

Ook geeft een verpleegkundige van de afdeling Chirurgie aan dat het van groot belang is om altijd de patiënt te betrekken in de keuze omtrent het reanimatiebeleid. Zoals deze resultaten laten zien geven verpleegkundigen aan dat zij nagedacht hebben over meer zichtbaarheid van het reanimatiebeleid.

## 5. Conclusie, discussie, aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan de conclusies beschreven. Er wordt antwoord gegeven op de hoofd- en deelvragen gekoppeld aan de literatuur. Daarnaast wordt er in de discussie verteld wat methodologisch, qua onderzoek, beter had gekund. De verpleegkundige visie op het onderwerp wordt weergegeven. Er worden aanbevelingen voor beide afdelingen beschreven die bruikbaar zijn voor de opdrachtgevers van het afstudeeronderzoek. Als laatste wordt er teruggekomen op de doelstelling van het onderzoek.

### 5.1 Antwoord op deelvragen en hoofdvraag

#### Deelvraag 1

1. *Wat zijn knelpunten voor verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?*

Vanuit de resultaten wordt duidelijk dat er verschillende knelpunten rondom een zichtbaar reanimatiebeleid.

- Het reanimatiebeleid is niet bekend. Zowel de verpleegkundigen van de AOA als van de afdeling Chirurgie geven aan dat het reanimatiebeleid niet altijd bekend is. Het is voor de verpleegkundigen niet bekend omdat het beleid niet in Eridanos vermeld staat. Ook is het beleid niet bekend bij opname en duurt de invoering van het reanimatiebeleid volgens de verpleegkundigen van beiden afdelingen lang. Er ontbreekt tevens een koppeling tussen Eridanos en Apenio.
- Het reanimatiebeleid is niet zichtbaar. Daarnaast geven beide afdelingen als knelpunt aan dat het reanimatiebeleid niet zichtbaar is bij de patiënt zelf. Ook is het reanimatiebeleid niet zichtbaar bij andere patiënten voor verpleegkundigen.
- De computer is niet beschikbaar/ traag. De AOA geeft tot slot als knelpunt aan dat de computers niet altijd beschikbaar/traag zijn.
- Het reanimatiebeleid is niet besproken. Verpleegkundigen geven aan dat het reanimatiebeleid niet altijd wordt besproken bij opname van de patiënt.

De literatuur wijst uit dat een reanimatiebesluit in overleg met de patient, behandelend arts en verpleegkundigen genomen moet worden (Hermans, 2010). Binnen Isala dient altijd binnen 4 uur na de opname het reanimatiebeleid bepaald en gedocumenteerd te worden. Het reanimatiebesluit behoort direct na het bespreken met de patiënt of diens vertegenwoordiger vastgelegd te worden in Eridanos met de naam van de behandelend arts.

Belangrijk is, dat de beslissing op een vaste plaats in de medische en verpleegkundige status wordt vastgelegd en naar de aanwezige arts en verpleegkundigen gecommuniceerd, opdat in geval van een plotselinge calamiteit geen onnodige discussie ontstaat of een reanimatie wordt gestart terwijl het tegendeel was afgesproken en vastgelegd (Martini ziekenhuis, 2013, Isala Klinieken, 2014, NRR, 2014, De Rijksoverheid, 2015).

Vanuit de literatuur komt naar voren dat andere ziekenhuizen ook aandacht besteden aan het beleid rondom reanimatie. Deze aandacht gaat over het vastleggen van het reanimatiebeleid in het dossier, daarnaast gaat het om de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid bij de patient (Reisfeld, 2006, Zembla, 2011, Martini ziekenhuis, 2013, De koepel van ouderenorganisaties, 2009).

Vanuit de literatuur en de resultaten kan geconcludeerd worden dat er verschillende knelpunten zijn rondom de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid. Het reanimatiebeleid behoort binnen 4 uur na opname van de patiënt bekend te zijn, maar in de praktijk gebeurt dit niet altijd. Daarnaast moet het reanimatiebeleid, na het bespreken met de verpleegkundigen, artsen en de patient, ingevoerd worden in het medische en verpleegkundig dossier. Binnen Isala zijn deze twee dossiers niet gekoppeld waardoor er bij verpleegkundigen onduidelijkheden zijn over het beleid.

Vanuit de literatuur en de resultaten komt naar voren dat de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid bij de patiënt een knelpunt is. Vanuit de enquête komt ook naar voren dat de computers niet altijd goed werken en/of traag zijn. Hierdoor kan een reanimatiebeleid niet snel gecheckt worden. De literatuur zegt hierover dat het belangrijk is dat een gezondheidsinstelling maatregelen moet treffen, die ervoor zorgen dat het reanimatiebeleid bij alle personeelsleden bekend is en door hen wordt toegepast (Meursing, 2004). De JCI wil zien dat het reanimatiebeleid wordt vastgelegd en zichtbaar is. Indien computers niet werken en/of traag zijn kan Isala niet aan deze kwaliteitseis voldoen (Joint Commission International, 2014, september 29 - oktober 3).

## Deelvraag 2

### 2. Welke aanbevelingen geven verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie aan omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?

Vanuit de resultaten komt naar voren dat verpleegkundigen nagedacht hebben over mogelijkheden voor het vergroten van de zichtbaarheid.

- Een koppeling tussen Eridanos en Apenio. Verpleegkundigen van beide afdelingen benoemen een koppeling tussen Eridanos en Apenio. Zodat de gegevens niet gekopieerd hoeven te worden door verpleegkundigen.
- Zichtbaarheid rondom patiënt. De verpleegkundigen geven daarnaast aan dat zij de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid bij de patiënt belangrijk te vinden. Hierbij wordt gedacht aan een herkenbaar polsbandje en een aanwijzing voor het beleid bij het bed van de patiënt.
- Gesprek over het reanimatiebeleid. De verpleegkundigen van de afdeling Chirurgie geven aan dat het reanimatiebeleid al op het poligesprek besproken en ingevoerd moet worden. De patiënt moet dan betrokken worden in de keuze omtrent het reanimatiebeleid. De verpleegkundige van de AOA geven daarentegen aan dat het beleid bij opname door de arts besproken dient te worden. Van belang is dat er overleg plaatsvindt tussen verpleegkundigen over het reanimatiebeleid van de patiënten, zodat iedereen op de hoogte is van het actuele reanimatiebeleid.
- Afdelingslijst bij de zorg coördinator. Een verpleegkundige van de AOA als aanbeveling om een lijst bij de zorg coördinator te hebben die actueel gehouden wordt en telefonisch geraadpleegd kan worden.

De literatuur wijst uit dat binnen Isala de beslissing ten aanzien van het wel of niet reanimeren in Eridanos en Apenio vastgelegd dient te worden (Isala Klinieken, 2014).

