

Welke overwegingen spelen mee in het al dan niet inzetten van interventies bij valincidenten door verzorgenden en verpleegkundigen

Een kwalitatieve explorerende studie onder verzorgenden en verpleegkundigen

Auteur: Esther van der Meulen

Master Advanced Nursing Practice, Saxion Hogeschool Enschede

Cohort: 2015–2017

Student nummer: 427362

Datum: 20–8–2017

Meesterproefbegeleider: dr. S. van der Meer

Tweede beoordelaar: dr. J.S. Jukema

Praktijkopleider: R. Koop, verpleegkundig specialist

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van het kwalitatief onderzoek dat is uitgevoerd tijdens de opleiding Master Advanced Nursing Practice.

Valrisico is een actueel probleem bij ouderen. Er is weinig literatuur bekend over waarom interventies wel of niet worden ingezet door verzorgenden en verpleegkundigen na een valincident bij ouderen. Daarom wil ik dit onderzoeken.

De onderzoeker werkt met kwetsbare ouderen in een woonzorgcentrum (ook wel verzorgingshuis genoemd) in samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde. Samen met verzorgenden, verpleegkundigen en andere paramedici wordt de nodige zorg geleverd aan patiënten. Dit onderzoek richt zich op het achterhalen van overwegingen die een rol spelen bij het al dan niet inzetten van interventies na een valincident bij ouderen, woonachtig in een woonzorgcentrum.

Mijn praktijkopleider R. Koop wil ik bedanken voor de verrijkende en motiverende gesprekken. Daarnaast wil ik mijn meesterproefbegeleider dr. S. van der Meer bedanken voor de nodige coaching en feedback. Het enthousiasme dat zowel de praktijkopleider als de meesterproefbegeleider uitstraalden heeft geleid tot een toenemende gedrevenheid in het uitwerken van dit onderzoek.

Esther van der Meulen, Verpleegkundig Specialist in opleiding

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Abstract	5
1. Inleiding	6
1.1 Achtergrond.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.2 Aanleiding	6
1.3 Vraag-, probleem- en doelstelling	8
2. Theoretisch kader	9
3. Methode	13
3.1 Design	13
3.2 Onderzoekspopulatie	13
3.4.Tweede codeur.....	14
3.5. Dataverzameling	14
3.6. Methodologische kwaliteit.....	15
3.7. Data analyse	15
3.8. Ethische overwegingen.....	16
4. Resultaten.....	17
4.1 Bevorderende factoren	17
4.2 Belemmerende factoren.....	21
5. Conclusie.....	27
5.1 Bevorderende factoren	27
5.2 Belemmerende factoren.....	27
6. Discussie	28
7. Aanbevelingen voor de praktijk	31
Literatuurlijst	32
Bijlage A Originaliteitsverklaring.....	36
Bijlage B Beoordeling onderzoekshouding	37
Bijlage C Zoekstrategie gebruikte literatuur	38
Bijlage D Informed consent	40
Bijlage E Interview vragen verpleegkundige.....	42
Bijlage F interview vragen verzorgende	44
Bijlage G Beroepsprofiel verpleegkundigen	46
Bijlage H Beroepsprofiel verzorgenden	49

Samenvatting

Achtergrond: wereldwijd valt gemiddeld 30–50% van de patiënten in een verzorgings- of verpleeghuis minimaal één keer per jaar. Volgens het centraal bureau van statistiek, zijn er in 2015 3260 ouderen overleden aan de gevolgen van een valincident. Een valincident gaat vaak gepaard met letsel dat negatieve lichamelijke-, psychische- en sociale gevolgen heeft. Vanuit de ingevulde Melding Incidenten Cliënten die gebruikt zijn in dit onderzoek blijkt dat preventieve interventies niet altijd ingezet worden door verzorgenden en verpleegkundigen. Uit onderzoek blijkt dat kennistekort en een verantwoordelijkheidsgevoel voor de veiligheid van de patiënt een belangrijke rol spelen bij het wel of niet inzetten van interventies. De overwegingen voor het wel of niet inzetten van interventies na een valincident zijn onduidelijk. Dit is dan ook de aanleiding van dit onderzoek.

Doel: inzicht krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren die invloed hebben op de overweging van de inzet van interventies bij valpreventie door verzorgenden en verpleegkundigen.

Methode: een kwalitatief explorerende studie binnen een zorg –organisatie met een aantal verzorgingshuizen in Oost Nederland. De populatie is verkregen middels convenience sampling. Data werd verzameld met semi-gestructureerde interviews aan de hand van een topiclist. De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd in het programma ATLAS.ti7.

Resultaten: bevorderende en belemmerende factoren voor de inzet van interventies zijn gevonden. Bevorderende factoren zijn: recidiverende valincidenten en hieruit voortvloeiende gevolgen; onderlinge samenwerking en de aanwezigheid van de fysiotherapeut en ergotherapeut; ontbrekende interventies in het ingevulde Melding Incidenten Cliënten formulier leiden uiteindelijk tot de inzet van interventies door collega's; een onveilige woonomgeving en de aanwezigheid van paramedici. Belemmerende factoren zijn: kennisgebrek rondom (multidisciplinaire) interventies; patiënten of familieleden die het oneens zijn met het inzetten van interventies; patiënten met een verminderde cognitie zoals dementie, ontvangen geen instruerende interventies; onbekendheid met een juiste definitie van valincidenten; een hoge werkdruk; inadequate risicosignalering met het huidige meetinstrument en acceptatie van een eerste valincident.

Conclusie: de onderlinge samenwerking, het streven naar veiligheid en intuïtief handelen zijn belangrijke factoren voor de inzet van interventies. De tweede belangrijke uitkomst is dat er een kennistekort is ten aanzien van valpreventie en de oorzaken en gevolgen van valincidenten. Dit blijkt onder andere uit onvoldoende duidelijkheid over de eigen rol bij valpreventie. Vervolgonderzoek is wenselijk als het gaat om de invloed van cultuur rondom de inzet van preventieve interventies.

Abstract

Background: approximately 30–50% of all patients worldwide living in a long term care facility or nursing home go through a fall incident at least once a year. According to the Dutch Central Bureau of Statistics 3260 elderly died as consequences of a fall incidents in the year 2015. The effects of a fall incident usually consist in physical–, psychological– and social damage. The registered Notification of Incidents to Clients used in this study show that preventive interventions weren't always implemented. In the literature study was found that a shortage of knowledge and a feeling of responsibility regarding to a patients safety, plays an important role in the consideration of implementing interventions after fall incidents or not. The consideration for implementing interventions or withholding interventions after a fall incident, has been reviewed. This is the motivation of this study.

Aim: the aim of this study is to get an insight in the motivating and obstructing factors that play a part in the consideration of implementing interventions with fall incidents by licensed nurses and practice nurses.

Method: a qualitative exploring study. This study has been carried out in a couple of long term care facilities in the east of the Netherlands. The research population has been acquired through convenience sampling. The data was collected through semi-structured interviews, using a topic list. The collected interviews have been transcribed and coded in the ATLAS.ti7 program.

Results: motivating and obstructing factors for implementing interventions are found. Motivating factors are: recurrent fall incidents and the consequences of a fall incident; Interdisciplinary cooperation and presence of the physiotherapist and an occupational therapist; missing interventions on the Notification of Incidents to Clients form, caused implementation of interventions by colleagues; an unsafe living environment and the presence of other disciplines lead to implementation of multidisciplinary interventions. Obstructing factors are: shortage of knowledge around the possibilities of implementing (multidisciplinary) interventions; patient or family members don't agree with the implementation of interventions; patients with limited cognition like dementia; unawareness of the definition of fall incidents; inadequate fall assessment; acceptance of a first fall incident.

Conclusion: interdisciplinary co-operation, striving for safety and acting intuitional are important factors for the implementation of interventions. The second important outcome is the shortage of knowledge towards fall prevention and it's risk factors and effects. This appears from lack of knowledge regarding possible multidisciplinary interventions and the limited described role of registered nurses and practice nurses in fall prevention. Further research regarding de influence of culture on implementation of preventive interventions is necessary.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Het aantal ouderen dat valt, neemt per jaar toe met alle gevolgen van dien. Volgens de World Health Organization (WHO) valt wereldwijd ongeveer 30–50% van de patiënten die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen minimaal één keer per jaar (WHO, 2007). Het Centraal Bureau van Statistiek (CBS) beschrijft dat in het jaar 2015 ongeveer 25% van de ouderen, woonachtig in een Nederlands verzorging- en verpleeghuis, is gevallen (CBS, 2015). Valincidenten kunnen (ernstige) gevolgen met zich mee brengen zoals lichamelijke-, psychische- en sociale problemen (WHO, 2007). Deze gevolgen hebben niet alleen impact op het functioneren van de oudere, maar ook op de bijkomende (medische) zorgvraag (WHO, 2007).

Volgens de richtlijn valpreventie (Neyens, Dijcks, Kinkelder, Graafmans & Schols, 2004) krijgen ouderen die vallen, in een verzorgings- en/of verpleeghuis, te maken met ernstigere gevolgen dan thuiswonenden en patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Vooral ouderen met co-morbiditeit hebben een verhoogd risico op vallen en hebben een kans om te overlijden aan de gevolgen van een valincident (Neyens et al., 2004). Het jaar 2015 telt 3260 ouderen die zijn overleden aan de gevolgen van een valincident (CBS, 2015).

De Landelijke Prevalentie meting Zorgkwaliteit (LPZ) neemt het aantal valincidenten in de gezondheidszorg jaarlijks onder de loep. Het valgevaar en de daarbij ingezette interventies worden op landelijk niveau inzichtelijk gemaakt. Zo blijkt uit een LPZ meting dat de meeste valincidenten in de namiddag en aan het begin van de avond plaatsvinden (Halfens et al., 2016).

Voor het definiëren van een valincident wordt in dit onderzoek de veelvuldig gebruikte definitie gehanteerd: *‘een onbedoelde verandering van lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau’* (Kellog, 1987).

1.2 Aanleiding

Het blijft onduidelijk waarom verzorgenden en verpleegkundigen na een valincident niet altijd preventieve interventies inzetten bij ouderen in een verzorgingshuis. Hierdoor kan het zijn dat er meer recidieven plaatsvinden dan nodig, met alle gevolgen van dien. Verzorgenden en verpleegkundigen hebben een belangrijke taak bij valpreventie, aangezien zij valincidenten vaak als eerste signaleren tijdens dagelijkse zorgmomenten (24 uur per dag en zeven dagen per week).

In het verzorgingshuis worden valincidenten regelmatig geaccepteerd en worden er geen preventieve interventies ingezet. De uitkomsten van de jaarlijkse evaluatierapporten van Melding Incidenten Cliënten (MIC) bevestigen de beperkte inzet van interventies. Vanuit deze evaluatierapporten wordt de overweging voor het al dan niet inzetten van interventies niet duidelijk.

De MIC is een specifieke vragenlijst die ingevuld wordt door verzorgenden en verpleegkundigen, waardoor oorzaken, gevolgen en de inzet van interventies inzichtelijk worden (Arcares, 2002).

Doordat er geen richtlijn valpreventie vanuit de organisatie voor handen is, zijn verpleegkundigen en verzorgenden aangewezen op landelijke richtlijnen. De verpleegkundig specialist kan een rol vervullen in kwaliteitsbevordering door het aanbieden van klinische lessen en ontwikkelen van richtlijnen (Duffy, 2013; Kramer, 2016).

Vanuit de jaarlijkse MIC rapporten van het jaar 2015 blijkt dat er niet altijd interventies worden ingezet na het invullen van een MIC. In het bijzonder wordt in box 1 de werkplek van de onderzoeker beschreven (Box 1).

Een verzorgingshuis in het oosten van Nederland telt ongeveer 110 bewoners. Vanuit de Melding Incidenten Cliënten (MIC) is gebleken dat er in 2015 in dit verzorgingshuis in totaal 52 patiënten gevallen zijn. De meest voorkomende oorzaken bleken niet nader gespecificeerde gezondheidsproblemen, verwardheid of andere psychische problematiek. Van dit aantal zijn er bij 36 patiënten (69%) geen interventies beschreven die zijn ingezet.

Box 1

In Box 2 wordt een overzicht gegeven van de verschillende oorzaken en van valincidenten die het belang van valpreventie benadrukken. Eveneens wordt er aangegeven hoe vaak interventies wel of niet worden ingezet. Hierbij worden alle verzorgingshuizen bij de desbetreffende organisatie geïnccludeerd.

Het onderzoek vindt plaats bij een organisatie die zowel intramurale als extramurale zorg levert. Van het totaal aantal (negen) verzorgingshuizen zijn de meest voorkomende meldingen van letsel als volgt: 32% pijn, 15% hematoom of zwelling, 40% wond, 9% botbreuk, 2% ernstige kneuzing, 1% verminderd bewustzijn en 1% van de patiënten heeft letsel bij een andere patiënt aangedaan als gevolg van het valincident. Het betrof 905 valincidenten die gemeld zijn bij 157 patiënten. In 429 van de gevallen werden er interventies ingezet, maar niet altijd preventief, zoals onder andere de volgende interventies: urine stikken, advies om te alarmeren voor hulp, bedhekken omhoog, arts inschakelen, ander schoeisel, schoeisel dragen,

wondzorg, adviezen rondom gebruik hulpmiddelen en advies om geen alcohol te nuttigen.

De meeste valincidenten (92%) vinden plaats in de eigen woning. Opvallend was dat bij 49% van de valincidenten de oorzaak onbekend bleef. Bij 22% was dit te wijten aan niet nader beschreven gezondheidsproblemen, 10% aan onrust en verwardheid en 7% aan verkeerd gebruik van middelen en maatregelen. Overige problemen 1-4%: geen/verkeerd schoeisel, natte vloer/uitglijden, bijwerkingen medicatie, miscommunicatie tussen medewerkers, verkeerd medisch hulpmiddel, alcohol, (zorg)afspraken die niet nagekomen zijn.

Box 2

1.3 Vraag-, probleem- en doelstelling

Uiteindelijk zijn de volgende vraag-, probleem- en doelstelling opgesteld.

