

‘Zorg voor vrijheid, door wegnemen Zweedse band’



**Kwalitatief onderzoek naar de betrokkenheid van het kernteam bij
het zoeken en borgen van alternatieven voor de Zweedse band.**

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement (GW4322M-09)
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Augustus 2010

Eveline du Cloo
Studentnummer: 310768
Begeleider: dr. A.M.V. Stoopendaal
Meelezer: dr. M.H. Strating

Betrokken organisaties

- SVRZ locatie Ter Valcke te Goes



- Zorg voor Beter Plus traject begeleid door Vilans



- Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg



- Erasmus universiteit Rotterdam



Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie die ik geschreven heb voor de Masteropleiding Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Het onderzoek is uitgevoerd bij het SVRZ locatie Ter Valcke te Goes. Deze scriptie beschrijft hoe de alternatieven de Zweedse band tot stand zijn gekomen, hoe deze in de organisatie geborgd zijn en wat de rol van het kernteam hierin is geweest.

De totstandkoming van deze scriptie is mogelijk gemaakt door een aantal personen. Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om deze personen te bedanken.

Van de organisatie SVRZ locatie Ter Valcke, wil ik graag de heer (Wil) de Rond bedanken voor de bereidheid en het enthousiasme waarmee hij deel heeft genomen aan het onderzoek. Dankzij hem was het mogelijk om binnen Ter Valcke onderzoek te doen. Graag wil ik mevrouw (Renske) Wijnstra bedanken voor het plannen van alle interviews met de medewerkers. Natuurlijk dank ik ook alle geïnterviewden voor deelname aan het onderzoek.

Vanuit het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg wil ik in het bijzonder mevrouw (Annemiek) Stoopendaal bedanken voor de begeleiding en de fijne inzichtgevende gesprekken. Ook wil ik mevrouw (Mathilde) Strating bedanken dat zij bereid was om als mee-lezer mijn scriptie te beoordelen.

Om mij heen heb ik een drietal studentmeelezers verzameld die mijn scriptie van feedback hebben voorzien, Annemarie van 't Hof, Willemin Rebel en Petra Verdult dank hiervoor.

Deze scriptie is het slotstuk van een lange studietijd (MBO, HBO en Universiteit) waarin ik, vooral in het voor mij moeilijke schakeljaar, enorm gesteund ben door familie, vrienden en kennissen. Graag wil ik iedereen hier zielsveel voor bedanken.

Dan rest mij nog een ding te zeggen, veel leesplezier.

Eveline du Cloo,

Bergen op Zoom, 26 augustus 2010

Samenvatting

In de gezondheidszorg zijn rondom de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) ontwikkelingen gaande. Er is een wetsvoorstel voor wijziging van de wet Bopz ingediend en de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een advies uitgebracht dat per 1 januari 2011 de Zweedse band door middel van zelfregulatie uitgebannen moet zijn. Om in te haken op deze ontwikkelingen is het kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter Plus ontwikkeld, geïnitieerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In het verbetertraject Plus wordt het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' aangeboden. Dit thema is gericht op het omgaan met vrijheidsbeperkingen.

Ter Valcke, centrum voor zorg en reactivering, te Goes heeft deelgenomen aan het verbetertraject Plus, thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'. Ter Valcke heeft tijdens het verbetertraject gestreefd naar het volledig uitbannen van de Zweedse band door middel van het gebruik alternatieven voor de Zweedse band. Het doel van het onderzoek is om middels de 'gefundeerde theorie' (Grounded theory) na te gaan op welke manier (hoe) het kernteam van Ter Valcke betrokken is bij het zoeken naar en borgen van alternatieven voor de Zweedse band. In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag: *Hoe wordt in het programma Zorg voor Beter Plus en binnen Ter Valcke vormgegeven aan de processen van het zoeken naar en borgen van alternatieven voor de Zweedse band en wat is de rol van de betrokkenheid van het kernteam hierin?*

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is binnen Ter Valcke een kwalitatief onderzoek met een gecombineerd design van documentenanalyse, observaties en interviews opgezet waarin de 'Grounded theory' leidend was.

Vanuit de analyse van het onderzoek komen een aantal interessante bevindingen naar voren. Binnen Ter Valcke heeft een kernteam met een unieke samenstelling het verbetertraject geleid. Twee leden van het kernteam, het hoofd Zorg en de kwaliteitsbeleidsmedewerkers, zijn vertegenwoordigd vanuit het managementteam van Ter Valcke. Doordat de psycholoog en de teamleidster zitting nemen in het kernteam is er nauw contact met de werkvloer. Tevens neemt het kernteam een transformationele en participatieve manier van leidinggeven aan waardoor de kwaliteitsverbetering geslaagd is. Ter Valcke heeft verscheidene verantwoord goede alternatieven voor de Zweedse band ontwikkeld waardoor het mogelijk is om de kwaliteitsverbetering, het uitbannen van de Zweedse band, te borgen. Ondanks dat het kernteam niet goed wist hoe het uitbannen van de Zweedse band geborgd moest worden, is de kwaliteitsverbetering op twee verschillende manieren geborgd te weten, dynamisch en statisch.

Abstract

In Dutch healthcare, there are developments around the law Particular Integrations in Psychiatric Hospitals (wet Bopz). A bill for amendment of the law Bopz has been submitted and the inspection of health care (IGZ) has brought out a recommendation that, by the 1st of January 2011, the Swedish brace must be banned by means of self-regulation. To connect with these developments, the quality program Care for Better Plus has been developed, initiated by the Ministry of Health, Welfare and Sport (Health, Welfare and Sport). The Plus program offers the topic 'handling with freedom restrictions'. This topic has been aimed at handling freedom restrictions.

Ter Valcke, centre for care and reactivation in Goes, has been taking part of the Plus program, topic 'handling with freedom restrictions'. Ter Valcke has strived during the program for the complete banning of the Swedish brace by means of using alternatives for the Swedish brace. The aim of the research is to examine with the Grounded theory in which manner (how) the core team of Ter Valcke is involved with searching and sustaining alternatives for the Swedish brace. This research answers the following research question: *How in the program Care for Better Plus and within Ter Valcke the processes of searching and sustaining alternatives for the Swedish brace can be realized, and what is the role of the involvement of the core team?* To be able to answer this question, within Ter Valcke a qualitative research was set up with a combined design of document analysis, observations and interviews in which the 'Grounded theory' was leading.

From the analysis of the research a number of interesting findings came up. Within Ter Valcke a core team with a unique composition conducted the Plus program. Two members of the core team, the head of Care and the quality policy employee, have been represented from the management team of Ter Valcke. Because the psychologist and the team leader take part of the core team, there are narrow contacts with the shop floor. The core team also takes a transformational and participating manner of leading, resulting in the success of quality improvement. Ter Valcke has developed different, justified, good alternatives for the Swedish brace making it possible to sustain the quality improvement, banning the Swedish brace. In spite of the core team not knowing exactly how to ban the Swedish brace, they have sustained the quality improvement in two different ways, dynamically and statically.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Abstract	5
Inhoudsopgave	6
Hoofdstuk 1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Zorg voor Beter Plus	8
1.3 Inspectie voor de Gezondheidszorg	10
1.4 Kwaliteitskader Verantwoorde zorg	10
1.5 Stichting voor Regionale Zorgverlening, locatie Ter Valcke	12
1.6 Centrale probleem en doelstelling	13
1.7 Onderzoeksvraag en deelvragen	14
1.8 Leeswijzer	14
Hoofdstuk 2 Methoden en Technieken	15
2.1 Onderzoekssetting	15
2.2 Onderzoeksontwerp- Grounded Theory	16
2.3 Dataverzameling	17
2.3.1 Toegang tot Ter Valcke	17
2.3.2 Document analyse	17
2.3.3 Observatie	18
2.3.4 Interviews	19
2.4 Uitwerkingen data	19
2.5 Validiteit en betrouwbaarheid	21
2.6 Rol van de onderzoeker en ethisch aspect	21
Hoofdstuk 3 Zorg voor Beter Plus	22
Hoofdstuk 4 Resultaten	26
4.1 Aanleiding verbetertraject	26
4.2 Actieplan, kick- off en nulmeting	27
4.3 Familie	28
4.4 Alternatieven voor de Zweedse band	28
4.5 Betrokkenheid bij het programma Zorg voor Beter Plus	32
4.5.1 Betrokkenheid medewerkers	32
4.5.2 Betrokkenheid kernteam	33
4.6 Verspreiding	34
4.7 Borging	35

Hoofdstuk 5	Theorie vanuit de empirie	38
5.1	Alternatieven voor het wegnemen van de Zweedse band	38
5.2	Borging	43
5.2.1	Dynamische borging	44
5.2.2	Statische borging	47
5.2.3	Succesfactoren voor borgen	49
5.3	Betrokkenheid van het kernteam	50
5.3.1	Transformationeel leiderschap ofwel participierend leiderschap	51
5.3.2	Transactioneel leiderschap	53
5.3.3	Participerende leiderschapsstijl	53
Hoofdstuk 6	Conclusie en aanbevelingen	56
6.1	Zoeken naar alternatieven voor het wegnemen van de Zweedse band	56
6.2	Borging van alternatieven voor het wegnemen van de Zweedse band	56
6.3	Vormgeving betrokkenheid kernteam	57
6.4	Beantwoording onderzoeksvraag	58
6.5	Aanbevelingen	60
6.5.1	Theorie en praktijk	60
6.5.2	Verspreiding	60
Hoofdstuk 7	Reflectie	62
7.1	Grounded theory	62
7.2	Methoden en technieken	63
7.3	Dataverwerking	64
Literatuur		65
Bijlage 1	Topiclijst observatie	71
Bijlage 2	Topiclijst interviews	72
Bijlage 3	Uitwerking observaties	74
Bijlage 4	Uitgewerkte codelijst	78

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 16 juni 2005 is er bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend voor wijziging van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) (Bussemaker 2009). Deze wet beschermt de rechten van cliënten die niet vrijwillig zijn opgenomen in de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en in de psychogeriatric. Door vele aanpassingen en aanvullingen heeft de Wet Bopz inmiddels beperkte reikwijdte en deze wet sluit inhoudelijk onvoldoende aan bij de praktijk van de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Daarbij blijkt de wet niet altijd goed te worden nageleefd. Een wijziging van de Wet Bopz is daarom noodzakelijk (Bussemaker 2009). Een wetswijziging beoogt een uniforme regeling te introduceren voor het verlenen van zorg aan mensen met een psychogeriatric aandoening – vaak dementie - of een verstandelijke beperking, ook als zij daar in een voorkomend geval niet mee instemmen en ongeacht de plaats waar zij verblijven. In het wetsvoorstel wordt aangegeven welke bevoegdheden een zorgaanbieder heeft, welke rechten de cliënt heeft en hoe deze bevoegdheden en rechten op een transparante wijze kunnen worden gebruikt. Het meest in het oog springende verschil met de huidige Wet Bopz, qua interne rechtspositie, is de introductie van de uitgebreide procedure die moet worden gevolgd voordat dwang of onvrijwillige zorg kan worden toegepast. In tegenstelling tot de Wet Bopz wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen vrijwillig en niet-vrijwillig opgenomen cliënten; iedereen heeft dezelfde mate van rechtsbescherming. Een volgend verschil is dat sommige vormen van onvrijwillige zorg zo ernstig worden gevonden, dat de procedure ook moet worden gevolgd als de cliënt zich niet of niet zichtbaar verzet. Het begrip onvrijwillige zorg wordt, ten opzichte van dwangbehandeling uit de Wet Bopz, nader ingevuld en uitgebreid (Bussemaker 2009).

Dit onderzoek zal zich richten op het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychogeriatric. Met name het zoeken naar en borgen van alternatieven voor de Zweedse band. De Zweedse band, ook wel onrustband genoemd, is een hulpmiddel dat vooral gebruikt wordt in zorginstellingen. De band wordt gebruikt om te voorkomen dat ouderen of gehandicapten vallen of gaan dwalen (Wikipedia 2009).

1.2 Zorg voor Beter Plus

Om in te haken op het ingediende wetsvoorstel heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2005 het nationaal kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter (ZvB) in verpleeg- en verzorgingshuizen, de zorg voor verstandelijk

gehandicapten en de thuiszorg geïnitieerd. Het programma beoogt verspreiding van goede zorgpraktijken en het versterken van het innovatieve vermogen van organisaties in deze sectoren. Het programma werd door ZonMW, Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, gecoördineerd en ontwikkeld en uitgevoerd door verschillende 'onderaannemers' zoals Vilans (Stoopendaal et al. 2009). Vilans is een onafhankelijk landelijke kenniscentrum op het gebied van de langdurende zorg (Vilans 2010).

Het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) heeft in 2008 een tussenevaluatie van het programma Zorg voor Beter uitgevoerd. Hierin kwam naar voren dat er weinig betrokkenheid van het hoger management was en dat er een geringe opkomst van bestuurders te bemerken was bij georganiseerde regionale bijeenkomsten (Strating et al. 2008). Uit het onderzoek blijkt wel dat het van groot belang is dat het management contact heeft met de werkvloer om beslissingen mede te baseren op wat in de directe zorg van belang is (Strating et al 2009). Veel voorkomende tekortkoming in evaluatieonderzoeken van kwaliteitsprogramma's als Zorg voor Beter is het ontbreken van goede, op kwalitatief etnografisch onderzoek gebaseerde beschrijvingen van de daadwerkelijke, real life interventies die uitgevoerd zijn. Hierdoor is het lastig conclusies te trekken over de relaties tussen de interventies en de effecten daarvan, en biedt het bestaande onderzoek weinig mogelijkheden om te leren wat wel en niet werkt (Strating et al 2009).

Naar aanleiding van deze eerste evaluatie van Zorg voor Beter is er in 2008 een nieuw programma gestart genaamd Zorg voor Beter Plus. Het Verbetertraject Plus is gebaseerd op de ervaringen die zijn opgedaan met de huidige verbetertrajecten, maar voegt daar iets aan toe, namelijk een grotere betrokkenheid van het management en meer aandacht voor de voorwaarden die nodig zijn voor een organisatie om te kunnen borgen en verspreiden om constante verbetering te bewerkstelligen. Daarmee wil Vilans bevorderen dat deelname aan het verbetertraject impact heeft op de hele organisatie en dat de organisatie na afloop van het traject in staat is om de opgedane vaardigheden vast te houden en verder te ontwikkelen (Mast et. al 2005). Mast et al (2005) beschrijven de volgende doelstellingen van het Verbetertraject Plus voor de deelnemende organisaties:

- werken aan doelen en daarbij resultaten realiseren die zij belangrijk vinden en die bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg voor cliënten;
- voldoen aan de eisen die gesteld worden in de kwaliteitskaders verantwoorde zorg en gehandicaptenzorg;
- voorwaarden realiseren die nodig zijn om blijvend aan veranderingen (is dynamische borging) te kunnen werken.

1.3 Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het wetsvoorstel (wijziging van de Wet Bopz) laat op zich wachten waardoor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op 18 november 2008 bekend heeft gemaakt dat het gebruik van de Zweedse band in 2011 uitgebannen moet zijn (Nursing 2010). De omstrede Zweedse band wordt gebruikt om onrustige patiënten tegen zichzelf te beschermen, maar zorgt vaak voor gevaarlijke situaties. In sommige gevallen leidt het gebruik van de Zweedse band zelfs tot de dood (Nursing 2010). Het uitbannen van de Zweedse band is geen wettelijk verbod omdat de IGZ op dit vlak geen wettelijke controlebevoegdheid heeft. De IGZ kan wel het ministerie van VWS en de zorginstellingen adviseren. Het IGZ heeft een onderzoek uitgevoerd waaruit bleek dat de vrijheidsbeperkende maatregelen verantwoord teruggedrongen kunnen en moeten worden (ANP 2008). Het ministerie van VWS heeft op basis van het onderzoek van het IGZ richtlijnen geformuleerd waarin het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg worden uitgelegd. De IGZ wil dat de instellingen zelf de Zweedse band middels zelfregulering afschaffen om ervoor te zorgen dat de zorgverleners bewust worden van de negatieve impact van vrijheidsbeperkende maatregelen (ANP 2008). IGZ, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties uit de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg hebben op 18 november 2008 tijdens het congres 'Zorg voor Vrijheid' een intentieverklaring getekend om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen fors terug te dringen (Nursing 2010).

In het voorjaar 2010 is de IGZ een tweede onderzoek gestart naar de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de ouderenzorg. Hiermee wordt vastgesteld hoe ver instellingen zijn met het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen (Nursing 2010).

1.4 Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

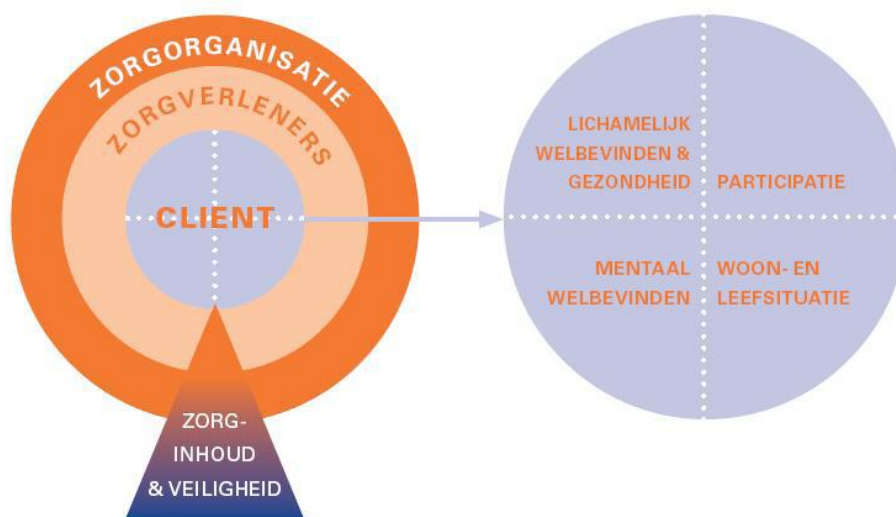
De voorgestelde wetswijziging Bopz en het advies van de IGZ zijn beide een belangrijke aanzet om te werken aan het uitbannen van de Zweedse band. Organisaties in de langdurige zorg dienen zich tevens te houden aan de normen van Verantwoorde zorg (Zichtbare zorg 2010). De normen van Verantwoorde zorg staan beschreven in de Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Het doel van het kwaliteitskader is door verantwoorde zorg de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Uitgangspunten daarbij zijn de cliënt zelf, dat de zorgverlener met plezier werkt, en dat de Raad van Bestuur en managers het personeel goed ondersteunen. In het kwaliteitskader staat de kwaliteit van leven van de cliënt centraal. Door middel van het meten van de zorg, wordt de kwaliteit van de geleverde zorg zichtbaar. Dit transparant maken van de kwaliteit van zorg is geen doel op zich, maar is een middel om de kwaliteit van zorg en hiermee de kwaliteit van leven van de cliënten te verbeteren (Zichtbare zorg 2010). Het kwaliteitskader ondersteunt medewerkers van zorgorganisaties om goede zorg te leveren.

Het vertrekpunt van het kwaliteitskader verantwoorde zorg is gebaseerd op vier levensdomeinen (Zichtbare zorg 2010), te weten:

- a. lichamelijk welbevinden en gezondheid
- b. woon- en leefsituatie
- c. participatie
- d. geestelijk welbevinden

Voorwaarden voor verantwoorde zorg en het realiseren van een zo hoog mogelijke *kwaliteit van leven* van cliënten zijn de *kwaliteit van de zorgorganisatie*, de *kwaliteit van zorgverleners* en de *zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid*. Deze thema's zijn essentieel in het verwezenlijken van kwaliteit van leven. Zowel de zorgverleners en de zorgorganisatie hebben een rol in het realiseren van zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. In figuur 1 wordt aangegeven hoe de thema's zich tot elkaar verhouden (Zichtbare zorg 2010).

Figuur 1 Schematische weergave thema's



Bovengenoemde thema's worden in het kwaliteitskader verder uitgewerkt in meetbare termen: de indicatoren. Per thema is één of een aantal indicatoren benoemd. Er worden twee soorten indicatoren onderscheiden (Zichtbare zorg 2010):

- Cliëntgebonden Indicatoren (CQ). Deze worden gemeten door cliëntenraadpleging aan de hand van de CQ-Index Verpleging Verzorging & Thuiszorg. Dit wordt uitgevoerd door een onafhankelijk meetbureau.
- Zorginhoudelijke Indicatoren (ZI) (worden gemeten door de organisatie zelf)
 - a. zorginhoudelijke indicatoren op organisatieniveau
 - b. zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau

De indicatoren waar het in het geval van vrijheidsbeperkende maatregelen om gaat, zijn de zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau (indicator 7 zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid, 7.10 en 7.11). In het bijbehorende 'registratieformulier Verpleging & Verzorging/ Cliëntniveau' dienen de volgende vragen met ja of nee beantwoord te worden: (1) 'Is bij de cliënt de maatregel 'onrustband' toegepast in de afgelopen 30 dagen?', (2) 'Staat de toepassing van de maatregel 'onrustband' beschreven in het zorgleefplan van de cliënt?', (3) 'Is het effect van de maatregel 'onrustband' geëvalueerd en vastgelegd in het zorgleefplan?' en (4) 'Is afbouw van de onrustband mogelijk?'.

Deze kwaliteitsgegevens laten bijvoorbeeld zien waar problemen liggen of verbeterlagen te behalen zijn. Inzicht in deze gegevens is essentieel voor het verbeteren van de kwaliteit van geleverde zorg. In het Kwaliteitskader wordt overigens ook verwezen naar het programma Zorg voor Beter omdat dit programma hulp biedt aan zorgorganisaties en zorgverleners bij het ontwikkelen en inzetten van verbetertrajecten. De gegevens welke voortkomen uit de Verantwoorde zorg (kwaliteitsgegevens) worden door zowel de organisatie zelf als anderen gebruikt: de IGZ kan met deze gegevens toezicht houden, zorgkantoren kunnen zorg inkopen en cliënten kunnen goed geïnformeerd keuzes maken (Zichtbare zorg 2010).

1.5 Stichting voor Regionale Zorgverlening, locatie Ter Valcke

Stichting voor Regionale Zorgverlening (SVRZ) biedt zorg aan verscheidene mensen (jong, oud, dementie of lichamelijk gehandicapt) in Zeeland (SVRZ 2010). Het SVRZ wordt bestuurd door de directeur en de directievoorzitter, die geadviseerd worden door de locatiemanagers van de verschillende locaties (SVRZ 2010). Het SVRZ omvat circa 50 locaties waar zorg geleverd wordt. Op de meeste locaties is een locatiemanager werkzaam.

Een van deze locaties is Ter Valcke te Goes. Ter Valcke is een centrum voor zorg en reactivering. Het centrum biedt een groot aantal intramurale functies zoals onder ander dagbehandeling (18 cliënten), palliatieve zorg, reactivering neurologie en orthopedie, somatiek (87 cliënten) en psychiatrische geriatrie langdurig verblijf (72 cliënten), gerontopsychiatrie en een logeershuis voor mensen met dementie die nog thuis wonen (Zorgloket 2010). In 2005 zijn de woningen voor de psychiatrische geriatrie van Ter Valcke gerealiseerd (Actiz 2009).

Ter Valcke heeft een managementteam waarin de volgende personen zitting nemen: twee hoofden Zorg, kwaliteitsbeleidsmedewerker, hoofd medisch/ paramedisch, hoofd P&O, hoofd facilitaire dienstverlening en de locatiemanager. Aan het managementteam neemt ook een teamleider van Planning en Control deel. Voor het programma Zorg voor Beter Plus heeft Ter Valcke een kernteam samengesteld die zich intensief bezig heeft gehouden met

het programma Zorg voor Beter Plus, thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'.

De leden van dit kernteam zijn:

- Psycholoog (psycholoog psychiatrie geriatric Ter Valcke),
- Teamleidster (van de eerste woningen die met het verbetertraject gestart zijn, de zogenoemde pilot woningen Ter Valcke),
- Hoofd Zorg (is stichting breed verantwoordelijk voor de Zorg en is tevens lid van het managementteam),
- Kwaliteits- beleidsmedewerker (is stichtingsbreed verantwoordelijk voor de kwaliteit en beleid en is tevens lid van het managementteam).

De samenstelling van het kernteam is niet aan het toeval overgelaten. Twee leden van het kernteam, hoofd zorg en de kwaliteitsbeleidsmedewerker, zijn vertegenwoordigd in het managementteam van Ter Valcke. De psycholoog en de teamleidster van het kernteam, zijn nauw betrokken bij de werkvloer. De samenstelling van het kernteam kan ervoor zorgen dat een georganiseerd (managementniveau) verbetertraject op de werkvloer (psycholoog en teamleidster) plaats kan vinden.

1.6 Centrale probleem en doelstelling

In de bovenstaande paragrafen zijn onderwerpen aangehaald die van belang zijn bij de formulering van het centrale probleem. Het centrale probleem betreft, 'op welke manier (hoe) is het kernteam van Ter Valcke betrokken bij het zoeken naar en borgen van alternatieven voor de Zweedse band'. Om het centrale probleem goed te kunnen begrijpen en om de doelstelling goed uit te kunnen leggen, vergt de term 'alternatieven' nadere uitleg.

Met alternatieven wordt bedoeld de zoektocht naar andere behandelingspatronen voor de Zweedse band. In deze zoektocht komt steeds het precaire spanningsveld tussen veiligheid en vrijheid (of wel autonomie) terug. Het uiteindelijke alternatief zorgt ervoor dat de Zweedse band uitgebannen kan worden.

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is om via de 'gefundeerde theorie' (grounded theory) te ontdekken en te begrijpen waar de betrokkenheid van het kernteam van Ter Valcke, centrum voor zorg en reactivering, uit bestaat bij het verbetertraject van Zorg voor Beter Plus en hoe de verbetering binnen Ter Valcke vorm krijgt.

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is vanuit bovenstaande beschrijving te komen tot inzichten en eventuele adviezen om toekomstige verbetertrajecten in de langdurige zorg (beter) in te richten ten aanzien van de betrokkenheid van het management bij het zoeken en borgen van alternatieven voor de Zweedse band.

1.7 Onderzoeksvraag en deelvragen

Het centrale probleem leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Hoe wordt in het programma Zorg voor Beter Plus en binnen Ter Valcke vormgegeven aan de processen van het zoeken naar en borgen van alternatieven voor de Zweedse band en wat is de rol van de betrokkenheid van het kernteam hierin?