Een reanimatie wordt altijd gestart, tenzij er een niet reanimeer beleid is afgesproken (NNR, 2014, Engberts, 2009). Indien het reanimatiebeleid niet zichtbaar is, kan een patiënt gereanimeerd worden terwijl dat niet de wens was.

Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat het gesprek rondom reanimatie van belang is. De verpleegkundige betrokken dient te zijn ten aanzien van de besluitvorming rondom het wel- of niet reanimeren van de patiënt. De verpleegkundige kan aanvullende informatie hebben over de patient die van belang is voor de besluitvorming rondom reanimatie. De verpleegkundige staat dicht bij de patient en is gevoelsmatig ook anders dan de arts betrokken bij de patient (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014).

Vanuit de literatuur en de resultaten kan geconcludeerd worden dat het van groot belang is dat het reanimatiebeleid besproken en vastgelegd dient te worden. De zichtbaarheid van het reanimatiebeleid bij de patient is van invloed op het al dan niet of wel starten van de reanimatie. Dit is van belang om de wens van de patiënt te waarborgen. Daarnaast wordt vanuit de resultaten aangegeven dat er gebruik gemaakt kan worden van een afdelingslijst, hier is geen ondersteunende literatuur voor gevonden.

#### Hoofdvraag:

*‘Wat hebben de verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie nodig om een zichtbaar reanimatiebeleid te creëren bij de patiënten van hun afdelingen?’*

Vanuit de beantwoording van de deelvragen komt naar voren dat verpleegkundigen interventies nodig hebben om een zichtbaar reanimatiebeleid te creëren bij de patiënten.

Verpleegkundigen hebben het nodig dat het reanimatiebeleid besproken en vastgelegd wordt. Het reanimatiebeleid moet zichtbaar zijn bij de patient en de randvoorwaarden om dit reanimatiebeleid in te zien moeten beschikbaar zijn (Hermans, 2010, Martini ziekenhuis, 2013, Isala Klinieken, 2014, NRR, 2014, De Rijksoverheid, 2015).

Vanuit de deelvragen en literatuur komt daarnaast naar voren dat het reanimatiebeleid in het medische en verpleegkundige dossier behoort opgetekend te staan. Dit reanimatiebeleid dient binnen 4 uur na opname besproken te worden met de patient, behandelend arts en verpleegkundige. Daarnaast moet er op het poligesprek aandacht zijn voor het bespreken van het reanimatiebeleid. Dit dient vervolgens direct vastgelegd te worden (Isala Klinieken, 2014). Verder kan geconcludeerd worden dat het reanimatiebeleid zichtbaar is bij de patiënt, omdat dit van invloed is op het wel of niet starten van de reanimatie.

Bij de overdracht tussen verpleegkundigen kan geconcludeerd worden dat het van belang is dat zij het reanimatiebeleid mondeling overdragen en schriftelijk vastleggen op het werkbriefje.

### 5.2.1. Theoretische discussie

De beslissing over het beleid omtrent reanimatie wordt genomen in overleg tussen de patiënt, de behandelende artsen en verpleegkundigen (Meursing, 2004). Binnen de Isala dient er altijd binnen 4 uur na de opname het reanimatiebeleid bepaald en gedocumenteerd te worden. Het reanimatiebesluit behoort direct na het bespreken met de patiënt of diens vertegenwoordiger vastgelegd te worden in Eridanos, voorzien van naam behandelend arts (Isala Klinieken, 2014). De verpleegkundigen van de afdelingen AOA en Chirurgie geven in hun antwoorden juist het tegenovergestelde aan. Het reanimatiebeleid wordt niet altijd aandachtig besproken met de patiënt zelf.

Vanuit de literatuur komt naar voren dat andere ziekenhuizen ook aandacht besteden aan het beleid rondom reanimatie. Deze aandacht gaat over het vastleggen van het reanimatiebeleid in het dossier, daarnaast gaat het om de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid bij de patient. (Reisfeld, 2006, Zembla, 2011, Martini ziekenhuis, 2013, De koepel van ouderenorganisaties, 2009). Het is opvallend dat er vanuit de enquêtes voornamelijk de rol van de arts belicht wordt. Hij is verantwoordelijk voor het navragen en vastleggen van het reanimatiebeleid. De verpleegkundigen geven zelfs aan dat de arts het reanimatiebeleid regelmatig vergeet na te vragen. Daarbij voeren de artsen vaak het beleid niet in Eridanos in. Er is maar één verpleegkundige die in zijn of haar antwoorden aandacht besteedt aan haar verantwoordelijkheid om een onbekend reanimatiebeleid met de arts te bespreken. Verder wordt er door geen enkele verpleegkundige op deze verantwoordelijkheden ingegaan. De verpleegkundige heeft ook zijn verantwoordelijkheden ten aanzien van de besluitvorming rondom het wel- of niet reanimeren van de patiënt. De verpleegkundige kan aanvullende informatie hebben over de patiënt die van belang is voor de besluitvorming rondom reanimatie. De verpleegkundige staat dicht bij de patiënt en is gevoelsmatig ook anders dan de arts betrokken bij de patiënt (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014).

Een reanimatie binnen de Isala kent ook op logistiek gebied de nodige afspraken. Het is van groot belang om deze afspraken ook daadwerkelijk na te leven om zo het proces rondom een reanimatie goed te laten verlopen. De verpleegkundigen van de AOA en afdeling Chirurgie geven in hun antwoorden duidelijk hun visie op de afspraken. De verpleegkundigen geven bijna allen aan dat op het moment dat er sprake is van een adem- en/of circulatiestilstand er direct gestart behoort te worden met Basic Life Support. Het halen of laten halen van een AED en het aansluiten ervan wordt ook benoemd door een groot aantal verpleegkundigen. Daarbij geeft een groot gedeelte van de verpleegkundige aan dat een gewaarschuwd direct de meldkamer moet alarmeren door het nummer 5555 te draaien.

Door de verpleegkundigen van de afdeling AOA en chirurgie word er in hun antwoorden echter totaal geen aandacht besteed aan het volgende; bij het alarmeren van een reanimatie is het van zeer groot belang dat het volgende gemeld word;

- Het gaat om een reanimatie
- Welk bouwdeel; Vlinder 1, 2, 3, 4 etc.
- Verdieping A of B
- Functioneel ruimtenummer
- Gaat het om een kind of volwassene

De meldkamer zal de informatie doorgeven aan de verantwoordelijke disciplines van het reanimatieteam. (Reanimatie Commissie (RAC), 2013). Deze onderdelen worden dus niet door verpleegkundigen benoemd terwijl zij wel van groot belang zijn.