Vraagstelling: welke bevorderende en belemmerende factoren hebben volgens verzorgenden en verpleegkundigen invloed op de inzet van interventies, bij valincidenten van ouderen woonachtig in een woonzorgcentrum?

Probleemstelling: verzorgenden en verpleegkundigen zetten niet altijd (multidisciplinaire) interventies in wanneer een patiënt een valincident doormaakt.

Doelstelling: inzicht krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren die invloed hebben op de overweging van de inzet van interventies bij valpreventie door verzorgenden en verpleegkundigen.

2. Theoretisch kader

Met behulp van een literatuurstudie is getracht meer inzicht te krijgen in het ontstaan en de gevolgen van valincidenten; de preventie van valincidenten en (multidisciplinaire) interventies. Daarnaast is er gekeken naar mogelijke factoren voor het wel of niet inzetten van valpreventieve maatregelen. Er wordt inzicht gegeven in de ernst en het belang van de inzet van preventieve interventies bij de oudere populatie. In bijlage C bevindt zich een beschrijving van de gebruikte zoekstrategie. Hieronder volgt de uitwerking van resultaten uit de literatuurstudie.

Belangrijkste oorzaken

'De belangrijkste oorzaken van vallen zijn lichamelijke gezondheidsproblemen (ruim 30%), gevolgd door psychische gezondheidsproblemen (bijna 21%). De meeste valincidenten vinden plaats in de slaapkamer (ruim 50%) en in de woonkamer (ruim 20%)' (Halfens et al., 2016). Valincidenten vinden veelal in de middag en avond plaats en doen zich met name voor tijdens het staan of lopen zonder hulpmiddel (Halfens et al., 2016).

Volgens de WHO (2007) zijn risicofactoren om te vallen bij ouderen op te splitsen in vier factoren.

Omgevingsfactoren:

- Gebouw is niet ingericht voor ouderen
- Gladde vloeren en trappen
- Losliggende kledjes
- Onvoldoende lichtinval
- Afgebrokkelde of onregelmatige voetpaden
- Een toevoeging op de risicofactoren wordt beschreven door Oliver (2007):
 - o Slechte belichting, met name 's nachts of bij een trap
 - o Onvoldoende hulpmiddelen
 - o Gebruik van nieuwe hulpmiddelen zoals een rollator.

Gedragfactoren:

- Medicatie (indien zelfmedicatie wordt gebruikt en/of dit in eigen beheer is, waarbij gedacht moet worden aan de therapietrouw)
- Overmatig alcoholgebruik
- (Te) weinig beweging
- Verkeerd schoeisel

Socio-economische factoren:

- Laag inkomen en laag onderwijsniveau
- Gebrekkige huisvesting
- Slecht sociaal netwerk/gebrek aan sociale interactie
- Beperkte toegang tot gezondheidsorganisaties en maatschappelijke diensten

- Gebrek aan hulp of ondersteunende middelen in de omgeving

Biologische factoren:

- Leeftijd
- Geslacht (mannen 12%, vrouwen 15,9% (Halfens et al., 2016))
- Ras
- Chronische aandoeningen
- Psychische en cognitieve aandoeningen

Todd & Skelton (2004) beschrijven hierop aanvullende risicofactoren:

- Valincidenten in de voorgeschiedenis
- Alleenwonend
- Medicatie/Polyfarmacie
- Verminderde mobiliteit
- Zittende leefstijl
- Angst
- COPD, depressie, incontinentie
- Voedingsdeficiëntie: ondervoeding en vitamine D insufficiëntie
- Verminderde cognitie
- Visuele beperking
- Voetproblematiek

Verpleegkundige en verzorgende preventieve interventies

De risico-groep voor het doormaken van vallen, die gepaard gaan met (ernstige) gevolgen, zijn vaak kwetsbare ouderen. De patiëntengroep (kwetsbare) ouderen zal door de vergrijzing groeien, waardoor verzorgenden en verpleegkundigen vaker met valincidenten geconfronteerd worden. Omdat risicofactoren per patiënt kunnen verschillen, moeten interventies op het individu worden afgestemd.

Meetinstrumenten en checklists voor de geriatrische populatie kunnen ingezet worden ter inventarisatie van individuele risicofactoren (Neyens et al., 2004). De landelijke richtlijn valpreventie (Neyens et al., 2004) beschrijft de volgende interventies die ingezet kunnen worden door verzorgenden en verpleegkundigen:

- Adequaate schoeisel;
- Stimuleren en instrueren bij het gebruik van een loophulpmiddel ter behoud van de mobiliteit;
- Orthostatische hypotensie vaststellen, gedragsadviezen toepassen en raadplegen van de (medische) hoofdbehandelaar ten aanzien van medicatiegebruik;
- Regelmatig bespreken van bestaande interventies vanuit de valpreventie richtlijn (die binnen een organisatie gehanteerd wordt);
- Veilige til- en transfertechnieken;

- Voldoende loop- en rij ruimte (voor rolstoelen), waarbij geen obstakels, gladde vloeren of matten aanwezig zijn;
- Adequate verlichting.
- Om de inzet van preventieve interventies te optimaliseren moet voorlichting en scholing gegeven worden (Neyens et al., 2004).

Middelen en maatregelen bij valpreventie

Om valincidenten te voorkomen worden vrijheidsbeperkende middelen ingezet. Uit de LPZ meting van het jaar 2015 blijkt het te gaan om bedhekken en alarmering domotica (Halfens et al., 2016). Een belangrijke aanvulling hierop is dat de landelijke richtlijn valpreventie (Neyens et al., 2004) beschrijft dat deze maatregelen niet bijdragen aan verminderd valgevaar. De inzet van middelen en maatregelen kunnen zelfs leiden tot letsel. Wettelijk gezien mogen middelen en maatregelen enkel toegepast worden op een afdeling met een BOPZ status, die zich beroept op de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen. Maatregelen zoals bedhekken mogen wel toegepast worden op verzoek van de patiënt, wanneer de maatregel door de patiënt opgeheven kan worden (BTSG, 2016). Ondanks dit gegeven worden er onrechtmatig vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet. Dit berust volgens Hamers (2010) op een kennistekort ten aanzien van vrijheidsbeperkende interventies. Binnen de organisatie waar dit onderzoek is verricht, worden niet vrijheidsbeperkende of fixerende maatregelen veiligheidsmaatregelen genoemd. Als alternatief voor vrijheidsbeperkende maatregelen heeft Vilans een overzicht met alternatieve (niet fixerende) maatregelen uitgebracht. Hierbij valt te denken aan een valmat of een ballendeken (Hardeman, Vliet, Leeuw & Gerretsen, 2016).

(Multidisciplinaire) preventieve interventies

Bij ouderen liggen multifactoriële problemen ten grondslag aan een valincident zoals bijvoorbeeld incontinentie, voedingsdeficiëntie, polyfarmacie verminderde mobiliteit- en visus (Todd & Skelton, 2004). Doordat er vaak sprake is van verschillende problemen en risicofactoren is het van belang dat multidisciplinaire interventies ingezet worden. Dit benadrukt het belang van multidisciplinaire samenwerking als het gaat om het verminderen van het aantal valincidenten bij ouderen (Neyens et al., 2004; Vlayen et al., 2015; Gillespie et al. (2012); Todd & Skelton, 2004). Hierbij kan gedacht worden aan een combinatie van interventies zoals: oefentherapie, optimaliseren van de voedingstoestand, reduceren van risicovolle medicatie/medicatiereview, behandeling van een verminderde visus, vitamine D suppletie, aanpassingen in en rondom de woning en het dragen van adequaat schoeisel (Gillespie et al., 2012; WHO, 2007).

Binnen de organisatie waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden, worden interventies nog weinig op elkaar afgestemd. Het implementeren van een richtlijn schept duidelijkheid in de verantwoordelijkheden van zorgverleners en verschillende

(multidisciplinaire) interventies (McClure et al., 2005; Gillespie et al., 2012). Deze interventies zijn gebaseerd op evidence based informatie, waarbij het van belang is dat richtlijnen up-to-date worden gehouden (Duffy, 2013). Een verpleegkundig specialist is opgeleid om evidence based informatie te verkrijgen en in staat om richtlijnen te ontwerpen.

Mogelijk beïnvloedende factoren bij verzorgenden en verpleegkundigen

Volgens Gray, Cordova, Crane, Quigley & Ratcliffe (2015) bezitten verzorgenden en verpleegkundigen onvoldoende kennis over de inzet van preventieve interventies na een valincident.

Toename van kennis over de inzet van specifieke interventies resulteert in afname van valincidenten, zo blijkt uit onderzoek uitgevoerd in een ziekenhuis (Pel-Littel, Krouwel, & Schuurman, 2007). Verder kan scholing hierin verbetering brengen (Bouwen, Lepeire & Buntinx 2008).

De aanwezigheid en coaching van en door een verpleegkundig specialist zorgt voor een verbeterde inzet van (valpreventie) interventies volgens Jacobs (2014). Veer, Francke, Kruif en Bolle (2006) beschrijven verantwoordelijkheidsgevoel als motiverende factor voor de inzet van vrijheidsbeperkende interventies.

Omdat de literatuur onvoldoende antwoord geeft op de vraagstelling, is verder onderzoek nodig. Door middel van interviews kan er aanvullend inzicht worden gecreëerd in overwegingen die meespelen in het wel of niet inzetten van interventies na een valincident.

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Het gaat hierbij om de volgende elementen: het design, de onderzoekspopulatie, socio-demografische gegevens van de onderzoeker en tweede codeur, methodologische kwaliteit, data analyse en de ethische overwegingen.

3.1 Design

Er werd gekozen voor een kwalitatief explorerend onderzoek. De subjectieve interpretatie van de overwegingen, ervaringen en de visie van verzorgenden en verpleegkundigen werden onderzocht (Polit & Beck, 2014).

De resultaten werden verkregen aan de hand van semi-gestructureerde interviews met verzorgenden en verpleegkundigen die werkzaam waren in verschillende verzorgingshuizen van de organisatie.

3.2 Onderzoekspopulatie

In totaal waren er 12 participanten. Zes verzorgenden en zes verpleegkundigen die langer dan één jaar werkzaam waren in de desbetreffende verzorgingshuizen werden geïnterviewd. Participanten werden geworven middels convenience sampling. Er was sprake van voldoende heterogeniteit aangezien de leeftijden en werkervaring van participanten uiteenliepen.

Binnen de verzorgingshuizen waren de mannelijke zorgverleners sterk in de minderheid, waardoor er maar één mannelijke participant is geïnterviewd. Tabel 3.1 en tabel 3.2 bevatten een aantal relevante demografische gegevens.

Tabel 3.1

Leeftijd populatie

Leeftijd participanten	Standaarddeviatie/gemiddelde
Gemiddelde leeftijd alle participanten	40,7
<i>Standaard deviatie leeftijd alle participanten</i>	12,9
Gemiddelde leeftijd verpleegkundige	32,8
<i>Standaard deviatie leeftijd verpleegkundige</i>	8,8
Gemiddelde leeftijd verzorgende	48,8
<i>Standaarddeviatie leeftijd verzorgende</i>	11,3

Tabel 3.2
Werkervaring populatie

Werkervaring participanten	Standaarddeviatie/gemiddelde
Gemiddelde werkervaring alle participanten	18,5
<i>Standaard deviatie werkervaring alle participanten</i>	13,3
Gemiddelde werkervaring verpleegkundige	10,7
<i>Standaard deviatie werkervaring verpleegkundige</i>	10,2
Gemiddelde werkervaring verzorgende	26,3
<i>Standaarddeviatie werkervaring verzorgende</i>	9,04

3.3. De onderzoeker

Een 29 jarige vrouw die in juli 2012 diplomeerde als verpleegkundige. Op 1 september 2015 begon de onderzoeker met de opleiding Master Advanced Nursing Practice (MANP) bij Hogeschool Saxion, te Enschede. De onderzoeker voerde het onderzoek uit bij huidige werkplek, een verzorgingshuis in het oosten van Nederland. Voorheen werkte de onderzoeker in een verpleeghuis en de thuiszorg. Als verpleegkundige kreeg de onderzoeker veel te maken met valincidenten bij ouderen. De onderzoeker is een collega van de onderzoekspopulatie. De onderzoeker had geen ervaring met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek.

3.4. Tweede codeur

De tweede codeur was een onderzoeker en een tweedejaars MANP student van het mannelijk geslacht. De codeur was ten tijde van het onderzoek 32 jaar oud, werkzaam in een verpleeghuis en voerde eveneens een kwalitatief onderzoek uit.

3.5. Dataverzameling

Er werden semi gestructureerde interviews afgenomen met behulp van een vooraf opgestelde topiclist en bijbehorende vragen. De onderzoeker ontdeed zich van vooroordelen (bracketing). De topics in de topiclist kwamen voort uit verkregen literatuur. Tijdens het afnemen van de interviews kwam de onderzoeker tot inzichten die niet waren opgenomen in de topiclist. Er werd namelijk één topic, genaamd organisatie toegevoegd. Deze topic is toegevoegd omdat organisatorische factoren waaronder organisatiecultuur meerdere keren werden benoemd. Vooraf aan de afgenomen interviews werd uitgesproken dat er geen waarde oordeel of verwijt aan de interviewvragen verbonden werd. De topics bevatten de onderwerpen: valpreventie, kennis, oorzaken, gevolgen, multidisciplinaire samenwerking en

communicatie (tussen medewerkers, patiënten en naasten). De topiclist met bijbehorende richtinggevende vragen zijn in bijlage E en F beschreven.

3.6. Methodologische kwaliteit

Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te verhogen was het van belang dat bepaalde aspecten werden beschreven in het onderzoek en bepaalde handelingen werden ondernomen tijdens het data verzamelen. De rol van de onderzoeker, relevante wetenschappelijke onderzoeksliteratuur en een beschrijving van de context werden daarom expliciet beschreven. De kwaliteitswaarborging beschreven in het boek van Polit en Beck (2014) diende als leidraad.

