

INZICHT IN HET GEDACHTEPROCES VAN VERPLEEGKUNDIGEN MET BETREKKING TOT MOBILISATIE VAN OUDERE PATIËNTEN IN HET ZIEKENHUIS

EEN KWALITATIEVE STUDIE UITGEVOERD IN HET BETHESDA ZIEKENHUIS TE HOOGEVEEN



Treant
ZORGGROEP

TREFWOORDEN: MOBILISEREN, GEDACHTEPROCES, VERPLEEGKUNDIGEN, BEWEEGERICHTE ZORG, ZIEKENHUIS

Student: Leon Timmerman
Studentnummer: 291649
Scriptiebegeleider: Renske van Abbema
Datum: 11-06-2018

HANZEHOGESCHOOL GRONINGEN



Voorwoord

Voor u ligt de scriptie “inzicht in het gedachteproces van verpleegkundigen met betrekking tot mobilisatie van oudere patiënten in het ziekenhuis”. Een kwalitatief onderzoek is uitgevoerd in het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen bij verpleegkundigen werkzaam op afdeling 4, 6 en 8. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstudeeropdracht aan de opleiding fysiotherapie van de Hanze Hogeschool in Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Treant.

Tijdens het onderzoek heb ik mij kunnen verdiepen in het gedachteproces van verpleegkundigen met betrekking tot mobilisatie en in het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Tijdens dit onderzoek ben ik vanuit de opleiding fysiotherapie begeleid door Renske van Abbema, docent fysiotherapie aan de Hanze Hogeschool in Groningen. Vanuit de organisatie Treant en het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen ben ik begeleid door Kevin Lek en Marcel Koekoek, fysiotherapeuten in het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen.

Ik wil graag Renske van Abbema bedanken voor de begeleiding vanuit de opleiding fysiotherapie. Ook wil ik graag Kevin Lek, Marcel Koekoek en Treant bedanken voor de begeleiding vanuit het Bethesda ziekenhuis en de kans om mijn onderzoek uit te voeren. Daarnaast wil ik de verpleegkundigen in het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen bedanken voor de participatie aan het onderzoek.

Leon Timmerman
11 juni 2018, Groningen

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Abstract	5
Inleiding	6
Methode	8
<i>Onderzoeksdesign</i>	8
<i>Onderzoekspopulatie</i>	8
<i>Meetinstrumenten en uitkomstmaten</i>	8
<i>Analysetechnieken</i>	9
Resultaten	10
<i>Kennis over mobilisatie</i>	10
<i>Keuze wel/niet mobiliseren</i>	11
<i>Gedachteproces</i>	13
<i>Mobilisatie momenten</i>	14
<i>Redenen om te mobiliseren</i>	14
<i>Frequentie en intensiteit</i>	15
<i>Taak verpleegkundige</i>	15
<i>Barrières</i>	16
Discussie	18
<i>Relevantie voor de praktijk</i>	20
Conclusie	21
Bibliografie	22
Bijlagen	24
<i>Bijlage 1 Interview guide</i>	24
<i>Bijlage 2 Begeleidende tekst grafitti wall</i>	26
<i>Bijlage 3 Informed consent</i>	27
<i>Bijlage 4 toetsing medisch ethische commissie</i>	28

Samenvatting

Aanleiding: Binnen de Treant zorggroep wordt er steeds meer gewerkt aan beweegerichte zorg. Voordat beweegerichte zorg toegepast kan worden wil Treant alle aspecten met betrekking tot beweegerichte zorg in kaart hebben gebracht, zo ook het gedachteproces van de verpleging. Vanuit de literatuur is er weinig bekend over het gedachteproces van de verpleging met betrekking tot mobiliseren van oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis.

Doelstelling: Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in het gedachteproces van de verpleging met betrekking tot mobiliseren van oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis.

Methode: Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van semigestructureerde diepte-interviews onder verpleegkundigen in het Bethesda ziekenhuis te Hogeveen. Er werden acht participanten geselecteerd. Inclusiecriteria van het onderzoek waren: werkzaam als verpleegkundige in het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen, werkt met patiënten van 65 jaar of ouder en werkt op afdelingen/bouwlagen 4, 6 of 8. Exclusiecriteria waren: stagiaires verpleegkunde en spraak en gehoor problemen. De diepte-interviews zijn opgenomen en hierna ad verbatim getranscribeerd. Vanuit het transcript zijn er codes en overkoepelende thema's naar voren gekomen. De codes zijn vanuit de empirische ervaring tot stand gekomen, hierna is er een grounded theory opgesteld.

Resultaten: De participanten bestonden uit acht verpleegkundigen. Drie verpleegkundigen waren werkzaam op de afdeling orthopedie, neurologie. Een verpleegkundige was werkzaam op de afdeling cardiologie en orthopedie en neurologie. Twee verpleegkundigen waren werkzaam op de afdeling pulmonologie, oncologie en urologie. Twee verpleegkundigen waren werkzaam op de afdeling oncologie, MDL en chirurgie. De werkervaring van de verpleegkundigen liep uiteen van 9 maanden tot 30 jaar. Uit het coderen van de transcripten zijn een aantal overkoepelende thema's naar voren gekomen, deze thema's waren: kennis over mobilisatie, keuze wel/niet mobiliseren, gedachteproces, redenen om te mobiliseren, mobilisatie momenten, frequentie en intensiteit, taak verpleegkundige en barrières.

Conclusie: Uit het onderzoek is gebleken dat meerdere factoren meespelen in het gedachteproces van verpleegkundigen met betrekking tot mobilisatie. Mobilisatie blijkt vooral te zijn berust op trial and error in combinatie met vitale metingen. ADL-momenten worden vaak gebruikt als mobilisatie moment, mobilisaties blijken vooral functioneel te zijn. Uit het onderzoek komen ook een aantal barrières om te mobiliseren aan het licht. Verder onderzoek is geïndiceerd om zo optimaal mogelijke randvoorwaarden te creëren voor verpleegkundigen om oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis te mobiliseren in relatie tot beweegerichte zorg.

Abstract

Background: Within the organisation of Treant, care which is focused on moving is becoming more and more important. Before moving focused care can be applied, Treant wants to map out all the different aspects of moving focused care, including the thinking process of nurses concerning the mobilization of elderly during hospitalization.

Aim of the study: The aim of the study is to get an insight in the thinking process of nurses concerning the mobilization of elderly during hospitalization.

Methods: A qualitative study was conducted, using semi-structured in-depth interviews, amongst nurses at the Bethesda hospital Hoogeveen. Eight participants were selected. The inclusion criteria were: working as a nurse at the Bethesda hospital Hoogeveen, works with patients which are 65 years or older and works at department 4, 6 or 8. Exclusion criteria were: nursing interns and speech and hearing problems. The in-depth interviews were recorded and afterwards transcribed ad verbatim. From the transcript codes and themes were developed. The codes were developed using the empiric method, afterwards a grounded theory was created.

Results: The participants existed out of eight nurses. Three nurses were working at the departments of orthopedics and neurology. One nurse was working at the departments of cardiology, orthopedics and neurology. Two nurses were working at the departments of pulmonology, oncology and neurology. Two nurses were working at the departments of oncology, MDL and surgery. The years of work experience amongst nurses differed from 9 months to 30 years. After coding the transcript, themes were developed. These themes are: knowledge about mobilization, deciding may or may not mobilize, thinking process, reasons to mobilize, mobilization moments, frequency and intensity, task nurses and barriers.

Conclusion: The study shows that multiple factors contribute to the thinking process of nurses in relation to mobilization. Mobilizations mainly seems to be based on trial and error in combination with measurements of vital functions. It seems to be that mobilization in general is used to be functional. The study shows that there are several barriers nurses experience to mobilize with patients. Further research is necessary to create the most optimal conditions for nurses to mobilize elderly patients that are hospitalized in relation to care that is focused on moving.

Inleiding

Het aantal 65-plussers (ouderen) in Nederland stijgt de komende jaren van 3,2 miljoen ouderen in 2017 naar 4,8 miljoen ouderen in 2040, dit is een aanzienlijke stijging. Dit betekent voor de ziekenhuispopulatie dat er ook meer ouderen opgenomen zullen worden. Uit het rapport kostenontwikkeling ziekenhuiszorg blijkt dat in 2016 ouderen 29% van de ziekenhuispopulatie uitmaakten. Dit terwijl de bevolkingsgroep ouderen slechts 18% van de totale Nederlandse bevolking bedraagt. In 2016 bedroegen de zorgkosten van ouderen 40% van de totale zorgkosten in Nederland (DHD, 2017).

Voor veel ouderen heeft de ziekenhuisopname negatieve effecten. Denk hierbij aan: een delier, vallen, functionele achteruitgang en een toename van de loopafhankelijkheid na ziekenhuisopname (Callen, Mahoney, Grieves, Wells, & Enloe, 2004). Het onderzoek van Kleinpell, Fletcher, & Jennings (2008) beschrijft dat functionele achteruitgang wordt gezien als het meest negatieve gevolg van hospitalisatie voor ouderen.

Uit onderzoek is gebleken dat 72,9% van de oudere patiënten die wel konden lopen, niet of nauwelijks hebben gelopen tijdens ziekenhuisopname (Callen, *et al.*, 2004). Het onderzoek van Brown, Redden, Flood, & Allman (2009) laat zien dat 83% van de tijd tijdens ziekenhuisopname van de oudere patiënt in bed wordt doorgebracht. Deze vorm van inactiviteit heeft negatieve effecten op de gezondheid van de oudere patiënt.