Tot slot, de Joint Commission International (JCI) wil zien dat het reanimatiebeleid wordt vastgelegd en zichtbaar is. Uit de antwoorden van de meeste verpleegkundigen komt dit ook naar voren. Zij geven aan dat het ontzettend belangrijk is dat het vast gelegd en dat het reanimatiebeleid zichtbaar is bij de patiënt. Als het aan de geselecteerde verpleegkundigen ligt streven zij naar een vastgesteld en zichtbaar reanimatiebeleid en zij hebben daar ook aanbevelingen voor. De geselecteerde verpleegkundigen moeten daarbij ook zelfkritisch zijn en hun eigen rol en verantwoordelijkheden kennen en naleven (Joint Commission International, 2014, september 29 - oktober 3).

### 5.2.2. Methodiek discussie

In dit gedeelte staat beschreven welke methodiek toegepast is tijdens dit onderzoek. Er wordt beschreven hoe de daadwerkelijke uitvoer is geweest die beschreven was in het onderzoeksplan.

Zoals beschreven is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. *‘Een kwalitatief onderzoek is gericht op de subjectieve betekenis van ervaringen voor het individu’* (Nieswiadomy, 2009). Dit onderzoek is alleen gericht geweest op verpleegkundigen. Door middel van enquêtes hebben zij hun eigen mening kunnen verwoorden. Krachtig aan dit onderzoek is dat de verpleegkundigen open en eerlijk hun mening hebben kunnen geven, omdat er open vragen in de enquêtes gebruikt zijn. Het respons is echter minder dan gewenst, zoals ook beschreven is in hoofdstuk 3.3 van dit onderzoeksverslag. Dit heeft invloed op de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Er is een kwalitatief explorerend onderzoek uitgevoerd (Baarda, 2009, Baarda, 2014, Nieswiadomy, 2009). Door middel van dit kwalitatief explorerende onderzoek is er gekeken naar de mening en visie van de verpleegkundige. Hiervoor zijn gerichte vragen gesteld. Ook zijn er knelpunten rondom het reanimatiebeleid in Isala onderzocht (Baarda, 2009, p. 29).

De verpleegkundigen zijn geselecteerd op leeftijd, werkervaring, geslacht en het aantal contracturen. Op deze manier zou er zo breed mogelijk onder verpleegkundigen gekeken worden. Bij deze selectie kwam echter naar voren dat het niet mogelijk is om de verpleegkundigen zo strak te selecteren als onderstaande:

Per afdeling werden de volgende verpleegkundigen geselecteerd:

- 5 verpleegkundigen met 1-5 jaar werkervaring
- 5 verpleegkundigen met 5-15 jaar werkervaring
- 5 verpleegkundigen met meer dan 15 jaar werkervaring

Binnen deze selectie valt:

- 5 verpleegkundigen jonger dan 30 jaar
- 5 verpleegkundigen tussen 30 en 45 jaar
- 5 verpleegkundigen ouder dan 45 jaar

De contracten binnen deze selectie zijn als volgt opgedeeld:

- 5 contracten minder dan 0,65 fte
- 5 contracten tussen 0,65 fte en 0,78 fte
- 5 contracten van meer dan 0,78 fte

Daarnaast valt binnen deze selectie:

- Minimaal 1 mannelijke verpleegkundige

De selectie was moeilijk vorm te geven, doordat er naar verhouding meer jonge verpleegkundigen met grote contracten waren dan verpleegkundigen met meer dan 15 jaar ervaring. Daarom is ervoor gekozen om dit zo veel mogelijk aan te houden, maar in verhouding waren er te weinig verpleegkundigen met een contract van minder dan 0,65 fte en meer dan 15 jaar werkervaring. Daarentegen waren er meer verpleegkundigen met 1-5 jaar werkervaring en meer dan 0,78fte. Deze selectie is zoveel mogelijk aangehouden om zo de diversiteit van verpleegkundigen te krijgen, maar is bij beide afdelingen niet volledig gelukt. Hieruit blijkt dat de spreiding binnen de verpleegkundigen minder is dan gewenst.

Aangezien het proces van verzameling trager verliep dan gepland, zijn de studenten tijdens het verzamelen al begonnen met het analyseren van de eerste gegevens. Dit is gedaan volgens de gefundeerde theoriebenadering van Baarda (Baarda, 2014). De stappen in het analyseren zijn aangehouden zoals in het onderzoeksplan beschreven is. De enquêtes van beide afdelingen zijn apart verwerkt. Beide studenten hebben een afdeling voor hun rekening genomen. Dit is gedaan om te voorkomen dat er beïnvloeding van elkaar zou plaats vinden. De fragmenten zijn per enquêtevraag opgesteld. Hierna zijn de fragmenten van beide afdelingen naast elkaar gelegd om te zoeken naar overeenkomstige centrale begrippen. Deze werden soms gevonden. Bij andere enquêtevragen bleek er juist veel verschil te zijn.

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen is er zoveel mogelijk integraal gewerkt met het opgestelde onderzoeksplan. De studenten kregen niet van alle verpleegkundigen respons dat zij daadwerkelijk mee wilden doen met het onderzoek. Daarom zijn er meerdere mails achteraan gestuurd. In tussentijd is er een gesprek geweest met de opdrachtgever en daarna met de docent van Hogeschool Viaa om te kunnen nagaan wat er nog meer gedaan zou kunnen worden om meer respons te krijgen. Naar aanleiding van dit gesprek is er nogmaals een mail gestuurd. Ook zijn beide studenten langs de afdelingen gegaan om de verpleegkundigen uit te nodigen en de plek te wijzen waar de enquêtes lagen. Vanwege de lage respons konden de verpleegkundigen de enquêtes inleveren tot week 15. Het resultaat: 10 enquêtes van de AOA en 11 enquêtes van de Chirurgie. Op basis van deze praktijkresultaten zijn conclusies gesteld.

In het onderzoeksplan staat beschreven dat de brievenbus beveiligd zou worden waardoor er mogelijke veranderingen in de enquête of het kwijtraken van enveloppen zou worden uitgesloten. De studenten kwamen erachter dat het erg moeilijk te realiseren is om een beveiligde brievenbus te vinden. Daarom is er gekozen voor een bak met deksel, met aan de zijkant de poster van het afstudeeronderzoek. Omdat de envelop gesloten konden er na het invullen geen wijzigingen van derden meer bijgedaan worden. Het kwijtraken van enveloppen hebben wij echter niet helemaal kunnen garanderen.

Om de geldigheid en plausibiliteit van dit kwalitatieve onderzoek te bevorderen is er gebruik gemaakt van de volgende vijf technieken (Baarda, 2014):

1. Triangulatie
2. Audit trial
3. Peer debriefing
4. Member checking
5. Negatieve case analyse

Deze vijf punten zijn uitgevoerd in samenspraak met het opgestelde onderzoeksplan.

Beide afdelingen hebben voor elkaar gefungeerd als controlegroep. Binnen de conclusies van beide afdelingen zit nog wel enig verschil. Daarom vinden de studenten dat er nog niet gezegd kan worden dat het saturatiepunt is bereikt en kunnen de conclusies niet Isala breed getrokken worden.