Ter ondersteuning voor het afnemen van de semi-gestructureerde interviews werd er vooraf een topiclist op basis van literatuur opgesteld. Eveneens werden er oriënterende vragen opgesteld die bij de topics zijn onderverdeeld. Omdat verzorgenden en verpleegkundigen een andere rol vervulden hadden de organisatie, als het gaat om valpreventie, werden vragen hierop toegespitst voor beide partijen. De onderzoeker had geen ervaring met het afnemen. Daarom werd vooraf een proef interview afgenomen, waarbij de onderzoeker feedback van een ervaren en gepromoveerd onderzoekster kreeg.

Alle interviews werden opgenomen met een spraakrecorder zodat er geen data verloren zou gaan. Door middel van een korte reflectie na een afgenomen interview werden belangrijke (gemiste) topics toegevoegd en kon eventuele bias, veroorzaakt door de onderzoeker of de omgeving, tijdens een volgend interview zoveel mogelijk vermeden worden. De omschreven gang van zaken en de aanpak van dit onderzoek moest dienen als een belangrijk onderdeel voor de repliceerbaarheid van dit onderzoek. Na het woordelijk transcriberen werden de interviews naar de participanten teruggestuurd om te controleren of dit daadwerkelijk overeen kwam met wat er in de interviews werd gezegd (memberchecking). Volgens Philipsen en Vernooy (2004) draagt memberchecking bij aan de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek.

3.7. Data analyse

Het programma ATLAS.ti7 HM (Scientific Software Development GmbH, Microsoft, Berlin, 2015) werd gebruikt voor de codering van de interviews na het transcriberen van de interviews. Allereerst vond er open codering plaats die de onderzoeker en de tweede codeur onafhankelijk van elkaar beschreven. Na het coderen van drie interviews werd consensus bereikt ten aanzien van de codes (zowel de thema's, labels als sub-labels). De onderzoeker codeerde de overige transcripten op basis van deze overeengekomen werkwijze. Daarna werd er axiaal gecodeerd, waarbij nogmaals naar de coderingen werd gekeken zodat bepaalde coderingen samengevoegd of gesplitst konden worden. Het streven van de onderzoeker was om niet meer dan 45 sub-labels per transcriptie te gebruiken. In het derde stadium van

coderen (selectief coderen) ging het om de uitwerking van de resultaten. De verbanden en samenhang tussen de codes zijn gebruikt voor het uitwerken van resultaten. Uiteindelijk werd data saturatie behaald met het afnemen van 12 interviews.

3.8. Ethische overwegingen

Voor het waarborgen van de ethische aspecten van dit onderzoek werd er gehandeld volgens de “Declaration of Helsinki”. Het onderzoek was niet meldingsplichtig voor de medisch ethisch toetsing commissie (METC). Er zijn namelijk geen patiënten bij de onderzoekspopulatie geïnccludeerd maar zorgverleners. De betreffende zorgverleners participeerden en stemden in met de medewerking van dit onderzoek. Eveneens hoefden de participanten geen specifieke handelingen te verrichten voor dit onderzoek, waarbij patiëntenzorg of privacy gevoelige informatie betrokken werd. Alle participanten tekenden vooraf een informed consent waarvan een voorbeeld werd opgenomen in bijlage D. De privacy en anonimiteit van de participanten blijft gewaarborgd door de wet bescherming persoonsgegevens. De verkregen data werd niet gebruikt voor andere doeleinden dan dit onderzoek en werd op een one-drive opgeslagen beveiligd met een wachtwoord. De verwerkte data werd volledig geanonimiseerd, dat betekent dat bepaalde persoonsgegevens zoals naam, leeftijd, werkervaring en locatie van de participanten niet vermeld zijn. De interviews werden in een rustige en afgesloten ruimte afgenomen waar de privacy gewaarborgd werd.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk volgt een overzicht van de resultaten die zijn onderverdeeld in bevorderende en belemmerende factoren, met de volgende topics: communicatie, kennis, valpreventie, organisatie en multidisciplinaire samenwerking. Er is weinig onderscheid gesignaleerd tussen uitspraken van verzorgenden en verpleegkundigen. Daarom zullen de geïnterviewde verzorgenden en verpleegkundigen vanaf dit hoofdstuk participanten worden genoemd.

4.1 Bevorderende factoren

Communicatie

De melding incidenten cliënten (MIC) werd jaarlijks tijdens een teamoverleg besproken om het bewustzijn ten aanzien van preventieve interventies te verhogen. Eén participant gaf aan dat er nadien een merkbaar verhoogde alertheid ontstond bij de inzet van interventies.

Ten aanzien van communicatie rondom de inzet van interventies werd het belang van onderlinge communicatie benadrukt. Hieruit kwam een behoefte van het delen van ideeën en het leren van elkaar naar voren. Een participant gaf de volgende toelichting: *Dat je dan ook hoort, de meningen van elkaar en dat bundel je samen weer tot iets concreets en dat is toch wel fijn dat je ook meerdere meningen hoort, want ja dat is wel belangrijk*.

Hieronder volgt een samenvatting van de resultaten in figuur 4.1.



Figuur 4.1

Bevorderende factoren communicatie.

Kennis

Wanneer een patiënt een eerste valincident heeft doorgemaakt was de urgentie van de inzet van interventies juist hoger, zo gaf één van de participanten aan: *'Ja, omdat je zeg maar een eerste, dat is toch wel een eerste val en dan heb je toch zoiets van,*

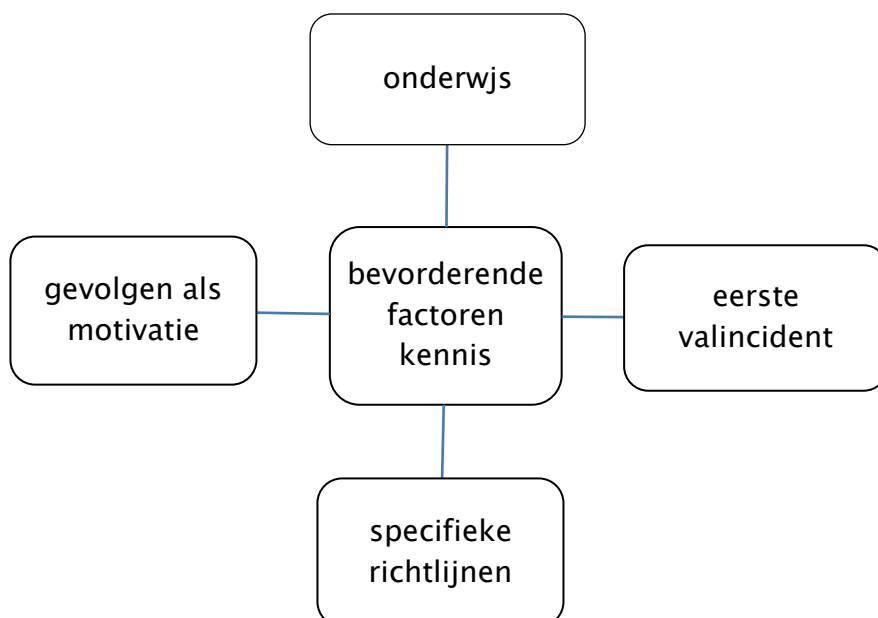
hoe kan dit. Of wat is er aan de hand dat iemand zeg maar, dan vraagt dat voor mij wel wat meer alertheid van eh, wat er aan de hand is als iemand (...)'.

Wanneer nieuwe medicatie werd voorgeschreven bij een patiënt, was er volgens een participant meer aandacht voor bijwerkingen die hieruit konden voortvloeien, waarbij eveneens gedacht werd aan het mogelijke valgevaar. Zo beschreef een participant het volgende naar aanleiding van een vraag over medicamenteuze bijwerkingen bij valincidenten: *'nou, wanneer nieuwe medicijnen voorgeschreven worden, dan weten wij wel wat 't is. Dus dan kun je wel meteen zeggen van daar moeten we even op letten'.*

Voor het bijhouden van kennis op het gebied van valpreventie, gaven de meeste participanten aan behoefte te hebben aan (bij)scholing voor het optimaliseren van kennis rondom valpreventie.

Voor het optimaliseren en bijhouden van kennis rondom valpreventie vertelde een participant specifieke informatie te verkrijgen middels overleg met andere professionals, zoals een fysiotherapeut. Daarnaast werd de behoefte aan het implementeren van specifieke richtlijnen met praktische interventies uitgesproken. Bekende gevolgen zoals pijnklachten, verminderde mobiliteit, angst om te vallen, fracturen en hematomen waren een motiverende factor voor het inzetten van interventies.

In figuur 4.2 worden de resultaten kort samengevat.



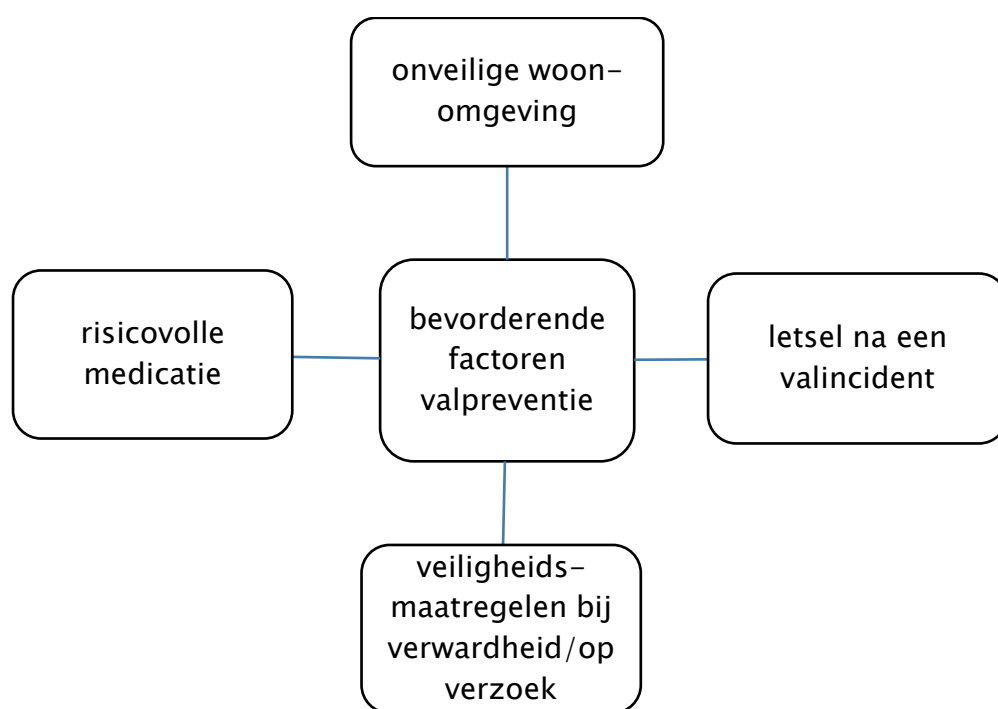
Figuur 4.2
Bevorderende factoren kennis

Valpreventie

Alvorens preventieve interventies werden ingezet, diende de oorzaak van de val bekend te zijn volgens participanten. Een onveilige (woon) omgeving en risicovolle medicatie, speelden een rol bij de inzet van preventieve interventies. Volgens enkele participanten werd de medisch behandelaar geraadpleegd bij verdenking van medicamenteuze bijwerkingen of specifieke klachten na een valincident. Bij het optreden van letsel na een valincident, gaven diverse participanten aan interventies in te zetten.

Een aantal participanten omschreven de (tijdelijke) inzet van bedhekken en belsensoren als preventieve interventies, met name bij verwarde patiënten. Daarnaast bleken familieleden en patiënten de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen of veiligheidsmaatregelen aan te vragen.

Figuur 4.3 toont een samenvatting van de resultaten in dit topic.



Figuur 4.3

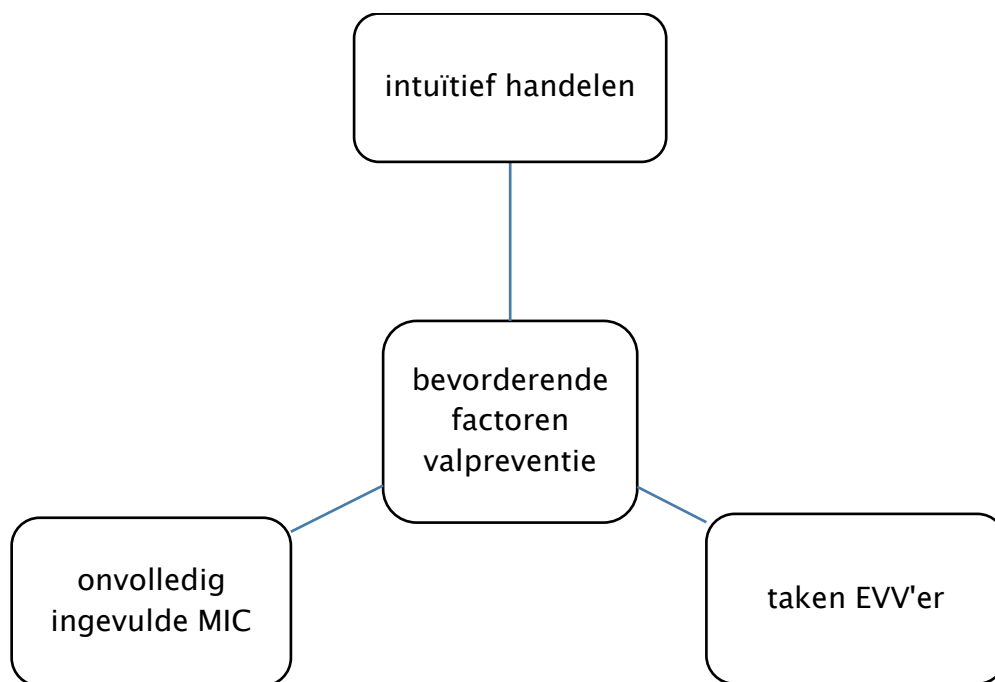
Belemmerende factoren valpreventie

Organisatie

Participanten benadrukten de rol van de eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV'er) bij de inzet van interventies. De inzet van interventies en gebeurtenissen werden aan de EVV'er overgedragen omdat deze personen aanvullende tijd kregen voor extra taken.