Het verlies van het vermogen om onafhankelijk te lopen blijkt bij 16-59% van oudere patiënten voor te komen (Doherty-King & Bowers, 2011). Het onderzoek van Hoogerduijn, Buurman, de Rooij en Schuurmans (2013) laat zelfs zien dat ziekenhuisopname bij 30-60% van de ouderen leidt tot blijvend functieverlies, verhoogde afhankelijkheid, verminderde kwaliteit van leven en verminderde autonomie, een langere opnameduur, een verhoogd risico op opname in verpleeghuis, toename van zorg in de thuissituatie en een verhoogde kans op sterfte.

Kortebein, *et al.* (2008) laat met een onderzoek de fysieke achteruitgang van 10 dagen bedrust zien. Uit het onderzoek blijkt dat gezonde mensen van 65 jaar en ouder, die gevarieerd eten, na 10 dagen volledige bedrust een grote gezondheidsachteruitgang hebben ervaren. Er was een significante spierkrachtsvermindering van gemiddeld 11-14%. De maximale aerobe capaciteit is gemiddeld met 12% afgenomen en er was over het algemeen een afname van fysieke activiteiten na deze periode. Het onderzoek toont aan dat 10 dagen volledige bedrust gelijk staat aan 15 jaar van fysieke achteruitgang ten gevolge van veroudering.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat mobilisatie positieve effecten heeft op de gezondheid van ouderen tijdens ziekenhuisopname. Tweemaal per dag een extra loopronde van de maximale loopafstand van de patiënt gedurende 7 dagen, blijkt een toename van 32.11 meter op de loopafstand ten opzichte van een controlegroep te hebben die gestimuleerd werden normaal ambulant te zijn. Ook de zelfstandigheid gemeten aan de hand van de Barthel index blijkt met 11 punten te zijn gestegen, terwijl de controlegroep achteruitgang op de Barthel index (Killey & Watt, 2006). Ook de systematische review van Kosse, Dutmer, Dasenbrock, Bauer, & Lamothe (2013) waarbij studies met een vroege fysieke rehabilitatie component worden vergeleken met studies waarbij patiënten standaard zorg krijgen, laten positieve effecten met betrekking tot mobilisatie zien. De effecten van mobilisatie waren, een hogere score op de modified Barthel-index en een grotere verbetering in Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) activiteiten zien.

De negatieve effecten van inactiviteit tijdens ziekenhuisopname en de positieve effecten van mobilisatie bij ouderen zijn bekend. Fysiotherapeuten, maar vooral ook de verpleging spelen een grote rol met betrekking tot het mobiliseren en het tegengaan van functionele achteruitgang van de patiënt

tijdens de ziekenhuisopname. Door de continue aanwezigheid van de verpleging bij ouderen tijdens klinische opname in het ziekenhuis, heeft en kan de verpleging een groot effect hebben met betrekking tot mobiliseren van ouderen met ondersteuning van een fysiotherapeutisch protocol ofwel beweegerichte zorg (Boltz, Resnick, Capezuti, Shuluk, & Secic, 2012).

Uit onderzoek van Doherty-King, Young Yoon, Pecanac, Brown, & Mahoney (2013) naar frequentie en duur van verpleegkundige gerelateerde mobilisatie bij ouderen patiënten, is gebleken dat 32% van de patiënten tijdens opname niet benaderd waren voor mobilisatie tijdens drie periodes van 8 uur. Over het algemeen waren het staan en het maken van transfers de meest voorkomende vormen van mobilisatie. De gemiddelde tijd van lopen was minder dan 2 minuten per observatieperiode. Patiënten die afhankelijk waren, maar wel in staat waren om te lopen, liepen zelfs nog minder. Slechts 18,8% van de patiënten hebben in deze periode gelopen, terwijl bij 43,3% vanuit het oogpunt van de arts de opdracht was gegeven om te lopen met deze oudere patiënten.

Vanuit de literatuur is er weinig bekend over hoe de verpleging keuzes maakt met betrekking tot het mobiliseren, zeker locatie specifiek. Wanneer, hoe en wordt een patiënt überhaupt gemobiliseerd? De overkoepelende organisatie van het Bethesda ziekenhuis in Hoogeveen, Treant, wil steeds meer richting beweegerichte zorg, om zo functionele achteruitgang van ouderen tijdens opname in het ziekenhuis tegen te gaan. Hiervoor is het voor het Bethesda ziekenhuis in Hoogeveen interessant om inzicht te krijgen in het gedachteproces van de verpleging met betrekking tot mobilisatie. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Welke factoren (en overwegingen) beïnvloeden/bepalen de keuze van de verpleegkundigen of, wanneer en hoe een oudere patiënt tijdens klinische opname in het ziekenhuis gemobiliseerd wordt?

Methode

Onderzoeksdesign

Data werd in dit onderzoek middels diepte-interviews verzameld. Een diepte-interview is een manier van kwalitatief onderzoek waarbij er een gesprek plaatsvindt tussen een interviewer en een respondent. Bij een diepte-interview probeert de interviewer de meningen, motieven of ervaringen vanuit een bepaalde context over een onderwerp te achterhalen (Hennink, Hutter, & Bailey, 2011).

De keuze voor kwalitatief onderzoek werd gemaakt omdat het antwoord op de onderzoeksvraag niet uit te drukken is in maat of getal. De onderzoeksvraag richt zich namelijk op het gedachteproces van de verpleging met betrekking tot mobilisatie. Kwalitatief onderzoek en de daarbij behorende diepte-interviews dragen bij om het gedachteproces van de verpleging in kaart te brengen. De diepte-interviews zijn face-to-face afgenomen, dit houdt in dat de interviewer en de participant tijdens het interview in dezelfde ruimte aanwezig waren. Kwalitatief onderzoek middels diepte-interviews is gedaan tot verzadiging. Er zijn acht participanten geïnterviewd.

Voorafgaand aan het onderzoek is er geen theorie vastgesteld, waaruit de codes werden gehaald. De codes zijn via de empirische ervaring tot stand gekomen. Empirische ervaring wil zeggen, vanuit de tekst zelf. Daarvanuit werd er geprobeerd om tot bepaalde patronen te komen om zo een theorie te kunnen onderbouwen, dit wordt ook wel de grounded theory genoemd (Glaser, & Strauss, 2012).

Onderzoekspopulatie

Onder de onderzoekspopulatie vielen de verpleegkundigen van het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen. Alle participanten zijn geworven bij de afdelingen waar klinische fysiotherapie toegepast wordt bij patiënten ouder dan 65 jaar. Dit zijn de afdelingen orthopedie, neurologie, oncologie, cardiologie, pulmonologie, chirurgie, Maag- darm- en leverziekten (MDL) en de beschouwende afdeling. Deze afdelingen zijn verdeeld over bouwlagen 4, 6 en 8 in het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen. De participanten zijn geworven door de onderzoeker zelf, tijdens de stage in het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen. Tabel 1 weergeeft de in- en exclusiecriteria die gebruikt zijn tijdens de werving van participanten.

Tabel 1. In- en exclusiecriteria participanten

Inclusiecriteria participanten	Exclusiecriteria participanten
<ul style="list-style-type: none">- Werkzaam als verpleegkundige in het Bethesda ziekenhuis in Hogeveen.- Werkt met patiënten van 65 jaar of ouder.- Werkt op afdelingen/bouwlagen 4, 6 of 8.	<ul style="list-style-type: none">- Stagiaires verpleegkunde- Spraak en gehoor problemen.

Meetinstrumenten en uitkomstmaten

Interview guide

Voorafgaand aan de interviews is er een interview guide opgesteld (bijlage 1). Het interview is semigestructureerd afgenomen, hierbij is er een duidelijke leidraad binnen het diepte-interview, maar ook ruimte om uit te wijken en zo flexibel te blijven tijdens het diepte-interview (Berg, 2006). De interview guide is samengesteld aan de hand van literatuur, gesprekken met de opdrachtgever en informatie verkregen van graffiti walls die werden opgehangen op de afdelingen waar de participanten werkzaam waren. Een graffiti wall is een onderzoeksmethode waarbij een poster of een groot vel

papier wordt opgehangen en in dit geval de verpleging onderwerpen, ideeën, suggesties etc. met betrekking tot het onderwerp op het papier kan plaatsen. Het is een effectieve manier om snel een grote doelgroep te bereiken en input te krijgen voor het kwalitatieve onderzoek. Bij de graffiti walls is een begeleidende brief gehangen met informatie over het onderzoek, zie hiervoor bijlage 2.

Het interview

De interviews zijn afgenomen in een gesloten ruimte in het Bethesda ziekenhuis in Hoogeveen zodat de privacy gewaarborgd werd. Voorafgaand aan het interview hebben de participanten en de onderzoeker het informed consent (bijlage 3) ondertekend. Ook is de afdeling waarop de verpleegkundige werkzaam is en het aantal jaar ervaring genoteerd. Dit is gedaan om zo eventueel verschillen in kaart te brengen. De interviews zijn afgenomen door de onderzoeker zelf. De interviews duurden gemiddeld 20 minuten. De interviews zijn opgenomen met behulp van opname apparatuur, waarna de interviews schriftelijk zijn uitgewerkt. Na het schriftelijk uitwerken van de interviews zijn de opnames verwijderd, ook zijn de interviews anoniem verwerkt.

Medisch ethische toetsing

Het onderzoek is afgenomen bij participanten, daarom is het uitgevoerde onderzoek voorafgaand eerst medisch ethisch getoetst. De conclusie van deze medisch ethische toetsing was dat het niet nodig was om het onderzoek te toetsen volgens WMO (bijlage 4).