De deelnemers waren geselecteerd, maar de enquêtes zijn anoniem ingevuld. Ten tijde van het verzamelen van gegevens kwam de vraag naar voren of de opdrachtgevers mee konden helpen met het onder de aandacht brengen van de enquête bij de geselecteerde verpleegkundigen.

De opdrachtgevers hebben geen inzicht gekregen in de geselecteerde verpleegkundigen in verband met de privacy en hebben daarom geen verpleegkundigen aangesproken met de vraag om de enquête in te vullen. De privacy woog zwaarder voor de studenten dan de hoeveelheid ingevulde enquêtes.

De deelnemers zullen, na goedkeuring van dit onderzoeksverslag, geïnformeerd worden over het onderzoek. Per mail zullen in het kort de conclusies en aanbevelingen vermeld worden. Daarnaast volgt een bedankje voor de afdeling in de vorm van wat eetbaars en wordt de afdeling uitgenodigd voor de posterpresentatie binnen Isala op 16 juni 2015.

Op 19 mei 2015 heeft de presentatie voor de opdrachtgevers en docent plaats gevonden. Op 15 juni 2015 staat de presentatie van de onderzoeksresultaten op Hogeschool Viaa gepland.

### 5.3 Aanbevelingen

Gezien het literatuuronderzoek en de respons zijn er verschillende aanbevelingen naar voren gekomen.

#### 1. Eén elektronisch patiëntendossier (EPD)

Binnen Isala wordt er gewerkt met Eridanos, het medische dossier en Apenio, het verpleegkundig dossier. Wat de arts noteert in Eridanos komt niet automatisch in Apenio. Momenteel wordt daarom het genoteerde reanimatiebeleid uit Eridanos door verpleegkundigen overgenomen in Apenio. Dit wordt soms vergeten en kan foutief genoteerd worden door verpleegkundigen. Vanuit het Apenio werkgroepje is aangegeven dat er geen koppeling mogelijk is tussen Eridanos en Apenio. Vanuit de reanimatiecommissie van Isala is gesteld dat het reanimatiebeleid in Eridanos en Apenio genoteerd moet worden (Isala Klinieken, 2014). Om overal het reanimatiebeleid zichtbaar te hebben is de aanbeveling voor Isala om één elektronisch patiëntendossier (EPD) te realiseren. Tot die tijd behoren de verpleegkundigen elke dienst het reanimatiebeleid van 'hun' patiënten te controleren in Eridanos.

#### 2. Zichtbaar reanimatiebeleid bij de patiënt

Vanuit het onderzoek komt naar voren dat verpleegkundigen niet bij de patiënt kunnen zien welk reanimatiebeleid afgesproken is. Dit zorgt voor verwarring in acute situaties. Meerdere ziekenhuizen hebben de mogelijkheden van dit knelpunt onderzocht (Reisfeld, 2006, Zembla, 2011, De koepel van ouderenorganisaties, 2009). Het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht werkt met paarse polsbandjes bij een niet- reanimeer beleid. Het Martini ziekenhuis heeft de notitie NR (Niet Reanimeren) in het rood op het polsbandje gezet om zo de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid te verbeteren (Martini ziekenhuis, 2013). Binnen Isala ontbreekt momenteel een zichtbaar reanimatiebeleid bij de patiënt. Vanuit de JCI is een zichtbaar reanimatiebeleid een voorwaarde voor kwalitatief goede zorg (Joint Commission International, 2014, september 29 - oktober 3). Naar aanleiding van dit onderzoek wordt Isala aanbevolen om een kleurenpolbandje of de notitie NR op het polsbandje te introduceren.

#### 3. Gesprek met patiënt over reanimatiebeleid

Vanuit het literatuur- en praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat het gesprek rondom reanimatie erg belangrijk is. Het reanimatiebeleid behoort binnen 4 uur na opname van de patiënt bekend te zijn, maar in de praktijk gebeurt dit niet altijd. Daarnaast moet het reanimatiebeleid, na het bespreken met de verpleegkundigen, artsen en de patient, ingevoerd worden in het medische en verpleegkundig dossier. Vanuit de literatuur is heel duidelijk aangegeven dat het reanimatiebeleid besproken moet worden met de patient (en zijn familie). Er zijn verschillende factoren die van invloed zijn voor het uiteindelijke besluit (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014). Tijdens het poligesprek wordt aan veel zaken aandacht besteed en daarom is de aanbeveling om tijdens dit poligesprek aandacht te schenken aan het reanimatiebeleid.

#### 4. Communicatie tussen arts en verpleegkundigen

Er moet gesprek zijn tussen verpleegkundigen en artsen over het reanimatiebeleid van de patient. Slechts één verpleegkundige heeft in de enquête aangegeven dat zij het gesprek met de arts aangaat wanneer er een onbekend reanimatiebeleid bij haar patient is.

De verpleegkundige heeft ook verantwoordelijkheden ten aanzien van de besluitvorming rondom het wel- of niet reanimeren van de patiënt. De verpleegkundige kan aanvullende informatie hebben over de patiënt die van belang is voor de besluitvorming rondom reanimatie.

De verpleegkundige staat dicht bij de patiënt en is gevoelsmatig ook anders dan de arts betrokken bij de patiënt (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014). Verpleegkundigen en artsen moeten zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen over het reanimatiebeleid van de patiënt. De aanbeveling is dat zij hierover met elkaar in gesprek gaan, om de juiste zorg te kunnen bieden.

#### 5. Scholing van artsen en verpleegkundigen

Isala biedt haar medewerkers scholing aan. Onder andere in de vorm van BLS training om op die manier de kennis op peil te houden en te voldoen aan de kwaliteitseisen (Joint Commission International, 2014, september 29 - oktober 3).

Er kunnen verschillende factoren van invloed zijn op het uiteindelijke reanimatiebesluit en het is van belang dat de arts zich dat realiseert tijdens het gesprek met de patiënt. De aanbeveling is om tijdens de BLS training van de artsen een uitstap te maken naar de verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op een reanimatiebesluit. Men kan hierin de volgende aspecten betrekken, in hoeverre de patiënt:

- Besef heeft van de situatie waarin hij verkeert;
- De gegeven informatie kan begrijpen;
- Op grond hiervan tot een besluit kan komen;
- De consequenties van het besluit kan overzien (Isala Klinieken, 2014) (Albert Schweitzer ziekenhuis, 2014).

Voor verpleegkundigen is het van belang dat zij zich samen met de arts verantwoordelijk voelen voor het juiste reanimatiebeleid. De aanbeveling is om hier tijdens de BLS training aandacht aan te besteden.

#### 6. Aanvullend onderzoek

Allereerst dient er aanvullend onderzoek onder verpleegkundigen plaats te vinden, aangezien er 21 van de 30 enquêtes op twee afdelingen ingevuld zijn. Dit zijn 21 enquêtes op circa 161 verpleegkundigen. Om dit onderzoek betrouwbaarder te maken wordt aanvullend onderzoek naar de meningen van verpleegkundigen op andere afdelingen aanbevolen.