Wanneer interventies niet waren ingevuld op het MIC formulier was dit een stimulans voor enkele participanten om juist interventies in te zetten.

Eén participant gaf aan intuïtief te handelen bij de inzet van interventies: *‘ja mijn gevoel is echt de belangrijkste graadmeter. Ik heb een paar keer wel eens met collega's d'r over gehad, dit en dat zie ik en dat voel ik en ik vertrouw 't niet’*. In figuur 4.4 wordt een korte samenvatting van bovenstaande resultaten weergegeven.



Figuur 4.4

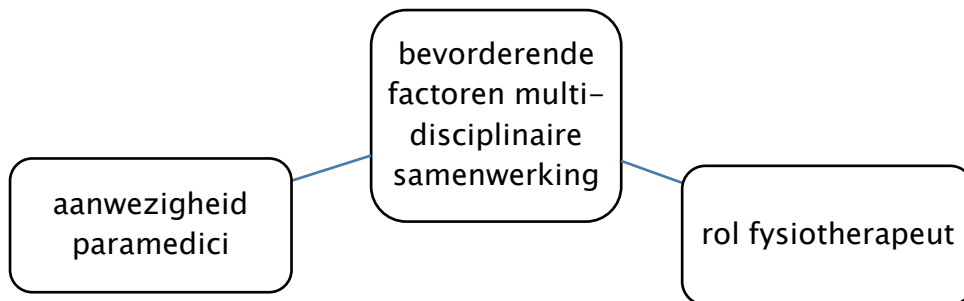
Bevorderende factoren organisatie

Multidisciplinaire samenwerking

Eén participant beschreef dat de aanwezigheid van disciplines zoals de fysiotherapeut en ergotherapeut, in het verzorgingshuis als motiverende factor dienden voor de multidisciplinaire samenwerking.

Met name de fysiotherapeut kreeg veel verwijzingen. Bij aanpassingen in de woonomgeving werd in enkele gevallen de ergotherapeut ingeschakeld. Hierover beschreef een participant het volgende: *‘de ergo met de hulpmiddelen kun je dan natuurlijk wel gebruiken, maar die wordt heel weinig ingezet. Als je eerst al heel veel kunt ondervangen met de fysio en lukt dat niet dan kun je altijd nog wel even de ergo of de vaste fysio geeft advies; misschien is de ergo nog een idee’*.

De resultaten in dit topic worden in figuur 4.5 samengevat.



Figuur 4.5

Bevorderende factoren multidisciplinaire samenwerking

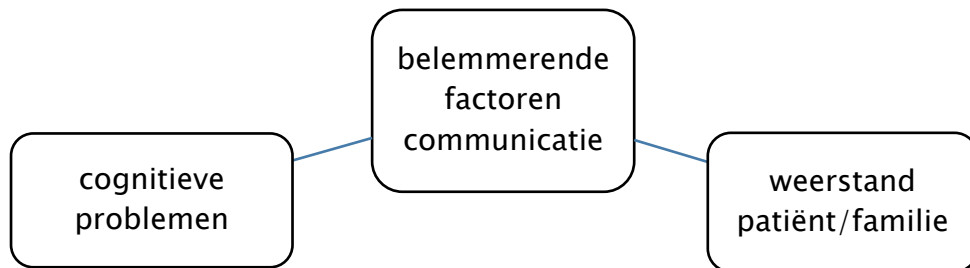
4.2 Belemmerende factoren

Communicatie

Participanten gaven aan dat patiënten en familieleden weinig voorlichting over valpreventie kregen. Het geven van voorlichting had niet altijd de hoogste prioriteit gaf een participant aan. Daarnaast stonden patiënten en familieleden niet altijd open voor de interventies die werden aangeboden: *‘Er zijn sommige mensen die je wat moeilijker kunt benaderen of die dwars worden als je bijvoorbeeld bepaalde dingen gaat veranderen. Dus daar moet je ook wel mee oppassen’*.

Patiënten met cognitieve problemen werden niet meer geïnstrueerd omdat zij dit niet konden onthouden volgens diverse participanten: *‘dat iemand inderdaad qua dementie, dat iemand zover heen was dat die het advies niet meer kon onthouden’*.

Figuur 4.6 bevat een samenvatting van de resultaten in dit topic.



Figuur 4.6

Belemmerende factoren communicatie

Kennis

Voor het bijhouden en optimaliseren van de kennis rondom valpreventie was één participant ervan overtuigd dat de huidige praktische kennis toereikend was voor het toepassen van interventies. Volgens de participant zijn er de afgelopen jaren geen nieuwe inzichten op gedaan op het gebied van valpreventie: *‘maar ik bedoel, maar er gebeurt ook niet zo heel veel nieuws in valpreventie’*.

Participanten gaven aan weinig literatuur te raadplegen voor het up-to-date houden van kennis over valpreventie. Participanten beschreven dat dit kwam doordat ze veel moesten weten over verschillende onderwerpen. Eén participant gaf aan dat valpreventie tot de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut werd gerekend.

Door één participant werd benoemd dat er tijdens de beroepsopleiding niet specifiek aandacht aan valpreventie werd besteed. Eveneens werd er op de werkplek weinig scholing of literatuur aangeboden volgens enkele participanten.

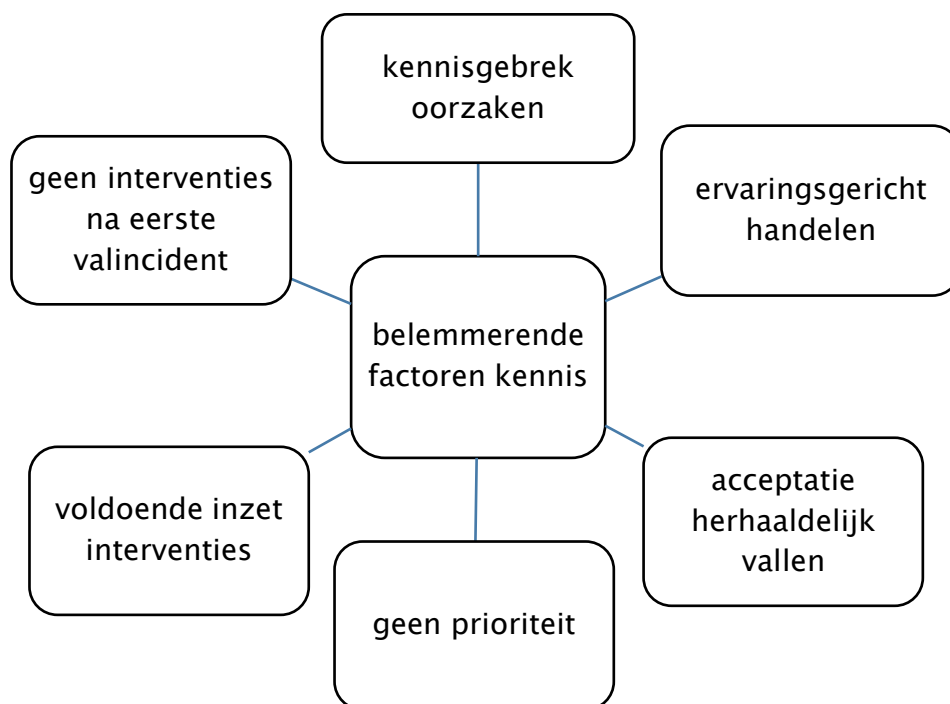
Een aantal participanten gaf aan niks te weten over de mogelijk complicaties van bloedverdunners bij een valincident. Bij onzichtbaar letsel bleven aanvullende interventies dan ook achterwege. Zo vertelde één participant het niet noodzakelijk te achten, de medisch behandelaar te raadplegen wanneer een patiënt die bloedverdunners gebruikt op het hoofd was gevallen. De medisch behandelaar werd ingeschakeld wanneer de patiënt nadien afwijkend gedrag zoals verwardheid vertoonde. De participant was ervan overtuigd voldoende ervaring te bezitten om in te schatten wanneer wel of niet een medisch behandelaar ingeschakeld moest worden.

Wanneer een patiënt nog niet eerder een valincident had doorgemaakt werden er geen interventies ingezet volgens de meeste participanten.

Daarnaast werden recidiverende valincidenten geaccepteerd wanneer participanten ervan overtuigd waren dat alle mogelijke interventies reeds waren ingezet.

Valincidenten beperkten zich volgens de participanten tot de volgende oorzaken: lichamelijke verslechtering, verwardheid, inadequaat schoeisel, omgevingsfactoren en de invloed van medicatie.

In figuur 4.7 worden de bovenstaande resultaten kort samengevat.



Figuur 4.7

Belemmerende factoren kennis

Valpreventie

Volgens de participanten was er geen overzicht van risicovolle medicatie (die bijdroegen aan het veroorzaken van een valincident) voor handen. De behoefte voor een dergelijk overzicht werd door meerdere participanten uitgesproken: *‘ja wij keken daar wel naar maar ja, dat is denk ik nog wel op een beperkt niveau. Dan gingen we toch wel kijken, moet daar misschien dan toch wat mee of moeten we dat aankaarten bij de huisarts of bij de verpleegkundig specialist’*.

Besproken interventies werden niet altijd door patiënten opgevolgd. Hierdoor deden enkele participanten een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van patiënten, wanneer verondersteld werd dat een patiënt cognitief niet beperkt was. Hierover beschreef een participant het volgende: *‘Je komt wel eens situaties tegen, waar mensen toch wat onveilig handelen, omdat ze denken dat ze het nog wel kunnen. Bijvoorbeeld: “ach, dat kleine stukje naar de keuken kan ik nog wel even zonder*

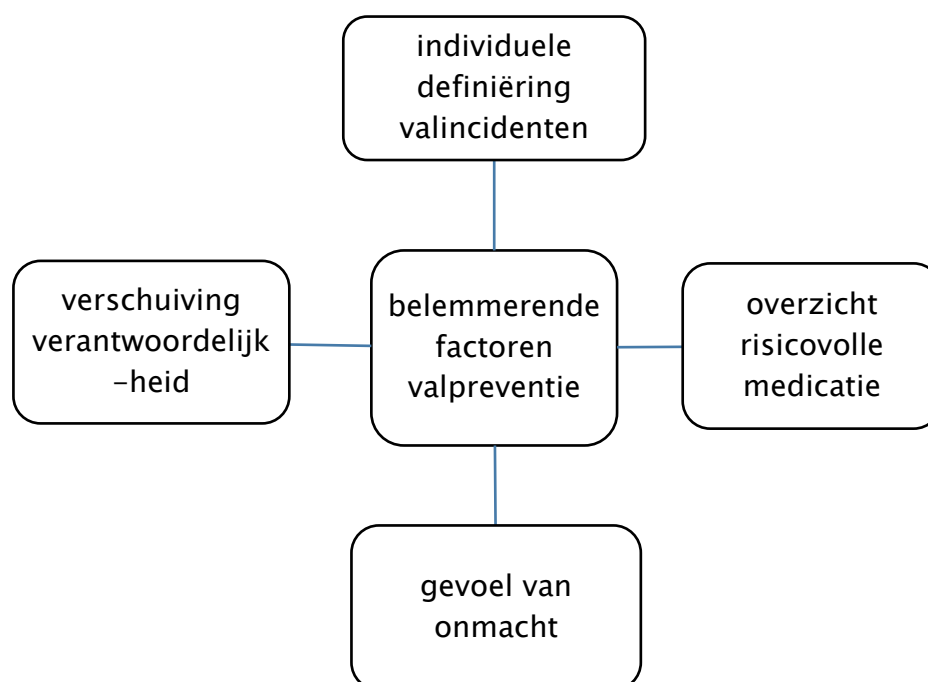
rollator lopen hoor." Dan gaat het wel eens mis en vooral als mensen nog cognitief goed zijn, dan is het een stukje eigen verantwoording'.

De veelbesproken definitie van valincidenten, bleek bij de meeste participanten niet bekend te zijn. Participanten hanteerden een eigen definiëring van een valincident en handelden op basis van deze definiëring. Eén participant lichtte dit als volgt toe: *'als iemand op de grond is gevallen, maar ik vind het er ook wel onder vallen als iemand door de knieën is gezakt of wat dan ook. Niet alle medewerkers en collega's van de afdelingen vinden dat, want hij is niet gevallen'.*

Vrijheidsbeperkende- of veiligheidsmaatregelen, behoorden volgens één participant laagdrempelig ingezet te worden bij verwarde patiënten. Het niet mogen inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen het verzorgingshuis, gaf een gevoel van onmacht.

De inzet van interventies rondom valpreventie behoorde volgens een aantal participanten tot de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut. Volgens een aantal participanten beschikte de fysiotherapeut over de meeste kennis op dit gebied. Een participant geeft hiervoor als argumentatie: *'ik vind eerlijk gezegd dat ons takenpakket nu wel zo uitgebreid en breed is, dat is onvoorstelbaar. Dus dan heb ik zoiets van, liever de valpreventie bij de fysio laten, die zijn daar meer bekend mee dan wij'.*

In figuur 4.8 volgt een samengevat overzicht van bovenstaande resultaten.