Om de bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. *Hoe wordt in Ter Valcke op individueel cliëntniveau gezocht naar alternatieven voor de Zweedse band?*
2. *Hoe wordt het werken met alternatieven voor de Zweedse band in Ter Valcke geborgd?*
3. *Hoe krijgt de betrokkenheid van het kernteam vorm binnen de organisatie Ter Valcke en hoe wordt deze betrokkenheid op het operationele niveau van de organisatie ervaren?*

1.8 Leeswijzer

De scriptie is als volgt opgebouwd; In hoofdstuk 2 volgt na het inleidende gedeelte met de beschrijving van de onderzoekssetting, de methodische beschrijving die inzicht geeft in de gehanteerde onderzoeksmethode 'grounded theory'. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het programma Zorg voor Beter Plus en in hoofdstuk 4 worden de empirische resultaten beschreven. In hoofdstuk 5 zal aan de hand van de empirie een theoretische reflectie en generalisatie tot stand komen. In hoofdstuk 6 worden de conclusie en aanbevelingen gerapporteerd. Als laatste zal in hoofdstuk 7 kritische terug gekeken worden op het onderzoeksproces.

Hoofdstuk 2 Methoden en Technieken

In dit hoofdstuk worden de methoden van onderzoek besproken. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de onderzoekssetting. In tweede paragraaf wordt het onderzoeksontwerp toegelicht. De derde paragraaf beschrijft de wijze van dataverzameling en in de daarop volgende paragraaf wordt de uitwerking van de data beschreven. In de vijfde paragraaf zullen betrouwbaarheid en validiteit aan bod komen. Tenslotte wordt er in paragraaf zes ingegaan op de rol van de onderzoeker en het ethische aspect.

2.1 Onderzoekssetting

Het onderzoek is uitgevoerd in Ter Valcke, gevestigd in Goes, in de woningen van psychiatrische geriatrie (psychogeriatric). Cliënten met dementie verblijven in de

Casus: Eerste indruk locatie Ter Valcke

De locatie Ter Valcke, gelegen in een woonwijk, heeft een gedeelte met 'hoogbouw' waarin de somatische ouderen verblijven en een psychiatrisch geriatrische vleugel ('laagbouw'). Met deze vleugel beoogt het SVRZ kleinschalig wonen wat ten goede komt van de cliënten. De woningen zijn in een soort driehoek gebouwd waarbij alle voordeuren van de woningen grenzen aan een overkapte wandelgang (ook wel wintergang genoemd) en de gezamenlijke speciaal aangelegde binnentuin. De inrichting van de woningen zorgt voor een gezellige en informele/ huiselijke sfeer mede doordat voor de inrichting leuke en mooie accessoires gebruikt zijn. Elke woning heeft een vogeltje dat gezellig tijlpt. Iedere bewoner heeft een eigen kamer met persoonlijke spullen. De cliënten zien er goed verzorgd uit (nette kleding en sieraden). De woningen hebben allen een eigen achtertuin. Twee woningen zijn door de gemeenschappelijke berging aaneengeschakeld zodat de medewerkers van de ene naar het andere woning kunnen om waarnodig elkaar te helpen.

psychiatrische geriatrische woningen welke geschikt zijn voor maximaal 6 personen. In deze woningen staat het dagelijks leven centraal, wassen, koken, strijken, boodschappen doen, schoonmaken enzovoort. Daar waar mogelijk helpen de cliënten mee (Zorgloket 2010).

Ter Valcke heeft in 2008 aan de tweede tranche van Zorg voor Beter Plus meegedaan met het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'. De aanleiding voor deelname was onder andere het bezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). IGZ heeft tijdens haar bezoek aan Ter Valcke gekeken hoe er omgegaan werd met 'vrijheidsbeperkende maatregelen'. Uit

het rapport van de IGZ bleek dat Ter Valcke te veel getalsmatig bezig was, hoe vaak komt fixatie voor, in plaats van op zoek te zijn naar alternatieven voor fixatie. Het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' heeft als logisch doel om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen. In december 2009 heeft Ter Valcke officieel het project afgerond. Tijdens het verbetertraject heeft Ter Valcke als eerste de

Zweedse band uitgebannen. Later zijn de bedrekken en het gedrag van de cliënten ter discussie komen te staan.

Opgemerkt moet worden dat binnen het SVRZ nog twee andere locaties bezig zijn geweest met 'vrijheidsbeperkende maatregelen' te weten, Ten Anker en Koriander. Ten Anker is een zorginstelling met aanleunwoningen, biedt zorg aan cliënten in het verpleeg- en verzorgingshuis en biedt dagbehandeling aan psychogeriatrische cliënten (Zorgloket 2010). Ten Anker heeft deelgenomen aan het programma Zorg voor Beter met als thema 'Ban de Band', waarin aandacht besteed werd aan het wegnemen van fixatiemiddelen. De locatie Koriander is een kleinschalig wooncomplex voor dementerende ouderen. Koriander biedt aan 24 cliënten woonruimte en zorg (Zorgloket 2010). Koriander was de locatie waarnaar Ter Valcke het verbetertraject- uitbannen van de Zweedse band- als eerste verspreid heeft.

2.2 Onderzoeksontwerp- Grounded Theory

Binnen Ter Valcke is een kwalitatief explorerend onderzoek uitgevoerd. In het onderzoek is gebruik gemaakt van 'grounded theory'. Het begrip 'grounded theory' ofwel gefundeerde theorie houdt in een stapsgewijze, systematische en interpretatieve werkwijze waarbij uit uitgeschreven interviews, observaties en documentanalyses theoretische concepten en theorieën worden afgeleid (Glaser et al 1999). Het onderzoek is op deze wijze ingestoken zodat de mogelijkheid gecreëerd kan worden om zonder voorafgesteld theoretisch kader te kijken naar hoe het verbetertraject Zorg voor Beter Plus thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' vorm krijgt binnen de locatie Ter Valcke. Daarnaast wordt gekeken of het verbeterprogramma Plus de gewenste uitwerking heeft gehad zoals het door Vilans bedacht was. Het verbeterprogramma Plus beoogt meer betrokkenheid van het management, borging en verspreiding over de hele organisatie (Mast et al. 2005). Belangrijk bij 'grounded theory' is dat de theoretische perspectieven vanuit de empirie voortvloeien. Gekeken is naar wat werkelijk in de praktijk gebeurt, om zo te bepalen hoe het verbetertraject Plus binnen Ter Valcke heeft bijgedragen aan de kwaliteitsverbetering het 'uitbannen van de Zweedse band' (thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'). Een voordeel van 'grounded theory' is dat de gevonden theorieën beter passen op de praktijk, omdat ze uit de praktijk voortvloeien, dan wanneer er vooraf een theoretisch kader opgesteld is (Glaser et al 1999). Hierdoor is het is mogelijk dat de organisatie zich beter kan vinden in de conclusies van het onderzoek doordat de theorieën, voortkomend uit de thema's in de empirie, tastbaarder en herkenbaar zijn (Glaser et. al 1999). Een belangrijke karakteristiek van 'the grounded theory' is het constant vergelijken van gegevens uit de praktijk met de voorbeelden uit de literatuur om theoretische generalisatie te verkrijgen (Creswell 2003:14).

2.3 Dataverzameling

Om te komen tot een gefundeerde theorie en tot de beantwoording van de onderzoeksvraag en deelvragen, is gewerkt met verschillende methoden van onderzoek. De methoden die zijn toegepast zijn; documentanalyse, participerende observaties en semigestructureerde face to face interviews. Deze methode van dataverzameling wordt ook wel triangulatie genoemd (Creswell 2003:183).

2.3.1 Toegang tot Ter Valcke

De keuze om onderzoek te doen bij Ter Valcke is gestoeld op een praktische reden (reistijd) en omdat Vilans aangegeven had dat Ter Valcke met het verbetertraject goede resultaten geboekt heeft. Het onderzoeksonderwerp betrof Zorg voor Beter Plus. Gezocht is naar een organisatie voor langdurige zorg in de regio West- Brabant/ Zeeland welke deel genomen heeft aan Zorg voor Beter Plus. Het thema hierbij was niet van belang. Elk thema van Zorg voor Beter Plus is even interessant om te onderzoeken. Ter Valcke heeft deelgenomen aan het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen', waardoor nu de focus uitgaat naar het uitbannen van de Zweedse band.

Voorafgaand aan de dataverzameling, er is contact geweest met een medewerker van kenniscentrum Vilans. Zij heeft Ter Valcke gedurende het project begeleid. In dit gesprek is globaal het verloop van het project besproken. Daarna is contact gezocht met hoofd Zorg van Ter Valcke om na te gaan of het mogelijk is om onderzoek te doen. Na beargumenteerd te hebben waarom het onderzoek plaats zou moeten vinden binnen Ter Valcke en welke voordelen Ter Valcke uit het onderzoek kan halen, gaf het hoofd Zorg akkoord om onderzoek te doen.

2.3.2 Document analyse

De verzameling van de documenten was de eerste fase in de dataverzameling. Het Hoofd Zorg van Ter Valcke heeft documenten toegestuurd, welke zijn bestudeerd. Dit waren de startmap 'Verbetertraject Plus' van Kenniscentrum Vilans, het rapport van de IGZ 'Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kan en moet', het plan van aanpak (actieplan), notulen en verslagen van de werkoverleggen, Bopz- beleid SVRZ 2010 en gepubliceerde artikelen over de startbijeenkomst van het project. De documenten zijn voorafgaand aan de participerende observaties en de interviews verzameld waardoor meer inzicht verkregen is in het verbetertraject. Dit heeft als voordeel dat er een goede voorbereiding plaatsgevonden heeft.

Tijdens de eerste fase van het onderzoek zijn twee artikelen gelezen over Zorg voor Beter (Strating et al 2009 en Stoopendaal et al 2009). Tevens is het eerste evaluatie onderzoek doorgenomen (Strating et al. 2008).

Door de documentanalyse, met name het plan van aanpak van Ter Valcke en de startmap van Kenniscentrum Vilans, is duidelijk geworden hoe structuur gegeven is aan het project. Op advies van Vilans is een kernteam gevormd. Het kernteam heeft zich op beleidsniveau bezig gehouden met het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'.

In het plan van aanpak was te lezen dat de teamleidster en de psycholoog (leden van het kernteam) maandelijks contact hebben gehad met de persoonlijke begeleiders (PB'ers). De PB'ers zijn de contactpersonen voor de familie van de cliënt. Tevens kwamen uit de documentatie verscheidene acties naar voren zoals opstellen van berichten voor de nieuwsbrief, uitwisselen van kennis en voortgang, bespreken of medewerkers betrokken worden bij het kernteam. Ook werden verantwoordelijkheden en de tijdslijn beschreven.

2.3.3 Observatie

Om te zien hoe het verbeterproject 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen', gericht op het uitbannen van de Zweedse band, vorm heeft gekregen in de woningen van de psychiatrische geriatrie van Ter Valcke, zijn participerende observaties verricht (Mason et al. 1998). Het doel van de participerende observaties was om te kijken hoe en welke alternatieven voor de Zweedse band Ter Valcke hanteert. Eerst zijn voor de participerende observaties de pilotwoningen¹ bezocht waarin als eerste de Zweedse banden werden afgebouwd. Daarna is er steekproefsgewijs een drietal 'niet pilot' woningen² bezocht.

Tijdens de participerende observaties is gekeken naar welke alternatieven zijn toegepast om de Zweedse band uit te bannen. Ook is gelet op hoe deze alternatieven gedocumenteerd worden. Tijdens de participerende observaties is gebruik gemaakt van een beknopte topiclijst (bijlage 1). Alle woningen zijn op eenzelfde dag geobserveerd. Tijdens deze dag is meegekeken met de medewerkers waaraan vragen over de waarnemingen gesteld konden worden. De medewerkers hebben laten zien welke alternatieven zijn ingezet om de Zweedse band uit te bannen. Ook hebben de medewerkers laten zien dat de afbouwschema's in onder andere het digitale patiëntendossier genaamd PlanCare onder het tabblad 'Middelen en Maatregelen' gedocumenteerd worden. De documentatie van de afbouwschema's kan tevens gezien worden als documentanalyse.

¹ Een pilotwoning is een woning waarin het verbetertraject als eerste wordt gestart. In het geval van Ter Valcke waren er een aantal pilotwoningen.

² Een 'niet pilot' woning zijn woningen die na het slagen van de verbetering kunnen beginnen met het verbetertraject.

Doordat het verbeterproject officieel is afgerond en er geen bijeenkomsten van het kernteam meer zijn, was het niet mogelijk om vergaderingen bij te wonen om zo het proces te observeren. Het proces, van het zoeken en borgen van alternatieven voor de Zweedse band, zijn nu verkregen uit de documentanalyse.

2.3.4 Interviews

Om antwoord te krijgen op de vragen: (1) Hoe wordt in Ter Valcke op individueel cliëntniveau gezocht naar alternatieven voor de Zweedse band? (2) Hoe wordt het werken met alternatieven voor de Zweedse band in Ter Valcke geborgd? en (3) Hoe krijgt de betrokkenheid van het kernteam vorm binnen de organisatie Ter Valcke en hoe wordt deze betrokkenheid op het operationele niveau van de organisatie ervaren?, zijn op individueel niveau semigestructureerde face to face interviews afgenomen (Baarda & de Goede 2001). De interviews zijn afgenomen bij drie verschillende groepen medewerkers, te weten; leden van het kernteam, persoonlijke begeleiders van de pilotwoningen en medewerkers van de 'niet pilot' woningen. Voor de verschillende medewerkers zijn passende interviewvragen ontwikkeld en toegepast (bijlage 2).

Doordat de teamleidster wegens langdurige ziekte niet aanwezig was, heeft zich geen mogelijkheid voorgedaan om haar te interviewen. Wel is de teamleidster van de 'niet pilot' woningen geïnterviewd. Zij is door de collega teamleidster nauw op de hoogte gehouden van het project. Op elke pilot woning werken twee PB'ers waarvan er één PB'er is geïnterviewd. In totaal zijn bij zes PB'ers interviews afgenomen. Om een indruk te krijgen wat de ervaringen zijn van de medewerkers van de 'niet pilot' woningen, zijn van deze woningen twee medewerkers geïnterviewd.

In totaal zijn er over drie dagen verspreid 12 interviews afgenomen. Alle interviews zijn, na toestemming van de geïnterviewde, opgenomen op recorder. Met de geïnterviewde is afgesproken dat zij aangeven wel of niet akkoord te gaan met de uitgewerkte transcripten. Ook was het mogelijk om waarnodig achteraf verdiepingsvragen te stellen.

2.4 Uitwerkingen data

Voordat de observaties en de interviews verder bewerkt konden worden, zijn de observaties en interviews getranscribeerd (bijlage 3 observaties). Vervolgens zijn de transcripten ingelezen in het programma Atlas.ti. Strauss et. al (1998) geeft een fasering aan hoe de data geanalyseerd dient te worden. Eerst wordt de empirische data analytisch uiteengelegd ook wel begripsontwikkeling genoemd (termen: open coding, the process of breaking down,

examining, comparing, conceptualizing, and categorizing data (Strauss & Corbin: 61-74)). Er is open en in vivo gecodeerd. Open codering betekent dat eerst alle data die verzameld is nauwkeurig gelezen wordt, de data wordt in fragmenten verdeeld, gelabeld en vergeleken. Alle fragmenten worden dus gecodeerd (gelabeld) met een bepaalde code (naam, nummer, etc.) (Baarda en de Goede 2001). In vivo coderen betekent dat de codes voortkomen uit de terminologie van de respondenten van het onderzoek en waarvan verondersteld wordt dat ze goed bij het veld van onderzoek passen (Baarda en Goede 2001). Door deze methodes van coderen worden quotes uit de context gehaald en is het mogelijk om 'neutraal' naar de interviews te kijken. Alle interessante en belangrijke woorden en termen uit de interviews zijn gecodeerd. Dit resulteerde in een codelijst van 407 codes. Vervolgens is de tweede stap gezet die Strauss et. al. (1998) 'voorschrijft'. De concepten/ begrippen worden samengevoegd tot één inzichtgevend geheel (termen: axial coding, a set of procedures whereby data are put back together in new ways after open coding, by making connections between categories (Strauss & Corbin: 96-115)). De codes zijn gegroepeerd tot bepaalde thema's. Alle codes die met hetzelfde thema te maken hebben, zijn gebundeld. Dit resulteerde in 30 thema's. Als laatst beschreven stap door Strauss et. al. (1998) is het uitwerken van de inzichtgevende structuur (termen: selective coding, the process of selecting the core category, systematically relating it to other categories, validating those relationships, and filling in categories that need further refinement and development (Strauss & Corbin: 116-42)). De gevonden thema's zijn herzien en de codes zijn gehegroepeerd. Uiteindelijk zijn de codes/ thema's geëxpliciteerd en gespecificeerd. Hierdoor worden de begrippen stabiel, met andere woorden verzadigd (Glaser et. al. 1999).

Uit de empirie zijn zoals eerder beschreven 30 thema's naar voren gekomen. De thema's met de meeste codes zijn: (1) alternatieven voor de Zweedse band, (2) Zorg voor Beter Plus, (3) projectleiding, (4) projectstructuur, (5) verandering en (6) familie (7) verspreiding en (8) borging. Tijdens het uitwerken en het evalueren van de data kwamen twee van de bovengenoemde thema's sterk naar boven, te weten: alternatieven voor de Zweedse band en borging. Het blijkt dat de alternatieven voor de Zweedse band erg belangrijk zijn om het precaire spanningsveld tussen veiligheid en vrijheid (of wel autonomie) te verminderen. Uit de data van het onderzoek blijkt dat de alternatieven voor de Zweedse band op verschillende manieren geborgd worden, namelijk het borgen van de inhoudelijke alternatieven en het borgen omtrent het leren en vasthouden van de verbetering- het uitbannen van de Zweedse band. De codes en daaraan gekoppelde thema's zijn voortgevloeid uit de empirie (Glaser et. al 1999). Op de thema's alternatieven voor de Zweedse band en borging wordt een theoretische reflectie gegeven en komt er een theoretische generalisatie tot stand.

2.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit geeft aan of er gemeten wordt wat je daadwerkelijk beoogd te meten dus 'vrij' is van eventuele bias. De data die uit het onderzoek verworven is, moet een juiste weerspiegeling geven van de gebeurtenissen in de praktijk (Baarda & de Goede, 2001).

Voor het valideren (meten wat je denkt te meten) van bevindingen is het instrument 'triangulatie' gebruikt. Triangulatie houdt in het gebruikmaken van verschillende onderzoeksmethoden zoals documentanalyse, observaties en interviews. Het toepassen van triangulatie is bedoeld om aan te tonen dat een bevinding ondersteund wordt door meerdere, onafhankelijk van elkaar verkregen, waarnemingen. De strategie bij triangulatie is gericht op het vinden van overeenkomstige patronen, waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende bronnen (Baarda e.a., 2001). Het gebruik van meerdere methoden leidt tot betrouwbaarheid van resultaten en conclusies (Creswell 2003).

2.6 Rol van de onderzoeker en ethisch aspect

Omdat de onderzoeker geen deel uitmaakt van de organisatie, kan de onderzoeker gezien worden als een buitenstaander (Baarda & de Goede 2001). Er leek door de respondenten van het onderzoek openlijk over het verbetertraject gesproken te worden. De locatie Ter Valcke is een kleine locatie en er is bekend welke werknemers in het kernteam zitting nemen en welke medewerkers persoonlijke begeleiders zijn. Om deze reden zijn aan de citaten van de respondenten coderingen gekoppeld (bijvoorbeeld respondent B2) in plaats van de naam van de functie. De onderzoeker heeft alle respondenten gecodeerd. De gegevens uit de onderzoeksmethoden worden zorgvuldig behandeld en worden niet aan derden verstrekt.

Hoofdstuk 3 Zorg voor Beter Plus

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het programma Zorg voor Beter Plus traject waaraan Ter Valcke deel heeft genomen.

In navolging van de Zorg voor Beter trajecten is Zorg voor Beter Plus gestart. Dit Plus traject is opgezet naar aanleiding van de resultaten van de tussenevaluatie van Zorg voor Beter in 2008 uitgevoerd door het iBMG. Uit de tussenevaluatie kwam naar voren dat het management weinig betrokken was bij de verbetertrajecten. Een oorzaak hiervan kan zijn dat het verbeterprogramma als ideaal gepresenteerd werd, terwijl het (hoger) management de aandacht moet verdelen over meerdere aandachtsgebieden (Strating et al. 2008).

In de onderstaande tabel worden de verschillen aangegeven tussen het verbetertraject Zorg voor Beter en het verbetertraject Plus.

Tabel 1: Verschillen verbetertraject Zorg voor Beter en verbetertraject Plus (Zorg voor Beter 2009b)

Verbetertrajecten Zorg voor Beter	Verbetertraject Plus
Verbeteren op 1 thema	Verbeteren op 1 tot 3 thema's
Verbeteren op een (pilot) afdeling, daarna verspreiding	Inzet op verbeteren organisatiebreed, ontwikkelen van een verspreidingsstrategie
Aanreiken van beproefde methoden en verbeteringen op basis van wetenschappelijk bewijs, experts of goede voorbeelden	Aanreiken van beproefde methoden en verbeteringen, verrijkt met lessen en ervaringen uit eerdere Verbetertrajecten
Thema's open voor de langdurende zorg, soms sector specifiek gericht	Thema's open voor alle langdurende zorg met vertaalslag voor alle sectoren
Ondersteuning gericht op het hele verbeterteam	Ondersteuning voor de verbeterteam(s), een management traject, een projectleidertraject en een cliëntentraject
Ondersteuning door bijeenkomsten, experts begeleiding op maat, extranet	Naast reguliere begeleiding specifieke activiteiten voor managers, cliënten-vertegenwoordigers, moderne ICT leer tools, meerdaagse bijeenkomsten (conference calls)
Traject van 1 jaar	Traject van anderhalf jaar

De items die onder 'Verbetertraject Plus' worden aangegeven, zijn tevens ook de aandachtspunten. Bijvoorbeeld richt het verbetertraject Plus zich op veranderingen in de hele organisatie in plaats van op een (pilot) afdeling. In het managementtraject krijgen managers handvatten aangeboden om binnen de organisatie verbeteringen en veranderingen zo

effectief mogelijk te sturen. Onderwerpen behorend bij het managementtraject zijn; verandering, werken aan verbetering, borging en spreiding (Zorg voor Beter 2009b). Doordat er aandacht is voor het hoger management, zouden verspreiding en borging beter bewerkstelligd kunnen worden (Zorg voor Beter 2009b). De aandacht bestaat uit het organisatiebreed verbeteren en niet enkel op één afdeling. Zorg voor Beter Plus omvat de volgende thema's: preventie, seksueel misbruik, probleemgedrag, zeggenschap, eten en drinken, medicatieveiligheid, decubitus en valpreventie. Naast deze thema's zijn er nog een aantal andere specifieke thema's toegevoegd aan het verbetertraject Plus, te weten: werken met het zorg- en ondersteuningsplan, omgaan met vrijheidsbeperkingen en empowerment van cliënten (Mast et al. 2005). Per thema heeft Vilans een document samengesteld genaamd Maatregel op Maat (Zorg voor Beter 2009b). In dit document wordt in het geval van 'vrijheidsbeperkende maatregelen' aandacht besteed aan:

- Maatregelen op maat: Inleiding op het thema Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Vrijheidsbeperkende maatregelen vanuit het cliëntperspectief gezien
- Urgentie problematiek en onderbouwing van de noodzaak te verbeteren
- Verbeterstrategieën binnen het thema vrijheidsbeperkende maatregelen
- Beoogde doelen en resultaten binnen het thema

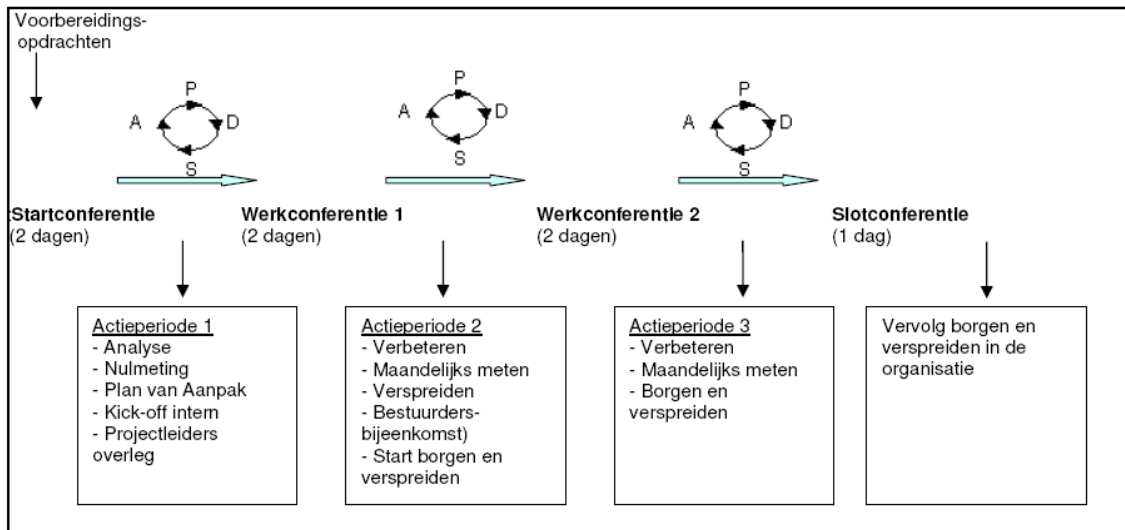
In dit document worden geen alternatieven voor de Zweedse band aangeboden. Enkel wordt aangegeven dat aantoonbaar gezocht moet worden naar alternatieven voor non- fixatie. Wel worden er links gegeven waar het kernteam ideeën op kan doen voor alternatieven voor de Zweedse band (Zorg voor Beter 2009b).

De basiselementen van Verbetertraject Plus zijn: cliëntparticipatie, projectorganisatie van de eigen organisatie, verbeteren en veranderen, meten en werken met indicatoren, verspreiden, borgen en communiceren. Deze basiselementen komen tijdens het hele verbetertraject voortdurend op verschillende manieren terug (Zorg voor Beter 2009b). De verbeterprincipes die gebruikt worden, zijn het regelmatig evalueren van beleid, het verbeteren van het meldingssysteem en ontwikkelen en verbetering van de competenties van medewerkers (Zorg voor Beter 2009b).

Het Kenniscentrum Vilans organiseerde verschillende conferenties zoals een startconferentie, twee werkconferenties en een slotconferentie (figuur 2) waaraan de leden van de kernteams van verschillende organisaties deelnamen. Tijdens de verschillende conferenties werd de nadruk gelegd op de kwaliteitscyclus Plan- Do- Study- Act (PDSA cyclus). Hierdoor wordt de organisatie ondersteund bij het leren verbeteren en het inbedden van het verbeteren in de bestaande structuren. Vilans geeft aan dat behalve een plan maken (P), ook het doen (D) van belang is. De start gaat uit van op kleine schaal snel invoeren (D)

en leren, om te kijken of de acties effect hebben in de organisatie (S), om zo de verbeteringen bij te stellen (A) (Zorg voor Beter 2009b).