Patiënten zouden een polsbandje of NR in het rood op een polsbandje stigmatiserend of beschamend kunnen vinden. Vanuit een proef van het Albert Schweitzer ziekenhuis kwam echter naar voren dat er onder de patiënten nauwelijks bezwaren leven tegen een duidelijke zichtbaarheid van de keuze (Oelen, M. 2012, Critical Care. 2012). Vanuit mogelijke cultuurverschillen binnen- en buiten het ziekenhuis wordt Isala aangeraden om een patiënten onderzoek uit te voeren, voordat eventuele andere polsbandjes ingevoerd worden.

## Literatuurverwijzingen

- Albert Schweitzer ziekenhuis. (2014). *Wel of niet reanimeren in het Albert Schweitzer ziekenhuis*. Dordrecht: Albert Schweitzer ziekenhuis.
- Baarda. (2014). *Dit is onderzoek!* Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beelen, van A. (2012). *Patienten moeten een rood polsbandje om als ze niet gereanimeerd willen worden* Nuance 13.
- Claessens, D. B. (2014, November). <http://www.resuscitation.be/nl/home/>. Opgehaald van [www.resuscitation.be](http://www.resuscitation.be).
- Critical Care (2012) 'Polsbandjes tegen reanimatie' Critical Care nr. 6. pag. 3
- De koepel van ouderenorganisaties. (2009, maart). <http://www.pcob.nl/wp-content/uploads/downloads/2/11812.pdf> . Opgehaald van [www.pcob.nl](http://www.pcob.nl).
- De Nationale Zorggids. (2014, December). <http://www.nationalezorggids.nl/algemeen/paginas/zorgwetten/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-wgbo.html>. Opgehaald van [www.nationalezorggids.nl](http://www.nationalezorggids.nl).
- De News Locker (2014), 'Albert Schweitzer ziekenhuis bespreekt reanimatiewens met iedere patient'. <http://www.newslocker.com/nl-nl/regio/dordrecht/albert-schweitzer-ziekenhuis-bespreekt-reanimatiewens-met-iedere-opgenomen-patient/view/>. Opgehaald van [www.newslocker.nl](http://www.newslocker.nl)
- De Rijksoverheid. (2015). <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht>. Opgehaald van [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Delden, J. v. (2014). *Niet-reanimerenafpraak: de besluitvorming*. Harderwijk: St'Jansdal ziekenhuis.
- E.Schuurhuis A.Tukker-Swijnenburg, J. K. (2014). *Reanimatie*. Utrecht: UMC Utrecht.
- Engberts, D.P. m. L.-B. (2009). *Gezondheidsrecht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- European Resuscitation Council (ERC). (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Elsevier*, 1219-1276.
- Goede, B. (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/ Houten: Wolters- Noordhoff.
- Hermans, H.E.G.M. (2010). *Recht en gezondheidsrecht*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Hawley, G. (2009). *Ethiek in de klinische praktijk*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Isala Klinieken. (2014). *Reanimatie; Beleid t.a.v. wel/niet reanimeren (versie 3)*. Zwolle: idoc.
- Joint Commission International. (2014, september 29 - oktober 3). *Confidential Consultation Report*. Zwolle, Netherlands: Isala Hospital.
- Jong, de . (2007). *Interne Geneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kwaliteitshandboek: ASZ medische behandelprotocollen. (2014). *Reanimatiebesluit, wel of niet reanimeren (per 1 september 2014)*. Dordrecht: Albert Schweitzer ziekenhuis.

- Martini ziekenhuis. (2013). *Niet reanimeren en andere behandelbeperkingen*. Groningen: Martini ziekenhuis.
- Meursing B.T.J., K. d. (2004). *Handboek reanimatie*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
- Nieswiadomy, R. M. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Benelux: Pearson Education.
- Oelen, M. (2012). *'Rood polsbandje: niet reanimeren'* 2012. Amsterdam: Nursing 18-20
- NRR (2014). Wetenschappelijke Raad (WR) van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).. *Richtlijn van de Nederlandse Reanimatie Raad*. Veghel: Nederlandse Reanimatie Raad. Opgehaald van [www](http://www.nrr.nl).
- Ohlsson, M. A. (2014). Evaluation of pre-arrest morbidity score and prognosis after resuscitation score and other clinical variables associated with in-hospital cardiac arrest in southern Sweden. *Resuscitation*, 1370-1374.
- Ornato, J. P. (2012). Impact of resuscitation system errors on survival from in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 63-69.
- Reanimatie Commissie (RAC). (2013). *ABC van het reanimeren*. Zwolle: Isala Klinieken.
- Reisfeld, W. M. (2006). Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 152-160.
- Schuurhuis, E. Tukker- Swijnenberg, J.K. (2014) *Reanimatie'*. Utrecht: UMC Utrecht
- Springer Media (2014) *'Albert Schweitzer ziekenhuis bespreekt reanimatiewens met iedere opgenomen patient'* Bohn Stafleu van Loghum, Bijzijn XL 7-2014.
- V&V. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundigen 2020*. Utrecht: V&V.
- Verhoeven, N. (2008). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Boom Uitgevers.
- Vos, R. de. (2004). *Handboek Reanimatie*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdboom.
- Zembla. (2011). *'Niet reanimeren a.u.b.'*. Hilversum: VARA.

## Dankwoord

Nu wij aan het einde van dit afstudeeronderzoek gekomen zijn willen wij verschillende mensen bedanken voor het tot stand komen van deze prachtige resultaten.

Allereerst willen wij de opdrachtgevers van dit project, Trijnie Vos en Lianne Klomp, hartelijk bedanken. Zij hebben dit onderwerp aangedragen en er zijn verschillende gesprekken gevolgd om het doel van dit onderzoek duidelijk te krijgen en te concluderen of het een haalbaar onderzoek was. Daarnaast hebben zij meegedacht bij het opzetten van het onderzoeksplan en het uit te voeren onderzoek. Bij vragen waren zij bereid om mee te denken en wij konden altijd met vragen aankloppen.

Ook onze docent, Rudolf Schaaf, heeft een grote bijdrage geleverd aan dit onderzoek. Met name bij het opzetten van het onderzoeksplan heeft hij geholpen door feedback te geven en ons bij te sturen. Halverwege het onderzoek, toen we niet genoeg resultaten binnen dreigden te krijgen, was hij bereid tot een gesprek en dacht mee met ons.

Daarnaast hebben er gesprekken plaatsgevonden met verschillende mensen binnen het ziekenhuis ter voorbereiding op het onderzoek. We denken hierbij aan Mariette Wessel, reanimatiecoördinator Isala en Mariëlle Masselink over de Joint Commission International accreditatie van Isala. Zij hebben ons verteld hoe Isala bezig was met de zichtbaarheid van het reanimatiebeleid, zodat ons afstudeeronderzoek hier mooi op aan kon sluiten.