Figuur 4.8

Belemmerende factoren valpreventie

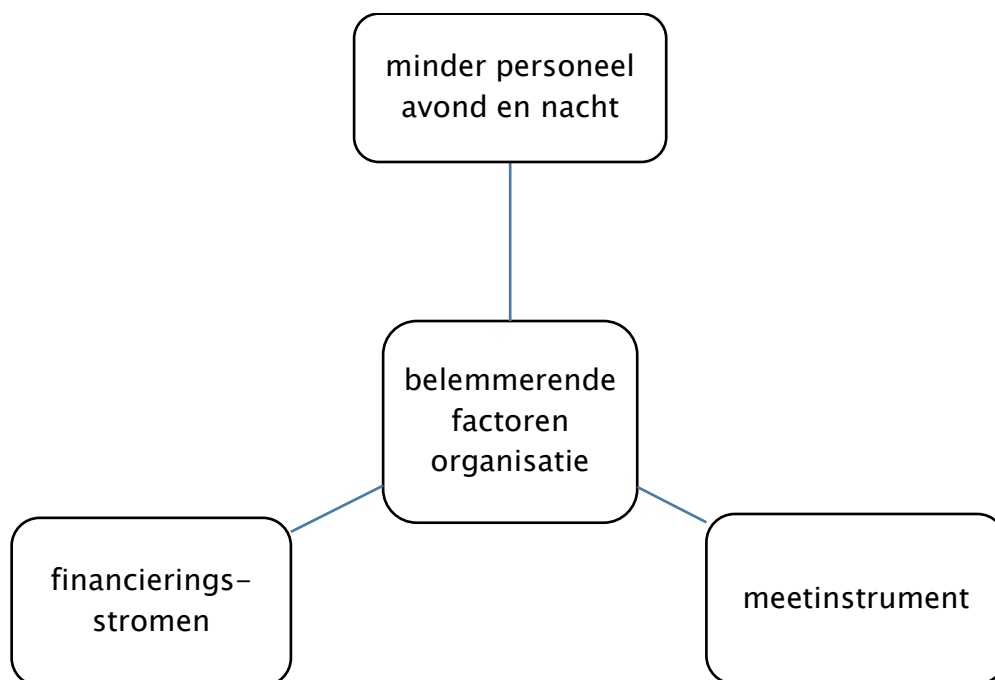
Organisatie

Binnen de verzorgingshuizen bestonden verschillende financieringsstromen voor het bieden van zorg. Dit vormde een belemmering voor de inzet van interventies. Eén participant vertelde dat patiënten met een eerstelijns zorg indicatie minder snel werden doorverwezen. *‘Bij huisartsen is het soms net wat lastiger want die lijnen liggen iets ingewikkelder. Maar ik moet zeggen dat dat nu wel steeds meer wordt. Maar het is met name bij de verpleeghuisklanten dat we het meeste gebruik maken van de disciplines’.*

Met het oog op het signaleren van valgevaar, gaven een aantal participanten aan dat het huidige meetinstrument (niet gevalideerd meetinstrument door de organisatie ontworpen) het valgevaar van de patiënt niet altijd weergaf.

Als interventie voor valpreventie in de avond en nacht, gaven meerdere participanten aan extra controlemomenten in te zetten. Eén participant benoemde dat er door de minimale bezetting in de avond en nacht niet altijd tijd op een alarmering gereageerd werd.

In figuur 4.9 worden de resultaten van dit topic kort samengevat.



Figuur 4.9

Belemmerende factoren organisatie

Multidisciplinaire samenwerking

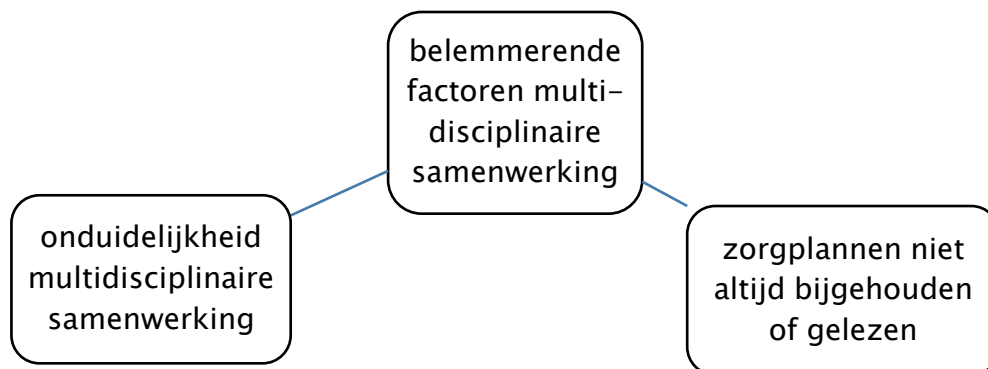
Als het gaat om een multifactoriële aanpak, werden andere disciplines pas in consult gevraagd na recidiverende valincidenten. Collega's van het zorgteam overlegden eerst met elkaar over de inzet van interventies. Wanneer deze interventies ontoereikend waren, overwogen participanten de inzet van andere disciplines.

Daarnaast gaven participanten aan niet altijd op de hoogte te zijn van de interventies die verschillende disciplines konden inzetten.

Interventies moesten in het zorgplan vastgelegd worden beschreef een participant.

Wanneer participanten een hoge werkdruk ervoeren gebeurde dit niet. Als het gaat om het hanteren van afgesproken interventies, beschreef een participant dat zorgplannen niet altijd adequaat werden bijgehouden en/of gelezen, waarbij de volgende uitspraak werd gedaan: *'ik denk alleen nog soms dat het zorgplan dat de EVV'er opstelde dat was soms niet heel duidelijk en concreet en ik weet ook dat daar verschillend over de verzorgende, de een keek wel naar het zorgplan en de ander weer niet'.*

Figuur 4.10 bevat een samengevat overzicht van de resultaten in dit topic.



Figuur 4.10

Belemmerende factoren multidisciplinaire samenwerking

5. Conclusie

De bevorderende- en belemmerende factoren ten aanzien van de inzet van interventies bij valincidenten door verzorgenden en verpleegkundigen worden in dit hoofdstuk besproken.

5.1 Bevorderende factoren

Participanten blijken veel waarde te hechten aan onderlinge samenwerking met het zorgteam. Het wel of niet inzetten van interventies is dan ook afhankelijk van de input van en overleg met collega's. Het ontbreken van interventies bij een reeds ingevulde MIC blijkt een motivatie voor andere collega's om juist interventies in te zetten. Intuïtie blijkt eveneens een belangrijke rol te spelen bij het inzetten van interventies. De fysieke aanwezigheid van paramedici bevordert de multidisciplinaire samenwerking. Risicofactoren in de omgeving leiden tot de inzet van interventies om een veilige omgeving te realiseren. Het achterhalen van de oorzaak en de mate van gevolgen die zich hebben voorgedaan zijn motieven voor de inzet van interventies. Verder zijn klachten als verwardheid, het verzoek van familieleden of patiënten een aanleiding voor de inzet van maatregelen als alarmeringdomotica of bedhekken in.

5.2 Belemmerende factoren

De definitie van valincidenten is onduidelijk voor een groot deel van de participanten, waarbij de veelgebruikte definitie van Kellog (1987) als uitgangspunt is genomen. Na een eerste valincident worden door de meeste participanten geen interventies ingezet, onder de noemer dat iedereen wel eens kan vallen.

Er is onvoldoende kennis ten opzichte van de multidisciplinaire interventies, waardoor deze niet altijd (tijdig) worden ingezet. Kennistekort ten opzichte van valpreventie wordt niet altijd erkend. Doordat de fysiotherapeut als deskundige en verantwoordelijke wordt gezien voor de inzet van preventieve interventies, zetten zorgverleners geen interventies in.

Een hoge werkdruk leidt tot het nalaten van afgesproken interventies.

Wanneer patiënten bekend zijn met een verminderde cognitie, worden er geen instruerende interventies ingezet. Het geven van voorlichting blijft achterwege vanwege weerstand van de patiënt/familieleden en omdat het geven van voorlichting niet altijd hoge prioriteit heeft. Tenslotte is er op organisatorisch niveau geen valide meetinstrument voorhanden, waardoor valrisico niet adequaat in kaart wordt gebracht.

6. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken en komt de methodologische kwaliteit van dit onderzoek aan de orde.

Kennis

Uit de richtlijn valpreventie (Neyens et al., 2004) blijkt dat een eerste valincident een voorspellende factor is voor recidiverende valincidenten. Waarschijnlijk zijn participanten hier niet van de op de hoogte, zo blijkt uit de resultaten. Er wordt weinig literatuur geraadpleegd en geen scholing over valpreventie gevolgd.

Vanuit de resultaten blijkt een kennistekort, maar dit wordt niet altijd herkend door participanten. Resultaten uit dit onderzoek komen overeen met de bevindingen uit het onderzoek van Gray et al. (2015), waar eveneens een kennistekort van zorgverleners naar voren komt.

Daarnaast bestaat een kennistekort over medicamenteuze oorzaken en gevolgen van vallen, waaronder bloedverdunners. Volgens de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) richtlijn hoofdtrauma (2015) is er een verhoogd risico op intracranieel letsel bij ouderen die orale anticoagulantia gebruiken. Volgens het CBS (2015) zijn er in één jaar tijd 21% van 3260 ouderen overleden aan de gevolgen van een traumatisch hersenletsel na een valincident.

Literatuur is in de beschrijving niet altijd eenduidig over welke medicijnen van invloed zijn op valrisico (Kuschel, Laflamme & Möller, 2015; Baranzini et al., 2009). In onderzoek van het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, 'de HARM studie', wordt op alertheid gewezen bij voorschrijven van benzodiazepinen, anti-depressiva, opioïden en anti-hypertensiva (Ministerie van VWS, 2017). De HARM (Hospital Admission Related to Medication) studie geeft inzicht in de medicamenteuze therapie in relatie tot vermijdbare ziekenhuisopnamen.

De notitie van zorginstituut Nederland (2016) pleit voor meer overeenstemming tussen praktijk en opleiding ten behoeve van een betere samenwerking en het optimaliseren van de competenties van zorgprofessionals.

Het is nog onduidelijk in welke mate kennis over valpreventie mag worden verwacht vanuit de opleiding tot verzorgende of verpleegkundige, zo wordt beschreven in het onderzoek van Gray et al. (2015).

Multidisciplinaire samenwerking

Ondanks de belangrijke rol van de fysiotherapeut bij valpreventie, wordt de fysiotherapeut ten onrechte aangewezen als verantwoordelijke voor valpreventie. De belangrijke bijdrage van de fysiotherapeutische interventies worden onderschreven in diverse literatuur (Neyens et al., 2004; Gillespie et al., 2012; Sherrington, Tiedemann & Fairhall, 2011).

Het zou de multidisciplinaire samenwerking ten goede komen als de participanten zich bewuster zijn van de eigen rol op het gebied van valpreventie. Om meer inzicht te krijgen in de verantwoordelijkheden en competenties van de verschillende disciplines kan er gebruik worden gemaakt van een richtlijn (Neyens et al., 2004).

Communicatie

Door middel van voorlichting kan er bewustwording en gedragsverandering optreden. Volgens de ontworpen theorie van Prochaska en Diclemente (1983) behoren het geven van voorlichting (of informeren op een andere manier) en bewustwording tot de eerste fasen van gedragsveranderingen. Het geven van voorlichting aan patiënten en diens naasten draagt bij aan valpreventie (Duffy, 2013; Neyens et al., 2004). Dit geldt eveneens voor patiënten met een beperkte cognitie zoals mensen met Alzheimer dementie. Mensen met Alzheimer dementie zijn nog steeds in staat nieuwe dingen te leren (Hoogeveen, Groenendaal, Caffò & Perilli, 2014; Kessels, Doormaal & Janzen, 2011).

Overige factoren

Participanten handelen niet altijd op basis van kennis, maar zoals uit dit onderzoek blijkt, ook op ervaring en intuïtie. Mogelijk zijn culturele en ethische aspecten van invloed op preventief handelen. Vervolgonderzoek is wenselijk om deze aspecten verder uit te diepen.

Uit resultaten blijkt dat bedrekken nog regelmatig ingezet worden als interventie. Dit wordt bevestigd door Halfens et al. (2016).

Neyens et al. (2004); Halfens 2016 en Castle (2006) beschrijven dat maatregelen zoals bedhekken letsel kunnen veroorzaken bij een patiënt.

Het borgen van veiligheid, verantwoordelijkheidsgevoel en kennisgebrek spelen een rol spelen bij de inzet van maatregelen zoals bedhekken (Veer, Francke, Kruif & Bolle, 2006; Hamers, 2010). De gids van Vilans voor alternatieve maatregelen in de zorg, moet leiden tot een verminderde inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het gaat in deze gids om niet fixerende- of BOPZ gebonden maatregelen opgenomen (Hardeman et al., 2016).

Discussie ten aanzien van de methodiek

De keuze voor een kwalitatief onderzoek is noodzakelijk geweest om tot aanvullende informatie te komen die in de literatuur niet wordt beschreven. De onderzoekspopulatie heeft voldoende heterogeniteit, waarbij de mate van werkervaring en leeftijd van de participanten uiteenlopend is geweest. De leeftijd en mate van werkervaring hadden echter geen invloed op de resultaten. Doordat er in de interviews verder doorgevraagd is op bepaalde antwoorden is er meer informatie verkregen dan bijvoorbeeld bij een gestandaardiseerde vragenlijst.

Ter bevordering van de betrouwbaarheid heeft een ervaren onderzoeker feedback gegeven op een interview, dat niet wordt gebruikt voor dit onderzoek. De objectiviteit wordt geborgd doordat de coderingen samen met een tweede codeur zijn uitgevoerd (Polit & Beck, 2014). Daarnaast zijn de interviews opgenomen, getranscribeerd en is er een topiclist met vragen gebruikt (Hak, 2004). Na transcriptie van de interviews heeft member checking plaatsgevonden (Philipsen & Vernooij, 2004).

De vooraf opgestelde topics oorzaken en gevolgen bleken niet van toegevoegde waarde en zijn derhalve niet meer gebruikt.

Tijdens het verzamelen en analyseren van de data is gebleken dat er weinig verschil is tussen de antwoorden van verzorgenden en verpleegkundigen. Dit is een reden geweest voor de onderzoeker om de groep niet onder te verdelen. Aangezien verzorgenden en verpleegkundigen anders opgeleid zijn is dit een bijzondere uitkomst. Waarom er overeenkomende antwoorden zijn gegeven kan op basis van de huidige werkzaamheden en het beroepsprofiel niet verklaard worden (VenVN, 2016). De beroepsprofielen van verzorgenden en verpleegkundigen volgens de V en VN zijn in bijlage G en H beschreven.