Analysetechnieken

Na het afnemen van de interviews zijn deze ad verbatim getranscribeerd. Dit wil zeggen, gereproduceerd als een geschreven verslag waarin de feitelijke woorden worden weergegeven (Saunders, Lewis, Thornhill, Booi, & Verckens, 2011).

Coderen

De gegevens werden allereerst open gecodeerd. Dit houdt in dat uit alle getranscribeerde interviews tekstfragmenten werden geselecteerd die van belang zouden kunnen zijn voor het onderzoek. Hierna is er axiaal gecodeerd. Hierbij werd er gekeken of er bepaalde codes vaker terugkwamen. Mocht het zijn dat antwoorden uit het interview overeenkwamen, maar er verschillende bewoordingen zijn gebruikt dan wordt er met axiaal coderen een nieuwe gemeenschappelijke naam ofwel code aan gegeven. Na het axiaal coderen is er selectief gecodeerd, waarbij er acht overkoepelende thema's zijn ontwikkeld (Baarda, 2014).

Voor het verwerken van het transcript is het softwareprogramma Atlas TI gebruikt. Atlas TI is een computerprogramma waarmee data van een kwalitatief onderzoek kan worden geanalyseerd.

Resultaten

De onderzoekspopulatie bestond uit acht participanten, de kenmerken van de onderzoekspopulatie zijn in tabel 2 weergegeven.

Tabel 2. Kenmerken onderzoekspopulatie.

Participant	Afdeling	Aantal jaar werkzaam
Participant 1	Cardiologie, Orthopedie, Neurologie	2 jaar
Participant 2	Oncologie, MDL, Chirurgie	6 jaar
Participant 3	Oncologie, MDL, Chirurgie	9 maanden
Participant 4	Orthopedie, Neurologie	4 jaar
Participant 5	Orthopedie, Neurologie	30 jaar
Participant 6	Orthopedie, Neurologie	7 jaar
Participant 7	Pulmonologie, Oncologie, Urologie	26 jaar
Participant 8	Pulmonologie, Oncologie, Urologie	6 jaar

Na het open, axiaal en selectief coderen zijn er acht overkoepelende thema's naar voren gekomen die de verschillende codes omvatten. Deze thema's zijn: kennis over mobilisatie, keuze wel/niet mobiliseren, gedachteproces, redenen om te mobiliseren, mobilisatie momenten, frequentie en intensiteit, taak verpleegkundige en barrières.

Kennis over mobilisatie

Het thema kennis over mobilisatie omschrijft wat mobiliseren is voor verpleegkundigen en of verpleegkundigen zichzelf kennisvaardig genoeg achten om een beslissing te maken wat betreft het uitvoeren van een mobilisatie.

Acht van de acht verpleegkundigen zien het mobiliseren van oudere patiënten vooral als het in beweging brengen van de patiënt. Het uit bed gaan, het wandelen, transfers vanuit het bed naar de stoel of bijvoorbeeld naar het toilet gaan.

“Mobiliseren, dat is het bewegen, het wandelen, het opzitten, transfers”

“Bewegen, dat is het eerste wat in me opkomt, en of dat nou intensief is of niet”

“In eerste instantie is het met name uit bed komen en zoveel mogelijk, wat je kan doen, dat doen. Dus als de patiënt alleen in de stoel kan zitten is dat prima, dan is dat mobiliseren. Het moment dat de patiënt verder kan, een paar stapjes lopen, dan hoort dat er ook bij. Aan de andere kant kun je ook patiënten die alleen in bed liggen, in beweging houden. Dat is misschien geen mobiliseren, maar het is wel bewegen”

Bewegen in bed wordt over het algemeen door verpleegkundigen niet gezien als mobilisatie, er wordt onder verpleegkundigen onderscheid gemaakt tussen bewegen in bed en uit bed, daarbij wordt bewegen terwijl de patiënt uit bed is gezien als mobilisatie.

Verpleegkundigen vinden zichzelf over het algemeen kennisvaardig genoeg om een keuze te maken om een patiënt wel of niet te mobiliseren.

“Die beslissing kan ik zelf nemen. Ik ben van mening dat je hier anders niet kan werken”

Dit blijkt vooral te komen door de opleiding, ervaring in het werkveld en het toepassen van klinische redenering over een patiënt.

“Ik denk dat het komt door de opleiding, ervaring en het klinisch redeneren wat je eigenlijk altijd wel toepast”

Het is gebleken dat niet altijd duidelijk is onder de verpleegkundigen wat voor mobilisatie gedaan kan worden en wat voor type hulpmiddelen hierbij gebruikt kunnen worden. Vier van de acht verpleegkundigen zijn van mening dat er meer scholing kan worden gegeven op dit gebied.

“Op zich zou af en toe een cursus of opfriscursus wel nuttig zijn, waarin wordt besproken hoe je het beste kan mobiliseren of met welke hulpmiddelen et cetera”

“Toch misschien wel een gebrek aan kennis over mobilisatie, weten wat je wel en niet kan en mag doen”

Keuze wel/niet mobiliseren

Het thema keuze wel/niet mobiliseren omschrijft op welke factoren de keuze wordt gebaseerd om een patiënt wel of niet te mobiliseren tijdens opname.

Voordat een patiënt gemobiliseerd gaat worden door een verpleegkundige, wordt er natuurlijk bepaald of een patiënt wel of niet moet mobiliseren. De keuze om wel of niet een patiënt te mobiliseren hangt af van meerdere factoren. Verpleegkundigen blijken vooral de klinische blik en de vitale controles te gebruiken in de keuze om wel of niet te mobiliseren met een patiënt.

“Dat is een beetje de klinische blik en de vitale controles die je hebt gedaan. Iemand met een lage bloeddruk, bijvoorbeeld 80/44, die ga ik niet uit bed halen. Lage saturatie, benauwd, nee dan ga ik ze niet uit bed halen”

“Nou, je kijkt natuurlijk sowieso hoe iemand hemodynamisch is, dus hoe de bloeddruk is en dergelijke. Als iemand een lage bloeddruk heeft, dan weet ik dat het onverstandig is om te gaan lopen in ieder geval. Ook afhankelijk van een operatie al dan niet die de patiënt gehad heeft en of iemand wankel ter been is ook natuurlijk. Nou heb je hier wel veel hulpmiddelen die je kan gebruiken”

Naast de klinische blik en de vitale controles speelt ook het afgesproken beleid mee in de keuze om wel of niet te mobiliseren een patiënt. Patiënten met strikte bedrust worden niet gemobiliseerd.

“Afhankelijk van wat voor beleid er is afgesproken. Als er strikte bedrust is, dan mobiliseer ik natuurlijk niet, maar anders in principe wel altijd”

Ook een palliatief beleid bij een terminale patiënt blijkt invloed te hebben op de keuze om wel of niet te gaan mobiliseren. Terminale patiënten mogen mobiliseren, maar worden in deze keuze vrijgelaten.

“Kijk als iemand terminaal is dan hoeft het van mij niet per se meer, dan moet diegene het zelf al aangeven, maar wil die niet, dan ga ik ook geen discussie aan”

De keuze om een patiënt wel of niet te mobiliseren blijkt ook op een soort van trial and error gebaseerd te zijn. Acht van de acht verpleegkundigen geven aan dat wanneer een patiënt op het oog in staat lijkt om te kunnen mobiliseren, dit ook wordt geprobeerd. Mocht het zijn dat de mobilisatie te hoog

gegrepen is voor de patiënt, dan wordt deze de volgende keer aangepast. Dit kan ook resulteren in verrassende resultaten, waarbij de patiënt toch beter belastbaar is dan gedacht.

“Als ik denk, lijkt wel goed, dan probeer ik het gewoon en kom je er gauw genoeg achter of het een goed idee was”

“Soms kom je tot verrassende uitkomsten. Soms wil iets helemaal niet of soms gaat het heel goed, terwijl het niet goed leek”

Een verminderde score op vitale controles zoals een bloeddrukmeting of een hemoglobinegehalte meting blijken ook niet per se een factor om helemaal niet te mobiliseren met een patiënt. Het belemmert de vorm en intensiteit van de mobilisatie, maar de mobilisatie wordt in dat geval per patiënt aangepast. De keuze om dan ondanks verminderde vitale controles toch te mobiliseren lijkt het te winnen van de keuze om een patiënt in bed te laten blijven liggen.

“Kijk en heel veel dingen zoals niet kunnen lopen, of een laag HB, het belemmert je wel, maar dan pas je de mobilisatie gewoon aan. Dan kies je ervoor om alleen even op de stoel te gaan zitten, of op de rand van het bed, ook al is het maar 5 minuten”

Ook pijnklachten en cognitie wegen mee in de keuze van verpleegkundigen om patiënten wel of niet te mobiliseren. Met cognitie wordt vooral het wel of niet delirant zijn van patiënten bedoeld. Patiënten die delirant zijn worden vooral uit bed gehaald en bijvoorbeeld op de stoel gezet. Verpleegkundigen geven aan dat het bij delirante mensen wel van belang is om de veiligheid te waarborgen, door deze patiënten bijvoorbeeld vast te zetten op de stoel. Delirante mensen worden dus juist wel gemobiliseerd, dit blijkt vooral gedaan te worden om de structuur van de dag te behouden en zo het delirant zijn wat proberen te onderdrukken.