Figuur 2: Schematische weergave verloop Verbetertraject Plus (Zorg voor Beter 2009b)



Vilans biedt de deelnemende organisaties de mogelijkheid om tijdens de werkconferenties en via de website opgedane kennis uit te wisselen. Goede voorbeelden worden gebruikt en onder de organisaties verspreid, om ervoor te zorgen dat alle organisaties zo goed mogelijk binnen het eigen traject en met de eigen medewerkers kunnen leren van het verbeteren (Zorg voor Beter 2008b).

Elke deelnemende organisatie aan het programma Zorg voor Beter Plus heeft van Vilans de startmap 'Verbetertraject Plus- uw organisatie structureel sterker, voor deelnemers' ontvangen. In deze map komen de volgende thema's aan bod (Zorg voor Beter 2009b):

- Een goede start is het halve werk
- Ambitie statement van het project
- Uitgangspunten Verbetertraject Plus
- Cliëntparticipatie in uw Verbetertraject Plus
- Veranderen en verbeteren / achtergronden van de methodiek
- Implementeren op brede schaal
- Bouwen en vasthouden
- Communicatie en betrokkenheid bij het Verbetertraject Plus
- Meten en werken met indicatoren

Het thema (ofwel hoofdstuk) 'bouwen en vasthouden' betreft het onderwerp 'borging'. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan: (1) wat is het doel van borging, (2) wat is borging, (3)

wanneer borgen, (4) bouwen aan verbeterkracht (bijvoorbeeld Commitment van de Raad van Bestuur of het managementteam voor een bepaalde structuur voor het doen van projecten/verbetertrajecten, bijvoorbeeld m.b.v. de doorbraakmethode en het Nolan model), (5) succesfactoren voor borgen en (6) herstel van terugval. Tevens worden aan het eind van dit hoofdstuk linken aangereikt waar de organisaties extra informatie over borgen kunnen vinden.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk wordt een empirische beschrijving gegeven hoe het verbetertraject ‘omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen’ binnen Ter Valcke vorm heeft gekregen. De empirie is voortgekomen uit de documentanalyse, observaties en interviews.

4.1 Aanleiding verbetertraject

De locatie Ter Valcke te Goes heeft, voordat men gestart was met het Verbetertraject Plus, bezoek gehad van de IGZ. Uit dit bezoek volgde een Inspectierapport waaruit bleek: *“dat zij vonden dat onze organisatie meer getalsmatig bezig was dan echt nadenken over allerlei alternatieven voordat je fixatie toepast”* (Respondent A3). De IGZ gaf tevens aan dat per 1 januari 2011 de Zweedse band door zelfregulatie uitgebannen moet zijn (ANP 2008). Een andere belangrijke aanleiding voor het SVRZ voor deelname aan het Verbetertraject Plus, was de matige score op het thema ‘middelen en maatregelen’ van de norm Verantwoorde zorg. Als laatste item waarom de directie van het SVRZ deel wilde nemen aan het verbetertraject is: *‘We willen als SVRZ vooruitstrevend en heel innovatief zijn’* (Respondent A1).

Al de bovengenoemde factoren inclusief de aankomende wetswijziging Bopz, hebben een rol gespeeld in het besluit om deel te nemen aan het Verbetertraject Plus thema ‘omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen’.

Na de aanmelding voor het Verbetertraject Plus ‘omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen’ ontving Ter Valcke van Kenniscentrum Vilans de startmap ‘Verbetertraject Plus- uw organisatie structureel sterker’. Deze startmap diende als introductie voor het verbetertraject. Hierin werd onder andere vermeld dat er een kernteam opgericht dient te worden. Binnen het kernteam van Ter Valcke waren de volgende personen vertegenwoordigd; Hoofd Zorg, kwaliteitsbeleidsmedewerker, teamleidster woningen psychiatrische geriatrie en de psycholoog. Om ervoor te zorgen dat er cliëntparticipatie was, heeft Ter Valcke contact gelegd met de cliëntenraad en een oproep gedaan om een vertegenwoordiger van de cliëntenraad op te nemen in het kernteam. De vertegenwoordiger vanuit de cliëntenraad heeft echter nooit deelgenomen aan het kernteam. De reden hiervan is dat er, na geen gehoor vanuit de cliëntenraad, geen actie meer is ondernomen. De samenstelling van het kernteam is niet aan het toeval overgelaten. Twee leden van het kernteam, hoofd Zorg en de kwaliteitsbeleidsmedewerker, zijn vertegenwoordigd in het managementteam van Ter Valcke. De psycholoog en de teamleidster van het kernteam, zijn nauw betrokken bij de werkvloer op de afdeling psychiatrische geriatrie, waar het meest gefixeerd wordt. Door deze samenstelling van het kernteam wordt gezorgd dat het

verbetertraject vanuit het managementniveau georganiseerd wordt. Doordat de psycholoog en de teamleiderster dichtbij de werkvloer staan is het mogelijk om een koppeling te maken tussen het managementniveau en het operationele niveau wat het verbetertraject ten goede komt. Uit het onderzoek blijkt dat de functies van het kernteam (1) het aanbrengen van de structuur was en (2) het enthousiasmeren van de medewerkers.

4.2 Actieplan, kick- off en nulmeting

Het kernteam heeft deelgenomen aan de conferenties die door het kenniscentrum Vilans op de volgende data georganiseerd werden; 9 en 10 oktober 2008 de startconferentie, op 5 en 6 februari 2009 de eerste werkconferentie, op 3 en 4 juni 2009 de tweede werkconferentie en de slotconferentie is gehouden in december 2009. Na de startbijeenkomst welke in het teken stond van ambitieus kennismaken, ging actieperiode 1 in. In deze actieperiode werd er onder andere: een plan van aanpak opgesteld, een kick- off bijeenkomst in de organisatie gegeven en een nulmeting gedaan. De geïnterviewden uit het kernteam gaven aan: *'We hebben ook een eigen actieplan gemaakt. Niet een actieplan hoe Zorg voor Beter dat voorschreef omdat dat bij ons wat administratief overkwam, dat ons dat heel veel energie en tijd zou kosten, hebben we het gebruikelijke actieplan gebruikt en kwamen er dingen in die bij ons automatisch voor veel draagvlak zorgde.'* (Respondent A3). *'We hebben wel de tijdslijn van Vilans gevolgd maar op onze eigen manier hebben we het projectplan ingevuld en direct vertaald naar onze organisatie want dat sloot beter aan op onze werkwijze. We hadden natuurlijk de ervaring met Zorg voor Beter, we hebben dat stap voor stap gedaan en de conclusie getrokken dat we een heleboel dingen niet nodig hadden want we doen het binnen onze organisatie anders'* (Respondent A2)

Het actieplan is niet gecommuniceerd naar de medewerkers en was dan ook bij verschillende medewerkers niet bekend. De aanpak van het verbetertraject is mondeling door de teamleidster en de psycholoog (en in een aantal gevallen ook door het hoofd Zorg) in de werkoverleggen toegelicht.

Ter Valcke heeft het kenbaar maken van de start van het verbetertraject groots aangepakt met een kick- off bijeenkomst, genaamd 'Dag van de Vrijheid'. Tijdens deze bijeenkomst, bedoeld voor medewerkers, familie/ mantelzorgers en belangstellende, sprak de locatiemanager van Ter Valcke de aanwezigen toe. De aanwezigen, waaronder de pers, werden uitgenodigd om plaats te nemen in een stoel of op een bed waarna zij vastgebonden werden met een Zweedse band. Deze activiteit is in de kick- off bijeenkomst opgenomen om de aanwezigen te laten ervaren wat het is om vastgebonden te zijn. Doordat de startbijeenkomst veel indruk heeft gemaakt op de medewerkers, was men al eigenhandig begonnen met het bedenken van alternatieven en het afbouwen van de Zweedse banden.

Het was hierdoor zaak dat de nulmeting snel gedaan zou worden voordat de Zweedse banden afgebouwd zouden worden.

4.3 Familie

Uit het onderzoek blijkt dat de familie een belangrijke actor is. Alle behandelingen en activiteiten rondom de cliënt, worden met de familie (eerste contactpersoon) besproken. Mocht de familie niet willen dat de cliënt niet meer gefixeerd wordt, moet het team (medewerkers, persoonlijke begeleiders, psycholoog en teamleidster) de familie overtuigen van de veiligheid met de alternatieven voor de Zweedse band. Er wordt samen met de familie (contactpersoon) gezocht naar gepaste alternatieven voor de Zweedse band zodat deze afgebouwd kan worden. Doordat er in gesprek gegaan is met de familie, wordt er actief aan cliëntenparticipatie gedaan. Doordat Ter Valcke op de woningen psychiatrische geriatrie te maken heeft met dementerende ouderen, is het niet mogelijk om de cliënten zelf te betrekken in het proces. Cliëntenparticipatie houdt in dat er voortdurend expliciete aandacht wordt geven aan de stem van de cliënt in dit geval de stem van de familie, al blijft het bepalen van een geschikte, eigen koers aan de instellingen zelf (Zorg voor Beter 2009b). Cliëntenparticipatie is een belangrijk element behorend bij het verbetertraject Plus.

4.4 Alternatieven voor de Zweedse band

In deze paragraaf worden de alternatieven voor de Zweedse band, welke in Ter Valcke gebruikt worden, besproken. Deze alternatieven *'beïnvloeden ook het gedrag van de cliënt waardoor de cliënt rustig wordt en/ of geen behoefte heeft om te lopen (Respondent A2)*. Ondanks dat sommige medewerkers al actief bezig waren met het bedenken hoe de Zweedse band weggenomen kon worden, waren andere sceptisch. Door de invoering van de kwaliteitsverbetering, het uitbannen van de Zweedse band, kwam bij de medewerkers een bepaalde onzekerheid naar boven. Deze onzekerheid kwam voort uit het

Casus: Cliënt met de ziekte Chorea van Huntington

De ziekte Chorea van Huntington veroorzaakt opvallende uiterlijke symptomen zoals ongewilde, soms sierlijk uitziende bewegingen over het gehele lichaam, waardoor iemand met deze aandoening een dansende gang (chorea) krijgt. Door deze ziekte kan de cliënt felle bewegingen maken waardoor het gevaar bestaat dat de cliënt uit de stoel kan vallen. Voorheen werd de cliënt gefixeerd met een Zweedse band. Nu wordt er een aangepaste kuipstoel met hoge stootborden (aan de zijkant van de stoel) gebruikt zodat de benen in de stoel blijven. De medewerkers hebben eventueel de mogelijkheid om de cliënt met een autogordel vast te maken maar dat wordt (op het moment van de observatie) niet gedaan.

precaire spanningsveld tussen veiligheid en vrijheid. De medewerkers waren bang dat de cliënten zonder het gebruik van de Zweedse band zouden vallen. De teamleidster, de psycholoog en hoofd Zorg hebben een andere manier van denken bij de medewerkers moeten introduceren. Er moest een omschakeling bij de medewerkers plaatsvinden die ervoor zorgt dat de onzekerheid weggenomen wordt en dat men ziet dat het ook zonder Zweedse band veilig is. De medewerkers, zowel van de pilot en de 'niet pilot' woningen, zijn uitvoerig over het verbetertraject geïnformeerd door middel van Forus³, nieuwsbrieven en informatie in werkoverleggen. Deze informatieverstrekking is belangrijk om bij alle medewerkers draagkracht te creëren voor het verbetertraject. In de interviews wordt aangegeven dat de teamleidster en de psycholoog *'natuurlijk van te voren goed uitgelegd hadden wat het allemaal precies inhoudt en wat we kunnen verwachten'* (Respondent B4). De medewerkers zeiden ook over het kernteam: *Zij waren heel enthousiast en betrokken'* (Respondent B5). Uit de interviews blijkt dat de medewerkers de fysieke aanwezigheid van

Casus: Onrustige cliënt

Een cliënt zit in een rolstoel met een 'autogordel' over de heupen. Op het moment van observeren was de cliënt tijdens de lunch afgezonderd van de andere bewoners en at zij de boterhammen op haar eigen kamer. Dit was gedaan omdat de cliënt erg onrustig was en anders ook de andere bewoners onrustig zou maken. De cliënt heeft als alternatieven voor de Zweedse band: een hoog/laag bed met een gewoon matras naast het bed (in plaats van een valmatras omdat de medewerkers het valmatras te dun vinden), een rode lamp in de slaapkamer zodat zij 's nachts, na wakker te zijn geworden, eerder terug in slaap komt en een bewegingsmelder. De cliënt is erg onrustig en komt geregeld uit bed. Ze laat zich dan op het valmatras naast haar bed glijden en schuift op haar bips door de slaapkamer. De dienstdoende komt, na melding van de bewegingsmelder, kijken en legt mevrouw weer terug in bed.

het kernteam op de werkvloer als betrokkenheid ervaren. De medewerkers zien dat de leden van het kernteam met het verbetertraject bezig zijn. De kwaliteitsbeleidsmedewerker heeft geen taak gehad op de werkvloer waardoor de betrokkenheid van deze persoon door de medewerkers niet ervaren werd. Door de betrokkenheid werd ook de onzekerheid deels weggenomen, dit door het gevoel dat *'je er niet alleen voorstaat'* (Respondent C2). Wellicht heeft dit te maken met verantwoordelijkheid. In een interview geeft een respondent aan

dat het gevoel dat je er niet alleen voor staat, zekerheid biedt.

Uit de interviews blijkt dat er een spanningsveld zit tussen **vrijheid** en **veiligheid**. De medewerkers vinden het lastig om de Zweedse band uit te bannen omdat dan valgevaar ontstaat. Anderzijds wil men de Zweedse band juist wel uitbannen omdat *'je niemand vast wil binden, je wil niet iemands vrijheid beperken'* (Respondent B1). Alternatieven voor het

³ Forus is het intranet van het SVRZ waarin onder andere nieuwsbrieven en protocollen kunnen worden geraadpleegd

wegnemen van de Zweedse band zijn nodig om de onzekerheid over voldoende veilige zorg bij de medewerkers weg te nemen. Tijdens de werkconferenties heeft het kernteam van Ter Valcke kennis opgedaan met betrekking tot alternatieven voor fixatie, door met andere zorginstellingen in gesprek te gaan. De organisaties hebben van elkaar geleerd. De verwachting van het kernteam was dat zij tijdens de conferenties van Vilans alternatieven aangereikt zouden krijgen om de Zweedse band in de organisatie uit te bannen. Echter heeft Vilans tijdens de conferenties weinig tot geen inhoudelijk alternatieven geboden: *'Vilans zorgde dat er structuur in kwam maar ze hebben geen inhoudelijke rol gespeeld, ze hebben geen alternatieven aangedragen'* (Respondent A1). De alternatieven daarentegen kwamen voort uit *'de uitwisselingsmogelijkheden met anderen die ook bezig waren met zo'n traject'* (Respondent A3). Ter Valcke heeft tijdens een conferentie alternatieven opgedaan van een organisatie voor gehandicaptenzorg. Een aantal van deze alternatieven voor de Zweedse band heeft Ter Valcke overgenomen. Door de aanwezigheid van het kernteam op de werkconferentie(s), kregen de leden van het kernteam de mogelijkheid om volledige te focussen op het verbetertraject. Het focussen bevorderde het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band. Door het in gesprek gaan met de andere organisaties, is een leereffect beoogd. Dit leereffect is door Vilans ook in de startmap beschreven (Zorg voor Beter 2009b).

De alternatieven voor de Zweedse band zijn voortgekomen en opgedaan uit; het rapport van de IGZ, in samenwerking met de medewerkers (zelfbedacht of opgedaan uit eerdere werkervaring), leren van andere organisaties en de Werkmap 'Leven in vrijheid, werken aan vrijheid' van Sting. Sting is de landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten. In de werkmap van Sting worden alternatieven voor fixatie gegeven. De in Ter Valcke gebruikte alternatieven voor de Zweedse band kunnen ingedeeld worden in drie categorieën:

Risicobeperking:

- Hoog- laag bed met of zonder valmatras (voor het bed). Het hoog- laagbed is een bed dat tot 20 centimeter van de grond kan zakken.
- Bewegingsmelders, als er een cliënt 's nachts uitbed komt, gaat erbij de dienstdoende verzorgende een 'pieper' af zodat deze weet dat de cliënt weer terug naar bed begeleid moet worden. De bewegingsmelders zijn niet speciaal aangeschaft voor dit project, Ter Valcke had deze al. De bewegingsmelders zijn niet speciaal voor het verbetertraject aangeschaft.
- Bed andersom tegen de muur plaatsen, de kant van het bed waar de cliënt uitstapt wordt tegen de muur geplaatst. Op deze manier verklein je de kans dat de cliënt uitbed stapt.

-
- Fysio- en ergotherapie; er wordt getracht de cliënten fitter en mobieler te maken zodat de kans op vallen verkleind wordt.

Afleiding

- Pluche knuffel schaap (in gewicht is het schaap wat zwaarder), het schaap wordt op de schoot van de cliënt gelegd waardoor hij/zij niet meer geneigd is om op te staan en afleiding heeft door het schaap te aaien.
- Pluche katten, de katten zijn zacht en maken geluid wanneer de cliënt deze aait. Het lijkt of het een echte kat is, dit geeft de cliënt afleiding.
- Speelgoed aquarium met bewegende visjes, de visjes gaan op en neer in het aquarium als de cliënt op een knopje drukt. De cliënten raken gefocust op de visjes waardoor ze minder onrustig zijn en minder snel de behoefte hebben om te lopen.
- Trippelstoel, de cliënt heeft de mogelijkheid om al zittend heel de kamer door te 'lopen'. Wel zit de cliënt met een autogordel vast.

Rustgevend:

- Rode lampen, in de slaapkamer is een rode lamp geplaatst waardoor de cliënt sneller in kan slapen. Ook wanneer hij/ zij 's nachts wakker is geworden.
- Kuipstoel, de cliënt zit iets meer achterover in de stoel waardoor de cliënt comfortabeler zit. Er moet een kanttekening geplaatst worden want de cliënt kan niet op eigen kracht uit de stoel. Dit alternatief voor de Zweedse band kan nu ook als vrijheidsbeperkend uitgelegd worden.

Om de materialen aan te kunnen schaffen die dienen als alternatieven voor de Zweedse band, heeft de directie van het SVRZ €10.000,- beschikbaar gesteld. Met dit, door de directie beschikbaar gestelde, bedrag hadden de teamleidster en de psycholoog de financiële middelen om alternatieven aan te schaffen *'we konden gewoon gaan shoppen en kijken wat er werkt'* (Respondent A2). Hiermee kan de betrokkenheid van het kernteam op de werkvloer bevestigd worden. Voor het project 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' werd vanuit de directie ruimte geboden om naar alternatieven te zoeken.

Om de Zweedse band uit te kunnen bannen, werd er op individueel cliëntniveau gekeken op welke wijze (welke alternatieven) en in welke tijdslijn de Zweedse band afgebouwd kon worden. Bij het afbouwen van de alternatieven werd de Plan- Do- Study- Act cyclus gevolgd: *'je implementeert het alternatief voor de Zweedse band en je kijkt constant 'gaat het goed' en je stelt het constant bij'* (respondent C1). De bespreking omtrent de

afbouw vond plaats in het al bestaande Multi Disciplinair Overleg (MDO) waarin de familie (eerste contactpersoon), psycholoog (psycholoog), teamleidster, PB'er en waarnodig een fysiotherapeut en/ of ergotherapeut participeren. Het afbouwen van de Zweedse band en het tegelijkertijd toepassen van de juiste alternatieven is erg belangrijk. Ter Valcke en daarbij ook de medewerkers wilden zo min mogelijk risico's nemen. Het afbouwen moet op een veilige manier. *'Je probeert risico's (zonder fixatie) te voorkomen'* (Respondent B3). Het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band, het afbouwen en het toepassen van alternatieven doe je *'om alle partijen te laten zien en te overtuigen dat het veilig is'* (Respondent B2). Het afbouwschema werd in onder andere het digitale patiëntendossier genaamd Plan Care onder het tabblad 'Middelen en Maatregelen' vermeld. Binnen het digitale dossier kunnen verscheidene verslagen worden opgenomen. Alle verslagen worden ingedeeld in verschillende onderwerpen. Ieder onderwerp betreft een ander tabblad. Het afbouwschema valt onder het tabblad 'Middelen en Maatregelen' omdat het om fixatie gaat. Wat opviel was dat de alternatieven voor de Zweedse band niet vermeld stonden in PlanCare. In de notulen van het werkoverleg van het kernteam stond vermeld dat het technisch niet mogelijk was om de alternatieven op te nemen in het digitale dossier (Notulen kernteam 5-3-2008).

Vanuit de observaties die uitgevoerd zijn tijdens het onderzoek, bleek dat een cliënt uit bed viel doordat er geen Zweedse band meer toegepast werd. De medewerkers zijn samen met de psycholoog in gesprek gegaan en hebben uiteindelijk gekozen om het bedrek bij het hoofdeinde omhoog te doen. Het bedrek bij het voeteneinde bleef omlaag zodat de cliënt toch uit bed kon als diegene dat wilde. Op deze manier is gezocht naar de meeste gepaste en veilige oplossing.

4.5 Betrokkenheid bij het programma Zorg voor Beter Plus

4.5.1 Betrokkenheid medewerkers

Gedurende het verbetertraject, werkconferenties en actieperioden, vergaderde het kernteam twee maandelijks over het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'. Na een korte tijd kwam het kernteam erachter dat *'het toch handig was dat er structureel met de persoonlijk begeleiders gesproken zou gaan worden. Toen heeft het kernteam bedacht dat twee leden van het kernteam maandelijks in gesprek gaan met de persoonlijke begeleiders van de pilot.'* (Respondent A1). De psycholoog en de teamleidster van de pilotwoningen waren de aangewezen personen om deze gesprekken te voeren. Dit omdat zij nauw contact hebben met de PB'ers en ook de cliënten en familie kennen. De PB'ers werden bij het verbetertraject betrokken doordat de psycholoog en de teamleidster vragen stelden aan de PB'ers (en de medewerkers) over hoe zij dachten over het uitbannen van de Zweedse band

en of zij ideeën hadden. Op deze manier werd draagvlak gecreëerd en werden de medewerkers gezien als een kritisch succesfactor van het Human Resource Management. Door draagvlak te creëren zullen de medewerkers zich meer betrokken voelen bij het verbetertraject, wat ten goede komt aan de resultaten van het verbetertraject. Het kernteam speelde een belangrijke rol om de medewerkers te betrekken bij en het enthousiasmeren voor het verbetertraject.

4.5.2 Betrokkenheid kernteam

Uit de interviews komt naar voren dat de medewerkers de fysieke aanwezigheid van het kernteam op de werkvloer als betrokkenheid bij het verbetertraject ervaren. De teamleidster, psycholoog en het hoofd Zorg kwamen regelmatig op de woningen om tijdens werkoverleggen de medewerkers te ondersteunen. Dit in tegenstelling tot de kwaliteitsbeleidsmedewerker. *'De kwaliteitsbeleidsmedewerkers was niet betrokken op de werkvloer, maar misschien waren de afspraken ook zo gemaakt' (Respondent D1).*

Het kernteam van Ter Valcke kwam tijdens de pilot fase twee maandelijks bijeen om de voortgang van het project te bespreken. Tijdens dit gesprek werden ook cliënten besproken die alternatieven nodig hadden voor de Zweedse band. De teamleidster en de psycholoog koppelden terug wat zij op de werkvloer zagen en ervoeren. Het kernteam heeft een belangrijke taak gehad om de medewerkers te motiveren en te enthousiasmeren. Dit gebeurde door zich actief met het verbetertraject bezig te houden.

Ook blijkt uit de notulen (5 maart 2008) van het kernteam dat het kernteam betrokken is bij het verbetertraject. Het kernteam geeft aan dat zichzelf steeds aan alternatieven moeten denken en dat het risico op valgevaar en het daadwerkelijk vallen geminimaliseerd moet worden. Geaccepteerd moet worden dat er altijd een risico op vallen bestaat. Ook is het kernteam voornemens om binnen de locatie Ter Valcke in gesprek te gaan met werkzame artsen zodat onderlinge duidelijkheid ontstaat over het, bij nieuwe cliënten, niet meer toepassen van de Zweedse band. Het kernteam is zich ervan bewust dat het uitbannen van de Zweedse band voor de medewerkers een moeilijke omslag is. In de notulen wordt vermeld dat het kernteam de medewerkers ondersteunt bij de omslag naar het niet meer gebruiken van de Zweedse band. Uit de interviews blijkt dat de ondersteuning voornamelijk bestaat uit het samen zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band. Ook bestaat de mogelijkheid om bij moeilijke situaties *'een e-mail te sturen of op te bellen naar de teamleidster of psycholoog' (respondent B5).*

De betrokkenheid is ook terug te zien in het door de teamleidster en psycholoog samen zoeken naar en aanschaffen van alternatieven voor de Zweedse band. Voorbeelden hiervan zijn het pluche schaap en het speelgoed aquarium. Het kernteam heeft ervoor gezorgd dat het niet fixeren van cliënten- het uitbannen van de Zweedse band- in het

'systeem' van de medewerkers is geraakt. Bij de Kick-off van het verbetertraject hebben de leden van het kernteam de medewerkers laten ervaren hoe het is om vastgebonden te zijn. De leden van het kernteam hebben op deze wijze geparticipeerd in het verbetertraject en er zo voor gezorgd dat de medewerkers bewust werden van het effect van de Zweedse band.

4.6 Verspreiding

Een opdracht die het kernteam meegekregen heeft vanuit een van de werkconferenties van Zorg voor Beter Plus is het verspreiden van de kwaliteitsverbetering. Het verspreiden van de kwaliteitsverbetering van de pilotwoningen naar de andere woningen binnen Ter Valcke, is opgenomen in het actieplan. De medewerkers van de 'niet pilot' woningen gaven aan dat zij het prettig vonden geen pilotwoning te zijn; *'we konden aan het idee wennen dat er geen Zweedse banden meer gebruikt mogen worden'* (Respondent C1). Uit het onderzoek blijkt dat bij de verspreiding naar de 'niet pilot' woningen een kritische kanttekening geplaatst kan worden. De medewerkers van de niet pilot woningen geven aan dat er informatieoverdracht ontbrak. *'Wat ik wel een beetje gemist heb is dat je van het project van de pilot weinig gehoord hebt. Je weet dat er een traject start en dat er een pilot is maar je weet dan eigenlijk niet hoe de pilot verlopen is, de voortgang van dat beleid. Of het aanslaat, wat er gebeurt. Op dat moment zit je eigenlijk even in een leegte. Op dat stukje zou je misschien nog wat meer informatie kunnen geven over het aantal cliënten dat niet meer gefixeerd is en welke acties er ondernomen zijn. Want soms zie je in een pilot ook wel eens dingen waar je van kan leren.'* (Respondent C2).