Dat de onderzoeker een deel van de participanten kent, heeft wellicht bijgedragen aan de co-operatieve houding ten aanzien van het afnemen van interviews. Ten aanzien van de validiteit heeft de rol van de onderzoeker mogelijk een negatief effect gehad op uitkomsten van de interviews. De rol van verpleegkundig specialist (in opleiding) heeft een hiërarchische lading, dat geleid kan hebben tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Bij het afnemen van de interviews heeft een aantal participanten terughoudend gereageerd in het geven van antwoorden. Eveneens werd door één participant na het stoppen van de bandopname aanvullende informatie gegeven die in het interview niet naar voren kwamen. Volgens de participant wordt dit veroorzaakt door de aanwezigheid van de spraakrecorder.

7. Aanbevelingen voor de praktijk

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen voor de praktijk weergegeven.

Omdat het veelgebruikte definitie van een valincident bij de meeste participanten onbekend is wordt een valincident niet goed gedefinieerd en, is er geen aanleiding tot het invullen van een MIC. Het is dan ook van belang dat de definitie onder de aandacht van de zorgverleners wordt gebracht.

Voor de onbekendheid bij de inzet van interventies is het aanbieden van scholing en het implementeren van de reeds ontworpen zorgstandaard van belang.

Omdat de bestaande (landelijke) richtlijn valpreventie een uitgebreid document is en weinig geraadpleegd wordt, is er een beknopte zorgstandaard voor de organisatie geschreven die voldoet aan de nieuwste evidence based inzichten. Dit document schept duidelijkheid in de multidisciplinaire taakverdeling en interventies. Daarnaast kan de beschreven informatie in de zorgstandaard gebruikt worden voor het geven van adequate voorlichting.

Voor het geven van scholing zou er bijvoorbeeld een scholing opgezet kunnen worden door verschillende disciplines zodat er een zogenaamde bottom-up benadering wordt gebruik. De scholing moet aansluiten op het aanwezige kennistekort bij valpreventie. Een belangrijk aandachtspunt is de inzet van alternatieve middelen en maatregelen die niet fixerend en/of BOPZ gebonden zijn.

Er moet meer bekendheid gecreëerd worden ten aanzien van de verschillende competenties van de verschillende disciplines en de interventies bij valpreventie. Ondanks dat omgevingsfactoren als veelvoorkomende oorzaak wordt aangegeven, wordt de ergotherapeut maar beperkt ingezet. Een oplossing zou kunnen zijn dat de ergotherapeut (ongevraagd) structureel in consult komt wanneer een patiënt wordt opgenomen. De rol van de psycholoog moet bij het inzetten van preventieve interventies bij patiënten met dementie geëxploreerd worden.

De verantwoordelijke afdeling voor scholing en coördinatie tussen praktijk en opleiding, zou moeten kijken naar verschillende manieren om beter samen te werken. De notitie van het Zorginstituut Nederland kan als hulpmiddel gebruikt worden.

Tenslotte is het zaak dat er een nieuw meetinstrument geïmplementeerd wordt omdat het huidige meetinstrument de mate van valgevaar niet adequaat weergeeft.

Literatuurlijst

Arcares. *Rapport MIC meldingen in verpleeg en verzorgingshuizen* (2002). Utrecht: Arcares

Baranzini, F., Diurni, M., Ceccon, F., Poloni, N., Cazzamalli, S., Costantini, C. et al. (2009). Fall-related injuries in a nursing home setting: is polypharmacy a risk factor? *BMC health services research*, 9(1), 228. doi: 10.1186/1472-6963-9-228

BOPZ (2016, 3, januari). BOPZ in het verzorgingshuis [voorlichting] Opgevraagd van: <http://www.btsg.nl/infobulletin/bopz.html>

Bouwen, A., Lepeleire, J. de & Buntinx, F. (2008). Rate of accidental falls in institutionalised older people with and without cognitive impairment halved as a result of a staff-oriented intervention. *Age and ageing*, 37(3), 306–310. doi: 10.1093/ageing/afn053

Castle, N.G. (2006). Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {private}. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(6), 696–704. Doi: 10.1007/s10488-006-0080-0

Draijer, L.W., Kurver, M.J., Opstelten, W., Giesen, H.J., Gerritsen, H., Nasser, M. et al. (2015). NHG-Standaard Hoofdtrauma. *Huisarts en wetenschap*, 58(2), 82–88. Opgevraagd van: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hoofdtrauma>

Duffy, A. (2013). The assessment and management of falls in residential care settings. *British journal of nursing*, 22(5). doi: 10.12968/bjon.2013.22.5.259

Gibson, M.J., Andres, R.O., Isaacs, B., Radebaugh, T., & Wormpetersen, J. (1987). The Prevention of Falls in Later Life—A Report of the Kellogg-International-Work-Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish Medical Bulletin*, 34, 1–24. Opgevraagd van: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3595217>.

Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M. et al. (2012). *Interventions for preventing falls in older people living in the community*. [Cochrane database]. Geraadpleegd op: http://www.cochrane.org/CD007146/MUSKINJ_interventions-for-preventing-falls-in-older-people-living-in-the-community

- Gray–Miceli, D., Cordova, P.B. de, Crane, G.L., Quigley, P. & Ratcliffe, S. J. (2016). Nursing Home Registered Nurses' and Licensed Practical Nurses' Knowledge of Causes of Falls. *Journal of nursing care quality*, 31(2), 153–160. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000157
- Hak, T. (2004). Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47(11), 205–212. doi: 10.1007/BF03083720
- Halfens, R.J.G., Meesterberends, E., Neyens, J.C.L., Rondas, A.A.L.M., Rijcken, S., Wolters, S. et al. (2016). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage resultaten 2015.
- Hamers, J.P.H. *Minder vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (review)*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hardeman, F., Vliet, M. van, M., Leeuw, J. van der, Gerretsen, A. (2016). Ruim 80 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg [hulpmiddelen gids] Opgevraagd van: <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/alternatievenbundel-vrijheidsbeperking.pdf>
- Hoogeveen, F., Groenendaal, M., Caffò, A., & Perilli, V. (2014). Lerend vermogen bij dementie. *TvZ: tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 2014(2), 42–45. Opgevraagd van: https://www.dehaagsehogeschool.nl/docs/default-source/documenten-onderzoek/lectoraten/psychogeriatric/tvz_14_002_lerend-vermogen-bij-dementie.pdf?sfvrsn=0
- Jacobs, D. (2014). *Evidence Based Falls Management Program in the Nursing Home*. (Graduate Theses, Dissertations, and Capstones Bellarmine University). Louisville: Bellarmine University. Opgevraagd van: <http://scholarworks.bellarmino.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=tdc>
- Kessels, R.P., Doormaal, A. van & Janzen, G. (2011). Landmark Recognition in Alzheimer's Dementia: Spared Implicit Memory for Objects Relevant for Navigation. *PloS one*, 6(4), 1–5. doi:10.1371/journal.pone.001861
- Kramer, J.W. (2016). Blijf op eigen benen staan. *De Verpleegkundig Specialist*, 11(1), 28–31. doi: 10.1007/s40884-016-0009-9

- Kuschel, B.M., Laflamme, L., & Möller, J. (2015). The risk of fall injury in relation to commonly prescribed medications among older people—a Swedish case-control study. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 527–532. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku120>
- McClure, R.J., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., Eakin, E. & Hughes, K. (2005). *Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people*. [Cochrane database]. Opgevraagd van: http://www.cochrane.org/CD004441/INJ_population-based-programmes-for-the-prevention-of-fall-related-injuries-in-older-people
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2017). Eindrapport: Vervolgonderzoek medicatieveiligheid. Den Haag: 2017.
- Neyens, J.C.L., Dijcks, B.P.P., Kinkelder, A. de, Graafmans, W.C. & Schols, J.M.G. (2004). CBO Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen: wat kunnen verpleeghuizen hiermee? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36, 173–178. doi: 10.1007/BF03074729
- Oliver, D. (2007). Older people who fall: why they matter and what you can do. *British journal of community nursing*, 12(11). doi: 10.12968/bjcn.2007.12.11.27481
- Pel-Littel, R.E., Krouwel, D.G., & Schuurmans, M.J. (2007). Voorkom een tweede val in het ziekenhuis. *TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 117(5), 44–47. Opgevraagd van: <https://www.nursing.nl/PageFiles/9962/2007%205-44%20Voorkom%20een%20tweede%20val%20in%20het%20ziekenhuis.pdf>
- Philipsen, H. & Vernooy-Dassen, M. (2004). Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend. *Huisarts en wetenschap*, 47(10), 288–292. doi: 10.1007/BF03083760
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. DOI: 10.1037//0022-006X.51.3.390
- Sherrington, C., Tiedemann, A., Fairhall, N., Close, J.C. & Lord, S.R. (2011).

Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *New South Wales public health bulletin*, 22(4), 78–83. doi: 10.1071/NB10056.

Todd, C. & Skelton, D. (2004) What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? 2004. *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe*.

Veer, A.J.E. de, Francke, A.L., Kruif, A.D., & Bolle, F. (2007). Vrijheidsbeperkende: een inventarisatie onder verzorgenden. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, 32(1), 6–11. Opgevraagd van: http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/Onderwijs/Vrijheidsbeperking_nov_2013.pdf

Verpleegkundigen en Verzorgenden Beroepsprofiel (2016). Beroepsprofiel HBO opgeleide verpleegkundige. Utrecht 2016.

Verpleegkundigen en Verzorgenden Beroepsprofiel (2016). Beroepsprofiel verzorgende IG. Utrecht: 2016.

Vlaeyen, E., Coussement, J., Leysens, G., Elst, E. van der, Delbaere, K., Cambier et al. (2015). Characteristics and Effectiveness of Fall Prevention Programs in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(2), 211–221. doi: 10.1111/jgs.13254

World Health Organization. Ageing, & Life Course Unit. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Opgevraagd van: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Zorginstituut Nederland (2016). *Ontwerpen door de bril van functioneren en leren. Voorbeelden van leerpraktijken jeugd en ouderen*. Diemen: 2016.

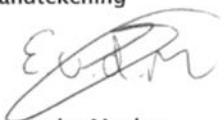
Bijlage A Originaliteitsverklaring

VERKLARING VAN ORIGINALITEIT

Hierbij verklaar ik, Esther van der Meulen geboren 10-01-1988 te Dokkum (gemeente Dongeradeel) als auteur van dit onderzoeksverslag, dat deze kwalitatieve studie niet eerder is uitgevoerd. Indien ik gebruik heb gemaakt van reeds eerder verricht onderzoek door anderen dan wordt dit in de tekst vermeld. Het onderzoek is door mijzelf uitgevoerd, met bijbehorende coachingsmomenten van praktijkopleider R. Koop, Msc en meesterproefbegeleider dr. S. van der Meer.

Toestemming voor dit onderzoek is verleend door manager paramedische dienst dhr. B. Pereboom.

Handtekening



E. van der Meulen

7-6-2017

Bijlage B Beoordeling onderzoekshouding

MASTER ADVANCED NURSING PRACTICE

BEOORDELING VAN DE ONDERZOEKSHOUDING

Naam student: Esther van der Meulen

Naam begeleider in de praktijk: R.H Koop-Kalvenhaar

TITEL van het onderzoek:

Welke overwegingen spelen mee in het al dan niet inzetten van interventies bij valincidenten door verpleegkundigen en verzorgenden.

Kwalificatie

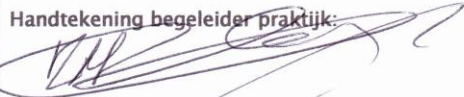
(aangeven wat van toepassing is)

uitstekend - goed - voldoende - onvoldoende

Korte omschrijving van de kwalificatie:

Esther is een zeer gedreven onderzoeker. Van karakter al nieuwsgierig naar de oorzaak van dingen. Je hebt in je onderzoek naar -de overwegingen die verpleegkundigen en verzorgenden maken om interventies in te zetten bij ouderen die een valincident hebben doorgemaakt- laten zien dat je beschikt over kwalitatieve onderzoeksvaardigheden, daarnaast heb je in deze periode veel opgestoken over het algemene wetenschappelijk onderzoek. Je bent voortvarend en pro actief in je onderzoek geweest. Inductie/deductie en overstijgend denken (overzicht, oorzaak-gevolg) bleek af en toe wat lastiger voor je, maar ik ben over het algemeen heel erg tevreden over het resultaat. Ik heb je met plezier mogen begeleiden.

Handtekening begeleider praktijk:



Plaats, datum:

Enschede, 31-5-2017

Dit formulier dient opgenomen te worden in het portfolio.

Bijlage C Zoekstrategie gebruikte literatuur

De gebruikte literatuur in de inleiding en het theoretisch kader wordt in deze bijlage inzichtelijk gemaakt.

P: Valincidenten bij ouderen.

I: Interventies verzorgenden en verpleegkundigen in verzorgingshuis/verpleeghuis

C: –

O: Bevorderende en belemmerende factoren

P	I	C	O
Falls Falling Fall incidents Elderly Frailty	Intervention* Nurs* Nursing Nursing home Long term care (setting)	–	Influence Decision(making) Knowledge Pressure Workload

Voor het verkrijgen van relevante literatuur is er gebruik gemaakt van de systematische zoekstrategie. De gevonden literatuur is gebruikt om aanvullende zoektermen te gebruiken. Aan de hand van de verzamelde literatuur is er verder verdieping gezocht voor specifieke informatie middels de sneeuwbalmethode. De beschreven zoektermen bij de PICO komen niet allemaal terug in de zoektermen die uiteindelijk tot de relevante literatuur hebben geleid. Vanuit verschillende artikelen zijn diverse zoektermen naar voren gekomen op basis van de sneeuwbalmethode.

