

---

## Effect van persoonsgerichte interventies bij delirante patiënten

---



**Onderzoekers:**

Anne-Marie Bakker (2010424)  
Marije Boersma (2010314)  
Marit Boerman (2010219)

**Titel:**

Effect van persoonsgerichte interventies bij delirante patiënten

**Opleiding:**

HBO-Verpleegkunde Voltijd

**Tutor:**

Dora Schiphof-Halma

**Datum:**

18-01-2024

## Voorwoord

Voor u ligt het eindproduct van het adviesproject van Anne-Marie Bakker, Marije Boersma en Marit Boerman. Dit onderzoek is gericht op het ziektebeeld delier. Een complex, maar tevens interessant onderwerp wat is onderzocht. Gedurende het onderzoek is theoretische kennis opgedaan en zijn veel samenwerkingen geweest met verschillende zorgprofessionals.

Er is groei gemaakt in het schriftelijk en mondeling communiceren naar verschillende disciplines toe. Deze verkregen competenties nemen wij mee in ons verdere werk als toekomstige verpleegkundigen. Peter van Assen en Ariëlle van den Berg worden bedankt voor de begeleiding van het onderzoek. Zij hebben de werkwijze van de afdeling laten zien en de contacten gelegd met verpleegkundigen van de acute opname afdeling. Hierin worden expliciet Janneke Leistra-Snel, Willemien Bakker en Annie Hoekman benoemt. Zij hebben het adviesrapport helemaal doorgelezen en feedback gegeven op het professioneel schrijven. Hier is grote dankbaarheid voor.

Bedankt voor het lezen,

Anne-Marie Bakker, Marije Boersma en Marit Boerman

## Samenvatting

In Nederland neemt de vergrijzing toe (Rijksoverheid, 2023). Dit betekent dat steeds meer ouderen boven de 70 jaar in het ziekenhuis terechtkomen. Deze ouderen hebben een hogere kans op het ontwikkelen van een delier. Een delirante patiënt kost de verpleegkundigen op de Acute Opname Afdeling (hierna: AOA) in Zwolle extra tijd en aandacht. Op de AOA worden verschillende persoonsgerichte interventies ingezet, zoals rooming-in en dag- nachtritme bewaken, in de behandeling bij delirante patiënt. Uit interviews met verpleegkundigen van de afdeling blijkt dat deze interventies niet voldoende helpen. Daarom is dit onderzoek gestart om te kijken welke persoonsgerichte interventies kunnen helpen bij delirante patiënten.

Om dit te onderzoeken is de volgende hoofdvraag gesteld: *“Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot de persoonsgerichte interventies, de Qwiek.up en de informatiefolder, die ingezet worden bij delirante patiënten op de Acute Opname Afdeling van Isala Zwolle en heeft dit invloed op het invullen van de Delirium Observatie Screening?”*

Dit betreft een kwalitatief onderzoek waarbij gebruik gemaakt is van literatuur en ervaringen van verpleegkundigen. Er zijn verschillende methoden gebruikt waaronder semigestructureerde interviews en systematische observaties.

De Delirium Observatie Screening (hierna: DOS) is systematisch geobserveerd doormiddel van turven. De systematische observaties hebben gezorgd dat informatie is verkregen over het invullen van de DOS.

Tijdens interviews zijn twee nieuwe interventies naar voren gekomen. Deze interventies zijn de Qwiek.up, een projector, en de informatiefolder. De Qwiek.up is twee weken ingezet om te onderzoeken of gedragsverandering is waargenomen bij delirante patiënten. Het doel van de informatiefolder is dat familie van delirante patiënten meer geïnformeerd werden over het onderwerp delier.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek zijn de volgende adviezen opgesteld ten aanzien van de DOS, Qwiek.up en informatiefolder. Het eerste advies is dat er meer geïnformeerd, gemotiveerd en gecontroleerd wordt op het juist invullen van de DOS-score. Uit de observatie is gebleken dat de DOS-score slechts 30% juist is ingevuld. Volgens Nursing (2023) is de eerste stap van verpleegkundigen het signaleren van een delier aan de hand van een screeningsinstrument.