En 'last but not least' willen wij uiteraard de verpleegkundigen bedanken die meegedaan hebben met het onderzoek. Zonder hen hadden wij het onderzoek niet uit kunnen voeren en hun mening speelde een essentiële rol binnen het onderzoek.

## Bijlagen

### Bijlage 1 Zoekplan afstuderen

| Zoekterm                       | Databank/website/ boek                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definitie Reanimatie           | <p>Boek: <i>'Handboek Reanimatie'</i><br/> Auteur: R. de Vos<br/> Uitgever: Uitgeverij De Tijdboom<br/> Plaats en tijd: Utrecht 2004</p> <p>Boek: <i>'Interne Geneeskunde'</i><br/> Auteur: Drs. J.T.E de Jong,<br/> Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum<br/> Plaats en tijd: Houten 2007</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Reanimatiebeleid               | <p>Reanimatie Commissie (RAC). (2013). <i>ABC van het reanimeren</i>. Zwolle: Isala Klinieken.</p> <p>Albert Schweitzer ziekenhuis. (2014). <i>Wel of niet reanimeren in het Albert Schweitzer ziekenhuis</i>. Dordrecht: Albert Schweitzer ziekenhuis.</p> <p>Kwaliteitshandboek: ASZ medische behandelprotocollen. (2014). <i>Reanimatiebesluit, wel of niet reanimeren (per 1 september 2014)</i>. Dordrecht: Albert Schweitzer ziekenhuis.</p> <p>Delden, J. v. (2014). <i>Niet-reanimerenafpraak: de besluitvorming</i>. Harderwijk: St'Jansdal ziekenhuis.</p> <p>E.Schuurhuis A.Tukker-Swijnenburg, J. K. (2014). <i>Reanimatie</i>. Utrecht: UMC Utrecht.</p> <p>Isala Klinieken. (2014). <i>Reanimatie; Beleid t.a.v. wel/niet reanimeren (versie 3)</i>. Zwolle: idoc.</p> <p><a href="http://www.reanimatieraad.nl">www.reanimatieraad.nl</a><br/> <a href="http://www.nederlandsehartstichting.nl">www.nederlandsehartstichting.nl</a><br/> <a href="http://www.rmu.nl">www.rmu.nl</a></p> |
| Wet- en regelgeving reanimatie | <p>Boek: <i>'Ethiek in de klinische praktijk'</i><br/> Auteur: G.Hawley<br/> Uitgever: Pearson Education Benelux<br/> Plaats en tijd: Amsterdam 2009</p> <p>Boek: <i>'Gezondheidsrecht'</i><br/> Auteur: Prof. mr.dr. D.P. Engberts<br/> Uitgever: Bohn stafleu van loghum.<br/> Plaats en tijd: Houten 2009:</p> <p><a href="http://www.rmu.nl/gewetensbezwaar/niet-reanimeren/juridischeaspectenniet-reanimeren">http://www.rmu.nl/gewetensbezwaar/niet-reanimeren/juridischeaspectenniet-reanimeren</a>. Opgeroepen op november 2014, van <a href="http://www.rmu.nl">www.rmu.nl</a></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | <p>De Nationale Zorggids. (2014, December)<br/> <a href="http://www.nationalezorggids.nl/algemeen/paginas/zorgwetten/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-wgbo.html">http://www.nationalezorggids.nl/algemeen/paginas/zorgwetten/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-wgbo.html</a>.<br/>         Opgehaald van <a href="http://www.nationalezorggids.nl">www.nationalezorggids.nl</a>.</p> <p>Wetenschappelijke Raad (WR) van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR). (2008). <i>Richtlijn van de Nederlandse Reanimatie Raad</i>. Veghel: Nederlandse Reanimatie Raad. Opgehaald van <a href="http://www.nationalezorggids.nl">www</a>.</p>                                                                                                                  |
| Keuze wel- niet reanimeren        | <p>Reanimatie Commissie (RAC). (2013). <i>ABC van het reanimeren</i>. Zwolle: Isala Klinieken.</p> <p>Albert Schweitzer ziekenhuis. (2014). <i>Wel of niet reanimeren in het Albert Schweitzer ziekenhuis</i>. Dordrecht: Albert Schweitzer ziekenhuis.</p> <p>Kwaliteitshandboek: ASZ medische behandelprotocollen. (2014). <i>Reanimatiebesluit, wel of niet reanimeren (per 1 september 2014)</i>. Dordrecht: Albert Schweitzer ziekenhuis.</p> <p>Delden, J. v. (2014). <i>Niet-reanimerenafpraak: de besluitvorming</i>. Harderwijk: St'Jansdal ziekenhuis.</p> <p>E.Schuurhuis A.Tukker-Swijnenburg, J. K. (2014). <i>Reanimatie</i>. Utrecht: UMC Utrecht.</p> <p>Isala Klinieken. (2014). <i>Reanimatie; Beleid t.a.v. wel/niet reanimeren (versie 3)</i>. Zwolle: idoc.</p> |
| European Resuscitation Council    | European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Survival rate after resuscitation | Academic Search: Artikel: Evaluation of pre-arrest morbidity score and prognosis <b>after resuscitation</b> score and other clinical variables associated with in-hospital cardiac arrest in southern Sweden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| IHCA                              | Academic Search: Artikel: Impact of <b>resuscitation</b> system errors on <b>survival</b> from in-hospital cardiac arrest.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Onderzoeksmethode                 | <p>Boek: 'Onderzoek in de gezondheidszorg' Auteur: Esther Bakker en Hans van Buuren<br/>         Uitgever: Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten<br/>         Tweede druk 2014</p> <p>Boek: 'Zo doe je onderzoek'<br/>         Auteur: R. Grit<br/>         Uitgever: Noordhoff Uitgevers<br/>         Groningen/ Houten<br/>         Tweede druk 2012</p> <p>Boek: 'Verpleegkundige onderzoeksmethoden'<br/>         Auteur: R.Nieswiadomy<br/>         Uitgever: Pearson Education<br/>         Plaats en tijd: Benelux 2009</p> <p>Boek: 'Basisboek kwalitatief onderzoek'</p>                                                                                                                                                                                                     |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | <p>Auteur: B. Baarda<br/> Uitgever: Noordhoff Uitgevers<br/> Plaats en tijd: Groningen/Houten 2013</p> <p>Boek: <i>Dit is onderzoek! :handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek'</i><br/> Auteur: B. Baarda<br/> Uitgever: Noordhoff Uitgevers<br/> Plaats en tijd: Groningen 2014</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Feiten en cijfers omtrent reanimatie    | <p>Claessens, D. B. (2014, November).<br/> <a href="http://www.resuscitation.be/nl/home/">http://www.resuscitation.be/nl/home/</a>. Opgehaald van <a href="http://www.resucution.be">www.resucution.be</a>.</p> <p>European Resuscitation Council (ERC). (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. <i>Elsevier</i>, 1219-1276.</p> <p>De Nederlandse hartstichting. (2014, December).<br/> <a href="https://www.hartstichting.nl/hart-vaten/cijfers">https://www.hartstichting.nl/hart-vaten/cijfers</a>. Opgehaald van <a href="http://www.hartstichting.nl">www.hartstichting.nl</a>.</p> <p>Ohlsson, M. A. (2014). Evaluation of pre-arrest morbidity score and prognosis after resuscitation score and other clinical variables associated with in-hospital cardiac arrest in southern Sweden. <i>Resuscitation</i>, 1370-1374.</p> <p>Ornato, J. (2012). Impact of resuscitation system errors on survival from in- hospital cardiac arrest. <i>Resuscitation</i>, 63-69.</p> |
| Methodologie vraagstelling              | <p>Boek: 'Inleiding in evidence based medicine:klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal'<br/> Auteur: M. Offringa<br/> Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum<br/> Plaats en tijd: Houten 3e druk 2008</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Zichtbaar reanimatiebeleid ziekenhuizen | <p>Website: <a href="http://martiniziekenhuis.nl">martiniziekenhuis.nl</a><br/> mei 2013</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## Bijlage 2 Logboek