De verspreiding naar andere locaties van het SVRZ is gedaan bij de locatie Koriander. Koriander is een kleinschalig wooncomplex voor dementerende ouderen. Tijdens het onderzoek werd door een lid van het kernteam aangegeven dat bij het verspreiden van de kwaliteitsverbetering naar andere locaties, gelet moet worden op de context van de andere locatie of organisatie. Wat hiermee bedoelt wordt, is dat per locatie gekeken moet worden hoe de verbeteringen doorgevoerd kunnen worden, gelet op 'soorten' patiëntengroepen, medewerkers, tijd en geld. *'Wat de andere locaties niet moeten doen is denken ik kopieer het beleid, ik stuur al die brieven en het is voor elkaar. Nee, dat moeten die locaties niet doen, ze moeten wel zelf een actieplan gaan maken en zelf gaan zien hoe ze de organisatie moeten enthousiasmeren voor dit project, ook moet per locatie een kernteam opgezet worden'* (Respondent A3)

Het opzetten van een kernteam bij andere locaties is een belangrijk issue voor het verspreiden van de kwaliteitsverbetering: *'Als het kernteam er niet was geweest, hadden wij nog de Zweedse band gebruikt zoals twee jaar geleden'* (Respondent A1).

Om de verspreiding van de kwaliteitsverbetering goed te laten verlopen heeft de kwaliteitsbeleidsmedewerker een rapportage geschreven waarin weergegeven is hoe het verbetertraject binnen Ter Valcke verlopen is. Om een zo goed en volledig mogelijke eindrapportage te schrijven, wordt ook de eindrapportage van Ten Anker (deelgenomen aan het verbetertraject 'Ban de Band') toegevoegd. De andere locaties kunnen lering trekken uit de procesgang van zowel Ten Anker als Ter Valcke. *'Aan de eindrapportage wordt het plan van Ten Anker toegevoegd en er moet een implementatie geschreven worden. Dat is hier in het kernteam besproken en dat is voorgelegd aan het kernteam van Ten Anker. Er moet een soort aftrapbijeenkomst gehouden worden waarbij iemand van Ten Anker en iemand van Ter Valcke een verhaal vertelt aan medewerkers van de andere locaties over de mogelijkheden die je hebt om fixatie af te schaffen'*.

Overigens is er binnen het SVRZ aangegeven dat er twee andere locaties wachten op *'de eindrapportage en wanneer zij kunnen starten. De motivatie is er wel'*. (Respondent A1).

Het thema verspreiding is erg interessant. Alleen zal in deze scriptie geen verdere theoretische reflectie of generalisatie op het thema verspreiden plaatsvinden.

4.7 Borging

De kwaliteitsverbetering is op de hele locatie Ter Valcke geborgd. Er zijn meerdere manieren van borging. (1) Ten eerste is in de opnameboekjes van Ter Valcke opgenomen dat het een zorginstelling betreft waar geen fixatie wordt toegepast. De opnameboekjes zijn informatieboekjes voor cliënten, familie of contactpersonen van de cliënten. Cliënten kunnen de informatie lezen wanneer zij bijvoorbeeld opgenomen worden in Ter Valcke. (2) Ten tweede wordt de non- fixatie opgenomen in het Bopz beleid van SRVZ. Op het moment van schrijven is het non- fixatie nog niet opgenomen in het beleid geldend voor het hele SVRZ omdat nog niet op alle locaties van het SVRZ non- fixatie behaald is. (3) Ten derde zijn de gebruikte alternatieven voor de Zweedse band in een document gezet, de lijst met 'alternatieven'. Het hoofd Zorg geeft aan dat deze lijst een hulpmiddel is om te komen tot alternatieven voor de Zweedse band. (4) Ten vierde zijn ook alle medewerkers (artsen, teamleiders, persoonlijke begeleiders etc.) op de hoogte van de non- fixatie. De non- fixatie (het uitbannen van de Zweedse band) *'zit in het systeem van de medewerkers'* (Respondent B5). Ook wordt aangegeven dat *'de borging meer in de (hoofden van de) mensen zit dan in het beleid'* (Respondent A3). Hiermee wordt bedoeld dat de medewerkers weten en 'voelen', doordat zij ervaren hebben hoe het is om vastgebonden te zijn, dat het gebruik van de Zweedse band niet de juiste manier is om het risico op vallen te verminderen of de cliënt rustig te krijgen. (5) Ten vijfde komt het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende

maatregelen' stelselmatig binnen de organisatie SVRZ terug. Er wordt periodiek, om de drie maanden, aandacht besteed aan 'wij werken aan onze prestaties'. De thema's van 'wij werken aan onze prestaties' worden door de kwaliteitsbeleidsmedewerker uit PREZO gehaald. PREZO staat voor prestaties in de zorg. Het gaat om een integraal kwaliteitssysteem voor de intramurale ouderenzorg en thuiszorg. PREZO past bij de visie van Verantwoorde Zorg: niet de procedures en protocollen (systeem) staan centraal, maar de resultaten voor de cliënt (Perspekt 2010). De kwaliteitsbeleidsmedewerker levert bij het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' bijbehorende posters en een formulier met stellingen aan de teamleiders van de psychiatrische geriatrie aan. Een stelling uit het formulier die de medewerkers in moeten vullen luidt: 'Vrijheidsbeperkende maatregelen doen meer kwaad dan goed voor de cliënt' antwoordmogelijkheden: ja, meestal, soms, nee. De uitkomsten van de lijsten worden in de werkoverleggen bediscussieerd. (6) Ten zesde dienen de medewerkers contact op te nemen met de psycholoog als een cliënt gefixeerd zou moeten worden. De psycholoog beoordeelt de situatie en zal ten alle tijden zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band. De psycholoog en de teamleider hebben alle alternatieven de Zweedse band '*in de vingers*' (*Respondent A2*). Doordat de psycholoog eindverantwoordelijk is en de uiteindelijke besluiten neemt, is er een controle 'ingebouwd' die ervoor zorgt dat er geen Zweedse banden gebruikt worden zonder tussenkomst van de psycholoog. De psycholoog op zich kan gezien worden als burger. (7) Ten zevende, bij het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band de Plan- Do- Study- Act- cyclus gehanteerd. De cliënt wordt geobserveerd en er wordt bekeken of het alternatief het gewenste effect heeft. (8) Als laatste manier van borging kan het niet meer aanwezig zijn van de Zweedse banden genoemd worden. Tijdens de observaties op de woningen zijn geen Zweedse banden aangetroffen.

De informatie vanuit Vilans over de borging, werd door het kernteam als te theoretisch omschreven en weinig toegespitst op het thema: '*De theorie over borgen was erg algemeen. Het was beter en/ of fijner en stimulerender geweest als de theorie toegepast werd op het onderwerp ('omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen')*'. De informatie die Vilans gegeven heeft omvat onderwerpen zoals wat is borging en wanneer borgen (Zorg voor Beter Plus9b).

In deze empirische beschrijving van hoe het verbetertraject Plus in Ter Valcke blijkt dat het thema 'alternatieven voor de Zweedse band' prominent aanwezig is en belangrijk is voor het slagen en het borgen van de verbetering. De alternatieven voor de Zweedse band hangen samen met het precaire spanningsveld tussen vrijheid en veiligheid van de cliënt. Het blijkt dat Ter Valcke verschillende manieren van borging hanteert. Het is interessant om

na te gaan wat de relatie is tussen de alternatieven voor de Zweedse band en de borging van deze alternatieven. Het blijkt uit de empirie dat er wel degelijk betrokkenheid is van het kernteam. Het is interessant om na te gaan wat de invloed is van de betrokkenheid van het kernteam bij het borgen van de alternatieven voor de Zweedse band. In het volgende hoofdstuk zal worden ingegaan op de theoretische reflectie en generalisatie van de 'alternatieven voor de Zweedse band', 'borging' en 'betrokkenheid van het kernteam'.

Hoofdstuk 5 Theorie vanuit de empirie

In het hoofdstuk 'resultaten' werd de empirie beschreven. Uit de empirie blijkt dat er een interessante verhouding is tussen de alternatieven voor de Zweedse band en de borging van deze alternatieven. De alternatieven zorgen voor veiligheid en geven de cliënt een deel van de vrijheid terug. De borging zorgt ervoor dat de kwaliteitsverbetering in stand wordt gehouden. In dit hoofdstuk zal op de thema's alternatieven voor de Zweedse band en borging een theoretische reflectie gedaan worden en zal een theoretische generalisatie van de empirische bevindingen van deze thema's plaatsvinden.

5.1 Alternatieven voor het wegnemen van de Zweedse band

Binnen Ter Valcke is het gebruik van de Zweedse band uitgebannen. Het uitbannen van de Zweedse band is, zoals beschreven in de empirie, tot stand gekomen door het afbouwen van de band en het zoeken naar en het gebruiken van alternatieven voor de Zweedse band. Het aankopen van de alternatieven voor de Zweedse band kon mede doordat de directie van het SVRZ voor dit verbetertraject een bedrag van €10.000,- ter beschikking had gesteld. In het MDO is per cliënt individueel gekeken op welke wijze de Zweedse band afgebouwd moest worden en met welke alternatieven voor de Zweedse band gestart zou worden. De alternatieven voor de Zweedse band die in Ter Valcke gebruikt worden, zijn in te delen in drie categorieën te weten: risicobeperking, afleiding en rustgevendheid. Tijdens het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band is de cliënt geobserveerd om te kijken of het alternatief het gewenste effect had. Het afbouwen en het gebruik van de juiste alternatieven is gedaan om verantwoord de Zweedse band uit te kunnen bannen en tegelijkertijd de veiligheid voor de cliënt te waarborgen.

In de wetenschappelijke literatuur is door een beperkt aantal auteurs over vrijheidsbeperkende maatregelen en de alternatieven voor vrijheidsbeperking geschreven. In deze theoretische reflectie en generalisatie zullen een aantal van deze auteurs aangehaald worden. Andrea et al (2004) en Mourik et al (2008) beschrijven in hun artikelen een werkwijze hoe het komen tot alternatieven voor vrijheidsbeperking tot stand komt. Hamers et al (2009) beschrijft in zijn artikel 'het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen' de prevalentie en determinanten van vrijheidsbeperking en consequenties van deze maatregelen voor bewoners van verpleeghuizen.

In Ter Valcke blijkt de zorg multidisciplinair op cliëntniveau afgestemd te worden en dat op individueel cliëntniveau gezocht wordt naar alternatieven voor de Zweedse band. Andrea et al (2004) geeft aan dat de veiligheid van oudere patiënten niet altijd wordt gediend met vrijheidsbeperkende maatregelen. De vraag kan worden gesteld of vrijheidsbeperking de

beste interventie is om veiligheid te bevorderen. Zeker als blijkt dat het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies risico's met zich meebrengt (Andrea et al 2004). Het risico's van de Zweedse band is dat de cliënt gewurgd wordt. In de maand mei van 2008 is een cliënt in een ziekenhuis te Heerlen gewurgd (BN/DeStem 2008). In de interviews gaven verscheidene medewerkers aan dat zij op de hoogte zijn van de risico's van de Zweedse band en daarom het gebruik van de band omstreden vinden. De vrijheidsbeperkende maatregelen worden vaak in het kader van routinematige standaardzorg toegepast. Beter is het de zorg af te stemmen op de individuele cliënt en daarbij een goede afweging te maken van risico's, liefst multidisciplinair en met raadpleging van deskundigen (2004). Uit onderzoek van Andrea et al (2004) blijkt dat onder andere kenmerken van de organisatie en de medewerkers een rol spelen in het besluit tot vrijheidsbeperking, zoals de attitude van de medewerker, (hoeveel risico's durft iemand te nemen) of het beleid van de organisatie. Binnen Ter Valcke blijkt dat door de motivatie en het enthousiasme van het kernteam de attitude van de medewerker van iet wat sceptisch naar positief omgebogen is. De medewerker vindt het vastbinden van de cliënten nu niet meer 'menselijk'. Uit de interviews met de medewerkers van Ter Valcke bleek dat de respondenten op de hoogte waren van het feit dat binnen organisaties waar minder vrijheidsbeperkende interventies worden toegepast, niet meer ernstige letsels voorkomen en ook niet meer medicatie met vrijheidsbeperkende gevolgen gebruikt worden. In sommige instellingen waar minder vrijheidsbeperkende interventies worden toegepast, komt bij een vergelijkbare patiëntenpopulatie, zelfs minder letsel voor (Andrea et al 2004). Mede door de feitelijk kennis dat het wegnemen van vrijheidsbeperking niet leidt tot meer letsel en het gebruik van passende en resultaatgerichte alternatieven voor de Zweedse band, is de attitude van de medewerkers positief omgebogen.

Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies is meestal gericht op het bevorderen van veiligheid van individuele cliënten. De vrijheidsbeperkende maatregelen zoals de Zweedse band werden in Ter Valcke gebruikt om twee redenen: (1) om het vallen van cliënten tegen te gaan of (2) als de cliënten onrustig waren. Echter is er onvoldoende bewijs dat de interventies ook werkelijk het beoogde effect hebben. Cliënten die worden geconfronteerd met vrijheidsbeperkende interventies vallen ook, en dan vaak met ernstiger gevolgen en zij worden vaak nog onrustiger. Daarnaast brengen vrijheidsbeperkende interventies ook risico's met zich mee, bijvoorbeeld de kans op decubitus ten gevolge van immobiliteit. Maar ook de psychologische gevolgen, zoals angst, mogen niet worden onderschat (Andrea et al 2004, Hamers et al 2009). Huizing geeft in het artikel 'vrijheidsbeperking bij ouderen, met fixatie wordt vallen niet voorkomen' aan dat uit onderzoek blijkt dat wanneer de vrijheidsbeperkingen achterwege gelaten worden dit niet

leidt tot meer valpartijen of meer letsels (2004). Het is dus van belang dat de vrijheidsbeperkende maatregelen verminderd of afgebouwd worden. De leden van het kernteam gaven aan dat in Ter Valcke het aantal valincidenten na het uitbannen van de Zweedse band niet omhoog was gegaan. Om verantwoorde keuzes te maken is er binnen Ter Valcke voor de individuele situaties beoordeeld hoe de veiligheid van de ouderen het beste kan worden gewaarborgd, wanneer de Zweedse band weggenomen wordt. Om verantwoorde keuzes te kunnen maken is inzicht nodig in de risico's van het probleem van de cliënt en de risico's van vrijheidsbeperking (Andrea et al 2004). Bepaalde risico's moeten worden geaccepteerd of beperkt, daar het niet mogelijk is alle risico's weg te nemen. De leden van het kernteam, de medewerkers en de PB'ers van Ter Valcke hebben het gedrag van de cliënten geanalyseerd, per cliënt bekeken welke risico's er zouden ontstaan als de Zweedse band uitgebannen zou worden en welke alternatieven voor de Zweedse band het meest geschikt zijn. Met deze werkwijze zijn de leden van het kernteam, de medewerkers en de PB'ers bewust omgegaan met het precaire spanningsveld tussen vrijheid en veiligheid.

Bij een individuele bewuste overweging van de situatie van de cliënt is er geen ruimte voor gewoonte en routine. Tot nu toe lijken vooral de opinies van zorgverleners en hun attitude met betrekking tot het al dan niet gebruiken van vrijheidsbeperkende interventies de belangrijkste factoren die het gebruik van deze interventies beïnvloeden (Andrea et al 2004). Al de geïnterviewde medewerkers, inclusief het kernteam, gaven vanuit de intrinsieke motivatie (ofwel attitude) aan de cliënten niet meer vast te willen binden. De intrinsieke motivatie is versterkt omdat de medewerkers bij de kick-off bijeenkomst ervaren hebben hoe het is om vastgebonden te zijn. Door het vastbinden beperk je de vrijheid van de cliënt en dit is niet het doel van de zorg. Anderzijds staat de veiligheid op het spel met name het valgevaar en het daadwerkelijk vallen. De attitude van de medewerkers, het zoeken naar en het gebruik van de juiste alternatieven voor de Zweedse band en de onduidelijkheid over het beoogde effect van vrijheidsbeperkende maatregelen, hebben er toe geleid dat de Zweedse band niet meer gebruikt wordt.

Bij het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band heeft Ter Valcke gekeken naar hoe de zorg aan kan sluiten op de individuele cliënt (Andrea et al 2004) en er is gekeken naar het gedrag van de cliënt en de reden waarom een cliënt zich bijvoorbeeld onrustig gedraagt (Andrea et al 2004). De individuele zorg op maat in plaats van de standaard- of routinematige zorg, heeft ervoor gezorgd dat de Zweedse band uitgebannen kan worden (Andrea et al 2004). Andrea et al (2004) geeft aan dat een alternatief voor vrijheidsbeperking in de zin van een ander hulpmiddel echter niet zomaar voor handen is maar gezocht moet worden in de manier van zorg verlenen. Ter Valcke heeft gezocht naar alternatieven voor de Zweedse band en deze ook gevonden en toegepast. De alternatieven die Ter Valcke gebruikt voor de Zweedse band, zijn reeds in de empirie (hoofdstuk 3)

weergegeven. Tijdens het zoeken naar de alternatieven voor de Zweedse band zijn verschillende belangrijke bronnen (leren van andere organisaties, het rapport van de IGZ, de Werkmap 'Leven in vrijheid, werken aan vrijheid' van Sting en in samenwerking met de medewerkers) gebruikt die alternatieven voor vrijheidsbeperking aanreiken. Ter Valcke zorgt met de alternatieven voor het leveren van individueel maatwerk (Andrea et al 2004).

Ter Valcke heeft op een bepaalde wijze gezocht naar alternatieven voor de Zweedse band. Deze werkwijze komt overeen met de werkwijze die beschreven wordt door Mourik et al (2008). Zij pleiten voor een landelijke norm voor vrijheidsbeperking. Deze werkwijze houdt in:

- Ga altijd eerst na wat de oorzaak is van het risicovolle gedrag. Deze kan zowel op verpleegkundig (bijvoorbeeld aandrang tot plassen of defaeceren, urineretentie, obstipatie, pijn) als op medisch gebied (bijvoorbeeld infectie, alcoholonttrekking) liggen; De psycholoog en de medewerkers hebben gedurende het verbetertraject gekeken naar het gedrag van de cliënt. Waarom deze cliënt onrustig is of steeds op wil staan.
- Beperk het risico en bepaal met elkaar of je het risico accepteert; Het kernteam heeft aangegeven dat het risico op vallen, waar het risico niet te verminderen is, geaccepteerd moet worden. Wel is het van belang dat er goede gepaste alternatieven gevonden worden zodat het risico verkleind wordt.
- Pas je benadering aan. Neem een rustige houding aan, probeer de patiënt gerust te stellen en geef uitleg; Deze benadering zit al in de professionele houding van de medewerkers.
- Creëer een veilige omgeving. Help de patiënt bij de oriëntatie, zet het bed zo laag mogelijk of tegen de muur, leg eventueel een valmatras op de grond, vermijd teveel omgevingsprikkels; Ter Valcke heeft voor een aantal cliënten hoog/ laag bedden aangeschaft. Tevens leggen de medewerkers waarnodig een valmatras voor het bed. De cliënten hebben de eigendommen van thuis in de slaapkamer staan (denk aan een nachtkastje of een schilderij) waardoor de omgeving meer vertrouwd raakt. Om de cliënt na het 's nachts ontwaken weer inslaap te laten vallen, gebruikt Ter Valcke rode lampen waardoor de cliënt rustig blijft en weer inslaap valt.
- Betrek de familie. Geef hen de gelegenheid te participeren in het vinden van alternatieven: Ter Valcke betreft vanaf het begin de familie bij het traject. In de Multi Disciplinaire Overleggen is de familie (of een contactpersoon van de cliënt) aanwezig. De familie heeft te allen tijde inspraak in de 'behandeling' en heeft de mogelijkheid om mee te denken in het zoeken naar alternatieven.

-
- Bied activiteiten aan. Zorg voor dagstructuur en afleiding; om de cliënten meer afleiding te geven, hebben de psycholoog en de teamleidster materialen gekocht die als alternatieven dienen (bijvoorbeeld pluche katten en aquarium). Doordat de mensen afleiding hebben door deze materialen, wordt het gedrag beïnvloed en komt het ten goede aan de rust en loopdrang van de cliënt.
 - Overleg met de arts over de medicatie; Er wordt niet of nauwelijks sederende of kalmerende geneesmiddelen gebruikt. Mochten de alternatieven niet werken dan kan er overgegaan worden op geneesmiddelen. Uit de interviews met de medewerkers van Ter Valcke bleek dat na de invoering van het non- fixatiebeleid geen toenemende trend te zien is van het gebruik van sederende of kalmerende geneesmiddelen.

De boven beschreven werkwijze wordt ondersteund en begeleid door het kernteam. Het kernteam van Ter Valcke voert de taak uit om de medewerkers te motiveren en te enthousiasmeren om te komen tot de beschreven werkwijze. Uit het onderzoek blijkt dat het kernteam van Ter Valcke niet bewust deze werkwijze gevolgd heeft maar wel alle stappen heeft toegepast.

Hamers et al (2009) geeft aan dat in ongeveer 90% van de situaties een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast om vallen te voorkomen. In 10% zijn er andere redenen zoals het indammen van onrust, agressie en zwerfgedrag. Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen komt veel voor. Sommige maatregelen, zoals de toepassing de Zweedse banden zijn zeer restrictief. Daarnaast geeft Hamers net zoals Andrea et al (2004) en Huizing (2009) aan dat de toepassing van deze maatregelen veel negatieve gevolgen voor de cliënten heeft. De toepassing van maatregelen in verpleeghuizen moet daarom sterk worden gereduceerd en het gebruik van sommige maatregelen, zoals de Zweedse band, moet worden uitgebannen. De verantwoordelijkheid bij de keuze van alternatieve interventies ligt bij organisaties (2009). Het SVRZ heeft besloten om van start te gaan met het uitbannen van de Zweedse band. Locatie Ter Valcke heeft om deze reden meegedaan aan het programma Zorg voor Beter Plus. Voorwaarden om alternatieve interventies toe te kunnen passen is het niet hebben van financiële beperkingen (Hamer et al 2009). Ter Valcke had de financiële vrijheid (€10.000,-) om alternatieven voor de Zweedse band aan te schaffen. Verder moet er veel nadruk zijn voor de goede voorbeelden in de verpleeghuiszorg. Het leren van elkaar is hierbij van belang. Ter Valcke heeft ook geleerd van andere organisaties en heeft ideeën opgedaan voor alternatieven voor de Zweedse band die zij nu in op de locatie gebruiken (het hoog/ laag bed bijvoorbeeld). Hamers et al (2009) geeft aan dat er voldoende voorbeelden van alternatieve interventies aangereikt worden door organisaties zoals; de Landelijke Organisatie Cliëntraden (LOC-LPR), de beroepsverenigingen V&VN, Sting, vereniging voor

zorgondernemers ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland en de IGZ. In Ter Valcke hebben zij van een aantal bronnen gebruik gemaakt. In Nederland voeren steeds meer verpleeghuizen dan ook een non- fixatiebeleid. Daarmee bedoelen zij dat zij geen gebruik maken van Zweedse banden, pols- en enkelbandjes, maar die organisaties passen wel andere maatregelen toe zoals bedhekken. Ter Valcke kan zich scharen onder een locatie waarin een non- fixatiebeleid toegepast wordt. In Ter Valcke staan momenteel de bedrekken ter discussie of deze wel of niet gebruikt mogen worden.

In de artikelen van Andrea et al (2004), Mourik et al (2009) en Hamers et al (2009) wordt geen aandacht geschonken aan de projectstructuur. Andrea et al (2004) en Mourik et al (2009) besteden alleen aandacht aan de werkwijze om te komen tot alternatieven voor vrijheidsbeperkingen. Hamers et al (2009) beschrijft alleen de prevalentie en determinanten van vrijheidsbeperking en consequenties van deze maatregelen voor bewoners van verpleeghuizen. In dit kwalitatief onderzoek naar de betrokkenheid van het kernteam bij het zoeken en borgen van alternatieven voor de Zweedse band wordt aandacht besteed aan de hele projectstructuur. Aandacht is geschonken aan de aanleiding van de start van het verbetertraject, het actieplan ofwel plan van aanpak, betrokkenheid van de medewerkers en het kernteam bij het verbetertraject, verspreiding en borging. Bovenal is uitgebreid aandacht geschonken aan het zoeken en toepassen van de alternatieven voor de Zweedse band.

Doordat de gebruikte alternatieven voor de Zweedse band succesvol zijn, is het mogelijk om de Zweedse band uit te bannen. Door de succesvolle interventies is de attitude van de medewerkers en de familie positief omgebogen en zijn zij, als voorlopers in SVRZ, van mening dat de Zweedse band niet gebruikt moet worden. Doordat de alternatieven aanslaan is het mogelijk om de verbetering te borgen dit zowel statisch, in het beleid als dynamisch, in de hoofden van de mensen en continue verbetering uit te dragen. In de volgende paragraaf zal op de verschillende manieren van borgen ook een theoretische reflectie en generalisatie plaatsvinden.

5.2 Borging

Gedurende de werkconferenties heeft Vilans Ter Valcke opdracht gegeven om een start te maken met het borgen van de verbetering. De periode na de slotconferentie staat in het teken van het borgen (Zorg voor Beter 2009b). In het verbetertraject Plus wordt de volgende definitie van borging gehanteerd: *“Borgen is een essentieel onderdeel van de methodiek van verbeteren waarbij organisaties de verbeterde resultaten vasthouden en steunen, terugval naar de oude situatie voorkomen wordt en het verder ontwikkelen en leren rond het thema doorgaat in de toekomstige situatie”* (Zorg voor Beter 2008b). Borging als activiteit kent in

wezen twee activiteiten. De eerste activiteit (actieplanning vooraf) houdt in dat de organisatie op alle niveaus wordt voorbereid op het handelen volgens de nieuwe methode (geen gebruik meer maken van de Zweedse band). De tweede activiteit houdt in dat de nieuwe methode van werken vastgehouden wordt (Dückers et al 2005). Om ervoor te zorgen dat Ter Valcke niet terug valt op het weer toepassen van de Zweedse band, is borgen een belangrijk punt (Øvretveit 2008). Uit de empirie komt naar voren dat de theorie over borgen, verstrekt door Vilans, erg algemeen was en niet toegepast was op het onderwerp 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'. In de interviews gaven de respondenten (leden van het kernteam) aan dat Ter Valcke al ervaring heeft met verbetertrajecten en dat deze verbetertrajecten geborgd zijn. Toch gaven de leden van het kernteam aan dat zij het lastig vonden om het verbetertraject 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' te borgen en om aan te geven hoe zij het verbetertraject geborgd hebben. Desondanks blijkt uit de empirie dat Ter Valcke het verbetertraject op verschillende manieren heeft geborgd. Op deze verschillende manieren van borging zal een theoretische reflectie gegeven worden.