Het tweede advies is om de informatiefolder bij opname aan te reiken aan familie van kwetsbare ouderen vanaf 70 jaar. De informatiefolder die is ingezet, had geen waarneembare resultaten. Over het idee van een informatiefolder zijn de verpleegkundigen positief.

Het laatste advies is om de Qwiek.up in te zetten op de AOA. Tijdens het inzetten van de Qwiek.up ervaren verpleegkundigen positieve resultaten op de gedragsverandering bij delirante patiënten. Daarnaast is uit interviews gebleken dat de Qwiek.up positief is ervaren met betrekking tot de werkzaamheden van verpleegkundigen.

Om antwoord te geven op de hoofdvraag kan geconcludeerd worden dat de interventie Qwiek.up een positief effect heeft op de delirante patiënt. Verpleegkundigen merken gedragsverandering bij delirante patiënten waardoor tijd besteedt kan worden aan andere werkzaamheden. De inzet van de informatiefolder heeft geen antwoord gegeven op de hoofdvraag, omdat deze niet op de juiste manier is ingezet. Ten slotte hebben de Qwiek.up en informatiefolder geen invloed gehad op het juist invullen van de DOS-score.

## Summary

An aging population is increasing in the Netherlands (Rijksoverheid, 2023). This means that more and more elderly people over the age of 70 will end up in the hospital. These elderly people have a higher chance of developing delirium. A delirious patient costs the nurses at the Short Stay Unit (hereafter: SSU) in Zwolle extra time and attention. Various person-oriented interventions, such as rooming-in and day-night rhythm monitoring, are used in the treatment of delirious patients in the SSU. Interviews with ward nurses indicate that these interventions do not help enough. Therefore, this study was initiated to see what person-centered interventions can help delirious patients. To investigate this, the following main question was posed: *"What are the experiences of nurses with regard to the person-centered interventions, the Qwiek.up and the information leaflet, which are used with delirious patients on the Short Stay Unit of Isala Zwolle and does this influence the completion of the Delirium Observation Screening?"*

This is a qualitative study using literature and nurses' experiences. Several methods were used including semi-structured interviews and systematic observations.

The Delirium Observation Screening (hereafter: DOS) was systematically observed by turfing. The systematic observations provided information about completing the DOS.

Two new interventions emerged during the interviews. These interventions are the Qwiek.up, a projector, and the information leaflet. The Qwiek.up was used for two weeks to investigate whether behavioral change was observed in delirious patients. The purpose of the information leaflet is that relatives of delirious patients were more informed on the subject of delirium.

Based on the results of this study, the following recommendations were made regarding the DOS, Qwiek.up and information leaflet. The first advice is to be more informed, motivated and monitored on the correct completion of the DOS-score. Observation revealed that only 30% correctly completed the DOS score. According to Nursing (2023), the first step of nurses is to identify delirium using a screening instrument.

The second recommendation is to provide the information leaflet at admission to family members of vulnerable elderly people aged 70 and older. The information leaflet used had no observable results. The nurses are positive about the idea of an information leaflet.

The final recommendation is to deploy the Qwiek.up in the SSU. While deploying the Qwiek.up, nurses experienced positive results on behavior change in delirious patients. In addition, interviews revealed that the Qwiek.up was experienced positively with respect to nurses' work.