Opdrachtgevers: Lianne Klomp (Chirurgie) en Trijnie Vos (AOA)  
 Begeleidend docent: Rudolf Schaaf  
 Studenten: Bram Muis en Elisabeth Post

| <b>Datum</b>            | <b>Wat gedaan?</b>                                                                                                                                                                        | <b>Door:</b>                                                  |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Week 34      19-08-2014 | Vanuit AOA en Chirurgie benadering voor onderwerp.                                                                                                                                        | Opdrachtgevers: Lianne Klomp (Chirurgie) en Trijnie Vos (AOA) |
| Week 38      16-09-2014 | Gesprek AOA over wederzijdse verwachtingen.                                                                                                                                               | Elisabeth, Bram en opdrachtgevers                             |
| Week 39      24-09-2014 | Overleg afstudeerdonderwerp                                                                                                                                                               | Elisabeth en Bram                                             |
| Week 39      25-09-2014 | Overleg met Rudolf over afstudeeronderwerp.                                                                                                                                               | Elisabeth, Bram en Begeleidend docent                         |
| Week 40      30-09-2014 | Overleg met opdrachtgevers gehad over verwachtingen.                                                                                                                                      | Elisabeth, Bram en Trijnie Vos                                |
| Week 42      13-10-2014 | Afstudeerformat opstellen, algemene planning opstellen en een informatief stukje schrijven wat betreft ons onderzoek voor de afdeling AOA en Chirurgie                                    | Elisabeth en Bram                                             |
| Week 43      22-10-2014 | Contractgesprek                                                                                                                                                                           | Rudolf Schaaf, opdrachtgevers en studenten.                   |
| Week 44      28-10-2014 | Reflectie contractgesprek mailen.                                                                                                                                                         | Elisabeth en Bram                                             |
| Week 44-52              | Literatuurstudie opzetten en onderzoeksplan opzetten<br>Helderheid krijgen in de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid binnen de afdelingen AOA en Chirurgie.                         | Elisabeth en Bram                                             |
| Week 46      11-11-2014 | Afdeling AOA en Chirurgie mailen wat betreft onderzoek naar het reanimatiebeleid binnen de afdelingen                                                                                     | Elisabeth en Bram                                             |
| Week 46      12-11-2014 | Algemeen proces evalueren en enkele taken verdelen                                                                                                                                        | Elisabeth en Bram                                             |
| Week 47- 49             | In overleg gaan met:<br>S. Schoenmakers- van der Donk, Beleidsmedewerker Albert Schweitzer ziekenhuis.<br>T. Vrouwe, Secretaresse Raad van Bestuur UMC Utrecht<br>L. de Waard-Oudesluijs, | Bram                                                          |

|         |            |                                                                                                                                                                                                                          |                              |
|---------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|         |            | Senior assistent zorgmanager cluster beschouwend en acuut, omtrent het reanimatiebeleid en daarbij vraag doen naar mogelijke informatiebronnen /protocolen m.b.t het reanimatiebeleid van het desbetreffende ziekenhuis. |                              |
| Week 48 | 28-11-2014 | Overleg wat betreft voortgang literatuurstudie en onderzoeksplan                                                                                                                                                         | Elisabeth en Bram            |
| Week 49 | 3-12-2014  | Gesprek met mw. Wessels, leidinggevende reanimatiecommissie                                                                                                                                                              | Elisabeth en Bram            |
| Week 49 | 4-12-2014  | Telefonisch gesprek met dhr. Rijkse, arts-assistent, doet onderzoek binnen Isala naar het bespreken van het reanimatiebeleid en het vastleggen daarvan binnen.                                                           | Elisabeth                    |
| Week 50 | 12-12-2014 | Gesprek met mw. Masselink-Huisman, JCI, Senior adviseur kwaliteit en veiligheid & coach                                                                                                                                  | Elisabeth en Bram            |
| Week 51 | 16-12-2014 | Compleet maken onderzoeksplan en literatuurstudie.                                                                                                                                                                       | Elisabeth en Bram            |
| Week 51 | 18-12-2014 | Compleet maken onderzoeksplan en literatuurstudie.                                                                                                                                                                       | Elisabeth en Bram            |
| Week 52 | 23-12-2014 | Compleet maken onderzoeksplan en literatuurstudie. Ter goedkeuring mailen naar opdrachtgevers                                                                                                                            | Elisabeth en Bram            |
| Week 2  | 05-01-2015 | Inleveren onderzoeksplan (volgens planning school)                                                                                                                                                                       | Elisabeth en Bram            |
| Week 3  | 16-01-2015 | Beoordeling onderzoeksplan bekend.                                                                                                                                                                                       | Rudolf Schaaf                |
| Week 4  | 21-01-2015 | Afspraak met Rudolf over onderzoeksplan.                                                                                                                                                                                 | Elisabeth en Bram en Rudolf. |
| Week 5  | 27-01-2015 | Afspraak studenten, verwerken feedback onderzoeksplan.                                                                                                                                                                   | Elisabeth en Bram            |
| Week 5  | 28-01-2015 | Afspraak studenten, verwerken feedback onderzoeksplan.                                                                                                                                                                   | Elisabeth en Bram            |
| Week 5  | 29-01-2015 | Afspraak studenten, verwerken feedback onderzoeksplan.                                                                                                                                                                   | Elisabeth en Bram            |