5.2.1 Dynamische borging

De eerste wijze van borgen, voortgekomen uit de empirie, betreft de onderstaande manieren van borgen:

- Het gebruik van het de PDSA- cyclus bij het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band.
- Het thema 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' komt stelselmatig binnen de organisatie SVRZ terug. Er wordt periodiek, om de drie maanden, aandacht besteed aan 'wij werken aan onze prestaties'.
- De medewerkers dienen contact op te nemen met de psycholoog als er een geval zou zijn voor fixatie. De psycholoog beoordeeld de situatie en zal ten alle tijden zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band.
- Alle medewerkers (artsen, teamleidsters, persoonlijke begeleiders etc.) zijn op de hoogte van de non- fixatie ofwel het uitbannen van de Zweedse band zit in het 'systeem ' van de medewerkers.

De bovengenoemde manieren van borgen, met uitzondering van de laatste manier, deze manier wordt verderop in de paragraaf beschreven, zorgen voor een cyclische proces. Met andere woorden, er vindt continue verbetering plaats. Dynamische borging houdt een steeds terugkerend cyclische proces in (Pfeiffer & Schmidt 2005) en verschuift van implementeren naar leren (Muntslag 2001). Schouten (2004:1643) ziet borgen niet per definitie als het behouden van het resultaat, maar tevens als vertrekpunt voor het aanbrengen van verdere, nieuwe verbeteringen.

Ter Valcke heeft bij de invoering van het verbetertraject 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' het Nolan model ofwel de Plan- Do- Study- Act cyclus toegepast. Het verbetermodel van Nolan (PDSA- cyclus) houdt in: (1) Wat willen we bereiken (doel)? In het geval van Ter Valcke is dat het uitbannen van de Zweedse band. (2) Hoe weten we dat een verandering een verbetering is (meten)? Allereerst is er een 0- meting gedaan om na te gaan hoeveel gevallen van fixatie met de Zweedse band aanwezig waren op de PG afdeling. Ook werden de cliënten in Ter Valcke geobserveerd en werd gekeken welk gedrag de cliënten vertonen, bijvoorbeeld onrustig. (3) Welke veranderingen kunnen we invoeren, die resulteren in een verbetering (verbetering)? Binnen Ter Valcke heeft de psycholoog samen met de PB'ers en de familie gekeken welke alternatieven het beste bij de individuele cliënt passen. Middels het afbouwschema en de toepassing van de alternatieven voor de Zweedse band, was het mogelijk om de Zweedse band uit te bannen (Langley 1996).

In alle fasen van het veranderingsproces (PDSA), is communicatie van belang (Koeleman 2004). In het begin gaat het er bijvoorbeeld om dat het doel en de noodzaak van het uitbannen van de Zweedse band helder worden. Op een later moment is het nodig dat duidelijk wordt wat de consequenties van het uitbannen van de Zweedse band concreet inhouden voor verschillende organisatieonderdelen (Koeleman 2004). Kanter (2005) geeft aan dat communicatie het veranderpotentieel stimuleert omdat ideeën voor verbetering en vernieuwing vorm krijgen als informatie beschikbaar is en de uitwisseling van ideeën wordt aangemoedigd. Communicatie zorgt voor (Koeleman, 2004):

- de juiste beeldvorming over de noodzaak van veranderen, de beeldvorming werd neergezet door de kick- off bijeenkomst,
- de wijze waarop de verandering plaatsvindt, door middel van het programma Zorg voor Beter Plus werd aan de medewerkers aangegeven wat het verloop van het verbetertraject is (eerst de pilot woningen en daarna de andere woningen van de PG),
- het gewenste resultaat, het vinden van de juiste alternatieven waardoor de Zweedse band verwijderd kan worden.
- de voortgang van het proces, communiceren aan de medewerkers en de familie hoe het staat met het verbetertraject.

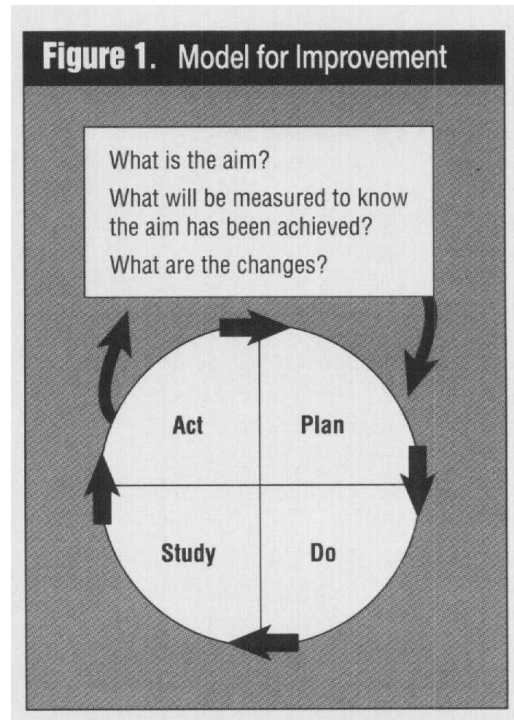
Ter Valcke is met het verbetertraject eerst gestart met de pilotwoningen. Het op kleine schaal invoeren en testen van de verbetering is van de essentieel belang bij het Nolan verbetermodel. Op deze manier zijn werkprocessen stapsgewijs te veranderen, terwijl de medewerkers tussendoor steeds alert blijven of de verbetering het gewenste resultaat oplevert. Alleen bij gebleken succes wordt de verbetering op grotere schaal ingevoerd (Langley et al 1996). Nadat het uitbannen van de Zweedse band succesvol

geïmplementeerd was bij de pilotwoningen, is de verbetering verspreid naar de andere woningen van de psychiatrische geriatrie van Ter Valcke (Langley et al 1996). Het Nolan verbetermodel wordt ook door Zorg voor Beter Plus gebruikt om continue verbetering te behalen (Zorg voor Beter 2009b).

Een goed voorbeeld van de verbetering waarin het Nolan model binnen het verbetertraject in Ter Valcke opgenomen is voor de cyclische borging, is het afbouwen van de Zweedse band. Het afbouwschema werd per individu opgesteld. Hierbij werd per fase een beschrijving gegeven:

- *Plan* fase (het doel): er werd een plan opgesteld hoe bij de cliënt de Zweedse band verwijderd zou worden. Voor een cliënt gold bijvoorbeeld *'één of twee uur de band los en dan weer vast en dan twee á drie nachten later drie uur de band los en als laatste de hele nacht de band los (Respondent D1)*. Na de *Plan* fase volgt de *Do* fase.
- *Do* fase (meten): De cliënt werd in bed één uurtje 'los' gelegd. In de tussentijd werd de cliënt geobserveerd en werd er gekeken welk effect het had op de cliënt.
- *Study* fase (evaluatie): De uitvoering van de acties en de behaalde resultaten worden besproken in de *Study* fase.
- *Act* fase (verbetering): Uit de besprekingen in de study fase komen wellicht aanpassingen in de acties om nog dichterbij het doel te komen. Hierna begint de cirkel weer opnieuw.

Uit de *Act* fase ontstaan weer nieuwe acties (plan) welke uitgevoerd (do), geëvalueerd (study) en aangepast (act) worden (Zorg voor beter 2009b). In de PDS- fase hebben de medewerkers en de psycholoog de mogelijkheid om te 'experimenteren' ...*Je implementeert het en je kijkt constant 'gaat het goed' en je stelt het constant bij...* (Respondent D1). In de *Act* fase kan bekeken worden of het 'experiment' gewerkt heeft en waarnodig aangepast moet worden (Langley 1996). Het afbouwschema is opgenomen in het digitale dossier van de cliënt (PlanCare) onder het tabblad 'Middelen en Maatregelen'. Iedere keer als een volgende stap in het afbouwschema werd gedaan, werd dit in PlanCare vermeld. Het sec op papier zetten van het afbouwschema is een vorm van statische borging maar doordat het



afbouwschema een dynamisch proces is en steeds een nieuwe 'fase' gedocumenteerd wordt, valt het afbouwschema onder de dynamische borging.

Onder dynamische borging kan ook de andere manier van denken van de medewerkers geschaard worden. Het niet meer gebruiken van de Zweedse band (dit is de andere manier van denken) zit in het systeem van de medewerkers van Ter Valcke, met andere woorden 'het zit in je hoofd'. Hiermee wordt de laatst genoemde manier van borgen bedoeld. De kwaliteitsverbetering is opgenomen in het gedachtegoed van de medewerkers (Feldman en Pentland 2003). Doordat de medewerkers mee konden denken in het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band en de positieve resultaten van deze alternatieven zagen, konden de medewerkers anders gaan denken. Deze geborgde niet tastbare verandering betreft 'onzichtbare borging' (Feldman en Pentland 2003). Doordat de medewerkers de Zweedse band niet meer gebruiken, zullen de medewerkers bij een onrustige cliënt of een cliënt met valrisico niet naar de Zweedse band pakken maar direct zoeken naar alternatieven om bijvoorbeeld het gedrag van de cliënt te beïnvloeden. Ook zullen de medewerkers samen met de psycholoog en de teamleidster nagaan waarom de cliënt dit soort gedrag vertoont. De medewerkers, en in de beginfase ook de teamleidster en psycholoog, moeten zich bewust worden dat het gebruik van de Zweedse band niet de juiste oplossing is. Ook moet het valrisico en het daadwerkelijk vallen beperkt worden. Door het cyclische borgen ontstaat een verbetercultuur in de organisatie en worden mogelijk op langere termijn meer successen geboekt (Pfeiffer & Schmidt 2005). Doordat de kwaliteitsverbetering (het niet meer gebruiken van de Zweedse band) doorgedrongen is in het algemene gedachtegoed, is het mogelijk om deze verbetering verder te ontwikkelen, bijvoorbeeld het verder denken en het kijken naar het gedrag van de cliënten (bijvoorbeeld waarom wordt de cliënt onrustig). Tevens kunnen de medewerkers leren rondom het fixeren van cliënten (Feldman en Pentland 2003). Door het leren blijven de medewerkers bewust van het niet gebruiken van de Zweedse band en zal er continu verbetering plaatsvinden (Pfeiffer & Schmidt 2005).

5.2.2 Statische borging

Wijze twee van borgen die vanuit de empirie naar voren is gekomen, omvat de onderstaande manieren van borgen:

- In de opnameboekjes van Ter Valcke is opgenomen dat het een zorginstelling betreft waar geen fixatie wordt toegepast.
- De non- fixatie wordt opgenomen in het Bopz beleid van SRVZ.

-
- De gebruikte alternatieven voor de Zweedse band zijn in een document gezet, de lijst met 'alternatieven'.⁴
 - De Zweedse banden zijn niet meer aanwezig op de woningen van de psychiatrische geriatrie.
 - De psycholoog die controleert of er vrijheidsbeperkende maatregelen gebruikt mogen worden.
 - Het formulier met stellingen van 'wij werken aan onze prestaties'.

Deze manieren van borgen hebben allemaal een eindpunt. Hierdoor kunnen deze manieren van borgen onder statische borging geschaard worden (Finlay 2000, Kotter 1998, Grol en Wensing 2001). Ook worden deze manieren van borgen gezien als 'zichtbare borging' (Feldman en Pentland 2003). Onder zichtbare borging kan worden verstaan; zichtbare geborgde veranderingen ofwel een 'vast' gedeelte van routines genoemd (Feldman en Pentland 2003). Doordat de aangegeven manieren van borgen zichtbaar zijn, is het mogelijk om te controleren of er teruggevallen wordt op de 'oude' werkwijze (Feldman en Pentland 2003). In het geval van Ter Valcke het gebruiken van de Zweedse band. Finlay (2000:408-409) geeft aan dat het borgen van veranderingen beschouwd kan worden als '*refreezing*', waarbij het individu de verandering internaliseert en het onderdeel wordt van de nieuwe 'normale' gedragingen die leiden tot betere resultaten. Het borgen van veranderingen als eindpunt verloopt in drie fasen (Finlay 2000):

1. 'unfreezing', het loslaten van 'normale' gedragingen, normen en waarden.
2. 'change': het aanzetten tot en het uitvoeren van de verandering,
3. '*refreezing*': het uiteindelijk eigen maken van de nieuwe gedragingen en denkwijzen.

In het geval van Ter Valcke is in de '*refreezing*' fase de Zweedse band uitgebannen. (Finlay 2000:420).

De laatste fase kan gezien worden als de daadwerkelijke borging. De manieren van borgen die Ter Valcke hanteert, kunnen allen gezien worden als eindpunt. In de '*refreezing*' zullen de medewerkers de nieuwe denkwijze al eigen gemaakt hebben (Finlay 2000). Binnen Ter Valcke is het vastleggen van het non- fixatiebeleid en de non- fixatie opnemen in het beleid van het SVRZ een soort schriftelijke vastlegging van de kwaliteitsverbetering. Voordat de schriftelijke vastlegging plaats heeft gevonden, hebben de medewerkers de nieuwe denkwijze al eigen gemaakt. Kotter (1998) omschrijft de stappen van borging concreter dan Finlay (2000). Kotter (1998) neemt aspecten mee als aandacht besteden aan motivatie van de medewerkers doormiddel van het plannen, creëren en belonen van zichtbare kortetermijnwinsten en behoud van de verandering doormiddel van de nieuwe werkwijze structureel op te nemen in protocollen en beleid. Dit om te voorkomen dat werknemers

⁴ De lijst met alternatieven kan alleen onder statische borging vallen als de lijst met alternatieven niet aangevuld wordt

terugvallen in oude routines (Kotter 1998). Het kernteam van Ter Valcke heeft aandacht besteed aan de medewerkers om hen te motiveren. De korte- termijnwinsten die geboekt zijn, zijn de positieve effecten van de alternatieven voor de Zweedse band. Als het non- fixatiebeleid over heel SVRZ verspreid is, zal de non- fixatie opgenomen worden in het SVRZ breed Bopz beleid. Het opnemen in het Bopz beleid laat aan de medewerkers en de 'buitenwereld' zien dat SVRZ een instelling is waar geen fixatie toegepast wordt. Momenteel is het non- fixatiebeleid alleen opgenomen in de opname boekjes van Ter Valcke.

Het formulier met stellingen 'wij werken aan onze prestaties' met als thema 'vrijheidsbeprekende maatregelen' is een vorm van statische borging. Toch kan dit formulier ook onder dynamische borging vallen doordat deze periodiek, driemaandelijks) terugkomt. De structurele aandacht die hiermee op het thema 'vrijheidsbeprekende maatregelen' gevestigd wordt, zorgt voor een leereffect. Ook de psycholoog op zich kan gezien worden als statische borger. De psycholoog is de borger maar omdat de medewerkers telkens met de psycholoog in gesprek moeten wanneer zij een geval van fixatie aan de hand hebben, krijgt de functie psycholoog in deze een dynamisch karakter.

5.2.3 Succesfactoren voor borgen

Uit de gehouden interviews blijkt dat het borgen van een verbetering een belangrijk maar complex onderwerp is. Door de respondenten wordt aangegeven dat Vilans tijdens de werkconferenties een te theoretische manier van borgen aangereikt. Vilans heeft het in de startmap 'Verbetertraject Plus, uw organisatie structureel sterker' over bijvoorbeeld 'wat is borging' en 'wanneer borgen'. Toch heeft het kernteam van Ter Valcke het voor elkaar gekregen om de kwaliteitsverbetering- het uitbannen van de Zweedse band- op de hele locatie Ter Valcke te borgen. Øvretveit (2008) heeft in het kader van een internationale evaluatie van verschillende verbeterprogramma's in diverse landen een onderzoek gedaan naar de effecten van die programma's en aanbevelingen geformuleerd over onder andere borging. De Engelse National Health Service heeft eveneens onderzocht wat wel of niet werkt bij borgen en komt tot 10 factoren die van groot belang zijn bij het borgen van verbeteringen (Zorg voor Beter 2009b). Ter Valcke heeft voldaan aan de onderstaande 10 punten:

1. Voordelen van verandering naast de voordelen voor patiënten
2. Inzicht in de voordelen
3. Flexibiliteit van het veranderde proces
4. Betrokkenheid en training van medewerkers om de verandering in de praktijk toe te passen
5. Houding van medewerkers t.o.v. het vasthouden van de verandering

-
6. Betrokkenheid van leidinggevenden, in het geval van Ter Valcke wordt de betrokkenheid van het kernteam bij het verbetertraject bedoeld.
 7. Betrokkenheid van medische sleutelfiguren
 8. Effectiviteit van de organisatie om verbetering te monitoren
 9. Aansluiting bij strategische doelen en cultuur van de organisatie
 10. Infrastructuur voor het vasthouden van veranderingen

Als we kijken naar de punten 6 en 7, zien we dat het kernteam (6)) en de psycholoog (7) een belangrijke succesfactor zijn in het verbetertraject. De overige succesfactoren zijn door het kernteam van Ter Valcke doorlopen waardoor de borging in de organisatie is geslaagd.

Om ervoor te zorgen dat het verbetertraject- het uitbannen van de Zweedse bandkans van slagen heeft, dienen voor de Zweedse band alternatieven gezocht te worden. Uit het onderzoek komt naar voren dat de alternatieven noodzakelijk zijn en dat deze de onzekerheid onder de medewerkers en de familie wegnemen.

‘Zonder alternatief kon de Zweedse band niet afgedaan worden’.

Dus als de alternatieven er niet waren geweest, had de verbetering niet geborgd kunnen worden. De verschillende manieren van borging kan alleen wanneer de alternatieven verantwoord goed zijn, met andere woorden de vrijheid van de cliënt moet teruggegeven worden en tegelijkertijd moet de veiligheid van de cliënt worden waarborgt. Het kernteam heeft in het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band en de borging van de alternatieven een grote rol gespeeld. De rol van het kernteam wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

5.3 Betrokkenheid van het kernteam

De directie van het SVRZ was zich ervan bewust dat onder meer de wetwijziging Bopz in ontwikkeling is, matig gescoord werd op de norm Verantwoorde zorg en dat de IGZ een advies afgegeven heeft om vanaf 1 januari 2011 de Zweedse band uit te bannen. Om deze redenen heeft de directie besloten om deel te nemen aan het programma Zorg voor Beter Plus thema ‘omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen’. Door de deelname aan het programma Zorg voor Beter Plus is binnen Ter Valcke een kernteam opgesteld. De samenstelling van het kernteam, zoals al eerder aangegeven, is niet aan het toeval overgelaten. Twee leden van het kernteam, hoofd Zorg en de kwaliteitsbeleidsmedewerker, zijn vertegenwoordigd in het managementteam van Ter Valcke. Hierdoor is het mogelijk om het verbetertraject op managementniveau te organiseren. De psycholoog en de teamleidster van het kernteam, zijn nauw betrokken bij de werkvloer waardoor op cliëntniveau het

verbetertraject plaats kan vinden. Ook hebben de psycholoog en de teamleidster nauw contact gehad met de PB'ers om ervoor te zorgen dat de alternatieven voor de Zweedse band werkbaar zijn op de werkvloer. De leden van het kernteam hebben een plan van aanpak opgesteld waarin onder andere draagvlak van de medewerkers, actiepunten en verantwoordelijkheden en communicatie meegenomen zijn. Kotter (1996) beschrijft in zijn boek 'Leading Change' acht fasen (van '1. urgentiebesef' tot '8. nieuwe benadering verankeren in de cultuur') welke van belang zijn voor een top- down benadering hoe het management een verandering teweeg kan brengen. In eerste instantie heeft Ter Valcke de top- down benadering aangehouden (Kotter 1996, Hersey & Blanchard 1982) aangehouden. Uit de empirie blijkt dat deze top- down benadering al spoedig door het kernteam losgelaten is. Het kernteam heeft vroegtijdig in het verbetertraject de PB'ers betrokken waardoor de PB'ers samen met het kernteam in het verbetertraject participeerden. Op deze manier ontstond een combinatie van een top- down en bottom- up benadering (ten Have et al 2004).

5.3.1 Transformationeel leiderschap ofwel participierend leiderschap

Het kernteam toonde een actieve participerende manier van leidinggeven doordat zij betrokken was en participeerde in het verbetertraject. Deze actieve participerende manier van leidinggeven is typerend voor transformationele leiders. Transformationele leiders kunnen gezien worden als actieve leiders omdat ze actief interventies plegen om doelen te bereiken (Den Hartog et al 1997). De actieve interventies die Den Hartog (et al 1997) in haar onderzoek benoemd, kunnen in het geval van Ter Valcke het zoeken en het toepassen van de verschillende alternatieven voor de Zweedse band, het participeren in de werkoverleggen en de MDO's zijn. Het kernteam, voornamelijk de psycholoog en de teamleidster, en de PB'ers hebben op individueel cliëntniveau gekeken welke alternatieven voor de Zweedse band het beste pasten bij de cliënt. De teamleidster en de psycholoog hebben persoonlijk de alternatieven voor de Zweedse band zoals de pluche katten, het pluche schaap en het aquarium uitgezocht en aangeschaft. Deze participerende rol van het kernteam hoort bij het transformationeel leiderschap of wel participatief leiderschap. Een innovatieve, flexibele en kwaliteitsgerichte organisatie kan niet gedijen als er geen ruimte is voor participatie in de besluitvorming (Den Hartog 1997). Uit verschillende studies (Van der Vlist 1991) blijkt dat door participatief leiderschap van het kernteam de medewerkers zich meer betrokken voelen bij de organisaties en bereid zijn om zich in te zetten voor een maximale kwaliteitsbeheersing waardoor een betere prestatie neergezet kan worden. Om participatief leiderschap te bewerkstelligen is het noodzakelijk om een werksituatie te creëren die aanzienlijk meer vrijheid van handelen toestaat. Van der Vlist (1991, 84) onderkent meerdere functies van participatie als middel om:

1. een grotere betrokkenheid van werknemers te bereiken,

-
2. om tot een betere coördinatie en beheersing van de bedrijfsvoering te komen,
 3. organisatieverandering te bewerkstelligen

De drie functies die van de Vlist (1991) aangeeft, zijn in Ter Valke goed uitgevoerd door het transformationeel ofwel participatief leiderschap en de samenstelling van het kernteam. In het onderzoek komt naar voren dat de betrokkenheid van het kernteam door de medewerkers werd ervaren als het fysiek aanwezig zijn op de werkvloer. De betrokkenheid werd van drie leden van het kernteam ervaren, te weten; de teamleidster, psycholoog en het hoofd Zorg. Dit doordat zij daadwerkelijk op de werkvloer uitleg en ondersteuning gaven aan de medewerkers. Van de kwaliteitsbeleidsmedewerker werd gezegd dat zijn betrokkenheid minder was omdat de medewerkers deze persoon niet fysiek op de werkvloer gezien hadden.

Uit de empirie blijkt ook dat de medewerkers betrokken zijn bij het verbetertraject. De creatieve input van de medewerkers werd door het kernteam gewaardeerd omdat dit gezien werd als een poging om vernieuwing tot stand te brengen (Den Hartog 1997). Voor het kernteam lag wel een belangrijke taak om ervoor te zorgen dat de medewerkers samen met de leden van het kernteam zochten naar alternatieven voor de Zweedse band. Ook komt er in het onderzoek naar voren dat het verbetertraject voorspoedig verliep. Uiteindelijk is er een verandering geïmplementeerd en is de kwaliteitsverbetering- het niet meer gebruiken van de Zweedse band- op verschillende manieren geborgd.

Binnen het kernteam moesten de kwaliteitsbeleidsmedewerker en het hoofd Zorg, de teamleidster en de psycholoog eerst motiveren en overtuigen dat het uitbannen van de Zweedse band mogelijk was. Het motiveren en overtuigen is ook een vorm van transformationeel leiderschap (Den Hartog 1997). Nadat de teamleidster en de psycholoog gemotiveerd en geënthousiasmeerd waren, lag er de taak voor het kernteam om de medewerkers te inspireren, motiveren, enthousiasmeren en ervoor te zorgen dat zij geloofwaardig overkomen op de medewerkers. Het kernteam heeft de capaciteit om de medewerkers te beïnvloeden, te enthousiasmeren en zij komen op de medewerkers geloofwaardig over waardoor de medewerkers vertrouwen hebben in het kernteam (Buchanan et al 2007, Den Hartog 1997, Kotter 1998). Uit de empirie blijkt de bovengenoemde taken door het kernteam volbracht zijn. Tevens is er een 'lerende organisatie' ontwikkeld. Er wordt niet alleen gekeken naar alternatieven voor de Zweedse band maar ook naar het gedrag van de cliënten bijvoorbeeld waarom is iemand onrustig of waarom heeft iemand de drang om te lopen. Transformationele leiders werken aan een 'lerende' organisatie, waarin werknemers in de gelegenheid worden gesteld zich te ontwikkelen ten behoeve van zichzelf en de organisatie waarvoor zij werken (Den Hartog 1997).

5.3.2 Transactioneel leiderschap

Het kernteam heeft als belangrijke taak gehad om constant aan te geven dat het fixeren met de Zweedse band niet meer toegestaan is. Als de medewerkers naar deze band terug wilde grijpen, werd samen met het kernteam gekeken welk alternatief voor de Zweedse band gebruikt kon worden. Met deze bijsturende taak raakt het kernteam een tweede actieve vorm van leidinggeven, namelijk het transactioneel leidinggeven. Het transactioneel leidinggeven wordt gekenmerkt door 'bijsturen' als er van de norm wordt afgeweken. Deze vorm van leiderschap is dan ook meer geschikt om 'op de winkel te passen' dan om veranderingen te bewerkstelligen en bereidheid te creëren om te veranderen (Den Hartog 1997). Vooral na het borgen van de verbetering zal deze manier van leidinggeven van toepassing zijn. De psycholoog is de 'borger' van de kwaliteitsverbetering en zij dient leiding te geven aan de medewerkers wat betreft het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band. De psycholoog voorkomt, ondanks dat de kwaliteitsverbetering in de organisatie (cultuur) geborgd is, dat er teruggevallen wordt op het gebruik van de Zweedse band (Den Hartog 1997). De psycholoog zal in Ter Valcke 'op de winkel passen' en ervoor zorgen dat de Zweedse banden niet meer gebruikt worden.