To answer the main question, it can be concluded that the Qwiek.up intervention has a positive effect on the delirious patient. Nurses notice behavioral change in delirious patients allowing time to be spent on other work. The use of the information leaflet did not answer the main question because it was not used appropriately. Finally, the Qwiek.up and information leaflet did not affect the correct completion of the DOS-score.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b> .....	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>Summary</b> .....	<b>4</b>
<b>Begrippenlijst</b> .....	<b>7</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>8</b>
<i>Aanleiding</i> .....	8
<i>Probleemomschrijving</i> .....	8
<i>Doelstelling</i> .....	8
<i>Verpleegkundige relevantie</i> .....	8
<i>Leeswijzer</i> .....	9
<b>1. Oriëntatiefase</b> .....	<b>10</b>
1.1 <i>Resultaten literatuuronderzoek</i> .....	10
1.2 <i>Resultaten interviews</i> .....	11
1.3 <i>Resultaten meeloop dagen</i> .....	12
1.4 <i>Conclusie</i> .....	12
1.5 <i>Vraagstelling</i> .....	12
1.6 <i>Interventies</i> .....	13
<b>2. Methodologie</b> .....	<b>14</b>
2.1 <i>Methoden</i> .....	14
2.1.1 <i>Interviews</i> .....	14
2.1.2 <i>Focusgroep</i> 14	
2.1.3 <i>Deskresearch</i> 14	
2.1.4 <i>Systematische observatie</i> 15	
2.1.5 <i>Overzicht methoden</i> 15	
2.2 <i>Operationalisering middels interviewschema's</i> .....	15
2.3 <i>Verantwoording keuze respondenten</i> .....	16
2.3.1 <i>In- en exclusiecriteria</i> 16	
2.3.2 <i>Populatie</i> 16	
2.4 <i>Analyse</i> .....	16
2.4.1 <i>Kwalitatief</i> 16	
2.4.2 <i>Kwantitatief</i> 17	
2.5.1 <i>Validiteit</i> 17	
2.5.2 <i>Betrouwbaarheid</i> 17	
2.5.3 <i>Ethiek</i> 17	
2.5.4 <i>Planning</i> 18	
<b>3. DOS-score: Informeren, motiveren en controleren</b> .....	<b>19</b>
3.1 <i>Waarom is de DOS van belang?</i> .....	19
3.2 <i>Resultaten ter onderbouwing</i> .....	19

3.3 Hoe te implementeren?.....	21
<b>4. Informatiefolder: Familie informeren .....</b>	<b>22</b>
4.1 Waarom is een informatiefolder nodig? .....	22
4.2 Waarom moet de informatiefolder gegeven worden bij opname?.....	22
4.3 Resultaten ter onderbouwing van de informatiefolder.....	23
4.4 Hoe de folder in te zetten op de AOA?.....	24
<b>5. Qwiek.up: een positieve ervaring .....</b>	<b>25</b>
5.1 Waarom is de Qwiek.up van meerwaarde op de AOA?.....	25
5.2 Resultaten ter onderbouwing van de Qwiek.up.....	25
5.3 Financiering Qwiek.up.....	27
5.4 Alternatief advies .....	27
<b>6. Evaluatie .....</b>	<b>28</b>
6.1 Evaluatie .....	28
6.2 Methodologische discussie .....	28
6.3 Inhoudelijke reflectie.....	29
6.3.1 Inhoudelijke reflectie 29	
6.3.2 Verpleegkundige visie 30	
<b>7. Conclusie.....</b>	<b>31</b>
<b>8. Literatuurlijst .....</b>	<b>33</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>37</b>
<i>Bijlage 1: Operationaliseringschema .....</i>	<i>37</i>
<i>Bijlage 2: Focusgroep- en interviewschema.....</i>	<i>38</i>
2.1 Schema focusgroep werkgroep kwetsbare ouderen .....	38
2.2 Schema focusgroep verpleegkundigen AOA.....	39
2.3 Interviewschema's.....	40
2.3.1 Interviewschema chirurgie verpleegkundige 41	
2.3.2 Interviewschema regieverpleegkundige ouderengeneeskunde/geriatrie 42	
2.3.3 Interviewschema verpleegkundige AOA 43	
<i>Bijlage 3: Observatieschema DOS-score .....</i>	<i>44</i>
<i>Bijlage 4: Deskresearch.....</i>	<i>45</i>
<i>Bijlage 5: Zoekplan deskresearch.....</i>	<i>47</i>
<i>Bijlage 6: Toestemmingsformulier.....</i>	<i>50</i>
<i>Bijlage 7: Bewijslast ter onderbouwing van het adviesrapport.....</i>	<i>52</i>
<i>Bijlage 8: Projectplanning .....</i>	<i>56</i>
<i>Bijlage 9: Formulieren met betrekking tot Qwiek.up .....</i>	<i>57</i>
<i>Bijlage 10: Informatiefolder .....</i>	<i>59</i>

## Begrippenlijst

### **Delirium Observatie Screening (DOS):**

Deze screening bestaat uit 13 observatie vragen waardoor de patiënt wordt beoordeeld. Scoort de patiënt meer dan drie punten dan is waarschijnlijk sprake van een delier en kan de patiënt hiervoor worden behandeld (Schuurmans, 2001).