“Algeheel welbevinden van een patiënt, is iemand fit genoeg om eruit te kunnen komen. Maar ook pijnklachten en cognitie wel”

“Ja, dat is juist wel goed. Maar je moet ze wel goed vastzetten in de stoel”

“Puur om die structuur te hebben. Anders zijn ze ‘s nachts de hele nacht wakker. Dus die moeten juist wakker blijven en uit bed”

Een factor die ook blijkt mee te spelen in de keuze om een patiënt wel of niet te mobiliseren is de tijd die een verpleegkundige heeft voor de patiënt en de daarbij behorende andere werkzaamheden van een verpleegkundige. Door werkdruk blijkt mobiliseren een van de eerste dingen, al dan niet het eerste is wat verpleegkundigen laten vallen. Dit heeft vooral te maken met de tijd dat het mobiliseren van de patiënt kost. Zes van de acht verpleegkundigen geven aan dat hierbij onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten die extra voorzieningen nodig hebben, zoals een tillift, of patiënten die met meerdere personen gemobiliseerd moeten worden en tussen patiënten die minder hulp nodig hebben. Vaak geeft dit in de late dienst problemen doordat er minder personeel werkzaam is.

“Als je kijkt naar de avonddienst bijvoorbeeld, dan zeker. Je bent dan maar met twee personen en als je dan een patiënt met twee personen uit bed moet halen, dan is dat wel de eerste die je laat liggen”

“Je bent met minder mensen, de werkdruk is vaak hoog, mensen hebben bezoek en de familie heeft vragen. Het is allemaal leuk en aardig, maar je hebt er soms geen tijd voor. Het is heel druk en je hebt nog opnames. Mobiliseren is dan een van de eerste dingen die erbij in schiet”

“Ja, het is wel heel tijdrovend natuurlijk en daar moet dan wel tijd voor zijn dan. Kijk en bij hele drukke periodes of late diensten, dan blijft dat weleens achterwege”

Gedachteproces

Het thema gedachteproces omschrijft welk gedachteproces van de verpleegkundige zich af speelt voorafgaand aan de mobilisatie.

De keuze om te mobiliseren, wat voor mobilisatie en de beslissing hoe ver of hoe lang deze mobilisatie gaat duren wordt natuurlijk gemaakt op basis van een aantal factoren. De vormgeving van de mobilisatie blijkt in de ochtend tijdens de ADL-activiteiten al vorm te krijgen. Verpleegkundigen observeren patiënten tijdens het wassen en aankleden en vormen zo alvast een kader voor wat de belastbaarheid van de patiënt op deze dag is.

“Ja, het hangt er dus vanaf wat iemand in de ochtend kan en dan bepaal ik dan in mijn hoofd, dit kunnen we vandaag wel doen met deze patiënt”

Het gedachteproces over hoe ver en hoe lang een patiënt moet mobiliseren blijkt vooral te bestaan uit een stukje trial and error, valrisico, de voorgeschiedenis van de patiënt en rapportages van collega's of fysiotherapeuten.

“Nou kijk, ik vind wel, zoals de eerste keer probeer je het gewoon en kijk je goed of het lukt of niet”

“Ik kijk meestal hoe iemand staat en in de rapportage hoe ze het eerder gedaan hebben. Dan heb ik een beeld van hoe het met iemand gaat, dan durf ik ook vrij veel te doen. Ik kijk dus eerst of iemand goed kan staan”

Met leeftijd van de patiënt wordt over het algemeen geen rekening gehouden in het gedachteproces met betrekking tot het mobiliseren van de patiënt. Verpleegkundigen kijken niet zozeer naar de leeftijd van de patiënt, maar meer naar de belastbaarheid op dat moment en de voorgeschiedenis.

“Nee want soms kunnen die van 80 nog weleens beter mobiliseren van die van 65”

“Ik kijk echt naar de patiënt zelf. Dus ik kijk naar wat kon de patiënt voor opname en kan de patiënt stabiel staan. En als het dan nu helemaal niet meer lukt, terwijl ze thuis nog wel veel konden, dan ga ik wel even kijken hoe dat zit”

Verpleegkundigen geven aan dat ervaring ook een belangrijke rol speelt in het gedachteproces met betrekking tot mobilisatie. Als er wordt gekeken naar een verpleegkundige met 9 maanden werkervaring, blijkt dat de verpleegkundige nu meer bezig is met mobiliseren, waar mobiliseren er eerst als secundaire taak bij kwam door de vele andere handelingen, is er nu meer tijd en ruimte om te mobiliseren.

“Ja, dat denk ik wel. Vooral omdat je in het begin nog zo bezig bent met de belangrijkste dingen in het zorgproces, dus de medicijnen, de ziektebeelden en al die dingen. Mobiliseren kwam er dan een beetje bij, maar nu heb je dat allemaal veel beter in de hand”

Een verpleegkundige met 26 jaar ervaring geeft ook aan dat ervaring een rol speelt in het gedachteproces met betrekking tot mobilisatie. Er is meer inzicht in wanneer en hoe patiënten gemobiliseerd moeten worden.

“Ja, ik denk dat ik veel meer inzicht heb in wanneer en hoe ik een patiënt kan mobiliseren. Dat is iets wat je door de jaren heen leert inschatten”

Het ziektebeeld van de patiënt speelt mee in de keuze voor de type mobilisatie die met de patiënt wordt gedaan, vooral bij de afdeling orthopedie. Per ziektebeeld weten de verpleegkundigen wat ze wel en niet kunnen doen, daarbij kijken ze ook naar de voorschriften van bijvoorbeeld een orthopeed.

“Je weet gewoon bij welk ziektebeeld je wel of niet wat kunt doen. Vanuit jezelf weet je dat, maar dat wordt je hier ook wel aangeleerd. Dat zeggen de artsen wel, dat staat ook altijd wel in het OK-verslag”

Mobilisatie momenten

Het thema mobilisatie momenten omschrijft wanneer een patiënt moet mobiliseren vanuit het oogpunt van de verpleegkundige, maar ook wanneer er daadwerkelijk gemobiliseerd wordt.

Als er wordt gekeken naar wanneer een verpleegkundige een patiënt mobiliseert, dan zeggen acht van de acht verpleegkundigen dat mobilisatie vooral tijdens functionele momenten plaatsvindt. Dit zijn functionele momenten zoals tijdens het eten in de stoel zitten, naar het toilet lopen en het wassen in de ochtend. Mobilisatie momenten zijn vooral praktisch, mobilisatiemomenten zonder praktische redenen lijken niet of nauwelijks gedaan te worden.

“Het ligt er vooral aan wat praktisch is. Als je iemand wil laten wassen aan de wastafel, dan kijk je of je ernaartoe kan lopen met de patiënt. Ik maak wel vaak gebruik van deze situaties. Zomaar een stukje wandelen, dat schiet er vaak bij in. Mobilisatiemomenten zijn vaak functioneel”

“Vaak zeg ik wel als ik in de ochtend iemand heb gewassen: “ga er maar uit dan kan ik je bed opmaken”. Dan zijn ze er toch al tijd. En dan blijven ze er ook gewoon uit”

“Uhm, ja dat is denk ik eventjes afhankelijk van de dingen die er gebeuren op een dag. Maar, wat ik net ook al zei, ik denk dat het het handigste is als mensen vrijwel niet mobiel zijn, ze in ieder geval voor het eten in de stoel te hebben. Zo kan het ook de normale gang en structuur volgen. En ik denk dat je met name als mensen wel kunnen lopen de toiletgang daarvoor kunt gebruiken, of ‘s ochtends bij de ADL al”

Patiënten moeten zo snel mogelijk uit bed komen en mobiliseren. Hierbij wordt er per patiënt gekeken wat de mogelijkheden zijn met betrekking tot mobilisatie en wanneer de mobilisatie plaatsvindt. Vooral op de afdeling orthopedie worden patiënten zodra het kan gemobiliseerd. De gedachtegang hierbij is dat hoe sneller de patiënt mobiliseert, hoe sneller deze zelfredzaam is.

“Hoe sneller je er mee begint, hoe minder tijd je het op lange termijn kost”

“patiënten zo snel mogelijk uit bed halen, ook al zijn de fysiotherapeuten nog niet geweest omdat een patiënt bijvoorbeeld laat geopereerd is”

Redenen om te mobiliseren

Het thema redenen om te mobiliseren omschrijft waarom de verpleegkundige een patiënt mobiliseert.

Verpleegkundigen blijken patiënten vooral te mobiliseren om complicaties tijdens opname te voorkomen. Bij complicaties wordt vooral gedacht aan decubitus, longontsteking of trombose.

“Ja, ik denk wel dat mobilisatie een belangrijke rol speelt in het voorkomen van complicaties. Denk bijvoorbeeld aan decubitus, longontsteking of trombose”

Ook het beperken van fysieke en mentale achteruitgang bij oudere patiënten blijkt een reden te zijn voor verpleegkundigen om te gaan mobiliseren met de patiënt. Naast het voorkomen van fysieke achteruitgang is ook de zelfredzaamheid vergroten een reden om te mobiliseren.

“Ja, het fysieke, maar ook het mentale is belangrijk. Het is voor de geest ook belangrijk en goed om de omgeving wat te verbreden. Het sociale aspect speelt mee, je ziet even andere mensen op de gang, hier knappen mensen toch ook vaak van op. Ik denk voor de hele mens, het totaalplaatje”

“Mijn drijfveer om te mobiliseren is om de patiënt zo snel mogelijk weer zelfredzaam te laten zijn, indien mogelijk”

Frequentie en intensiteit

Het thema frequentie en intensiteit omschrijft de frequentie en intensiteit van de mobilisatie uitgevoerd door verpleegkundigen.