5.3.3 Participerende leiderschapsstijl

Tijdens het observeren en het afnemen van de interviews kwam nog een interessant detail naar voren. De sfeer tussen de medewerkers en de leden van het kernteam was gemoedelijk en informeel. De lijnen tussen de hiërarchische niveaus zijn kort en de leden van het kernteam en de medewerkers gaan met elkaar in gesprek over verschillende zaken rondom de fixatie van cliënten. In de bovenstaande paragraaf is de manier van leidinggeven van het kernteam getypeerd als transformationeel en participerend (gericht op de doelen van de organisatie, Den Hartog 1997). Deze manier van leidinggeven wordt door Hersey & Blanchard (1982) gekoppeld aan een participerende leiderschapsstijl, zie figuur 3. Hersey & Blanchard delen de leiderschapsstijlen in gericht op de medewerkers (1982).

Figuur 3: Leiderschapsstijlen Hersey en Blanchard



In het begin van het verbetertraject lag de nadruk meer op de top- down benadering ofwel de 'directieve leiderschapsstijl' (Hersey & Blanchard 1982). De directie heeft besloten om te starten met het verbetertraject en gaf ook tijdens de kick- off bijeenkomst de informatie aan de medewerkers, familie en belangstellende. Nadat het kernteam gevormd was, ging de leiderschapsstijl over in de participerende leiderschapsstijl. Het kernteam kon deze leiderschapsstijl aannemen doordat de medewerkers, nadat zij gemotiveerd, overtuigd en geënthousiasmeerd waren, open stonden voor de kwaliteitsverbetering en zelf goede ideeën hadden over de alternatieven voor de Zweedse band. De participerende leiderschapsstijl legt het accent op steun geven en motivatie, bij problemen helpt het kernteam oplossingen aan te dragen, de ongerustheid (voor het vallen) die in het begin heerste is serieus genomen door er aandacht aan te besteden en om ervoor te zorgen dat de medewerkers gemotiveerd en geënthousiasmeerd waren om aan het verbetertraject te beginnen. De leden van het kernteam, net zoals de medewerkers, waren betrokken bij het verbetertraject doordat de leden intrinsiek gemotiveerd waren. De intrinsieke motivatie kwam voortuit de ervaring van het vastbinden tijdens de kick- off bijeenkomst. De medewerkers en de leden van het kernteam binden niet graag mensen vast omdat op deze manier de vrijheid van de cliënt afgenomen wordt. Als laatste punt waar het kernteam accent op heeft gelegd, is de benutting van de kennis en ervaring van de PB'ers.

Hersey en Blanchard (1982) onderscheiden bij een leidinggevende eveneens gerichtheid op de taak van de medewerker (dimensie sturend gedrag) en gerichtheid op ondersteuning

(dimensie ondersteunend gedrag). Voor het kernteam van Ter Valcke geldt de dimensie ondersteunend gedrag omdat het kernteam gedrag laat zien als;

- aanmoedigen en ondersteunen; uit het onderzoek blijkt dat de medewerkers ten alle tijden problemen, vragen en/ of opmerkingen aan de teamleidster en de psycholoog terug kunnen koppelen, waarna de teamleidster en/ of de psycholoog de medewerkers ondersteunt bij het zoeken naar bijvoorbeeld andere alternatieven voor het wegnemen van de Zweedse band.
- juiste voorwaarden scheppen om het werk te vergemakkelijken en te veraangemen; hierbij kan gedacht worden aan het aanreiken van alternatieven voor de Zweedse band waardoor de medewerkers de Zweedse band af kunnen bouwen. Het kernteam kon de alternatieven aanreiken omdat allereerst de directie besloten heeft om deel te nemen aan Zorg voor Beter Plus en de directie heeft in het begin van het verbetertraject €10.000,- beschikbaar gesteld voor dit verbetertraject.
- Interactie bevorderen; een goed voorbeeld hiervan is het betrekken van de PB'ers bij het verbetertraject waardoor het kernteam interactie krijgt.

In dit hoofdstuk zijn voor de onderwerpen 'alternatieven voor de Zweedse band', 'borging' en 'betrokkenheid van het kernteam' een theoretische reflectie en generalisatie tot stand gekomen. Een interessante uitkomst van het onderzoek is dat de hele procesgang van het verbetertraject in kaart is gebracht. De auteurs die in dit onderzoek aangehaald zijn, beschrijven alleen de werkwijze hoe de alternatieven voor vrijheidsbeperkingen tot stand komen. Ook heeft dit onderzoek laten zien hoe Ter Valcke alternatieven voor de Zweedse band heeft ontwikkeld. De borging van de alternatieven kan alleen als de alternatieven verantwoord goed zijn. De borging is door het kernteam, deels onbewust, op twee manieren gedaan te weten; dynamisch en statisch. Het kernteam heeft met haar unieke samenstelling en de transformationele en participatieve manier van leidinggeven het verbetertraject, inclusief het zoeken, toepassen en borgen van de alternatieven voor de Zweedse band, tot een succes gebracht.

Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk zal terug gegaan worden naar de onderzoeksvraag en de daarbij behorende deelvragen. De conclusies worden gepresenteerd doordat antwoorden op de deelvragen en onderzoeksvraag worden geformuleerd. Ter afsluiting zullen naar aanleiding van dit onderzoek aanbevelingen gedaan worden.

6.1 Zoeken naar alternatieven voor het wegnemen van de Zweedse band

De eerste deelvraag welke gesteld is luidt:

1. *Hoe wordt in Ter Valcke op individueel niveau gezocht naar alternatieven voor de Zweedse band?*

Ter Valcke heeft de alternatieven op verschillende wijzen opgedaan te weten: leren van andere organisaties, het rapport van de IGZ, de Werkmap 'Leven in vrijheid, werken aan vrijheid' van Sting (landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten) en in samenwerking met de medewerkers (zelfbedacht of opgedaan uit eerdere werkervaring). Het op individueel niveau zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band, gebeurt aan de hand van de hierboven genoemde bronnen waarbij per cliënt gekeken wordt welke alternatieven schikken. Het afbouwschema en de juiste alternatieven werden in het MDO besproken. Mocht een alternatief niet werken, werd door de medewerkers, psycholoog en eventueel de teamleidster gezocht naar nieuwe alternatieven voor de betreffende cliënt. Ook hier werden de bovengenoemde bronnen gebruikt.

6.2 Borging van alternatieven voor het wegnemen van de Zweedse band

Om erachter te komen hoe de alternatieven voor de Zweedse band geborgd zijn, is de volgende vraag geformuleerd:

2. *Hoe wordt het werken met alternatieven voor de Zweedse band in Ter Valcke geborgd?*

Het werken met alternatieven voor de Zweedse band houdt in dat constant gezocht wordt naar de beheersing van het precaire spanningsveld tussen veiligheid en vrijheid (of wel autonomie). De alternatieven worden ingezet om de Zweedse band uit te bannen en ervoor te zorgen dat deze band in het vervolg ook niet meer gebruikt wordt. Uit de empirie bleek dat het uitbannen van de Zweedse band op twee verschillende manieren geborgd wordt. Het opnemen van het non- fixatiebeleid in de opnameboekjes van Ter Valcke, het aanpassen van het Bopz- beleid, de lijst met alternatieven voor de Zweedse band, de enquête 'wij werken aan onze prestaties' en de psycholoog op zich zijn vormen van statische borging. De andere vorm van borging die Ter Valcke hanteert is de dynamische borging. Deze dynamische borging is terug te zien in de toepassing van het plan- do- study- act cyclus die

toegepast wordt bij het zoeken en toepassen van alternatieven voor de Zweedse band. Ook kan de andere manier van denken door de medewerkers onder dynamische borging geschaard worden. Elke medewerker geeft aan dat het niet meer fixeren in zijn of haar 'systeem' zit.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de alternatieven voor de Zweedse band noodzakelijk zijn om de onzekerheid onder de medewerkers en de familie over voldoende veilige zorg weg te nemen. De borging van de alternatieven voor de Zweedse band heeft kunnen slagen doordat de medewerkers en de familie vertrouwen op de positieve resultaten van de verantwoord goede alternatieven voor de Zweedse band en dat zij zich ervan bewust zijn dat het vastbinden van mensen niet altijd het gewenste effect heeft. Zonder goede alternatieven had de verbetering niet geborgd kunnen worden.

6.3 Vormgeving betrokkenheid kernteam

De laatste deelvraag die beantwoord moest worden is:

- 3. Hoe krijgt de betrokkenheid van het kernteam vorm binnen de organisatie Ter Valcke en hoe wordt deze betrokkenheid op het operationele niveau van de organisatie ervaren?*

Uit het onderzoek blijkt dat het management en het kernteam van Ter Valcke door onder andere de wetswijziging Bopz, matige score op de norm Verantwoorde zorg, het advies van de IGZ om vanaf 1 januari 2011 de Zweedse band uit te bannen en de intrinsieke motivatie, betrokken zijn geraakt bij het verbetertraject. In de begin fase van het project heeft het management van Ter Valcke tijdens de kick-off bijeenkomst de medewerkers, familie en belangstellende geïnformeerd over het uitbannen van de Zweedse band. Ook hebben de aanwezigen waaronder de leden van het kernteam kunnen ervaren hoe het is om vastgebonden te zijn. Mede hierdoor ontstond de (intrinsieke) motivatie om actief deel te nemen aan het verbetertraject.

Om het verbetertraject in goede banen te leiden, van strategische- tot operationeel niveau, is het kernteam opgezet. De leden van het kernteam hebben door het transformationeel en participatief leidinggeven de betrokkenheid voor het verbetertraject laten zien. Het kernteam zocht samen met de persoonlijke begeleiders en de medewerkers naar alternatieven voor de Zweedse band. Het kernteam ondersteunde de medewerkers bij de uitvoering van het verbetertraject door zo goed mogelijk te faciliteren met alternatieven voor de Zweedse band en het geven van vertrouwen voor voldoende veilige zorg. Doordat de hiërarchische lijnen kort zijn, kunnen de medewerkers direct contact opnemen met de leden van het kernteam wanneer zij terugkoppeling of advies wensen omtrent het uitbannen van de Zweedse band.

Uit het onderzoek blijkt dat de respondenten de fysieke aanwezigheid van de leden van het kernteam op de werkvloer beschouwen als betrokkenheid. De medewerkers kunnen op deze manier zien en ervaren dat de leden van het kernteam participeren en belangstelling tonen in het verbetertraject.

6.4 Beantwoording onderzoeksvraag

Op basis van de beantwoording van de deelvragen, is het eenvoudiger om de onderzoeksvraag te beantwoorden. De onderzoeksvraag luidt:

Hoe wordt in het programma Zorg voor Beter Plus en binnen Ter Valcke vormgegeven aan de processen van het zoeken naar en borgen van alternatieven voor de Zweedse band en wat is de rol van de betrokkenheid van het kernteam hierin?

Als het programma Zorg voor Beter Plus bestudeerd wordt, komt het leidinggeven aan het zoeken naar alternatieven voor de Zweedse band ofwel alternatieven voor vrijheidsbeperking niet terug. Als het document Maatregelen op maat thema 'Vrijheidsbeperkende maatregelen' bekijken (Zorg voor Beter 2009b), wordt gezegd over de alternatieven dat de medewerkers in het zorgproces na moeten denken over (minder ingrijpende) alternatieven en dat de medewerkers kennis moeten hebben van de alternatieven. Kortom dat veel aandacht besteed moet worden aan het vinden van alternatieven zoals zinvolle dagbesteding of verschillende vormen van afleiding (Zorg voor Beter 2009b). Hoe leidinggeven moet worden aan het zoeken naar alternatieven voor, in dit geval, de Zweedse band, wordt niet vermeld. Uit het onderzoek blijkt dat de verwachting van het kernteam over het aanreiken van alternatieven voor de Zweedse band door Vilans niet waargemaakt werd. In de conferenties van Vilans kregen de organisaties de mogelijkheid om van elkaar te leren en van gedachten te wisselen. Door Vilans werden goede ideeën, voortkomend uit ideeën van andere organisaties, onder de deelnemende organisaties verspreid (Zorg voor Beter 2009b). Daar waar verschillende auteurs in de wetenschappelijke literatuur aangeven dat er geen alternatieven voor fixatie voorhanden zijn, heeft Ter Valcke verscheidene alternatieven gevonden die onder te verdelen zijn in; risicoverlagend, afleiding en rustgevend.

In het programma Zorg voor Beter Plus wordt aandacht besteed aan borgen. De deelnemende organisaties aan het verbetertraject wordt geadviseerd om na te denken *wat wil men borgen* (uitkomsten, dagelijkse werkprocessen, vaardigheden of capaciteiten, houding/ beleving, randvoorwaarden of een combinatie van deze), *wanneer men de verbetering wil borgen, hoe men wil bouwen aan verbeterkracht* en *hoe men eventuele terugval wil herstellen* (Zorg voor Beter 2009b). Uit het onderzoek blijkt dat Ter Valcke het

thema borgen dat Vilans aanbod te theoretisch vond. Tevens gaven de leden van het kernteam aan borgen een lastig onderdeel te vinden. Ondanks dat het kernteam borgen lastig vind, is de verbetering- uitbannen van de Zweedse band- geborgd. Het is gebleken dat Ter Valcke twee manieren van borgen heeft gehanteerd, te weten statische en dynamische borging. Als statische borging kan gezien worden het vastleggen van non- fixatie in de opname boekjes van Ter Valcke en het Bopz- beleid, de lijst met alternatieven voor de Zweedse band en de psycholoog en als dynamische borging kan gezien worden het zoeken naar alternatieven middels de PDSA- cyclus en het opnemen van de non- fixatie in de denkwijze van de medewerkers. Het kernteam heeft bij de statische borging voor de schriftelijke vastlegging van de kwaliteitsverbetering gezorgd. Bij de dynamische borging hebben de leden van het kernteam eerst de medewerkers moeten wijzen op het uitbannen van de Zweedse band door motiveren en enthousiasmeren. De PDSA- cyclus wordt in het programma Zorg voor Beter Plus gehanteerd voor de continue verbetering (Zorg voor Beter 2009b). Ter Valcke sluit met het hanteren van deze werkwijze aan op het programma. Om de kwaliteitsverbetering te kunnen borgen heeft het kernteam een belangrijke rol gespeeld.

Uit het onderzoek blijkt dat het kernteam betrokken is bij het verbetertraject. Als laatste waar antwoord op gegeven moet worden is, 'hoe' het kernteam betrokken was bij het verbetertraject. In het begin, bij de start van het verbetertraject, was de directie van Ter Valcke betrokken bij het verbetertraject. Zij heeft tijdens de kick- off bijeenkomst de aanwezige geïnformeerd over het verbetertraject. De betrokkenheid van de directie is ook terug te zien in het beschikbaar stellen van de €10,000,- voor het verbetertraject. Het kernteam van Ter Valcke heeft het verbetertraject geleid. De samenstelling van het kernteam is niet aan het toeval overgelaten. Twee leden van het kernteam, hoofd zorg en de kwaliteitsbeleidsmedewerker, zijn vertegenwoordigd in het managementteam van Ter Valcke. De psycholoog en de teamleidster vanuit het kernteam, zijn nauw betrokken bij de werkvloer. De samenstelling van het kernteam zorgt ervoor dat een georganiseerd (strategisch niveau) verbetertraject op de werkvloer (operationeel niveau) plaats kan vinden. Door deze unieke samenstelling voldoet Ter Valcke aan de wens van Vilans om betrokkenheid van het management te creëren. De management betrokkenheid is nodig om de organisatiebrede continue verbetering te bevorderd (Zorg voor Beter 2009b). Het kernteam gaf op een transformationele en participatieve manier leiding aan het verbetertraject. De leden van het kernteam hebben samen met de persoonlijke begeleiders (en de medewerkers) gezocht naar alternatieven voor de Zweedse band om ook op deze manier vertrouwen te geven in het leveren van voldoende veilige zorg en in een goede afloop van het verbetertraject. De psycholoog en de teamleidster hebben samen de alternatieven voor de Zweedse band, in de categorie afleiding, gezocht en aangeschaft. Door

de positieve effecten van de alternatieven voor de Zweedse band, is ook bij de familie vertrouwen ontstaan in het uitbannen van de Zweedse band.

De medewerkers ervaren de betrokkenheid van de leden van het kernteam in de fysieke aanwezigheid op de werkvloer. Door de fysieke aanwezigheid op de werkvloer zoals de gesprekken met de PB'ers, de participatie in de werkoverleggen en MDO's kunnen de medewerkers zien en ervaren dat de leden van het kernteam participeren en belangstelling tonen in het verbetertraject.

6.5 Aanbevelingen

In deze paragraaf wordt een tweetal aanbevelingen voor de zorgpraktijk en volgend onderzoek gedaan.

6.5.1 Theorie en praktijk

Uit het onderzoek komt naar voren dat de respondenten de theorie over borgen vanuit het programma Zorg voor Beter Plus te theoretisch vonden. De theorie was onvoldoende toegepast op de praktijk. Tevens gaven de respondenten aan dat het actieplan wat Vilans voorstelde te administratief overkwam.

Vilans zou met de bovengenoemde uitkomsten haar voordeel kunnen doen en de theorie over borgen meer toe kunnen passen op de praktijk. Ook zou Vilans het actieplan zo kunnen aanpassen dat het plan beter werkbaar is in de praktijk zodat het de deelnemende organisaties het programma als handvat kunnen gebruiken. Als Vilans deze verbeteringen opneemt in het verbeterprogramma, zouden in de toekomst de verbeterprogramma's nog beter aansluiten op de praktijk.

6.5.2 Verspreiding

Uit het onderzoek komt naar voren dat het uitbannen van de Zweedse band in locatie Ter Valcke geborgd is. Dit betekent dat het verbetertraject van de pilotwoningen verspreid is naar de 'niet pilot' woningen (interne verspreiding). Het verspreiden van de kwaliteitsverbetering van de pilotwoningen naar de andere woningen binnen Ter Valcke, is opgenomen in het actieplan. De 'niet pilot' woningen hebben de kwaliteitsverbetering opgepakt na het eerste MDO. In het MDO werd het afbouwschema en de alternatieven voor de Zweedse band besproken. De medewerkers, de teamleidster en de families van de cliënten van de 'niet pilot' woningen zijn ook vanaf de start van het verbetertraject geïnformeerd over het uitbannen van de Zweedse band. Voor de interne verspreiding kan wel een kritisch kanttekening geplaatst worden. De respondenten van de 'niet pilot' woningen misten, na de start van de pilot, informatie over de voortgang van het verbetertraject, met name hoe de

verschillende alternatieven voor de Zweedse band uitwerking hadden in de praktijk. Ter Valcke kan door deze kritische kanttekening bij een volgend verbetertraject voordeel behalen. Bij een volgend verbetertraject is het van belang dat de informatie over de pilot en de uitkomsten van de kwaliteitsverbetering gecommuniceerd worden naar de 'niet pilot' woningen.

Ter Valcke is momenteel bezig om het verbetertraject te verspreiden over andere locatie van SVRZ. De kwaliteitsbeleidsmedewerker heeft een rapportage geschreven waarin weergegeven is hoe het verbetertraject binnen Ter Valcke verlopen is. Om een zo goed en volledig mogelijke eindrapportage te schrijven, wordt ook de eindrapportage van Ten Anker (deelgenomen aan het verbetertraject 'Ban de Band') toegevoegd. De andere locaties kunnen lering trekken uit de procesgang van zowel Ten Anker als Ter Valcke. In een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te onderzoeken hoe de verspreiding tussen de locaties van het SVRZ verloopt of verlopen is en of na de verspreiding in heel SVRZ de Zweedse band uitgebannen is.

Hoofdstuk 7 Reflectie

In dit hoofdstuk zal teruggeblikt worden op de opzet en de uitvoering van dit onderzoek. De keuzes die gemaakt zijn in dit onderzoek zijn van invloed geweest op het verdere verloop van het onderzoek. De gevolgen van deze keuzes worden aan een reflectie onderworpen. Ook zal teruggekeken worden op het handelen van de onderzoeker.

7.1 Grounded theory

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van grounded theory. Dit onderzoek is om twee redenen vanuit grounded theory ingestoken. Ten eerste wilde ik graag kijken welke thema's vanuit de empirie naar boven komen zonder een voorafgesteld theoretisch kader neer te zetten. Dit leek mij leuk en interessant omdat ik graag kijk vanuit de praktijk. Wat gebeurt er nu werkelijk in de praktijk en welke interessante thema's komen er wat betreft het uitbannen van de Zweedse band naar boven. Als vooraf een theoretisch kader opgesteld is, is het lastiger om met een 'open view' de empirie te beoordelen. Het analyseren van de empirie gebeurt dan meer selectief doordat je toewerkt naar bepaalde thema's. De tweede reden is een organisatorische reden. In de periode dat de data verzameld dienden te worden, verbleef ik in Oslo voor de uitwisseling die door de Erasmus Universiteit aangeboden werd. Om tijdens het afstuderen niet te veel vertraging op te lopen, is ervoor gekozen om de empirische gegevens voor vertrek naar Oslo te verzamelen en later naar aanleiding van de empirie de theorie te zoeken. Deze manier van onderzoek doen is mij bevallen hoewel het veel tijd en moeite kost om te kijken welke thema's eruit de empirie naar voren komen en met welke thema's je uit eindelijk iets gaat doen. Het moeilijkste van het onderzoek is dat er 8 interessante thema's naar voren zijn gekomen, te weten (1) alternatieven voor de Zweedse band, (2) Zorg voor Beter Plus, (3) projectleiding, (4) projectstructuur, (5) verandering en (6) familie (7) verspreiding en (8) borging, die ik allemaal zou willen onderzoeken. Aangezien de tijd waarin het onderzoek afgerond moet zijn kort is en ik als enige het onderzoek uitvoer, moeten er keuzes gemaakt worden. Door met mijn begeleider over de thema's te spreken, kwam naar voren dat (het zoeken naar) de alternatieven de Zweedse band van groot belang zijn voor het slagen van het verbetertraject. Als er geen alternatieven voor de Zweedse band aanwezig zouden zijn, zou het verbetertraject ook niet geborgd kunnen worden en zou er geen verandering plaats hebben kunnen vinden. De manier van het borgen van alternatieven is hierdoor ook een interessant onderwerp. Nog steeds sta ik achter de keuze om het onderzoek op deze thema's te baseren.

Voorafgaand aan het onderzoek is er een onderzoeksvraag en zijn er deelvragen opgesteld. Naar aanleiding daarvan zijn de interviewvragen opgesteld. Het enige 'gevaar'

van het vooraf opstellen van de interviewvragen bij grounded theory is dat de vragen je bepaalde 'oogkleppen' opzetten. Ik was mij hier voorafgaand aan de interviews van bewust en ben tijdens de interviews ingegaan op interessante uitspraken die medewerkers deden. Daardoor heb ik de interviewvragen als leidraad kunnen gebruiken en niet als vast kader. Nadat duidelijk was welke thema's ik uit de empirie wilde gaan uitwerken, heb ik de onderzoeksvraag en deelvragen daarop aangescherpt.

7.2 Methoden en technieken

De data voor dit onderzoek is verzameld door middel van triangulatie, te weten: documentanalyse, observaties en interviews. Wat betreft de documentanalyse, de organisatie Ter Valcke kon spoedig de notulen van de werkoverleggen van het kernteam, het actieplan en het Bopz- beleid aanleveren. Het observeren verliep voorspoedig. In alle woningen was het mogelijk om de observatie te doen. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen, heb ik in sommige gevallen gevraagd of zij mij alternatieven voor de Zweedse band wilden laten zien. De medewerkers waren hiertoe bereid. Ook was de observatie een zeer nuttige aanvulling op de dataverzameling. Ik heb met eigen ogen kunnen zien hoe de alternatieven zoals het pluche schaap gebruikt werden. In een vervolg onderzoek is het ook mogelijk om eerste de interviews af te nemen en daarna te gaan kijken/ observeren wat de respondenten bedoelen met bijvoorbeeld de verschillende alternatieven voor de Zweedse band. Doordat ik eerst geobserveerd heb en daarna de interviews heb afgenomen, herkende ik verscheidene alternatieven voor de Zweedse band die door de medewerkers tijdens de interviews werden genoemd. Ook had ik direct een beeld bij bijvoorbeeld het digitale patiëntendossier PlanCare.

De interviews zijn afgenomen bij de volgende personen:

- de leden van het kernteam (hoofd Zorg, kwaliteitsbeleidsmedewerker, psycholoog),
- persoonlijke begeleiders van de pilotwoningen,
- twee medewerkers van de 'niet pilot' woningen,
- de teamleidster van de niet pilot' woningen.

De teamleidster van de 'niet pilot' woningen is geïnterviewd omdat de teamleidster van de pilotwoningen wegens ziekte afwezig was. De teamleidster van de pilotwoningen was lid van het kernteam. Doordat ik de teamleidster van de pilotwoningen niet heb kunnen interviewen, kan ik wellicht belangrijke informatie gemist hebben omtrent het zoeken en borgen van de alternatieven voor de Zweedse band. Dit heeft wellicht de validiteit en betrouwbaarheid beïnvloed.

Tijdens het afnemen van de eerste interviews merkte ik op dat ik een aantal gesloten vragen stelde waardoor ik genoodzaakt was om direct al verdiepingsvragen te stellen voor de beantwoording van de vragen. In de daarop volgende interviews heb ik de gesloten

vragen vervangen door open vragen. Hierdoor werd de vraag door de respondent ruimer beantwoord.

7.3 Dataverwerking

Alle data vanuit de observaties en de interviews zijn anoniem verwerkt. De gebruikte citaten vanuit de interviews zijn gecodeerd in plaats van de vermelding van de functie. Daardoor is het voor de lezer niet of zeer moeilijk om te achterhalen welke respondent welke uitspraken heeft gedaan. De anonimiteit van de respondent is op deze manier gewaarborgd. Bij het kiezen van de citaten is terdege nagegaan of de respondenten hier niet door geschaad worden.

Literatuur

Actiz (2009). Ter Valcke. Internet. [Aangehaald op 13 juli 2010]. Bereikbaar op: <http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/dossiers/kleinschaligwonen/databank/detail?id=1362&p=36&soort=&s=gemeente&naam=&gemeente=&provincie=&fase=&bouwjaar=&doelgroep=&zorgaanbieder=&eigenaar=&perpagina=&aantal%20woningen=&architect=&nabijheid%20zorg=&woningen=&bewonerswoning=&bewonerstotaal=&financiering=>

Andrea, M., Dielis-van Houts, Bert H.G.M. Lendemeijer, Jan P.H. Hamers (2004). Veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperkende maatregelen. *Tijdschrift voor verpleegkundigen nummer 11*

Creswell, J.W. 2003. Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Sage Publications

Baarda, D.B. & Goede, M., de, & Teunissen, J. 2001. Kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Wolters-Noordhoff

Boeije, H. 2008. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Boom

Bussemaker, J. (2009). Kamerstuk 07-07-2009, Memorie van Toelichting wet zorg en dwang. Internet [aangehaald op 23-06-2010] Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/07/07/mvt-zorg-en-dwang.html>

Buchanan, D.A., L. Fitzgerald & D. Ketley. 2007. The sustainability and spread of organizational change. Modernizing healthcare. Oxon: Routledge.