De DOS wordt in dit verslag beschreven als DOS-score. Wanneer dit wordt geschreven wordt bedoeld dat een puntenscore aan de patiënt gegeven moet worden om in te zien hoe hoog het risico op een delier is.

### **Qwiek.up:**

De Qwiek.up is een projector die beelden met geluid of muziek op de muur of het plafond projecteert. Het helpt de prikkels te reduceren en een ziekenhuisopname aangenamer te maken. Het zorgt voor stressreductie en ontspanning omdat de patiënt in zijn/haar eigen bubbel kan terugtrekken. Ook zorgt het voor afleiding bij een hectisch ziekenhuisopname (Qwiek.up, z.d.).

### **Acute Opname Afdeling (AOA):**

De AOA staat voor Acute Opname Afdeling. Het is een dynamische afdeling. Dit houdt in dat patiënten uiteindelijk met ontslag naar huis gaan of overgeplaatst worden (Albert Schweitzer ziekenhuis, z.d.).

### **BIG-registratie:**

BIG staat voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. De registratie van BIG staat in een wettelijk, online en openbaar register. Wie hierin staat mag een beschermde beroepstitel (in dit verslag verpleegkundigen) uitoefenen en mag bij dit beroep horende voorbehoudende handelingen zelfstandig uitvoeren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023).

### **Delier:**

Een delier is verwardheid die plotseling optreedt. Tijdens een delier verliest iemand het contact met wat er om hem heen gebeurt. Als iemand een delier krijgt, dan kan het een paar uur of een paar dagen, en soms zelfs langer duren voordat het over is (umcg, z.d.).

## Inleiding

### Aanleiding

De bevolking in Nederland is langzamerhand aan het vergrijzen (Rijksoverheid, 2023). De afgelopen 30 jaar is het percentage ouderen boven de 70-jaar van 12,8% naar 20,2% gestegen (CBS, 2023). Dit is te merken op de AOA in Isala Zwolle. Steeds meer patiënten boven de 70 jaar komen terecht op de AOA. Uit interviews met verpleegkundigen van de AOA is naar voren gekomen dat hierdoor de werkdruk hoger wordt en het aantal delirante patiënten stijgt.

Bij delirante patiënten treedt een acute verwardheid op, wat meestal wordt veroorzaakt door een onderliggend lijden. Delirante patiënten vertonen onrustig gedrag, hallucineren, kunnen sneller boos zijn en kunnen hun aandacht er niet bij houden (umcg, z.d.). Om een acute verwardheid tijdig te signaleren is het van belang om een delirium screeningsinstrument in te zetten. Dit is nodig omdat in 60% tot 70% van de gevallen een delier niet wordt gesignaleerd wanneer een delirium screeningsinstrument niet wordt gebruikt (Nursing, 2023).

Het is belangrijk om naar het individu te kijken bij een delier. Iedere patiënt is anders en vertoont ander gedrag tijdens een delier (umcg, z.d.). Met een persoonsgerichte aanpak wordt de patiënt centraal gesteld en niet de toestand (Pharos, 2023). Zo worden interventies specifiek op het gedrag van patiënten ingezet (zorg voor beter, 2023).

Wanneer een delier niet wordt behandeld kan dit langetermijneffecten met zich meebrengen. Langetermijneffecten, zoals geheugen- en concentratieproblemen of angst voor een volgend ziekenhuisbezoek, kunnen ontstaan. Deze langetermijneffecten kunnen weken tot maanden aanhouden (Wapenaar, 2023; Radboudumc, z.d.).

### Probleemomschrijving

De werkdruk van de verpleegkundigen op de AOA is verhoogd door een hogere zorgvraag van delirante patiënten. Het probleem waar de verpleegkundigen nu tegen aanlopen, door de vergrijzing, is dat delirante patiënten extra tijd vragen van verpleegkundigen. Daarbij komt dat verpleegkundigen het screeningsinstrument DOS niet optimaal gebruiken. Hierbij wordt het delier niet of niet tijdig gesignaleerd.

### Doelstelling

Het doel is te onderzoeken of de verpleegkundigen meer aandacht hebben voor een delier door het inzetten van de Qwiek.up en de informatiefolder. Hierbij wordt nagegaan of de interventies positief bijdragen in het werk van verpleegkundigen, waardoor verpleegkundigen meer tijd hebben voor andere werkzaamheden.