De frequentie en intensiteit van de mobilisatie is per patiënt verschillend en hangt af van de belastbaarheid van de patiënt, of de patiënt nog zelfredzaam is en wat de patiënt thuis nog allemaal deed aan activiteiten. Patiënten moeten op het eigen niveau zo vaak en zo ver mogelijk als dat kan mobiliseren.

“Patiënten moeten mobiliseren naar kunnen. Je streven moet daarbij wel zijn om het zoveel mogelijk uit te breiden als dat kan, maar wel naar kunnen”

“Of mensen nog thuis wonen en ze werken nog, dan wel zoveel mogelijk echt uit bed. En zelfstandig laten rondjes lopen, zoveel als ze willen en aankunnen. Maar komen ze uit een verpleeghuis, ja dan is uhm, een uurtje op de ochtend en een uurtje op de middag bijvoorbeeld al voldoende”.

“Daar heb ik niet een aantal meters voor. Zo ver als de patiënt kan”

De frequentie, dus hoe vaak een patiënt volgens verpleegkundigen moet mobiliseren, varieert van een keer per dag tot acht keer per dag. De frequentie van mobilisatie hangt vooral af van het type patiënt, het ziektebeeld en de afdeling van de patiënt. De frequentie van mobilisatie van orthopedische patiënten, die zelfredzaam zijn, is hoger dan bij patiënten op de afdeling neurologie, die hulp nodig hebben.

“Dat ligt eraan, als iemand uhm, heel erg verzwakt is en voor het eerst uit bed komt en die heeft ‘s ochtends een halfuur in de stoel gezeten, of een uur en is daarna helemaal kapot, dan vind ik soms 1 keer wel genoeg. Maar is iemand veel fitter dan denk ik en zeg ik vaker. Dan zeg ik ook tegen de patiënt, ga zelf eens een stukje lopen, dan vind ik 4 keer per dag voldoende”

“Ik denk dat ideaal zou zijn, regelmatig. Denk hierbij aan acht keer per dag sowieso wel eventjes. Maar dit is lang niet altijd te realiseren”

Taak verpleegkundige

Het thema taak verpleegkundige omschrijft wat volgens verpleegkundigen de taak is van een verpleegkundige met betrekking tot mobiliseren.

Als er wordt gekeken naar wat de taak van de verpleegkunde is met betrekking tot mobiliseren, dan zeggen verpleegkundigen vooral dat de voornaamste taak het motiveren en stimuleren van patiënten

is, om te mobiliseren. Naast het stimuleren en motiveren van de patiënt, is het ook de taak van de verpleegkundige om de voorwaarden te scheppen voor de patiënt om te kunnen mobiliseren.

“Stimuleren, dat is het eerste denk ik. Maar mensen er ook attent op maken dat het belangrijk is, dus het nut ervan benoemen. Daarbij als het nodig is, de hulp geven aan patiënten om ook te gaan kunnen mobiliseren. Dus als de hulp is om even een armpje te geven of even extra steun te geven of desnoods een draaischijf te pakken, dan doe ik dat. Ik vind wel dat je als verpleegkundige eigenlijk wel degene bent die het beste dit in de gaten kan houden. We zijn er 24 uur per dag, dus dan moet je daar ook wel de continuïteit in bewaren”

Verpleegkundigen zien het mobiliseren vooral als samenwerking tussen verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten komen een keer per dag langs, mobiliseren, geven instructies aan de patiënt en hebben dus kort contact met de patiënt. Verpleegkundigen zijn 24 uur per dag aanwezig bij de patiënt, waardoor acht van de achtverpleegkundigen ook zeggen een grote verantwoordelijkheid te hebben en vooral kunnen hebben met betrekking tot mobiliseren.

“Uhm, ja en nee. Het is wel mijn taak om mensen te motiveren om eruit te gaan. Vaak moet je mensen wel helpen, dus ik vind eigenlijk wel dat het bij onze taken hoort. Kijk, jullie (fysiotherapeuten) ondersteunen ons wel daarin, maar uiteindelijk moeten wij, hebben wij wel de verantwoording voor de patiënt”

“Weet je, ik haal ze eigenlijk altijd 's ochtends uit bed en 's middags laat ik dan meestal aan de fysio over”

Barrières

Het thema barrières omschrijft de factoren die verpleegkundigen zien als barrière om te mobiliseren.

Een barrière om te mobiliseren blijkt vooral het gebrek aan tijd en de werkdruk die verpleegkundigen ervaren te zijn. Mobiliseren wordt gezien als tijdrovend en vooral tijdens de avonddienst, wanneer er minder personeel aanwezig is, wordt het mobiliseren met patiënten sneller overgeslagen.

“Als je kijkt naar de avonddienst bijvoorbeeld, dan zeker. Je bent dan maar met twee personen en als je dan een patiënt met twee personen uit bed moet halen, dan is dat wel de eerste die je laat liggen”

“Ja, je hebt natuurlijk best wel veel taken zo overdag, en eigenlijk het eerste waar in gesneden wordt is het mobiliseren. Het is niet zo dat je het altijd zo druk hebt, maar mobiliseren kost gewoon veel tijd en die is er niet altijd. Als je mobiliseert moet je er ook tijd voor nemen vind ik”

“Je bent met minder mensen, de werkdruk is vaak hoog, mensen hebben bezoek en de familie heeft vragen. Het is allemaal leuk en aardig, maar je hebt er soms geen tijd voor. Het is heel druk en je hebt nog opnames. Mobiliseren is dan een van de eerste dingen die erbij in schiet”

Hierbij wordt er ook verschil gemaakt tussen patiënten. Patiënten die extra voorzieningen zoals bijvoorbeeld een tillift nodig hebben, blijken de eerste patiënten te zijn die niet worden gemobiliseerd bij een gebrek aan tijd.

“Ja, je merkt dat als je iemand hebt zonder hulpmiddelen, die je alleen op de rand van het bed kan zetten, zonder dat je hulp van je collega nodig bent, dan ga je dat veel makkelijker doen. En gebeurt dat wel meer”

“ Je merkt wel als iemand bijvoorbeeld met een draaischijf of tillift uit bed moet, dit veel minder snel gebeurt. Omdat het gewoon qua werkdruk, en tijd en personeel gewoon minder is”

Naast dat de patiëntencategorie met extra voorzieningen als eerste worden overgeslagen, zijn verpleegkundigen wel van mening dat voor deze patiëntencategorie het mobiliseren wel het meest van belang is.

“Ja, die het eigenlijk nog meer nodig hebben dan anderen, die worden wel als eerst overgeslagen”

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in het gedachteproces van de verpleging met betrekking tot de mobilisatie van oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis. De onderzoeksvraag daarbij was:

Welke factoren (en overwegingen) beïnvloeden/bepalen de keuze van de verpleegkundigen of, wanneer en hoe een oudere patiënt tijdens klinische opname in het ziekenhuis gemobiliseerd wordt?

Uit het onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen meerdere factoren in acht nemen om te beslissen of, wanneer en hoe een oudere patiënt tijdens klinische opname in het ziekenhuis gemobiliseerd wordt. De algemene opvatting onder de verpleegkundigen is dat elke patiënt moet mobiliseren waar mogelijk. Het label mobiliseren en de inhoud van het begrip mobiliseren blijkt per patiënt anders te zijn. Het uit bed komen blijkt toch wel een voorwaarde om het bewegen ook daadwerkelijk onder het label mobiliseren te plaatsen. Opvallend is dat het gedachteproces met betrekking tot hoe ver en hoe lang een patiënt moet mobiliseren grotendeels gebaseerd lijkt te zijn op een stuk trial and error in combinatie met vitale metingen zoals bijvoorbeeld de bloeddruk. Verpleegkundigen blijken oudere patiënten vooral te mobiliseren om complicaties te voorkomen en de fysieke achteruitgang zoveel mogelijk te beperken. Opvallend is dat ook het mentale aspect hierin mee wordt genomen, verpleegkundigen zien mobilisatie dan ook als een middel om te voorkomen dat patiënten delirant worden.

Een volgend punt dat opvalt is dat er geen duidelijke grens blijkt te zijn of een patiënt wel of niet gemobiliseerd wordt. De beslissing of een patiënt gemobiliseerd wordt, wordt vooral gebaseerd op de klinische blik van de verpleegkundige, vitale controles en de voorgeschiedenis. Er wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten, hierbij worden mobilisaties zoveel mogelijk aangepast naar kunnen van de patiënt. Het onderscheid tussen patiënten en de mobilisatie wordt vooral gebaseerd op de voorgeschiedenis, valgevaarlijkheid en fitheid van de patiënt. Er blijken geen categorieën te worden gebruikt in mobilisatie van patiënten. Dit is anders in het onderzoek van Doherty-King, *et al.* naar hoe verpleegkundigen bepalen of een ouder patiënt gemobiliseerd wordt. Uit het onderzoek blijkt dat verpleegkundigen onderscheid maken tussen patiënten door deze in te delen in drie categorieën. Deze categorieën zijn: acuut zieke patiënten, herstellende patiënten en patiënten die zich klaar maken voor ontslag (Doherty-King, & Bowers, 2011).