Den Hartog, D.N., Koopman, P.L., Van Muijen, J.J. (1997). Leiderschap en machtsuitoefening in organisaties: Inspireren, ruilen en consulteren. *Gedrag en Organisatie*, 10, 412-429.

Den Hartog, D.N., Van Muijen, J.J., Koopman, P.L. (1997). Transactional versus transformational leadership: an analysis of the MLQ. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, (1), 19-34.

Dückers, M. & C. Wagner (2005). *Ex ante evaluatie Sneller Beter pijler 3. Inventarisatie van de mate waarin de opzet van het programma Sneller Beter pijler 3 voldoet aan eisen ontleend aan literatuur*. [Internet] Nivel, 2005 [aangehaald op 21-07-2010] bereikbaar op <http://www.nivel.nl/pdf/Ex-ante-evaluatie-Sneller-Beter-pijler-3-2005.pdf>

Feldman, M.S. & B.T. Pentland. 2003. 'Reconceptualizing organizational routines as a source of flexibility and change'. *Administrative Science Quarterly* 48: 94-118.

Finlay, P. 2000. *Strategic Management: An introduction to Business and Corporate Strategy*. Harlow: FT Prentice Hall Financial Times.

Geldens, J. & Herman L. Popeijus (2008). *De ROTOR- cyclus. Denk- en ontwikkelingsmodel en kern van ontwikkelingsbegeleidend onderzoek*. Kempellectoraat. Helmond

Glaser, B., & Strauss, A. (1999). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*.

Hamers, J.P.H., M.J.M. Gulpers, M. Bleijlevens, A.R. Huizing, E.J. Scherder, H. Houweling, E. van Rossum (2009). Het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. Nummer 5

Have, S. ten en C. Visser, *Naar een productief veranderperspectief – van mislukking naar succes*. *Holland Management Review* vol 98, 2004: 32-47

Huizing, A. (2004). Casus Vrijheidsbeperking bij ouderen, met fixatie wordt vallen niet voorkomen. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* Volume 2, Number 4, 81-82,

Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1982). *Management of organizational behavior: utilizing human resources*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Howitt, D. & Duncan Cramer (2007). *Methoden en technieken in psychologie*. Pearson education Benelux

Kanter, R.M., *Leadership for Change: Enduring Skills for Change Masters*. Boston: Harvard Business School, 2005

Koeleman, H.T. (2006). *Interne communicatie bij verandering- Van middelen- naar interventie denken.*, Kluwer, Alphen aan de Rijn, 2006

Kotter, J.P. 1998. *Leading change: Why transformation efforts fail.* In Harvard Business Review on Change. Boston: Harvard Business School

Langley, G.J., K.M. Nolan, T.W. Nolan, C.L. Norma & L.P. Provost. 1996. '*The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*'. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Liégeois, A. & M. Eneman (2004). Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg: een ethisch advies. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 46 (6): 369-387

Pfeifer, T. & R. Schmitt. 2005. 'Managing change: quality-oriented design of strategic change processes.' *The TQM Magazine* 17 (4):297-308.

Oud, M. & L. Schouten. 2006. Wie streeft naar kwaliteit is op borging voorbereid. *Kwaliteit in beeld.*

Øvretveit, J. 2008. 'Effective leadership of improvement: the research.' *The international Journal of Clinical Leadership* 16(2):97-105.

Øvretveit, J., P. Bate, P. Cleary, S. Cretin, D. Gustafson, K. Malnnes, H. McLeod, T.Molfenter, P. Plsek, G. Robert, S. Shortell & T. Wilson. 2002. 'Quality collaboratives: lessons from research'. *Quality and Safety in Health Care* 11(4):345-351.

Mast, J., N. Heeringa, J. Zomerplaag (2005). *Werkplan verbetertraject plus.* Vilans

Muntslag, D. 2001. *De kunst van het implementeren.* Enschede: Universiteit Twente.

Mason, I. & A. Smaling. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie.* Boom

Mourik, A., Corry Knijnenburg, Liesbeth van Gemert, Marieke van Piere (2008). Er zijn landelijke normen nodig, vrijheidsbeperking in het ziekenhuis. *Tijdschrift voor verpleegkundigen* 2008 nummer 7/8.

Nursing.nl (2010). *Inspectie gaat weer op fixeren controleren*. Internet [aangehaald op 16 juni 2010] Bereikbaar op: <http://www.nursing.nl/verpleegkunde/specialismen/geriatrieouderenzorg/nieuw/5694/inspectie-gaat-weer-op-fixeren-controleren>

Nursing.nl (2010). *'Gebruik Zweedse band moet in 2011 afgelopen zijn'*. Geraadpleegd op: 16 juni 2010. Bereikbaar op: <http://www.nursing.nl/home/nieuw/2044/gebruik-zweedse-band-moet-in-2011-afgelopen-zijn>

Perspekt (2010). PREZO. Internet. [Geraadpleegd op: 17-07-2010]. Bereikbaar op: <http://www.perspektkeurmerk.nl/index.php?id=585>

Rond, de W. (2009) *Plan van aanpak project Maatregelen op maat en voortgangsrapportage*. SRVZ januari 2009

Schouten, L.M.T, F. Seesing, H. Tijink, J.J.E. Everdingen, R. Huisman, M. Hulscher. De achilleshiel van de Doorbraakprojecten. 2004. Het breder verspreiden van resultaten stagneert. *Medisch Contact*, nr. 42 (59), 107:23-29.

Splunteren, P. van, J. van Everdingen, S. Janssen, M. Minkman, M. Rouppe van der Voort, L. Schouten & M. Verhoeven. 2003. *Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode*. Assen: Van Gorcum.

Stoopendaal A., Strating M., Mostert H, Zuiderent-Jerak T., Nieboer AP., Bal R., Borgen in praktijk. Het Eten en Drinken traject in Zorg voor Beter, *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2009, nr. 10, p.12-16.

Strating, M.M.H, A.M.V. Stoopendaal, T. Zuiderent-Jerak, A.P. Nieboer, R.A. Bal. 2009. *Op weg naar duurzaam verbeteren in de langdurige zorg?* tsg jaargang 87, nr 8

Strating, M., Zuiderent-Jerak T., Nieboer A.P., Bal R., Evaluating the Care for Better collaborative Results of the first year of evaluation, Rotterdam: iBMG, 2008

Stoopendaal A., Nieboer A.P., Zuiderent-Jerak T., Strating M., Bal R., Zorg voor Beter. Evaluatie van een nationaal verbeterprogramma in de langdurige zorg. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2009, nr. 10, p.17-21.

Stoopendaal A., 2008. *Zorg op afstand betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Proefschrift

Stauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques* (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage

SVRZ (2010). Over SVRZ. [internet]. [Aangehaald op: 3 augustus 2010]. Bereikbaar op: http://www.svrz.nl/over_svrz/organisatie/bestuur/?cid=32

Vilans. (2010). *Vilans- Wie zijn wij?* versie 11 januari 2010 [internet]. [Aangehaald op: 15-01-2010]. Bereikbaar op: http://www.vilans.nl/smartsite.dws?id=VILANS_WIEZIJNWE

Vlist, van der, R., *Leiderschap in organisaties*, Kernvraagstukken voor de jaren '90, Utrecht, 1994

Wester, F. (1987) *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho

Wikipedia (2009). *Zweedse band*. [Internet]. [Aangehaald op: 13-08-2010]. Bereikbaar tot: http://nl.wikipedia.org/wiki/Zweedse_band

Zichtbare zorg verpleging, verzorging en thuiszorg (2010). *Handboek Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VV&T* versie 12 mei 2010 [internet] Zichtbare zorg. [Aangehaald op: 28 juli 2010]. Bereikbaar op: http://www.btsg.nl/downloads/Handboek_kwaliteitskader_VZ_VV&T_versie_12-05-2010.pdf
Zorg voor Beter. 2008a. *Werk aan kwaliteit met het Verbetertraject Plus!* [Internet]. Zorg voor Beter, 10-07-2008 [aangehaald op 23-05-2010]. Bereikbaar op <http://www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/verbetertrajectplus/nieuwsberichten/werkaan-kwaliteitsverbetering-met-het-verbetertraject-plus/>

Zorg voor Beter (2008b). *Startmap Verbetertraject Plus: Achtergrondinformatie voor deelnemers*. Zorg voor Beter Verbetertrajecten: eigen beheer.

Zorg voor Beter (2009a). *Verbetertrajecten* [Internet]. Zorg voor Beter, 2009 [aangehaald op 14-06-2010]. Bereikbaar op <http://www.zorgvoorbeter.nl/over-zorg-voor-beter/verbetertrajecten3/>

Zorg voor Beter (2009b). *Verbetertraject Plus; Werkwijze* [Internet]. Zorg voor Beter, 2009 [aangehaald op 14-06-2010]. Bereikbaar op <http://www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/verbetertraject-plus/werkwijze13/>

Zorgloket gemeente Goes (2010). *SVRZ locatie Ter Valcke (TV) centrum voor zorg en reactivering*. [internet] aangehaald op: 5-01-2010 Bereikbaar op: <http://www.lokaalloket.nl/goes/aanbieder.php?id=5252>

ZZ.nl (2008-2010). *Ter Valcke SVRZ*. [internet] aangehaald op: 5-01-2010. Bereikbaar op: http://www.zz.nl/nl/werken/organisaties/68_svrz/73_ter-valcke/2.htm

Bijlage 1 Topiclijst observatie

Tijdens de observaties zal de onderstaande topiclijst gehanteerd worden:

Aandachtspunten
Fixatie
Alternatieven voor fixatie
Documentatie van afbouwschema's of alternatieven

Bijlage 2 Topiclijst interviews

Tijdens de interviews worden aan de volgende vragen gesteld:

Projectteam en werknemers die niet direct betrokken zijn geweest bij het project

1. Op welke manier was het kernteam volgens u betrokken bij het kwaliteitverbetertraject en hoe merkte u dat?
2. Hoe is het projectplan met u als PB-er doorgenomen?
3. Op welke wijze heeft het kernteam u gemotiveerd om u in te zetten voor het verbetertraject?
4. Op welke wijze is er door het kernteam ruimte geboden om mee te denken naar alternatieven voor fixatie?
5. Hoe werden de door u aangeboden alternatieven meegenomen in het verbetertraject?
6. Hoe worden de alternatieven voor fixatie gedocumenteerd?
7. Als er een cliënt vrijheidsbepenkende maatregelen nodig heeft, hoe gaan jullie daarmee om? Wat doen jullie dan?
8. Hoe vindt er over de non- fixatie terugkoppeling plaats naar het kernteam?

Kernteam

1. Waarom doet SRVZ mee aan dit programma en door wie is het initiatief genomen?
2. Op welke manier zijn jullie betrokken geraakt (intrinsieke of extrinsieke factoren). Heeft de ondersteuning van Vilans daaraan bijgedragen?
3. Hoe is de begeleiding vanuit Vilans ervaren (onder andere de conference calls en de conferenties, plan van aanpak)?
4. Hoe heeft het project 'omgaan met vrijheidsbeperkingen' vorm gekregen in Ter Valcke op zowel management niveau als operationeel niveau gelet op plan van aanpak en ander soortige documenten?
5. Welke betekenis geven jullie aan het 'leidinggeven' aan kwaliteitsprojecten.
6. Is er samengewerkt met de werkgroep (PB-ers) en op welke manier? Hoe is er draagkracht van de medewerkers ontwikkeld?
7. Op welke manier is er gezocht naar alternatieven voor fixatie? En hoe zijn deze alternatieven geborgd en verspreid (Koriander)?

-
8. Hoe wordt de werkwijze aangaande de kwaliteitsverbetering gekoppeld aan andere zaken die gebruikelijk onder 'management' geschaard kunnen worden (reguleringen, financiën, HRM)?

Vragen aan de medewerkers

1. Hoe bent u op de hoogte gebracht van het verbeterproject non- fixatie?
2. Hoe bent u betrokken geraakt bij het verbeterproject non- fixatie?
3. Op welke wijze heeft het kernteam u gemotiveerd om u in te zetten voor het verbetertraject?
4. Op welke manier was het kernteam volgens u betrokken bij het kwaliteitverbetertraject en hoe merkte u dat?
5. Hoe is het projectplan met u als PB-er doorgenomen?
6. Op welke wijze is er door het kernteam ruimte geboden om mee te denken naar alternatieven voor fixatie?
7. Hoe werden de door u aangeboden alternatieven meegenomen in het verbetertraject?
8. Hoe zag de planning van het verbeterproject non- fixatie eruit?
9. Hoe worden de alternatieven voor fixatie gedocumenteerd?
10. Als er een cliënt vrijheidsbeperkende maatregelen nodig heeft, hoe gaan jullie daarmee om? Wat doen jullie dan?
11. Hoe vindt er over de non- fixatie terugkoppeling plaats naar het kernteam?

Bijlage 3 Uitwerking observaties

Inleiding

Op woensdag 8 februari 2010 heb ik geobserveerd bij de pilot woningen van locatie Ter Valcke te Goes. De afspraak was dat de heer de Rond (Manager Zorg) mij om 09:00u zou ontvangen. Door het slechte weer (sneeuw) was ik 50 minuten te laat waardoor dhr. de Rond geen mogelijkheid meer had om mij te ontvangen. Mevrouw Wijnstra (teamleidster) heeft mij opgevangen waarna er een kennismakingsgesprek plaatsvond. Mevrouw Wijnstra heeft een aantal vragen, die ik voorafgaand aan de observatie had, beantwoord. Ook heeft zij al twee casussen benoemd waarbij er in 'haar' woningen alternatieven zijn gevonden voor fixatie. Mevrouw Wijnstra heeft niet aan het kernteam of werkgroep deelgenomen. Haar collega (mw. Vogel) is teamleidster van de pilotwoningen. Door haar afwezigheid heeft mevrouw Wijnstra haar taak overgenomen. Mevrouw Wijnstra vertelde dat de fixatie voornamelijk gedaan werd met de Zweedse Band zowel overdag in een stoel als 's nachts in bed. Met het project omgaan met vrijheidsbeperkingen is de Zweedse Band afgeschaft. Deze wordt dan ook niet meer gebruikt.

Mijn eerste indruk van de locatie Ter Valcke was dat het een erg gezellig en informeel huis is. De medewerkers zijn erg behulpzaam en willen graag vertellen over de organisatie waar zij werkzaam zijn. De eerste indruk van de woningen was erg prettig. Het zijn mooi ingerichte huizen met een huiselijke sfeer. Er zijn leuke en mooie accessoires gebruikt. Ook elk huis heeft een vogeltje die gezellig tjipt. Iedere bewoner heeft een eigen kamer met persoonlijke spullen. De woningen hebben allen een eigen tuin. Ook is het mogelijk om direct naar de speciaal aangelegde binnentuin te gaan. Aan de voorkant van het huis (dat is eigenlijk de achterzijde van het huis en grenst met de voordeur aan de binnen tuin) loopt er een overkapte gang zodat de bewoners niet direct buiten staan. Ook zijn er twee huizen aaneengeschakeld (door de gemeenschappelijke berging) zodat de medewerkers van het ene naar het andere huis kunnen om te helpen wanneer dat nodig zou zijn.

Observatie bij de niet pilotafdelingen

Mevrouw Wijnstra is met mij meegelopen naar de drie woningen waarbij er voor een drietal bewoners alternatieven voor fixatie zijn gebruikt. Woning 411: Een mevrouw heeft de ziekte Chorea van Huntington (deze ziekte veroorzaakt opvallende uiterlijke symptomen zoals ongewilde, soms sierlijk uitziende bewegingen over het gehele lichaam, waardoor iemand met deze aandoening een dansende gang (chorea) krijgt). Door deze ziekte kan mevrouw felle bewegingen maken waardoor zij uit haar stoel kan vallen. Voorheen werd zij gefixeerd met een band. Nu heeft mevrouw een aangepaste

kuipestoel met hoge stootborden (aan de zijkant van de stoel) zodat haar benen in de stoel blijven. Er is nog een mogelijkheid om mevrouw met een autogordel vast te doen maar dat wordt niet gedaan (op het moment dat ik er was). Twee andere vrouwen in het zelfde huis hebben een hoog/ laag bed. Dit bed kan tot 20 centimeter hoogte op de grond gebracht worden. Tevens gebruikt men voor de zekerheid een matras wat men onder het bed vastlegt (familie wil geen speciale valmat omdat deze volgens de familie niet voldoende bescherming biedt). Een andere mevrouw heeft hetzelfde bed maar dan met een speciale valmat naast het bed.

Woning 409 en 410: In beide woningen zijn er voor twee cliënten hoog/laag bedden aangeschaft. Tevens heeft men twee verschillende valmatten (een zachte blauwe en een hardere zwarte met plastic) welke ieder even goed werken volgens de psycholoog (psycholoog). Ook deze cliënten werden voorheen gefixeerd maar door de alternatieven hoeft dit niet meer. Nadat mevrouw Wijnstra mij ook het logeershuis heeft laten zien (hier wordt niemand gefixeerd en de mensen zijn hier voor maximaal drie maanden), ben ik zelf verder gegaan om de pilotwoningen te observeren.

Observatie bij de pilotwoningen:

Woning 403: Bij een mevrouw die in deze woning verblijft is een bewegingsmelder op haar slaapkamer geplaatst. Deze bewegingsmelder staat 's nachts in verbinding met de diensttelefoon. Wanneer mevrouw uit bed komt of uitbed gevallen is (wat na de fixatie één keer gebeurd is), komen de medewerkers die dienst hebben kijken. Bij mevrouw gaat het bedrek bij het hoofd omhoog. Dit omreden dat mevrouw met haar hoofd als eerste uit bed valt. Het bedrek bij haar benen is niet omhoog zodat zij nog vrij is om uitbed te kunnen (dus geen vrijheidsbeperkende maatregelen). De verpleging geeft aan dat een consequentie van non- fixatie is dat men uit bed valt. De bewegingsmelder en het bedrek voorkomt het uit bed vallen. Bij een somatische mevrouw gaat het bedrek 's nachts omhoog ter bescherming van de mevrouw. Zij denkt te kunnen lopen maar dat is niet meer mogelijk waardoor ze, als ze uitbed stapt, valt. Tevens is er bij een psychiatrische patiënt een bewegingsmelder geplaatst. Deze meneer kan 's nachts zelf naar de WC aar weet daarna de weg niet meer terug naar het bed. Ook bij het afgaan van deze melder komt de dienstdoende polshoogte nemen.

Woning 404: Bij een meneer is een bewegingsmelder geplaatst omdat meneer 's nachts uitbed komt. Voorheen zou meneer meteen gefixeerd worden maar nu is eerst gezocht naar alternatieven. Eerst heeft men de voordeur en de deuren van de slaapkamers van de andere bewoners op slot gedaan. Dit vonden de medewerkers eigenlijk geen goede oplossing. Nu wordt de deur van meneer op slot gedaan en kan hij enkel naar douche/ wc. Door de

verslechterde toestand van meneer komt hij nu niet meer uitbed. Bij andere bewoners worden nog wel bedrekken geplaatst. Dit ook omdat de bewoners aangeven dit fijner en veiliger te vinden. De bedrekken worden alleen omhoog gedaan in overleg met de familie.

Woning 405: Een meneer heeft een kuipstoel waardoor hij niet meer gefixeerd hoeft te worden. De kuip(rol)stoel ligt iets naar achteren waardoor hij moeilijker uit de stoel kan komen. Voorheen werd meneer gefixeerd met een band in een trippelstoel (een rolstoel waarmee hij met de benen de stoel vooruit kan duwen). De meneer heeft een hoog/laagbed met daaronder een valmat. Omdat de gezondheid van de meneer achteruit gegaan is, heeft deze meneer geen hoog/laag bed meer nodig. Hij heeft nu een normaal bed maar voor de zekerheid nog wel een valmat naast het bed. Meneer heeft wel de bedrekken omhoog en een bewegingsmelder.

Woning 406: In deze woning worden er geen cliënten gefixeerd met een Zweedse Band. Enkel worden bij een aantal cliënten de bedrekken omhoog gedaan.

Woning 401: Er is een mevrouw die in een rolstoel zit met een 'autogorde' om haar middel. Op het moment van observeren was mevrouw afgezonderd van de andere bewoners en at zij haar boterhammen op haar eigen kamer. Mevrouw heeft een hoog/laag bed en een gewoon matras naast het bed in plaats van een valmatras omdat de medewerkers het valmatras te dun vinden. Mevrouw heeft ook een roodlicht in haar kamer om ervoor te zorgen dat mevrouw 's nachts eerder terug in slaap komt en rustiger wordt. Ook heeft zij een bewegingsmelder op haar slaapkamer. Deze mevrouw is erg onrustig en komt geregeld uit haar bed. Ze laat zich dan op het matras naast haar bed glijden en schuift op haar bips door de slaapkamer. De dienstdoende komt, na melding van de bewegingsmelder, kijken en legt mevrouw weer terug in bed. Ook worden soms de bedrekken omhoog gedaan. Een andere mevrouw in deze woning ligt permanent in bed. Bij deze cliënte zijn standaard de bedrekken omhoog.

Woning 402: In deze woning werden en worden er geen cliënten gefixeerd. In deze woning leven cliënten met geronto psychiatrie.

Protocollen:

Er worden in ieder huis dag en nachtrapportages geschreven (hardcopie). In het digitale zogplan wordt door de persoonlijke begeleiders aangegeven of er middelen en maatregelen zijn genomen. Het afbouwen van de fixatie wordt hierin opgenomen. De handeling

bedreken omhoog wordt in dit digitale zorgplan opgenomen. Het is niet mogelijk om de alternatieven voor fixatie in het digitale zorgplan op te nemen.

Bijlage 4 Uitgewerkte codelijst

Code-Filter: All

HU: Scriptie BMG 10-05-2010
File: [C:\Documents and Settings\Evelien\Mijn documenten\Scientific Software\AT...\Scriptie BMG 10-05-2010.hpr5]
Edited by: Super
Date/Time: 11-06-2010 16:00:24

	Code	Thema
1	Afbouw schema fixatie (stond op papier, ondersteuningsplan)	Afbouwen van fixatie
2	Afbouwen fixatie (om alle partijen te laten zien en te overtuigen dat het veilig is)	
3	Afbouwschema gekregen van de psycholoog	
4	Afbouwschema schematisch vastgelegd in PlanCare	
5	Bijstellen plan zodat er geen fixatie meer nodig is	
6	Plan- do- check- act in je afbouw schema	
7	Om de week evalueren van het afbouwschema	
8	Psycholoog stelt samen met PB'er een stappenplan (afbouwschema) op	
1	Als team met de teamleidster en psycholoog overleggen over alternatieven	Alternatieven
2	Alternatief (kuipstoel) op papieroverdracht in de woning	
3	Alternatieven	
4	Alternatieven- aangepast aan de context en situatie	
5	Alternatieven- autogordel in een trippelstoel is ook een vorm van fixatie. Maar de cliënt heeft een deel vrijheid terug	
6	Alternatieven- bed andersom draaien	
7	Alternatieven- beïnvloeding gedrag	
8	Alternatieven- bewegingsmelders (niet specifiek voor non- fixatie)	
9	Alternatieven- brainstormen in de groep per individuele cliënt	
10	Alternatieven- conferenties Vilans	
11	Alternatieven- Domotica	
12	Alternatieven- een twee uurtjes per dag in de kuipstoel (rustmomenten zijn zinvol)	
13	Alternatieven- gedocumenteerd in PlanCare (papier en digitaal)	
14	Alternatieven- individueel bepaald	
15	Alternatieven- Inspectie	
16	Alternatieven- klein materiaal (schaap, speelgoed katten, een speelgoed aquarium met vissen, rode lamp of weak up lamp))	
17	Alternatieven- laagbed met valmatras	
18	Alternatieven- lijsten STING	
19	Alternatieven- medicatie	
20	Alternatieven- meedenken deels wel en deels niet. Alles kan bespreekbaar gemaakt worden	
21	Alternatieven- meer activiteiten aanbieden (puzzelboekjes)	
22	Alternatieven- meer begeleiding (bezetting)	
23	Alternatieven- trippelstoel	
24	Alternatieven- vanaf de werkvloer	
25	Alternatieven deels afgekeken van pilot (niet pilot)	
26	Alternatieven en afbouwschema zijn opgenomen in het zorgdossier	
27	Alternatieven kwamen van de teamleidster en de psycholoog	
28	Alternatieven worden in het MDO besproken, waarnodig Alternatieven worden opgenomen in het ondersteuningsplan en algemene dagelijkse levensverrichtingen	
30	Afleiding is de hoofdmoot van het alternatief	

31	Creatief denken om de persoon niet de hele dag vast te hoeven zetten	
32	Creatief nadenken voor alternatieven	
33	We hebben ook dingen gekocht (Alternatieven)	
34	Wanneer iemand onrustig is, wordt er met de psycholoog gebrainstormd naar alternatieven	
35	Teamoverleg worden alternatieven voor cliënten besproken	
36	Er is overleg mogelijk voor evt. alternatieven (niet pilot)	
37	Teamleidster en psycholoog hebben de kleine materialen gekocht (Alternatieven)	
38	Team denkt mee naar het zoeken naar alternatieven	
39	Niet bemoeid met alternatieven	
40	Je denkt wel mee (alternatieven)	
41	Goede zorg- te weinig alternatieven	
42	Randje van fixatie als iemand niet uit de stoel kan door de vorm van de stoel	
43	Uiterste geval wordt de band gebruikt (gebeurt eigenlijk nooit)	
1	Bedrek omhoog in overleg met eerste contact persoon (familie)	Bedrek/ veilig gevoel
2	Bedrek omhoog, is dat voor je eigen idee of voor de veiligheid van de mensen	
3	Bedrekken omhoog in ondersteuningsplan (ook de alternatieven)	
4	Bedrekken omhoog met instemming cliënt, is voor eigen veiligheid	
5	Bedrekken omhoog om doorrollen te voorkomen	
6	Als iemand het zelf wil dan is het een ander verhaal	
7	Cliënt vindt het veilig (Bedrek)	
8	Er waren cliënten die veiligheid ervoeren met een band 's nachts	
1	Zomaar fixatie weghalen is misschien ook gevaarlijk	Veiligheid
2	Veiligheid daar maken personeelsleden zich druk om	
3	Veiligheid moet voorop blijven staan	
4	Veiligheid voor cliënten is belangrijk	
5	Je probeert risico's (zonder fixatie) te voorkomen	
6	Uit bed vallen is het risico van geen band dragen	
1	Andere locaties kunnen mee liften op Ter Valcke non- fixatie	Leren van elkaar
2	Andere locaties vragen om informatie (leren van elkaar)	
3	Collega's vragen wanneer je iets niet weet	
4	Leren van elkaar	
5	Lerende effect gemist (niet pilot)	
6	Praktische dingen, alternatieven en suggesties van andere organisaties	
7	Niet pilot kon eraan wennen	
8	Niet pilot voorbereiden op waar ze tegenaan kunnen lopen en wat er ongeveer gebeurt (niet pilot)	
9	Het was handig als we wisten dat er nog zo'n bed was (leren van elkaar) (niet pilot)	
10	Hoe ervaren cliënten het, dat weet je nu niet (niet pilot)	
1	ZvB biedt goed methodes	ZvBP
2	ZvBP biedt handvatten	
3	ZvBP geen inhoudelijke rol hoe uit te rollen	
4	ZvBP gericht op uitrol naar de hele organisatie en hoe	
5	ZvBP je blijft betrokken en geeft structuur	
6	Andere insteek dan Vilans bedoelt had	
7	Begeleiding Vilans ervaren als een stok achter de deur	
8	Begeleiding Vilans zorgt voor tempo om te komen tot een actieplan	
9	Betrekken van management niet ervaren- kan geen vergelijking maken met ZvB	