|         |            |                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |
|---------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Week 6  | 02-02-2015 | Afspraak studenten, verwerken feedback onderzoeksplan.                                                                                                                                                                                                | Elisabeth en Bram            |
| Week 7  | 11-02-2015 | Inleveren 2 <sup>e</sup> concept onderzoeksplan.                                                                                                                                                                                                      | Elisabeth en Bram            |
| Week 9  | 26-02-2015 | Leidinggeevenden van AOA en Chirurgie gemaïld om mail voor afdeling rond te mailen met daarin informatie over het onderzoek.                                                                                                                          | Elisabeth en Bram            |
| Week 9  | 27-02-2015 | Mail op afdeling rondgestuurd door leidinggeevenden.                                                                                                                                                                                                  | Elisabeth en Bram            |
| Week 11 | 10-03-2015 | Afspraak studenten op school. Verwerken feedback in uiteindelijke onderzoeksplan.                                                                                                                                                                     | Elisabeth en Bram            |
| Week 11 | 13-03-2015 | Afspraak studenten op school. Afmaken onderzoeksplan en inleveren.                                                                                                                                                                                    | Elisabeth en Bram            |
| Week 12 | 17-03-2015 | Afspraak studenten over onderzoek. Verpleegkundigen persoonlijk uitgenodigd om deel te nemen aan enquête. Ophangen van posters op de afdeling om aan te geven dat er een onderzoek gaande is.                                                         | Elisabeth en Bram            |
| Week 13 | 24-03-2015 | Gesprek met Trijnie Vos gehad over voortgang onderzoek. Een onderzoeksplan op papier overhandigd voor de opdrachtgevers. N.a.v. dit gesprek de verpleegkundigen per mail/persoonlijk benaderd om meer respons te krijgen.                             | Elisabeth en Bram en Trijnie |
| Week 13 | 25-03-2015 | Reflectie gesprek geschreven en gemaïld naar opdrachtgevers. Voorstel gedaan voor 19-05-2015 voor presentatie onderzoek voor opdrachtgevers en docent.                                                                                                | Elisabeth en Bram            |
| Week 14 | 01-04-2015 | Afspraak studenten in het ziekenhuis. Overleg hoe we meer respons kunnen krijgen op de enquête. Beide studenten hebben nogmaals de verpleegkundigen benaderd. De rest v.d. week langs geweest op de afdeling om enquête onder de aandacht te brengen. | Elisabeth en Bram            |
| Week 15 | 07-04-2015 | Afspraak studenten op school. Afspraak met Rudolf over de                                                                                                                                                                                             | Elisabeth en Bram en Rudolf  |

|         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |
|---------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|         |            | respons op de enquête. Nu terug: 6 enquêtes van de AOA, 10 enquêtes van Chirurgie. Starten met labelen antwoorden.                                                                                                                                                                                                     |                   |
| Week 15 | 08-04-2015 | Afspraak studenten op school. Doorgaan met labelen en het maken van thema's. Voorlopige conclusies geschreven. Nog niet alle enquêtes zijn binnen, deze worden er later nog bij verwerkt. Enkele verpleegkundigen gaven aan dat het invullen op papier moeilijker is en daarom hebben we de enquête digitaal gestuurd. | Elisabeth en Bram |
| Week 16 | 13-04-2015 | Afspraak studenten op school. Gestart met het schrijven van onderzoeksverslag. Uiteindelijk 11 enquêtes op de Chirurgie en 10 enquêtes op de AOA.                                                                                                                                                                      | Elisabeth en Bram |
| Week 17 | 21-04-2015 | Afspraak studenten in Isala. Overige conclusies geschreven.                                                                                                                                                                                                                                                            | Elisabeth en Bram |
| Week 17 | 22-04-2015 | Afspraak studenten in Isala. Bram is gestart met het schrijven van resultaten. Elisabeth met het schrijven van de discussie.                                                                                                                                                                                           | Elisabeth en Bram |
| Week 17 | 23-04-2015 | Afspraak studenten in Isala. Samen gekeken naar elkaars werk.                                                                                                                                                                                                                                                          | Elisabeth en Bram |
| Week 18 | 29-04-2015 | Afspraak studenten op school. Eindverslag verder geschreven.                                                                                                                                                                                                                                                           | Elisabeth en Bram |
| Week 18 | 30-04-2015 | Afspraak studenten op school. Afronden eindverslag.                                                                                                                                                                                                                                                                    | Elisabeth en Bram |
| Week 18 | 01-05-2015 | Inleveren eindverslag.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Elisabeth en Bram |

## Bijlage 3 Enquête

## Enquête afstudeeronderzoek

Allereerst willen wij u bedanken voor uw medewerking aan dit afstudeeronderzoek. De antwoorden worden anoniem verwerkt. Op deze manier zijn de gegeven antwoorden niet herleidbaar naar de persoon die het ingevuld heeft.

Na het ordenen van de gegevens en het schrijven van de conclusie zullen de deelnemers geïnformeerd worden over de resultaten van dit onderzoek. De ingevulde enquêtes zullen niet aan derden verstrekt worden. De conclusie van het onderzoek en de aanbevelingen die daaruit volgen zullen wel gepubliceerd worden.

*Er doet zich de volgende situatie voor: Tijdens uw verantwoordelijke dienst treft u voor u een onbekende patiënt aan, na negatieve controles op bewustzijn (niet reageren op aanspreken, aanraken of pijnprikkels) en ademhaling (er is geen ademhaling zichtbaar en of voelbaar) besluit u over te gaan op reanimatie.*

Vraag 1: Welke interventies onderneemt u bij het aantreffen van de patiënt?

---

---

---

---

---

Vraag 2: Welke taken heeft de afdelingsverpleegkundige wanneer het reanimatieteam de reanimatie over neemt?

---

---

---

---

---

Vraag 3: Welke logistieke interventies omtrent een reanimatie behoort u te ondernemen?

---

---

---

---

---

Vraag 4: Op welke manier is het bij aanvang van uw dienst duidelijk welk reanimatiebeleid uw eigen patiënten hebben?

---

---

---

---

---

*Wanneer er een reanimatie beëindigd wordt, bestaan er de volgende scenario's; De patiënt is overleden of de patiënt heeft herstel van spontane circulatie. Welke acties onderneemt u bij de volgende situaties?*

Vraag 5: De patiënt heeft herstel van spontane circulatie :

---

---

---

---

---

Vraag 6: De patiënt is overleden:

---

---

---

---

---

*Tenslotte zijn wij op zoek naar de knelpunten die u als verpleegkundige ervaart en aanbevelingen die u kunt geven vanuit de werkvloer.*

Vraag 7: Wat zijn knelpunten voor u omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?

---

---

---

---

---

Vraag 8: Welke aanbevelingen geeft u omtrent de inzichtelijkheid van het reanimatiebeleid?

---

---

---

---

---

*Na het invullen van uw antwoorden kunt u de enquête in de envelop doen en deze sluiten met de plakrand. Vervolgens kunt u de gesloten envelop in de daarvoor bestemde doos deponeren.*