Voor de oriëntatie van reeds aanwezige richtlijnen is er gebruik gemaakt van grijze literatuur, aangezien wetgeving en aanpak niet altijd overeenkomt met internationale richtlijnen. Derhalve is er gekozen voor literatuur uit bronnen zoals V en VN, Vilans, zorg voor beter, LPZ meting en het CBO. Als aanvulling op Nederlandse richtlijnen is er gebruik gemaakt van informatie vanuit de WHO. De overige literatuur is verkregen vanuit de volgende databanken:

- Pubmed
- Cochrane
- Springerlink
- Google scholar

Criteria voor de gekozen literatuur was

- Selectie op titel, jaartal, abstract, mensen
- Hoogste level of evidence.

- Bronnen afkomstig uit (internationale) tijdschriften.
- Artikelen zijn niet ouder als 10–15 jaar
 - o De definitie van valincidenten is echter uit het jaar 1987 afkomstig, maar is en blijft een veelgebruikte definitie die in vele onderzoeken gebruikt wordt.
 - o Een bron is uit 1995 afkomstig. Gezien de aanvullende relevante informatie is er desondanks wel gekozen voor de inclusie van dit artikel.

MeSH termen:

De MeSH termen zijn gebruikt bij de zoekstrategie, echter hebben deze MeSH termen niet allemaal geleid tot relevante literatuur voor dit onderzoeksplan.

- Accidental falls
- Aged
- drugs

Onderstaande zoektermen hebben uiteindelijk geleid tot relevante literatuur die gebruikt is in dit onderzoeksplan.

Pubmed:

- ((measuring) AND fall risk) AND elderly
- ((medication) AND fall) AND nursing home
- The relation between drugs and falls
- (((nurs*) AND Knowledge) AND falls) AND elderly
- (((accidental fall) AND nursing staff) AND older people) AND intervention*
- (((nurs*) AND attitude) AND older people) AND falls [TIAB]
- ((fall prevention) AND effectiveness) AND nursing home

Cochrane:

- Fall intervention programm
- Interventions for preventing falls

Google scholar

- WHO and Fallprevention

Springer link:

- risico op herhaaldelijke valincidenten

Google

- Melding incidenten verzorgingshuis
- MIC meldingen in verpleeghuizen



TOESTEMMINGSVERKLARING

TOESTEMMING VOOR DEELNAME AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Betreft onderzoek: Onderzoek naar de factoren die invloed hebben op de inzet van het wel of niet inzetten van interventies, door verzorgenden en verpleegkundigen na een valincidenten bij ouderen woonachtig in het woonzorgcentrum. Om dit te achterhalen, worden er interviews afgenomen bij verschillende verzorgenden en verpleegkundigen. Deze verklaring geeft aan dat je bereid bent om mee te werken aan een interview. Na het afronden van het interview wordt je gevraagd om de uitwerking nog eens na te lezen, om te controleren of alles is beschreven zoals in het interview is besproken.

Naam:

Ondergetekende verklaart als volgt:

- ik heb uitvoerig mondelinge en/ of schriftelijke informatie ontvangen over opzet, doel en eventuele ongemakken van bovengenoemd onderzoek en heb dit volledig begrepen;
- ik heb voldoende gelegenheid gehad tot nadenken, overleg en het stellen van vragen aan de onderzoeker;
- ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan bovengenoemd onderzoek;
- ik weet dat de resultaten van het onderzoek, met inbegrip van gegevens betreffende geslacht, leeftijd, geboortedatum, vertrouwelijk behandeld zullen worden. Bij publicaties voortvloeiend uit het onderzoek mogen mijn gegevens, mits privacy gewaarborgd is, gebruikt worden;
- ik kan mijzelf op ieder moment uit het onderzoek terugtrekken zonder nadelig effect op verdere behandeling, verzorging en/ of begeleiding van mijzelf of mijn verwanten.

Door dit document te tekenen bevestigt u dat u ermee instemt dat u deelneemt aan deze studie.

Handtekening:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage E Interview vragen verpleegkundige

Vragen over Valpreventie:

- Wat versta jij onder een valincident?
veelvuldig gebruikte definitie: *‘een onbedoelde verandering van lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau’* (Kellog, 1987).
- Wat doe jij om valpreventie te bevorderen?
- Heb je ideeën waarop valpreventie verbeterd zou kunnen worden binnen je eigen professie en organisatie?
- Interventies zoals een alarmering domotica en bedhekken worden het vaakst ingezet blijkt uit onderzoek. Herken jij dit?
 - o Hoe ga je met de vrijheidsbeperking om?
- Welke interventies zijn volgens jou belangrijk na een valincident?
 - o Zijn er interventies die volgens jou weinig bijdrage leveren als het gaat om valpreventie?
- Kun je je een patiënt herinneren je meer aan valpreventie had kunnen doen, maar niet gedaan hebt?
- Welke factoren belemmeren de inzet van interventies bij een valincident?
- Welke factoren geven extra stimulans voor de inzet van interventies?
- Maakt het voor jou een verschil of iemand herhaaldelijk is gevallen of wanneer iemand voor het eerst gevallen is?
- Wat vindt jij belangrijke interventies als het gaat om het voorkomen van (recidiverende) valincidenten?

Vragen over kennis van valpreventie:

- Wie is er verantwoordelijk voor de inzet van interventies bij valpreventie?
- Waar heb je behoefte aan als het gaat om valpreventie?
- Heb je behoefte aan scholing op het gebied van valpreventie?
 - o Als je een scholing valpreventie zou moeten volgen, welke kennis hoop je dan op te doen?
 - o Geef je zelf ook scholing?
- Hoe zorg jij dat je kennis up to date blijft?
- Raadpleeg je wel eens literatuur zoals richtlijnen? (waarom wel en waarom niet?)
- Onderzoek heeft uitgewezen dat verpleegkundigen en verzorgenden over het algemeen onvoldoende kennis hebben als het gaat om valpreventie. Hoe zie jij dit?

Vragen over oorzaken van valincidenten:

- Welke oorzaken kunnen volgens jou een valincident veroorzaken?

- Welke acties onderneem je om de oorzaak te achterhalen?
- Volgens de LPZ meting blijkt dat ouderen vaak vallen bij het staan of lopen zonder hulpmiddel. Is men hier ook alert op of lees/hoor je nog vaak dat dit als oorzaak wordtesignaleerd?

Vragen over de multidisciplinaire samenwerking:

- Wat is jou rol omtrent de inzet van interventies na een valincident?
- Schakel je wel eens een andere discipline in?
- Welke disciplines schakel je in als iemand een valincident heeft doorgemaakt?
 - Wanneer wel en wanneer niet? (voorbeeld laten benoemen)
- Welke disciplines zijn volgens jou waardevol op het gebied van valpreventie en waarom?
- Overleg je wel eens met andere disciplines
 - Kun je een voorbeeld noemen wanneer je dit hebt gedaan en een voorbeeld waarin je dit niet hebt gedaan?

Vragen ten aanzien van communicatie:

- Geef je voorlichting aan patiënten of diens mantelzorgers?
- Op welke manier vindt het coachen van verzorgenden plaats ten aanzien van valpreventie?
- Overleg je wel eens met andere disciplines?

Vragen over mogelijke gevolgen van een valincident:

- Kun je gevolgen beschrijven die een patiënt kan oplopen na een valincident?
- Hebben de gevolgen invloed op je handelen?
- Als MIC meldingen bij jou terecht komen of wanneer je rapportages leest over een valincident, welke acties onderneem jij dan?

Bijlage F interview vragen verzorgende

Vragen over valpreventie:

- Wat versta jij onder een valincident?

veelvuldig gebruikte definitie: *‘een onbedoelde verandering van lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau’* (Kellog, 1987).

- Wat doe jij om valpreventie te bevorderen?
- Heb je ideeën waarop valpreventie verbeterd zou kunnen worden binnen je eigen professie en organisatie?
- Interventies zoals een alarmering domotica en bedhekken worden het vaakst ingezet blijkt uit onderzoek. Herken jij dit?
 - o Hoe ga je met de vrijheidsbeperking om?
- Welke interventies zijn volgens jou belangrijk na een valincident?
 - o Zijn er interventies die volgens jou weinig bijdrage leveren als het gaat om valpreventie?
- Kun je je een patiënt herinneren je meer aan valpreventie had kunnen doen, maar niet gedaan hebt?
- Welke factoren belemmeren de inzet van interventies bij een valincident?
- Welke factoren geven extra stimulans voor de inzet van interventies?
- Maakt het voor jou een verschil of iemand herhaaldelijk is gevallen of wanneer iemand voor het eerst gevallen is?
- Wat vindt jij belangrijke interventies als het gaat om het voorkomen van (recidiverende) valincidenten?

Vragen over kennis van valpreventie:

- Wie is er verantwoordelijk voor de inzet van interventies bij valpreventie?
- Wat valt volgens jou binnen de verantwoordelijkheden van een verzorgenden of verpleegkundige als het gaat om valpreventie?
- Waar heb je behoefte aan als het gaat om valpreventie?
- Heb je behoefte aan scholing op het gebied van valpreventie?
 - o *Als je een scholing valpreventie zou moeten volgen, welke kennis hoop je dan op te doen?*
- Hoe zorg jij dat je kennis up to date blijft?
- Raadpleeg je wel eens literatuur zoals richtlijnen? (waarom wel en waarom niet)

Vragen over oorzaken van valincidenten:

- Welke oorzaken kunnen volgens jou ervaring een valincident veroorzaken?
- Wat kun je doen als je ziet dat er verschillende oorzaken zijn die een valincident kunnen uitlokken bij een patiënt?

- Doorvragen: onderneem je altijd actie of zijn er bepaalde gevallen, w je dit niet nodig vind?
- Volgens de LPZ meting blijkt dat ouderen vaak vallen bij het staan of lopen zonder hulpmiddel. Is men hier ook alert op of lees/hoor je nog vaak dat dit als oorzaak wordt gesignaleerd?

Vragen over multidisciplinaire samenwerking bij valincidenten:

- Heb je behoefte aan meer ondersteuning/adviezen wanneer een patiënt een valincident heeft doorgemaakt?
- Welke disciplines zijn volgens jou waardevol op het gebied van valpreventie en waarom?
- Wat kunnen andere disciplines doen op het gebied van valpreventie?
- Krijgt de patiënt en/of diens familie/naaste voorlichting op het gebied van valpreventie?
- Wat is de invloed van patiënt of familie op het beleid en de inzet van interventies?
- Is de taak van de EVV'er te specifiek?
 - Is er ruimte voor input door andere leden van het zorgteam?
- Overleg je wel eens met andere disciplines
 - Kun je een voorbeeld noemen wanneer je dit hebt gedaan en een voorbeeld waarin je dit niet hebt gedaan?

Vragen over communicatie omtrent valincidenten:

- Geef je voorlichting aan patiënten of diens mantelzorgers?
- Overleg je wel eens met andere disciplines?
- Bespreek je een doorgemaakt valincident van een patiënt met (een) collega('s)?
- Wanneer een patiënt 's nachts een valincident doormaakt, welke actie onderneem je dan?

Vragen over mogelijke gevolgen van een valincident:

- Welke gevolgen ken je vanuit je achtergrond en eigen ervaring wanneer een patiënt een valincident heeft doorgemaakt?
- Vul je altijd een MIC in?
 - Krijg je terugkoppeling van de resultaten van de MIC?

Bijlage G Beroepsprofiel verpleegkundigen

Vakinhoudelijk handelen

- Je weet alles over de basisprincipes uit de anatomie, fysiologie, (psycho)pathologie en farmacologie, de ontwikkelingspsychologie en levensfasen van de mens, de principes van zelfmanagement en coping–stijlen en houdt deze kennis ook bij;
- Je kunt de theoretische modellen achter de activiteiten en interventies net als de bronnen van het verpleegkundig handelen, de actuele richtlijnen en de professionele standaarden gebruiken, gerelateerd aan basiskennis over verschillende doelgroepen;
- Je kunt in complexe zorgsituaties risico's inschatten, problemen vroegtijdig signaleren (waaronder het signaleren van decompensatie en suïciderisico), interventies kiezen en uit (laten) voeren en de resultaten evalueren, waarbij je adequaat invulling geeft aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met zorgvragers en hun naasten;
- Je werkt volgens richtlijnen en kunt daar beargumenteerd vanaf wijken als de situatie, de wensen van de zorgvrager of eigen professionele of morele afwegingen daartoe aanleiding geven;
- Je kunt op basis van klinisch redeneren de verpleegkundige zorg of het zorg(leef) plan vaststellen en organiseren gericht op het ondersteunen en bevorderen van het zelfmanagement van zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk met als doel het optimaliseren van het functioneren handhaven of (opnieuw) verwerven van het zelfmanagement van de zorgvrager en diens naasten en om adequaat invulling te geven aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met zorgvragers, hun naasten en andere zorgverleners in relatie tot de zes dimensies van gezondheid;
- Je kunt voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren, met inachtneming van de eigen bevoegdheid en bekwaamheid;
- Je kunt een zorgrelatie aangaan, gebaseerd op vertrouwen, gericht op resultaat met zorgvragers en uiteenlopende doelgroepen. Je kunt de zorgvrager te ondersteunen bij zijn of haar persoonlijke verzorging, daarbij rekening houden met de wensen van de zorgvrager, zijn behoeften, privacy en zijn of haar naasten;
- Je kunt initiatieven nemen op het gebied van kwaliteitszorg en professionalisering binnen een werkeenheid of expertisegebied, onder meer door het verzamelen, analyseren en interpreteren van informatie en het opzetten van (evidence based) onderzoek.

Communicatie

- Je kunt op verschillende niveaus bewust en effectief communiceren met relevante partijen, op basis van een open, respectvolle en inlevingsgerichte houding;
- Je kunt professioneel communiceren met een grote diversiteit aan zorgvragers en omgaan met culturele verschillen en daarmee gepaard gaande andere opvattingen

over leven, ziekte, palliatieve zorg en het levenseinde. Je kunt adviezen geven en de zorgvrager of groepen van zorgvragers begeleiden, instrueren en motiveren;

- Je kunt met familie/mantelzorgers en het sociale netwerk van de zorgvrager communiceren over hun rol en inzet;
- Je kunt adequaat omgaan met agressie, grensoverschrijdend gedrag en onbegrepen gedrag bij zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk;
- Je kunt uitstekend mondeling en schriftelijk formuleren en daarbij zo nodig vaktaal in gewone mensentaal omzetten;
- Je bent digitaal vaardig en maakt professioneel gebruik van eHealth, zorg op afstand en sociale media en bent op de hoogte van de nieuwste toepassingen van Informatie- en Communicatie Technologieën (ICT) in de zorg.