Mobilisatie momenten zijn vaak functioneel. Verpleegkundigen gebruiken ADL-activiteiten zoals het wassen en het lopen naar het toilet om te mobiliseren. Mobilisaties zonder functionele dan wel praktische reden blijken niet of nauwelijks uitgevoerd te worden. Uit het onderzoek van Killey, *et al.* waarbij is gebleken dat tweemaal een loopronde van maximale loopafstand gedurende 7 dagen een significante verbetering op de loopafstand geeft, blijkt in de praktijk op dit moment niet haalbaar (Killey & Watt, 2006). Dit is vooral te wijten aan een gebrek aan tijd en de verhoogde werkdruk onder verpleegkundigen. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Kalisch (2006). Mobiliseren wordt regelmatig overgeslagen door tijdsgebrek, het verzuimen van mobilisatie en de mening onder verpleegkundigen dat mobiliseren de taak is van fysiotherapeuten. Uit het onderzoek van Boltz, *et al.* is gebleken dat door de continue aanwezigheid van verpleegkundigen, de verpleegkundigen een grote invloed kunnen hebben op de mobilisatie van de patiënt (Boltz, Resnick, Capezuti, Shuluk, & Secic, 2012). Uit het uitgevoerde onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen door de continue aanwezigheid, mobiliseren grotendeels zien als de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen, dit is wel een wisselwerking met de fysiotherapeuten.

Hoewel verpleegkundigen aangeven een grote invloed te kunnen hebben op de mobilisatie van de patiënt en dit ook grotendeels onder de verantwoordelijkheid van de verpleging valt, blijken er een aantal barrières te zijn om daadwerkelijk een patiënt te mobiliseren. De grootste barrière blijkt

tijdsgebrek en de daarbij behorende hoge werkdruk te zijn, vooral tijdens de avonddienst. Opvallend is dat verpleegkundigen op de hoogte zijn van de effecten en het belang hiervan in zien, maar dat mobilisatie het eerste is waar in gesneden wordt bij tijdsgebrek. Naast het tijdsgebrek is het opvallend dat patiënten die extra voorzieningen of extra personeel nodig hebben om te kunnen mobiliseren bij zes van de acht verpleegkundigen het meeste hinder ondervinden van deze barrières, doordat deze patiënten als eerste worden overgeslagen. Het onderzoek van Brown, Williams, Woodly, Davis, & Allman (2007) laat ook zien dat barrières om niet te mobiliseren bestaan uit fysieke symptomen zoals zwakheid, pijn en vermoeidheid, maar dat ook de aanwezigheid van intraveneuze lijnen of katheters en een gebrek aan personeel om te assisteren bij mobilisatie een grote rol spelen.

Een ander opvallend punt van het onderzoek is dat verpleegkundigen zichzelf kennisvaardig genoeg vinden om een keuze te maken om een patiënt wel of niet te mobiliseren, maar er wel behoefte blijkt te zijn aan bijscholing al dan niet een opfriscursus. Daarbij is er vooral behoefte aan uitleg over het type mobilisaties op welk moment, welke hulpmiddelen er ingezet kunnen worden en hoe deze ingezet kunnen worden. Het ervaren gebrek aan specifieke kennis kan ook een barrière zijn om niet te mobiliseren met een patiënt.

Het onderzoek is sterker gemaakt doordat dat er voorafgaand aan het kwalitatieve onderzoek een korte literatuurstudie is gedaan naar het onderwerp. Hierdoor was de onderzoeker goed op de hoogte van het onderwerp en is de interview guide sterker geworden. Opvallend daarbij is dat in de literatuur iemand van 65-plus als oudere patiënt ziet, terwijl in het Bethesda ziekenhuis in Hoogeveen iemand van 70-plus als oudere patiënt wordt gezien. Het onderzoek heeft hier geen hinder van ondervonden doordat er duidelijk gecommuniceerd is naar de participanten wat een oudere patiënt voor dit onderzoek inhoudt.

Graffiti walls zijn voorafgaand aan het opstellen van de interview guide gebruikt om input te krijgen over het onderwerp, wat het onderzoek sterker maakt. Voor de interviews is gebruik gemaakt van een semigestructureerde interview guide, waardoor er voor de onderzoeker de mogelijkheid was om in te springen op interessante onderwerpen die tijdens de interviews naar boven kwamen. Een nadeel hiervan is dat deze vorm van onderzoek subjectief is, de onderzoeker kan veel invloed hebben op de antwoorden en uitkomsten door de participanten bewust of onbewust richting een bepaalde hoek te sturen. Een ander nadeel van het afnemen van een diepte-interview is dat de participant weinig bedenktijd heeft om een antwoord te geven. Hierdoor zou het voor kunnen komen dat participanten een antwoord geven zonder hier heel goed over na te hebben gedacht, dit kan leiden tot vertekende antwoorden in relatie tot de echte gedachte van de patiënt.

Omdat het onderzoek in één ziekenhuis is uitgevoerd zijn de resultaten van het onderzoek niet te generaliseren over alle verpleegkundigen. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen cultuur en manier van werken. Wel zijn er verpleegkundigen van verschillende afdelingen en met een verschillend aantal jaar ervaring gebruikt, waardoor de resultaten van meerdere kanten worden belicht. Daarentegen is er geen verschil gemaakt tussen ervaring op een bepaalde afdeling als verpleegkundige in het ziekenhuis, maar is de totale ervaring als verpleegkundige in het ziekenhuis gebruikt. Hierdoor is het lastig om uitspraken te doen over verschillen tussen ervaring van verpleegkundigen in combinatie met de werkzaamheid op een bepaalde afdeling in het ziekenhuis.

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van de empirische ervaring en de grounded theory. Dit maakt het onderzoek sterker omdat de onderzoeker de theorie vanuit de participanten heeft ontwikkeld en hierdoor met een open mindset data heeft kunnen verzamelen.

Relevantie voor de praktijk

De uitkomsten van het onderzoek dragen bij aan de ontwikkeling van beweegerichte zorg binnen Treant en het Bethesda ziekenhuis in Hoogeveen. Door het gedachteproces van verpleegkundigen met betrekking tot mobilisatie van oudere patiënten beter te begrijpen, kunnen er gericht randvoorwaarden om te mobiliseren worden gecreëerd. Door de randvoorwaarden te creëren kan mobilisatie van verpleegkundigen effectiever gemaakt worden en kan beweegerichte zorg geïmplementeerd worden in het ziekenhuis. Het in kaart brengen van het gedachteproces geeft verpleegkundigen en fysiotherapeuten de kans om de samenwerking nog meer te optimaliseren. Dit komt doordat beide disciplines elkaar beter kunnen begrijpen. De uitkomsten van het onderzoek dragen bij aan de implementatie van beweegerichte zorg door Treant, het werkgemak met betrekking tot mobiliseren van de verpleegkundigen in samenwerking met fysiotherapeuten en hebben uiteindelijk een positieve invloed op de gezondheid van de patiënt.

Uit het onderzoek is gebleken dat het gedachteproces over hoe ver en hoe lang een patiënt moet mobiliseren bij alle verpleegkundigen vooral lijkt te zijn berust op trial and error in combinatie met vitale metingen. Verpleegkundigen kunnen zelf de keuze maken om een patiënt wel of niet te mobiliseren, maar de helft van de verpleegkundigen blijkt behoefte te hebben aan scholing met betrekking tot welke mobilisatie in welke situatie gebruikt kan worden. Er zal onderzoek gedaan moeten worden naar hoe het voor verpleegkundigen duidelijker gemaakt kan worden om in welke situatie, welke mobilisatie toegepast kan worden bij welke patiënt. Het is ook interessant om te onderzoeken in wat voor rol fysiotherapeuten hierin kunnen bijdragen.

Barrières om te mobiliseren blijken een grote factor te zijn op het gedachteproces van verpleegkundigen met betrekking tot mobiliseren. Het is interessant om te onderzoeken of er een mogelijk is om de barrières waar mogelijk zoveel mogelijk weg te halen en zo de beste randvoorwaarden te creëren voor verpleegkundigen om te mobiliseren. Een gebrek aan tijd en de werkdruk werd als grootste barrière gezien onder de verpleegkundigen, vooral tijdens de late diensten. Buiten het feit dat de verpleegkundigen een paar extra handen prettig zouden vinden, moet er natuurlijk ook worden gekeken naar een realistische oplossing in een tijd van bezuinigingen in de zorg. De aanbeveling is dan ook om eerst afdeling specifiek te kijken welke barrières zelfstandig op te lossen zijn om zo de werkdruk met betrekking tot mobilisatie voor verpleegkundigen te verminderen. Het is interessant om de oplossingen ook buiten verpleegkundigen te zoeken, door bijvoorbeeld patiënten of familie van patiënten deels verantwoordelijk te maken voor de mobilisatie en zo de werkdruk te verlichten. Echter moet er goed onderzocht worden of de veiligheid van de patiënt gewaarborgd kan worden en wat het effect is van mobiliseren op deze manier.

Voordat beweegerichte zorg geïmplementeerd kan worden is het belangrijk om te onderzoeken wat er nodig is om verpleegkundigen ook buiten ADL-momenten te kunnen laten mobiliseren. Er moet gekeken naar wat er voor nodig is om mobiliseren buiten ADL-momenten op te nemen in het systeem van de verpleegkundige.