10	Conferenties	
11	Conferenties waar je alleen bezig bent met verbeterprojecten non-fixatie	
12	Vilans begeleide maar bood inhoudelijk niet veel	
13	Vilans: theorie over borging erg algemeen, had fijner geweest als deze toegespitst was op het thema	
14	Eerdere goede ervaringen ZvB	
15	Verplichtingen om meetgegevens in te vullen op extranet	
16	Ten Anker ZvB non- fixatie	
17	Keuze ZvBP niet bewust Keuze ZvBP, regeringswegen afschaffing vrijheidsbeperkende maatregelen	
18	Keuze ZvBP voor traject non- fixatie	
19	Keuze ZvBP zorg meer getalsmatig ipv opzoek naar alternatieven	
20	Startmap en startconferentie	
21	Project ZvBP sloot niet aan op voorkennis Ter Valcke (door eerdere ervaringen met ZVB)	
22	Projectplan Vilans sloot niet aan op de manier van werken in de praktijk	
23	Onevenredige verdeling kennisoverdracht	
24	Nadruk conferenties op implementeren en verspreiden	
25	Fixatie ligt gevoelig dus zorgvuldige implementatie door handvatten van Vilans	
26	Geen mapje met bruikbare alternatieven	
27	Gemis in specifieke informatie en handvatten voor non- fixatie	
1	Deelname aan kernteam en 'werkgroep' wist je wat daar gezegd was en kon je het meenemen naar het volgend overleg	Projectleiding (kernteam en werkgroep)
2	Deelname aan kernteam en 'werkgroep', tijdsinvestering stuk groter	
3	Zonder kernteam nog steeds dezelfde fixatie	
4	Voorwaarden, een goede band in het kernteam	
5	Voorwaarden, kernteam (het maakt niet uit wie daarin zit qua sociale band)	
6	Voorwaarden, lid van het kernteam en werkgroep 'iemand zit in heel de lijn'	
7	Vanaf de derde etage naar het project gekeken (kwaliteits/ beleidsmedewerker)	
8	Twee leden van het kernteam (en MT) konden relativeren, overtuigen en adviseren	
9	Twee leden van het kernteam in gesprek met PB'ers	
10	Kernteam (kwaliteitsbeleidsmedewerker, hoofd zorg, psycholoog, teamleidster)	
11	Kernteam loskomen van de praktijk	
12	Kernteam wist te weinig hoe de medewerkers dachten over alternatieven bij fixatie	
13	Kernteam, aanspreekpunt, bewaking planning project en coördinatie	
14	Kernteam, terugkoppeling over gebruikte alternatieven	
15	Slapend kernteam	
16	Geen Cliëntenvertegenwoordiging	
17	Hoofdzorg, PG afdeling en in het MT	
18	Kwaliteits- beleidsmedewerker, organisatiebreed en MT lid	
19	Kwaliteits/beleidsmedewerker weinig kennis over de situatie op de werkvloer	
20	Het was goed dat de psycholoog in het kernteam zat, zij kent de families ook	
21	Psycholoog was de voortrekker en maakte de stappenplannen met de alternatieven	

1	Eerst een pilot en toen heel Ter Valcke	Projectstructuur
2	Tijd en ruimte gecreëerd voor het project	
3	Ter Valcke had de tijd, ruimte en waren fel op fixatie	
4	Wekelijkse bijeenkomsten kernteam	
5	Geen weet van het bestaan van het projectplan	
6	Teamleidster kernteam hield andere teamleidster op de hoogte van uitkomsten bijeenkomsten	
7	Teamleidster en de psycholoog zijn het aanspreekpunt (voor de werkvloer)	
8	Startbijeenkomst, je weet wie het kernteam is en wie het aan gaan sturen (niet pilot)	
9	Stapsgewijze invoering van non- fixatiebeleid (niet pilot), geen negatieve geluiden gehoord	
10	Selectief gekeken met wie gaan we beginnen, wie heeft de meeste slagingskans	
11	Persoonlijk overleg Hoofd Zorg en Teamleidster niet pilot daarin wordt non- fixatie besproken	
12	Op de werkvloer is gekeken naar de cliënt gefixeerd was en niet zo zeer naar het projectplan	
13	Menstijd (management)	
14	Menstijd in de reguliere tijd. Geen extra tijd voor vrij gemaakt	
15	Meer informatie over de voortgang van de pilot gewenst (niet pilot)	
16	Managementteam stelt p.v.a. vast	
17	Je krijgt gemopper als men niets hoort van de pilot, onzekerheid? (niet pilot)	
18	Je mist de rapportage van de voortgang van de pilot. Of het aanslaat , wat er gebeurt (niet pilot)	
19	Gemis in het project is terugkoppeling hoe de pilot verlopen is. Je zou van een pilot kunnen leren	
20	Kick- off non- fixatie	
21	Psycholoog en Hoofdzorg hebben twee werkoverleggen samen gedaan	
22	Psycholoog heeft de niet pilot afdeling begeleid	
23	Het team, teamleidster en psycholoog waren bezig met bijeenkomsten en ideeën	
24	Psycholoog heeft non- fixatie voor het eerst uitgelegd in het werkoverleg en heeft de niet pilot begeleid	
25	In het eerste MDO, dit was de start van non- fixatie, was het besproken en daarna konden we het inzetten (niet pilot)	
26	Psycholoog peilt iedere week hoe het gaat, legde dingen uit en stelde vragen. Medewerkers konden ook vragen stellen	
27	MDO doornemen ondersteuningsplan per cliënt	
28	Snel duidelijk hoe non- fixatie in elkaar stak (niet pilot)	
29	Stappen naar non- fixatie: observeren en een andere oplossing zoeken	
30	Filmpje over fixatie niet getoond aan personeel Ter Valcke	
31	Implementeren	
1	Eigen actie/ projectplan met tijdslijn van Vilans	Eigen plan (translatie)
2	Plan incl. taakverdeling	
3	Plan van aanpak met vaste items (zelf opgesteld)	
4	Project is wel besproken	
5	Projectplan besproken in werkbespreking; wat het beleid is rond non- fixatie	
6	Projectplan/ actieplan niet gezien	
1	Directie heeft €10.000,- beschikbaar gesteld	Directie
2	Directie is overtuigd dat non- fixatie moet	
3	Directie wil non- fixatie dit is een stimulans voor het kernteam	

4	Argument de directie wil het	
5	Motivatie directie- terugkomend item in verantwoorde zorg	
6	MT Ter Valcke gaf aan de directie SVRZ aan om deel te nemen	
7	Motivatie directie, wetswijziging omtrent non- fixatie (Zweedse band)	
8	Motivatie directie, non- fixatie past niet in visie SVRZ	
9	Motivatie directie- Volkskrant	
10	Argument naar de PB'ers en de familie, directie wil dat er niet meer gefixeerd wordt	
1	Begin non- fixatie medewerkers sceptisch	Veranderingen (houding medewerkers, weerstand, onzekerheid)
2	Collega's moeten na gaan denken; waarom doe ik dit en hoe kunnen we dat laten dus geen fixatie	
3	Denkwijze om door te zien wat er gebeurd	
4	Weinig fixatie dus weinig om te schakelen (motivatie)	
5	Weerstand verholpen door voorbeelden waardoor je enthousiast wordt	
6	Wegnemen van onzekerheid bij PB'ers door afbouwschema en goede alternatieven	
7	Twijfel in het begin van non- fixatie (hoe gaan we dat doen?)	
8	Reactie 'oh als dat maar goed gaat' gebeurd altijd bij veranderingen	
9	Personeel en familie moeten anders gaan denken (enthousiasme overbrengen)	
10	Personeel moet anders gaan denken over fixatie	
11	Overtuigd door ervaring in de praktijk	
12	Overtuigen mogelijkheid non- fixatie door voorbeelden en stimuleren om met familie te praten	
13	Onzekerheden bij het personeel zijn wegenomen doordat de teamleidster en psycholoog alternatieven aanboden	
14	Onzekerheid medewerkers weg door vertrouwen in de alternatieven en medewerkers worden goed begeleid	
15	Ombuigen onzekerheid door gesprek met teamleidster en psycholoog met PB'ers en familie	
16	Omschakeling in het begin. Even wennen	
17	Ervaring laat zien dat vallen niet vaak voorkomt	
18	Gedachten omslag: over nadenken hoe het anders kan (intrinsieke motivatie)	
19	Medewerkers hebben angst dat iemand uitbed valt	
20	Psycholoog heeft moeten motiveren in het begin (onzekerheid met non- fixatie)	
21	In het begin dat ik jongens jongens hoe moet dat met de cliënt	
22	In het begin denk je waar gaan ze nu mee beginnen , weer iets nieuws	
23	In het begin was het een omslag	
24	In het begin weerstand tegen non- fixatie (gaat het wel lukken)	
1	Beleid op de werkvloer was belangrijk	Beleid
2	Beleid toepassen op de context (niet kopiëren)	
3	Iedere locatie heeft beleidsmedewerkers gekoppeld aan het beleid	
4	Beleidsnota BOPZ	
5	BOPZ wet schrijft een register voor met de fixatie die gebruikt wordt	
6	Uitgangspunt in alle situaties niet fixeren	
7	Opname in Ter Valcke; we hebben een non- fixatiebeleid	
8	Non- fixatiebeleid aangegeven in boekjes Ter Valcke	
9	Non- fixatiebeleid dus zoeken naar alternatieven	
10	Non- fixatiebeleid is leidend	
11	Invoering nieuw beleid SVRZ breed (BOPZ)	
12	Als fixatie niet meer nodig is, doe je dat ook niet (voor het non-	

	fixatiebeleid)	
13	Fixatie thuis; niet fixeren zonder stapjes en kijken hoe het gaat	
14	SVRZ gaat soms te weinig in tegen besluiten van de overheid, een meegaande organisatie	
15	Goede zorg- meer getalsmatig	
1	Wetgeving non- fixatie	Wetgeving
2	Argument teamleidster niet pilot, we moeten we hebbe geen keuze. Wetswijziging	
3	Organisatie kan zeggen, niet ons idee, het is de wet	
4	Gesterkt door de aankomende wetswijziging	
5	Inspectie	
6	Ontheffing kunnen krijgen bij inspectie voor bepaald ziektebeeld, niet nodig door aangepaste stoel	
1	Bang voor reactie van familie op non- fixatie	Familie
2	Beeldvorming over de familie of cliënten (non- fixatie niet mogelijk of onbespreekbaar)	
3	Vermeld in het ondersteuningsplan dus toestemming van de familie	
4	Familie aangeven non- fixatiebeleid, overtuigen en beargumenteren waarom non- fixatie	
5	Familie, overleggen en over praten dat het vrijheidsbeperkende maatregel zijn	
6	Familie zover krijgen tot non- fixatie en observeren	
7	Familie wordt ook tussentijds op de hoogte gebracht	
8	Familie wil geen risico's nemen	
9	Familie vind fixatie een veilig idee	
10	Familie schaft niet zo snel iets aan	
11	Familie niet te overtuigen, inschakelen psycholoog	
12	Familie kunnen voorbereiden (niet pilot)	
13	Familie is toch eigenlijk altijd heel belangrijk	
14	Familie is nauw betrokken en voorgelicht	
15	Familie is belangrijk en moet het ermee eens zijn	
16	Familie gaat niet akkoord met een valmatras omdat het bed te hoog voor het valmatras. Nu een gewoon matras wat belastend is voor personeel. Gesprek Wil de Rond, familie en leverancier	
17	Familie een gesprek gehad over het op te stellen afbouwschema	
18	Moeilijke familie; probeert toch tot elkaar te komen	
19	Samen met de familie brainstormen over alternatieven	
20	Problemen familie: gesprekken met psycholoog, teamleidster PB'er en familie	
21	Geen discussie met familie over non- fixatie, wel ongerustheid gedeeld	
22	In gesprek gaan en openblijven naar elkaar ook familie (niet pilot)	
23	Psycholoog ingeschakeld bij 'moeilijke' familie ter voorkoming dat de familie zich tegen het	
24	MDO, overleg met familie over non- fixatie	
1	Communiceren met familie en medewerkers	Informatie/ communicatie
2	Op de hoogte gebracht door eerst een brief en toen werkoverleg (niet pilot)	
3	Op de hoogte gebracht via de e-mail (niet pilot)	
4	Op de hoogte gebracht via wandelgangen (niet pilot)	
5	Op de hoogte gehouden door brieven, teamleidster en collega's (niet pilot)	
6	Teamleidster en psycholoog hebben de medewerkers op de hoogte gebracht	
7	Teamleidster en psycholoog hebben goed uitgelegd wat het precies	

	inhoudt en wat er verwacht kon worden	
8	Teamleidster en psycholoog stellen de medewerkers op de hoogte d.m.v. het werkoverleg	
9	Teamleidster heeft geïnformeerd	
10	Teamleidster informeerde de medewerkers via werkoverleggen	
11	Brief over non- fixatie naar medewerkers, cliënten en contactpersonen	
12	Informatie gegeven aan medewerkers en familie d.m.v. de nieuwsbrief	
13	Informatie over het bed werd gemist. Je weet niet hoe alternatieven werken (niet pilot)	
14	Informatie van anderen	
15	Informatie voor medewerkers op Forus	
16	Informatiebulletins over non- fixatie	
17	Informatieverstrekking naar teamleidster PG verliep anders dan andere teamleiders omdat PG naar non- fixatie ging	
18	Gebruik media- en communicatiekanalen	
19	In een korte tijd geïnformeerd (brief en werkoverleg) (niet pilot)	
20	Iedereen is op de hoogte van het non- fixatiebeleid en is in de overdrachten opgeschreven	
1	Betekenis leidinggeven- financiële middelen reserveren/ aanvragen	Betekenis leidinggeven
2	Betekenis leidinggeven- enthousiasme overbrengen	
3	Betekenis leidinggeven- personele planning in gebruikelijke tijd	
4	Betekenis leidinggeven- positieve resultaten tonen	
5	Betekenis leidinggeven- structuur aanbrengen	
6	Voorwaarden, financiële middelen voor grote aanschaf van bedden	
7	Financiële middelen	
1	Bespreken in het team	Teamverband/ bespreken non- fixatie
2	Als fixatie zich voordoet, zal het weer besproken worden	
3	We bespreken alles met de teamleidster en de psycholoog	
4	Er is de mogelijkheid om iets kwijt te kunnen over non- fixatie in het werkoverleg	
5	Risico- inventarisatielijsten voor het MDO en worden besproken met psycholoog	
6	Meedenken met collega's van de andere woning	
7	Je hebt met non- fixatie te maken omdat je hulp geeft aan de burens	
8	Medewerkers kennen de cliënten het best	
1	Betrekken PG'ers (anders zit je te ver af van de praktijk)	Betrokkenheid
2	Teamleidster niet pilot hield medewerkers waarschijnlijk op de hoogte van ontwikkelingen pilot	
3	Teamleidster probeert de medewerkers erbij te betrekken	
4	Teamleidster stelde vragen en vroeg of de medewerkers ideeën hebben voor verbetering	
5	Teamleidster en psycholoog goed betrokken	
6	Teamleidster was betrokken	
7	PB'ers betrekken en enthousiasmeren bij het project om te komen tot alternatieven	
8	PB'ers moeten dezelfde taal spreken als de Psycholoog. En zijn belangrijk voor de contacten met de familie	
9	Overleg psycholoog en medewerkers over wat is non- fixatie en wat niet en hoe kun je het bekijken	
10	Sjef leek niet betrokken (misschien zijn dat de afspraken geweest)	
11	Betrokkenheid door informatie over 100% non- fixatie en de teamleidster pilot	
12	Betrokkenheid psycholoog en teamleidster positief ervaren door helpen met problemen	

13	Betrokkenheid pas bij de conferentie (al wel eerder bezig geweest met non- fixatie)	
14	Geen betrokkenheid kernteam ervaren (niet pilot)	
15	Kwaliteits/ beleidsmedewerker komt nooit op de werkvloer (betrokkenheid)	
16	Hoofd zorg komt regelmatig op de werkvloer (betrokkenheid)	
17	Medewerkers hebben zelf creatief nagedacht over de combinatie laagbed en band om vervolgens de band af te bouwen	
18	Psycholoog kwam op de woning en vroeg ernaar	
1	Bij verspreiding moet er weer een kernteam aanwezig zijn om het project te structureren	Verspreiding
2	Verslag (2 A4tjes) advies aan directie en locatiemanagers over de uitrol naar andere locaties (Kernteam houdt een praatje op startbijeenkomst)	
3	Bijeenkomst organiseren om de rest van SVRZ op gang te brengen	
4	Verspreiding- bijeenkomst voor andere organisaties	
5	Verspreidingsdocument/ implementatie samen met verslag Ten Anker. Aftrap bijeenkomst met beide kernteams	
6	Uitrol is op de juiste manier gegaan (niet pilot)	
7	Uitrol naar alle locaties	
8	Uitrol op de woning niet pilot. teamleidster informeert in het werkoverleg daarna wordt de non- fixatie besproken in het MDO en met de familie	
9	Uitrol, Teamleidster pilot en psycholoog informeren teamleidster niet pilot	
10	Teamleidster, uitsmeren van het project	
11	Startbijeenkomst met maximaal aantal medewerkers per locatie (kost tijd een bijeenkomst)	
12	Pilot in Koriander o.l.v. Wil de Rond	
13	Overbrengen dat fixeren slecht is	
14	Overbrengen van goede alternatieven zodat anderen ook met het project willen starten	
	Onderlinge competitie tussen locaties- men ziet hoe goed men het doet t.o.v. de anderen	
15	Psycholoog en hoofd Zorg hebben zich bemoeid met de uitrol	
16	Motivatie bij andere locaties is aanwezig	
17	Geen plan voor uitrol voor ogen gekregen (niet pilot)	
18	Psycholoog kan een terugkoppeling geven van het non- fixatiebeleid aan de niet pilotwoningen (psycholoog zit ook in het kernteam)	
19	Psycholoog aangesproken over project non- fixatie (niet pilot)	
1	Borgen is ook tellen van fixatie die gebruikt wordt	Borging
2	Borging- in verantwoorde zorg is fixatie een zorginhoudelijke indicator	
3	Borging- kwaliteitsmonitoren onderdeel fixatie (maandelijks uit ondersteuningsplannen)	
4	Borgingsprobleem- een locatie van een grote organisatie	
5	Borgingsprobleem- theorie naar praktijk	
6	Vrijheidsbeperkende maatregelen komen terug onder de aandacht door thema's uit Prezo (enquêtevragen worden tijdens het werkoverleg besproken)	
7	Uitkomsten enquête worden in het werkoverleg besproken	
8	Uitkomsten enquêtes worden niet naar de kwaliteits/ beleidsmedewerker teruggekoppeld	
9	Geen borging van het project non- fixatie	
10	Geen borging van lijst alternatieven	
11	Er wordt niet zoveel meer gesproken over non- fixatie	
12	Project nog niet geborgd	
13	Fixatie blijft onder de aandacht in het MDO. Er wordt niet gefixeerd.	

	(staat niet op papier)	
14	Het is moeilijk op papier te zetten (alternatieven en plan van aanpak) de teamleidster, de PB'ers en de psycholoog hebben het in de vingers	
15	Item Prezo moet om de drie maanden terugkomen maar dat is niet realistisch. Praktijk gaat daar langer overheen	
1	Verantwoorde zorg	Verantwoorde zorg
2	Steeds verbeteringen en veranderingen aanbrengen voor de cliënt?	
1	Cliënten hebben in kleine wooneenheden meer huiselijkheid	Kleine wooneenheden (bouw)
2	Kleinschalig wonen bevordert non- fixatie	
1	Zo min mogelijk vrijheidsbeperking dus groter dan alleen de Zweedse band	Breder denken dan enkel Zweedse band dus alle vrijheidsbeperkende maatregelen
2	Eerst Zweedse banden afschaffen daarna bedrekken en later andere fixatie (dit door discussie)	
3	Medicatie is niet verhoogd na invoering non- fixatie	
4	Medicatie is ook fixatie	
1	Notulen werkoverleg waarin aangegeven wordt dat de enquête besproken is, komt op Forus	Eigen initiatief/ inbreng
1	Wie zijn schuld is het wanneer een patiënt valt. Verantwoordelijkheid komt toch neer op de medewerker?	Verantwoordelijkheid
2	Verantwoording ligt niet alleen op de schouders van de medewerkers	
3	Verantwoordelijkheid van de medewerker om iets te lezen op Forus (projectplan)	
4	Psycholoog, verantwoordelijk voor fixatie	
1	We staan open om niet te fixeren, dat doe je niemand goed mee	Intrinsieke motivatie
2	Vanuit de zwakzinnige zorg ben je er meer op gefocust. Je zet niet zomaar iemand vast (intrinsieke motivatie)	
3	Twijfel over fixatie of het nodig was of gemakzucht. Je wil mensen een stukje vrijheid teruggeven (intrinsieke motivatie)	
4	Door de bagage (zwakzinnige zorg) hoef je niet gemotiveerd te worden	
5	Eigen interesse (intrinsieke motivatie)	
6	Onmenselijk fixeren (intrinsieke motivatie)	
7	Nadenken over wat breng je met fixatie teweeg (intrinsieke motivatie)	
8	Zelf over nadenken (wat is fixatie) en alternatieven bedenken (intrinsieke motivatie/ betrokkenheid)	
9	Medewerkers niet blij met Zweedse band (intrinsieke motivatie)	
10	Goed om te stoppen met fixatie, weinig ervaring mee door ander werk	
11	Het is beter voor cliënten (intrinsieke motivatie)	
12	Het is voor niemand prettig dus streven naar zo min mogelijk fixatie (intrinsieke motivatie)	
13	Je vindt fixatie gewoon niets, het is een noodmiddel	
14	Ik bind niet graag mensen vast (intrinsieke motivatie)	
15	Ervaren medewerkers en familie wat het is om gefixeerd te zijn	
16	Filmpje beleving 'gewoon' personeel bij fixatie heeft indruk gemaakt	
1	We hebben niet te maken met non- fixatie	Geen non- fixatie in de woning
2	Medewerkers hadden niet zoveel met fixatie te maken	
1	Draagvlak creëren (betrekken en motiveren van medewerkers)	Draagvlak

2	Draagkracht van het management (locatiemanage: brief geschreven, kick-off begeleid en een stuk in de nieuwsbrief gezet)	
3	Er werd geluisterd naar ideeën van de medewerkers	
1	Enthousiasme medewerkers	Enthousiasme
2	Enthousiasme om 100% non-fixatie te halen	
3	Enthousiasme terug door ervaring alternatief en overtuiging collega's (bed) (niet pilot)	
4	Enthousiasme vanuit het kernteam	
5	Zelf aan de slag met de ideeën waardoor men enthousiast werd (dan wanneer je dingen oplegt)	
6	Medewerkers klaar en open voor het project	
7	Niet enthousiast meer als team wanneer de alternatieven (laagbed) niet naar behoren werken of dat je niet weet hoe ze werken (niet pilot)	
1	Terugkoppeling aan de psycholoog kan ook per telefoon of mail	Terugkoppeling
2	Terugkoppeling en overleg met de psycholoog	
3	Terugkoppeling in het MDO 2x per jaar	
4	Terugkoppeling naar de kwaliteits/ beleidsmedewerkers is de bedoeling maar wordt niet gedaan, er wordt ook niet naar gevraagd	
5	Terugkoppeling telefonisch of per e-mail (ook in een MDO)	
6	Terugkoppeling aan psycholoog en teamleidster	
7	Teamleidster komt vaak op de woning langs en je kunt het bespreekbaar maken (terugkoppeling)	
8	Bij problemen bellen of mailen naar de teamleidster of psycholoog	
9	Er is nooit door de kwaliteits/ beleidsmedewerker om terugkoppeling gevraagd	
10	Behoefte aan terugkoppeling het gat daar dus goed (niet pilot)	
11	Nauw contact met de teamleidster voor terugkoppeling van bijv problemen	
12	Psycholoog komt 2x per week op de woning en je bespreekt het met haar	
13	Hoofdlijnen probleemgesprek koppelt PB'er terug naar het team	
1	Non-fixatie- bedrekken omlaag	Non-fixatie
2	Non-fixatie bespreken met familie	
3	Non-fixatie bespreken met familie en psycholoog en opnemen in ondersteuningsplan	
4	Non-fixatie besproken op de woning met Teamleidster en psycholoog	
5	Non-fixatie is een goede stap	
6	Non-fixatie is gewoon ingevoerd (niet pilot)	
7	Non-fixatie staat niet meer op de agenda omdat we het niet meer gebruiken	
8	Non-fixatie niet opgelegd	
9	Non-fixatie komt terug in het MDO	
10	Non-fixatie komt niet terug in werkoverleggen	
11	Non-fixatie is vrij goed ingebed	
12	Non-fixatie in overleg met de groepcliënten, individueel bekeken	
13	100% fixatie in Ter Valcke?	
14	Individuele beoordeling is non-fixatie haalbaar of niet	
15	Niemand gefixeerd	
16	Individuele beoordeling weghalen non-fixatie (PG en Teamleidster beslissen als eerst)	
17	Voor non-fixatie een goede observatie (nieuwe opname)	