Samenwerking

- Je kunt op basis van actuele standaarden, samenwerkingsprocessen en de handreikingen daarin een visie op samenwerking formuleren en naar voren brengen, en op basis van die visie de samenwerking met samenwerkingspartners, collega's, zorgvragers, hun naasten en mantelzorgers steunen en waar nodig adequaat verwijzen;
- Je kunt een afweging maken tussen het inschakelen van mantelzorgers en vrijwilligers of het inschakelen van professionele zorg;
- Je kunt in (multidisciplinaire) teams een coördinerende/regierol vervullen, collega-zorgverleners coachen, een bijdrage leveren, jezelf positioneren, waarbij je confrontaties en verschil van mening niet schuwt en kunt handelen vanuit een gelijkwaardige, collegiale en open houding met zorgvragers en hun naasten, met collega's in het multidisciplinaire team en met andere samenwerkingspartners;
- Je kunt in het samenwerkingsproces rekening houden met verschillende perspectieven, van collega's, zorgvragers en hun naasten en weet hier op professionele en respectvolle wijze mee om te gaan;
- Je kunt met kennis van ketenprocessen, van (potentiele) samenwerkingspartners buiten de zorg en van de organisatie van de zorg in de eigen regio, een sociale kaart en maatschappelijk steunsysteem opzetten, uitbouwen en toepassen;
- Je kunt door accurate verslaglegging en overdracht, met gebruik van moderne digitale technieken binnen wet en regelgeving rapporteren over de zorg voor patiënten en de informatie over die zorg efficiënt en effectief vastleggen, overleggen en nauwgezet overdragen aan collega's, ook over de eigen organisatiegrenzen heen.

Kennis en wetenschap

- Je kunt de principes van evidence based practice toepassen, kunt participeren in praktijkonderzoek en kunt elementaire kennis van methoden van onderzoek hanteren;

- Je houdt kennis, ontwikkelingen en actuele thema's op het eigen vakgebied bij volgens het concept van Leven Lang Leren;
- Je ondersteunt zorgvragers en hun naasten bij het nemen van beslissingen over de behandeling en het al of niet voortzetten daarvan, en houdt daarbij rekening met de eigen morele en ethische waarden;
- Je kunt de principes van reflectieve praktijkvoering hanteren, feedback geven en ontvangen om daarmee het wederzijds functioneren te verbeteren en kunt fungeren als rolmodel voor (aankomend) verpleegkundigen;
- Je houdt rekening met de moreel-ethische context van zorgverlening en met de invloed van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen op de zorgverlening en bespreekt ethische en zingevingsvraagstukken met collega's en zorgvragers;
- Je ontwikkelt jezelf door zelfreflectie en zelfbeoordeling en benadert je eigen beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige functioneren kritisch. Je maakt dit bespreekbaar en bent je bewust van je eigen morele en ethische waarden en gaat daar professioneel mee om.

Maatschappelijk handelen

- Je kunt met kennis van epidemiologie, preventie en gezondheidsvoorlichting interventies uitvoeren op het vlak van individuele en collectieve preventie en gezondheidsvoorlichting;
- Je kunt met kennis van de beginselen van zelfmanagement, leefstijlen en gedragsbeïnvloeding gezond gedrag en een gezonde leefstijl van zorgvragers stimuleren, en zorgvragers medeverantwoordelijk maken voor hun gezondheid, zo nodig door middel van outreachende zorg en bemoeizorg;
- Je kunt voorstellen doen voor programma's om gezond gedrag te stimuleren;
- Je bent in staat in een brede context relevante gegevens te verzamelen met het oog op vroegsignalering en risicobeoordeling;
- Je kunt zorg verlenen met respect voor de (cultuurgebonden) opvattingen van groepen mensen, zorgvragers en hun naasten over gezondheid en bij het verlenen van zorg rekening houden met hun persoonlijke eigenschappen en behoeften. Je bent in staat het sociale netwerk rond een zorgvrager te versterken.

Organisatie

- Je kunt een geïntegreerd inter- en multidisciplinair, samenhangend en zoveel mogelijk ononderbroken zorgaanbod organiseren, coördineren en regisseren en de continuïteit van zorg waarborgen samen met een zorgvrager. Je neemt hierbij de gedragsprotocollen in acht die horen bij de beroepsmatige verantwoordelijkheid;
- Je kunt met kennis van de verschillende organisatievormen en -principes het beleid van een organisatie beïnvloeden en zo een bijdrage leveren aan het werk- en leefklimaat binnen de organisatie;

- Je kunt op basis van bedrijfsmatig en zakelijk inzicht en kennis van de bekostiging van de zorg op verantwoorde wijze omgaan met materialen en middelen en beslissingen te nemen over beleid (prioritering) en inzet van middelen voor de individuele (patiënten)zorg;
- Je kunt de nieuwste informatie- en communicatietechnologie voor de zorg inzetten bij de beroepsuitoefening, daarbij openstaand voor innovatie, en kunt werken met het elektronisch patiëntendossier.

Professionaliteit en kwaliteit

- Je kunt de toepasselijke wet- en regelgeving, richtlijnen en professionele standaarden met respect voor de geldende beroepscode en regels van de organisatie inzetten om professionele zorg te verlenen en bruikbare protocollen voor het verlenen van zorg te ontwikkelen;
- Je kunt de visie op kwaliteit van de zorg begrijpelijk verwoorden en de resultaten van verleende zorg monitoren en toetsen aan relevante kwaliteitskaders;
- Je bent in staat resultaatgericht, effectief en efficiënt te werken, en in staat om zaken te initiëren en te ontwikkelen op het gebied van kwaliteitszorg en innovatie, waarbij je rekening houdt met professionele standaarden en actuele richtlijnen;
- Je kunt je eigen waarden en normen en die van de beroepsgroep onderkennen en verantwoord omgaan met (beroepsgerelateerde) spanningsvelden, zoals betrokkenheid versus zakelijkheid en nabijheid versus afstand;
- Je kunt de grenzen van het persoonlijk en professioneel handelen onderkennen, benoemen en aangeven bij collega's en zorgvragers;
- Je kunt zelfbewust en assertief het beroep uitoefenen, ambassadeur van het beroep zijn, professioneel en persoonlijk leiderschap tonen en collega's en aankomend verpleegkundigen aanspreken op (on)professioneel gedrag (VenVN, z.j.)

Bijlage H Beroepsprofiel verzorgenden

Vakinhoudelijk handelen

- Je hebt basiskennis van anatomie, fysiologie, (psycho)pathologie en van de meest voorkomende medicijnen in de werksituatie en medicatieveiligheid;
- Je kent de basisprincipes van ontwikkelingspsychologie, de levensfasen van de mens en zelfmanagement;
- Je hebt basiskennis van de doelgroepen in de eigen werksituatie;
- Je kunt gericht informatie verzamelen en observeren in relatie tot doelen en acties van het zorg(leef)plan (op het niveau van de zorgvrager) en daarover rapporteren en/of passende actie ondernemen;
- Je kunt werken volgens richtlijnen en protocollen en deze toepassen op specifieke situaties;
- Je bent in staat het zelfmanagement van zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk te ondersteunen en te bevorderen met als doel het behouden of verbeteren van het functioneren in relatie tot kwaliteit van leven, gezondheid en ziekte;
- Je kunt een zorgrelatie aangaan, gebaseerd op vertrouwen, gericht op resultaat met zorgvragers uit uiteenlopende doelgroepen;
- Je houdt in je handelen rekening met de wensen, behoeften en privacy van de zorgvrager en diens naasten;
- Je kan de zorgvrager ondersteunen bij de persoonlijke verzorging / het verrichten van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen en deze zo nodig overnemen;
- Je kunt een zorg(leef)plan (mee) opstellen, evalueren en bijstellen;
- Je kunt zorgvragers psychosociaal begeleiden in laag complexe zorgsituaties;
- Je kunt palliatieve en terminale zorg verlenen;
- Je kunt met groepen werken.

Communicatie

- Je snapt het belang van communicatie en kent de belangrijkste gesprekstechnieken;
- Je bent op de hoogte van de toepassingen van ICT die gebruikt worden in jouw eigen werksituatie;
- Je bent in staat je in te leven in zorgvragers, hun naasten en sociale netwerk;
- Je beheerst de gesprekstechnieken luisteren, vragen stellen en samenvatten en kunt je aanpassen aan de zorgvrager en het niveau van communicatie;
- Je bent je bewust van de effecten van je eigen verbale, non-verbale en digitale uitingen;
- Je kunt vaktaal in voor de zorgvrager in begrijpelijke taal omzetten;
- Je communiceert gelijkwaardig en respectvol met zorgvragers, naasten en hun sociale netwerk en met collega-zorgverleners;
- Je kunt communiceren met een grote diversiteit aan zorgvragers en kunt omgaan met culturele verschillen en de daarbij horende andere opvattingen over leven, ziekte en dood;
- Je kunt je schriftelijk en mondeling voldoende uitdrukken;

- Je bent in staat adequaat om te gaan met agressie, grensoverschrijdend gedrag en onbegrepen gedrag bij zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk;
- Je kunt professioneel communiceren over palliatieve zorg en het levenseinde;
- Je kunt communiceren via de elektronische weg (eHealth, zorg op afstand en sociale media).

Samenwerking

- Je kent de taken en rollen van andere disciplines in de zorgsector en weet wanneer op wie een beroep gedaan kan worden;
- Je hebt kennis over doeltreffende en doelmatige verslaglegging en overdracht, inclusief het gebruik van ICT zoals die in de eigen werksituatie wordt toegepast;
- Je kunt samenwerken met zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk;
- Je kunt zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk ondersteunen en optreden als belangenbehartiger;
- Je kunt intercollegiaal samenwerken in (multidisciplinaire) teams;
- Je kunt in de samenwerking met professionals, mantelzorgers en vrijwilligers elkaars kwaliteiten benutten;
- Je kunt efficiënt en effectief (digitaal) verslagleggen, overleggen en overdragen (ook over eigen organisatiegrenzen heen);
- Je bent in staat te handelen vanuit een gelijkwaardige, collegiale en open houding met zorgvragers, hun naasten, collega's en andere samenwerkingspartners;
- Je bent in staat signalen af te geven over van het inschakelen van mantelzorgers en vrijwilligers ten opzichte van professionele zorg;
- Je kunt je kennis van de sociale kaart en maatschappelijke steunsystemen benutten in de interactie met de zorgvrager;
- Je kunt collega-zorgverleners zoals (leerling) verzorgenden, helpenden e.d. begeleiden.

Kennis en wetenschap

- Je hebt globale kennis van actuele thema's en ontwikkelingen in het eigen vakgebied;
- Je hebt kennis van het concept Leven Lang Leren;
- Je hebt kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen;
- Je hebt inzicht in eigen (on)mogelijkheden;
- Je kunt de eigen deskundigheid op peil houden en verbeteren door het volgen van bijscholing, leren op de werkplek etc.;
- Je kunt het eigen handelen en dat van anderen ter discussie stellen;
- Je kunt feedback van collega's en leidinggevers ontvangen en integreren in je handelen;
- Je bent in staat te fungeren als rolmodel voor (aankomend) verzorgenden.

Maatschappelijk handelen

- Je hebt basiskennis van preventie en gezondheidsvoorlichting;
- Je hebt basiskennis van de principes van zelfmanagement, leefstijlen en methoden voor motiverende gespreksvoering;
- Je bent op de hoogte van culturen, cultuurgebonden opvattingen en cultuurgebonden gezondheidsproblemen;
- Je signaleert veranderingen in de welzijns- en gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- Je kunt interventies uitvoeren inzake individuele zorggerelateerde preventie door vroegsignalering, voorlichting, instructie, uitleg en motivering;
- Je bent in staat het sociale netwerk rond een zorgvrager te benutten;
- Je toont respect voor de opvattingen van zorgvragers en hun naasten over gezondheid en ziekte;
- Je houdt rekening met persoonlijke factoren, wensen en behoeften van groepen mensen, zorgvragers en hun naasten;
- Je signaleert veranderingen in het fysieke en mentale welzijn van de mantelzorgers en naasten zodat tijdig noodzakelijke oplossingen gevonden kunnen worden

Organisatie

- Je hebt basiskennis van de bekostiging van de zorg (inclusief de rol van de zorgverzekeraar);
- Je bent bekend met (de inzet van) informatie- en communicatietechnologie in de eigen werksituatie;
- Je kent het beleid van de eigen organisatie;
- Je kunt met kennis van het primaire proces de verzorging rondom zorgvragers coördineren en de continuïteit van zorg waarborgen;
- Je kunt op verantwoorde wijze met materialen en middelen omgaan;
- Je neemt (gedrags)regels en protocollen die horen bij de beroepsmatige verantwoordelijkheid in acht;
- Je bent in staat om met het elektronisch patiënten/cliëntendossier te werken als basis voor het handelen;
- Je kunt techniek op het vlak van ICT en zorg op afstand toepassen;
- Je bent je bewust van maatregelen m.b.t. patiëntveiligheid.

Professionaliteit en kwaliteit

- Je werkt vanuit de visie op 'goede zorg' van de eigen organisatie;
- Je hebt kennis van kwaliteitskaders binnen de eigen organisatie;
- Je hebt kennis van relevante richtlijnen en protocollen;
- Je kunt een signaal geven als protocollen in de praktijk niet goed toepasbaar blijken te zijn;

- Je kent de eigen waarden en normen en die van de beroepsgroep (zoals verwoord in de beroepscode);
- Je kent de grenzen van het persoonlijke en professionele handelen (persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid);
- Je kunt planmatig werken, prioriteiten stellen en keuzes maken;
- Je bent in staat verantwoordelijkheid te nemen, te dragen en af te leggen over het eigen handelen.