Conclusie

Uit het onderzoek is gebleken dat het gedachteproces van verpleegkundigen met betrekking tot mobilisatie van oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis bestaat uit meerdere factoren. Of een patiënt moet mobiliseren wordt vooral gebaseerd op de klinische blik van de verpleegkundige, vitale metingen en de voorgeschiedenis van de patiënt. Verpleegkundigen mobiliseren patiënten vooral om complicaties en achteruitgang van de conditie, zowel fysiek als mentaal, te voorkomen. Hoe lang en hoe ver een patiënt gemobiliseerd wordt blijkt berust te zijn op trial and error, verpleegkundigen proberen mobilisatie met de patiënt, waarbij op het moment zelf wordt gekeken of dit mogelijk is of niet. Voor mobilisatiemomenten worden vaak ADL-activiteiten ingezet, mobilisaties blijken dus vooral functioneel te zijn. Barrières om te mobiliseren spelen ook een grote rol in het gedachteproces van de verpleegkundige met betrekking tot mobilisatie. Een gebrek aan tijd en werkdruk blijken de grootste barrières te zijn om patiënten te mobiliseren. Ook blijkt er behoefte te zijn aan extra scholing onder verpleegkundigen met betrekking tot mobilisatie, hierbij gaat het vooral om welke mobilisatie wanneer toegepast kan worden.

Verder onderzoek is geïndiceerd om zo optimaal mogelijke randvoorwaarden te creëren voor verpleegkundigen om oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis te mobiliseren in relatie tot beweeggerichte zorg. Er zal onderzoek gedaan moeten worden naar het wegnemen van barrières voor verpleegkundigen om mobiliseren en het implementeren van beweeggerichte zorg zo effectief mogelijk te maken. Ook is het van belang om te onderzoeken hoe duidelijk gemaakt kan worden aan verpleegkundigen welke mobilisatie wanneer toegepast kan worden, maar ook wie hier duidelijkheid in kan geven. Voordat beweeggerichte zorg geïmplementeerd kan worden is het belangrijk om te onderzoeken wat er nodig is om verpleegkundigen ook buiten ADL-momenten te kunnen laten mobiliseren. Er moet gekeken naar wat er voor nodig is om mobiliseren buiten ADL-momenten op te nemen in het systeem van de verpleegkundige. Het gedachteproces van verpleegkundigen met betrekking tot mobiliseren is in kaart gebracht maar zal in meerdere ziekenhuizen onderzocht moeten worden om het te kunnen generaliseren.

Bibliografie

- Baarda, B. (2014). Dit is onderzoek! In *Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (Vol. 2e druk, pp. 156-163). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Berg, B. L. (2006). In *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (Vol. 6e druk, p. 384). Boston: Pearson Education inc. .
- Boltz, M. R. (2012). Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference? *Geriatric Nursing*, 33(4), 272-279 .
- Brown, C. W. (2007). Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients, and their nurses and physicians. *Journal of Hospital Medicine*, 2, 305-313.
- Brown, C., Redden, D., Flood, K., & Allman, R. (2009). The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *Journal of the American Geriatric Society*.
- Callen, B., Mahoney, J., Grieves, C., Wells, T., & Enloe, M. (2004). Frequency of hallway ambulation by hospitalized older adults on a medical unit of an academic hospital. *Geriatric Nursing*.
- DHD. (2017). *Rapport kostenontwikkeling ziekenhuiszorg 2016*. Opgehaald van <https://www.dhd.nl/producten-diensten/Publieke%20Downloads/Rapport%20Kostenontwikkeling%20ziekenhuiszorg%202016.pdf>
- DHD. (2017). *Rapport kostenontwikkeling ziekenhuiszorg 2016*. Utrecht: DHD.
- Doherty-King, B. B. (2011). How Nurses Decide to Ambulate Hospitalized Older Adults: Development of a Conceptual Model. *The Gerontologist*, 51, 786-797.
- Doherty-King, B. Y. (2013). Frequency and Duration of Nursing Care Related to Older Patient Mobility. *Journal of Nursing Scholarship*(46:1), 20-27.
- Glaser, B. G. (2012). In *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. (Vol. 7e druk, p. 271). New Brunswick & London.
- Hennink, M. H. (2011). *Qualitative research methods*. London: SAGE Publications Ltd.
- Hoogerduijn, J. B. (2013). Voorkom functieverlies oudere ziekenhuispatiënt. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*(5), 48-53.
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. . *Journal of Nursing Care Quality*(21), 306-313.
- Killey, B. &. (2006). The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: A pilot study. *Contemporary Nurse*(22:1), 120-133.
- Kleinpell RM, F. K. (2008). Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. In H. RG, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. (Vol. Hoofdstuk 11). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality .
- Kortebein, P. B.-J. (2008). Functional Impact of 10 Days of Bed Rest in Healthy Older Adults. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 10(63A), 1076-1081.
- Kosse, N. D. (2013). Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*(13:107).
- Saunders, M. L. (2011). In *Methoden en technieken van onderzoek* (Vol. 5e druk, p. 384). Amsterdam: Pearson Benelux.

Bijlagen

Bijlage 1 Interview guide

Mobiliseren algemene kijk:

- Wat verstaat u onder mobiliseren?
- Wat is uw taak mbt mobiliseren?
 - o Zo ja, wat doet u dan?
 - o Zo nee, waarom niet?
- Wanneer moet een patiënt mobiliseren?
- Hoe vaak moet een patiënt mobiliseren?
- Bent u op de hoogte van de effecten van mobiliseren, of juist niet mobiliseren?

Gedachteproces:

- Hoe lang moet u met een patiënt mobiliseren?
- Hoe ver moet u met een patiënt mobiliseren?
- Hoe vaak moet u met een patiënt mobiliseren?
- Wanneer is mobiliseren met een patiënt veilig/onveilig?
- Maakt u verschil tussen leeftijdsgroepen m.b.t. mobilisatie?
- Is bewegen in het ziekenhuis in uw optiek anders dan in de thuissituatie?
 - o Zo ja, wat is er dan anders?
 - o Zo nee, wat is dan hetzelfde?
- Wat doet u als een patiënt niet wil mobiliseren?
- Hoe kunt u patiënten motiveren om toch te mobiliseren bij bijv. een slechte dag?
- Wanneer kiest u voor welke mobilisatie? Waar baseert u die keuze op? (ADL, lopen etc.)
- Vind u zichzelf kennisvaardig genoeg om een keuze te maken om wel of niet te mobiliseren? (Op dit moment, over deze patiënt, weet u genoeg)
 - o Zo ja, hoe komt dit?
 - o Zo nee, wat moet er veranderen?
- Heeft de ervaring die u heeft invloed op de keuze om wel of niet te mobiliseren?
- Zijn er patiënten die u wel zou mobiliseren en patiënten die u niet zou mobiliseren?
 - o Zo ja, waar ligt deze scheiding/grens?
 - o Maakt u onderscheid in patiënt die wel of niet delirant zijn?

- Wordt er vanuit de organisatie een richtlijn gegeven mbt mobilisatie? Welke patiënten wel, welke niet etc?
- Uit onderzoek is gebleken dat 72,9% van de oudere patiënten die wel konden lopen, niet of nauwelijks gelopen hebben tijdens ziekenhuis opname (Callen, Mahoney, Grieves, Wells, & Enloe, 2004). Hoe kijkt u hiertegen aan?
- Uit onderzoek is gebleken dat 83% van de tijd tijdens ziekenhuisopname van de oudere patiënt in bed wordt doorgebracht. Hoe kijkt u hiertegen aan? (Brown et al.)

Graffiti walls:

- Op de graffiti walls werd gesproken over de ligduur van de patiënt verkorten door mobilisatie, hoe kijkt u hiertegen aan? Hoe kan uw keuze in mobilisatie hierin bijdragen?
- Ook werd gesproken over voorkomen van complicaties? Kunt u hier een aantal voorbeelden van geven? En hoe hebben complicaties invloed op de mobilisatie, of andersom.

Beweegerichte zorg:

- Is het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis op dit moment gericht/ingericht op bewegen/mobiliseren?

- Moet er wat veranderen? Of waarom moet er niks veranderen
 - Heet u invloed op deze verandering?
- Wat is er nodig om patiënten meer te laten bewegen/mobiliseren?

Bijlage 2 Begeleidende tekst graffiti wall

Mijn naam is Leon Timmerman, jullie hebben mij vast weleens zien lopen. Ik doe een afstudeerstage en afstudeeronderzoek op de afdeling fysiotherapie. Zoals jullie waarschijnlijk wel weten wil Treant steeds meer toe naar beweegerichte zorg waarbij patiënten meer mobiliseren tijdens de ziekenhuisopname. Omdat jullie als verpleegkundigen hier een zeer groot aandeel in hebben is het interessant om inzicht te krijgen in het gedachteproces van de verpleegkundigen met betrekking tot mobiliseren van oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis.

Het is de bedoeling om hierbij om een kwalitatief onderzoek uit te voeren naar waarop een verpleegkundige de keuze baseert om wel of niet te mobiliseren tijdens de ziekenhuisopname. Waarom wordt ervoor welke mobilisatie gekozen? Zijn er misschien beperkende factoren? Het doel is om een inzicht te krijgen in het gedachteproces van de verpleging met betrekking tot mobilisatie. Dit wil ik graag doen doormiddel van interviews. De vraagstelling van mijn afstudeeronderzoek is als volgt:

Welke factoren (en overwegingen) beïnvloeden/bepalen de keuze van de verpleegkundigen of, wanneer en hoe een oudere patiënt tijdens klinische opname in het ziekenhuis gemobiliseerd wordt?

Om input te krijgen voor de interviews is er aankomende week de mogelijkheid om alvast wat onderwerpen in te brengen. De aankomende week zullen op afdeling 4, 6 en 8 graffitiwalls (posters) hangen, waar jullie als verpleegkundigen meningen of onderwerpen kunnen aankaarten.

Naast dat jullie mij heel erg helpen met het onderzoek, is het voor jullie ook een kans om input te leveren wat betreft het onderwerp mobiliseren. Wat is voor jullie belangrijk, wat is jullie visie. Dit zal ik dan weer terugkoppelen naar Treant.

Ik wil jullie dan ook vragen om zo veel mogelijk meningen/onderwerpen willen zetten op de graffiti walls. Ik zal de aankomende tijd een aantal mensen vragen voor mijn interviews. Zijn er mensen die het interessant vinden om mee te werken aan mijn onderzoek doormiddel van een interview? Een interview duurt ongeveer 15-20 min en wordt volledig anoniem verwerkt. Bij interesse of vragen kun je me altijd een mailtje sturen, mijn mail adres binnen Treant is: le.timmerman@treant.nl.

Bij voorbaat dank,

Leon Timmerman



Informed consent

Kwalitatief onderzoek om inzicht te krijgen in het gedachteproces van de verpleging met betrekking tot mobiliseren van oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis.

Onderzoeksvraag: Welke factoren (en overwegingen) beïnvloeden/bepalen de keuze van de verpleegkundigen of, wanneer en hoe een oudere patiënt tijdens klinische opname in het ziekenhuis gemobiliseerd wordt?

In te vullen door de deelnemer:

Hierbij verklaar ik dat ik op een duidelijke wijze ben ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van dit onderzoek. Ik weet dat de gegevens van dit onderzoek anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.

Ik begrijp dat audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en wetenschappelijke presentaties gebruikt zal worden.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht om op elk moment zonder opgaaf van reden te kunnen stoppen met deelname aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

In te vullen door de onderzoeker:

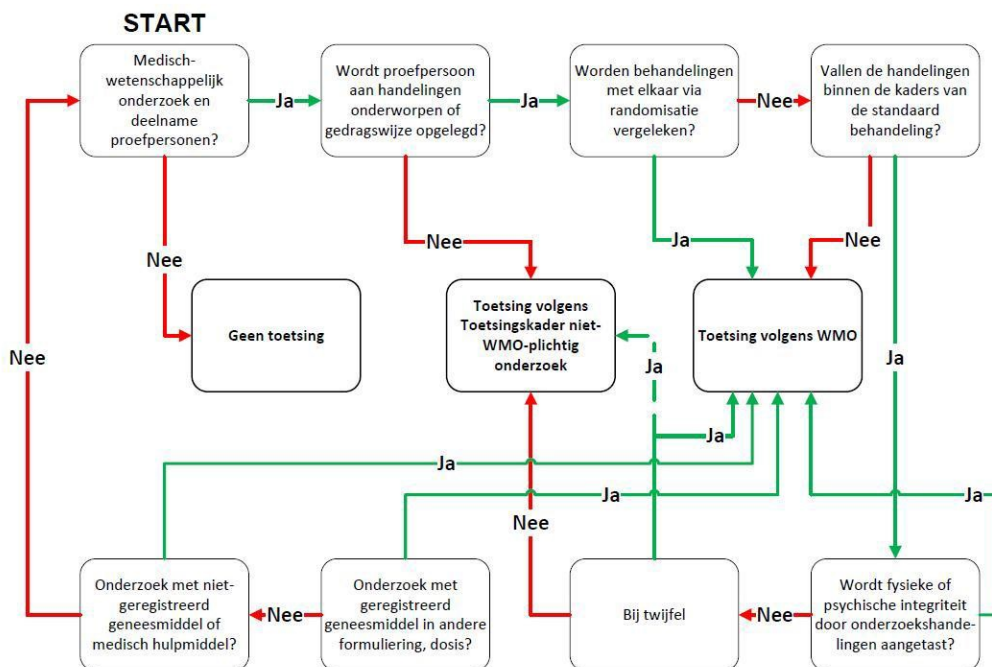
Ik verklaar dat ik als onderzoeker de deelnemers zo goed mogelijk heb geïnformeerd en vragen naar waarheid heb beantwoord. Ik zal het onderzoek uitvoeren zoals staat beschreven in de methode. De informatie gegeven door de deelnemer zal volledig anoniem verwerkt worden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van zijn of haar deelname aan het onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 4 toetsing medisch ethische commissie



Project / vak / studieonderdeel:	Afstudeeropdracht
Docent / coach:	Renske van Abbema
Onderwerp:	Gedachteproces mobilisatie patiënten door verpleging
Begin- en eindtijd van het onderzoek:	12 februari 2018 – 11 juni 2018
Beschrijving van het onderzoek (kort maar volledig):	Kwalitatief onderzoek d.m.v. diepte-interviews dat een inzicht geeft in het gedachteproces van de verpleging met betrekking tot het mobiliseren van oudere patiënten tijdens klinische opname in het ziekenhuis. Diepte-interviews zullen onder de verpleging op verschillende afdelingen binnen het Bethesda ziekenhuis in Hoogeveen worden afgenomen. Diepte-interviews worden opgenomen tot dataverzadiging, met een maximum van 10.

Naam van de student(en):	Handtekening:
Leon Timmerman	

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met in het kader van de opleiding fysiotherapie uit te voeren onderzoek.
Datum: 08-03-18

	<u>Aankruisen indien van toepassing</u>		Beantwoord onderst aande vragen als in de vorige kolom het vakje met → is aangekruist.	Kan hier redelijkerwijstoch nog schade uit ontstaan? (kruis het juiste vakje aan)	
	A		B	C	
1 <u>Privacy / anonimiteit</u>				Nee	Ja
1.1 Ken je de naam van proefpersonen? <u>Heb je adresgegevens?</u>	Nee ↙	Ja →	Namen en gegevens van proefpersonen worden niet gebruikt in het onderzoek. Er zal anoniem worden gewerkt, denk hierbij aan persoon 1, persoon 2 etc.	X	
1.2 Ken je het e-mailadres van de proefpersonen?	Nee ↙	Ja →	Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt (sent items, contactpersonen, inbox, andere mappen enzovoort), o.a. met het oog op <u>spam</u> / verspreiding van virussen? (Verder als bij 1.1)		
1.3 Beschik je over (andere) persoonlijke gegevens?	Nee ↙	Ja →	Zijn deze gegevens nodig? Waarom? (Verder als bij 1.1)		
1.4 Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan?	Nee ↙	Ja →	Z Interviews werden opgenomen. Proefpersonen worden voordat het interview wordt afgenomen hiervan op de hoogte gesteld. De opnames worden uitsluitend beluisterd door de onderzoeker, en na het onderzoek verwijderd.		
1.5 Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers?	Nee ↙	Ja →	Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring? Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag? Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast?		
2 <u>Informatie en toestemming</u>					
2.1 Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?	Ja ↙	Nee →	Waarom niet?		
2.2 Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het <u>onderzoek</u> / de	Ja ↙	Nee →	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?		

<u>interventie?</u>	↙				
2.3 Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is / welke belangen de opdrachtgever heeft?	<u>Ja</u> ↙	Nee →	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?		
2.4 <u>Kunnen proefpersonen deelnameweigeren?</u>	<u>Ja</u> ↙	Nee →	Waarom niet?		
2.5 Kunnen proefpersonen op elk moment <u>stoppen</u> / van verdere medewerking afzien?	<u>Ja</u> ↙	Nee →	Waarom niet?		
2.6 Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt? (Bijvoorbeeld om van te leren, als medewerker voor een opdrachtgever)	<u>Ja</u> ↙	Nee →	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?		
2.7 Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van <u>uitkomsten</u> / resultaten?	<u>Ja</u> ↙	Nee →	Waarom niet?		
2.8 Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke.?	<u>Nee</u> ↙	Ja →	Waarom? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?		
2.9 <u>Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig?</u>	<u>Nee</u> ↙	Ja →	Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet?		
2.10 <u>Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam?</u>	<u>Nee</u> ↙	Ja →	Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijken? Zo nee, waarom niet?		
2.11 Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over de punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht?	<u>Ja</u> →		Protocol is in ontwikkeling		
		Nee →	Waarom niet?		

3 Mogelijke schadelijke effecten					
3.1 Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van	Nee	Ja →	Waarom is dit nodig? Wat is de aard van de misleiding? Wanneer en hoe worden proefpersonen op de		

proefpersonen?	↙		hoogte gebracht (debriefing)?		
3.2 Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of andere nadeel ondervinden? Denk hierbij <i>onder andere</i> aan bewustwording van iets onaangenaams, in verlegenheid, frustratie of stress worden gebracht, het ongewenst bekend worden van uitkomsten enzovoort.	Nee ↙	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?		
3.3 Kunnen er groeperingen (denk ook aan kwetsbare <u>groepen</u> / minderheden) door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden?	Nee ↙	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?		
3.4 Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er 'slecht' van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek?	Nee ↙	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn betreffende organisaties hiervan op de hoogte?		
3.5 Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen (door bijvoorbeeld opdrachtgever) die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen?	Nee ↙	Ja →	Welke beslissingen kunnen voor wie nadelig zijn? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn andere betrokkenen hiervan op de hoogte?		
3.6 Kunnen <u>uitkomsten</u> / testuitslagen schokkend / naar zijn voor de betrokkene?	Nee ↙	Ja →	Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de <u>uitkomsten</u> / uitslagen? Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld?		

4. Afweging voor- en nadelen				
Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kan worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover (verbetering van de situatie van mensen,	Ja	Nee →	Er worden geen proefpersonen te kort gedaan.	
onderwijs-/leerdoeleinden, verdiensten e.d.). Zijn er zulke voordelen?				