Hiernaast wordt gekeken of het delier beter gesignaleerd wordt doormiddel van de DOS. Wanneer dit beter wordt gesignaleerd, zal eerder een behandelplan opgesteld worden waarmee de kwaliteit van zorg verbetert.

### Verpleegkundige relevantie

De verpleegkundigen staan het dichtst bij de patiënt. De verpleegkundigen zien en ervaren als eerste de gevolgen van een delier. Gedragsveranderingen, verwardheid of helemaal niks meer zeggen zijn gevolgen die de verpleegkundigen onder andere ervaren bij patiënten met een delier. Een patiënt met een delier vraagt extra tijd en aandacht van verpleegkundigen (Verenso, 2022). Daarnaast heeft een delirante patiënt een verhoogd risico op botbreuken en ondervoeding (ZGT, z.d.). Deze complicaties zorgen voor een hogere zorgvraag waardoor de werkdruk van verpleegkundigen verhoogd (Verenso, 2022). Door nieuwe persoonsgerichte interventies, de Qwiek.up en de



informatiefolder, in te zetten wordt onderzocht of dit invloed heeft op het gedrag van delirante patiënten.

Naast het inzetten van interventies, is signaleren de eerste stap bij het ziektebeeld delier. Signaleren is verpleegkundig relevant, omdat vroeg signalering binnen het takenpakket van verpleegkundigen valt (V&VN, z.d.). Dit kan doormiddel van het screeninginstrument DOS. Als de DOS juist ingezet wordt, kan een delier eerder gesignaleerd worden. Door screenen kan inzicht verkregen worden in de aanwezigheid en ernst van een delier (Enurse, 2020). Door goed te signaleren kan een delier eerder herkend worden en interventies preventief worden ingezet, waardoor gevolgen van een delier beperkt worden (Buurman et al., 2007). Wanneer de gevolgen beperkt worden, hebben de verpleegkundigen meer tijd voor andere werkzaamheden (BTSG, 2017). Als verpleegkundigen meer tijd hebben voor andere werkzaamheden zal dit indirect de kwaliteit van zorg verbeteren volgens Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2022).

Voor de verpleegkundigen is het daarom relevant om te onderzoeken of deze persoonsgerichte interventies invloed hebben op het gedrag van delirante patiënten. Daarnaast wordt gekeken of dit invloed heeft op de werkzaamheden van de verpleegkundigen.

### Leeswijzer

Dit verslag geeft een beschrijving van het uitgevoerde onderzoek en worden adviezen aangereikt in het verlenen van zorg aan delirante patiënten. Het onderwerp delier is oriënterend onderzocht aan de hand van literatuuronderzoek, interviews en meeloopdagen. Dit is te lezen in hoofdstuk 1. In hoofdstuk 2 wordt beschreven voor welke interventies is gekozen en welke onderzoeksmethoden gebruikt zijn. Daarnaast worden in de hoofdstukken 3, 4 en 5 de onderbouwde adviezen beschreven die voortgevloeid zijn uit het onderzoek. In deze hoofdstukken wordt beschreven hoe deze geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk. Hoofdstuk 6 geeft een evaluatie weer op het proces, de methode en het product. Afsluitend wordt er in hoofdstuk 7 antwoord gegeven op de hoofdvraag. Vervolgens zal na hoofdstuk 7 een literatuurlijst te zien zijn.

## 1. Oriëntatiefase

In de oriëntatiefase is naar het onderwerp delier gekeken. Hierbij is literatuuronderzoek gedaan en zijn verschillende interviews afgenomen. De resultaten van het literatuuronderzoek en interviews zijn hieronder weergegeven.

### 1.1 Resultaten literatuuronderzoek

Ter oriëntatie op het onderwerp zijn een aantal deelvragen opgesteld:

- *‘Wat houdt een delier in en welke complicaties kunnen hieruit voortkomen?’*
- *‘Welke interventies zet Isala in bij een delier?’*
- *‘Wat houdt persoonsgerichte zorg in?’*
- *‘Wat houdt de Acute Opname afdeling in?’*
- *‘Wat houdt een projector in en is deze geschikt voor de Acute Opname afdeling?’*

De bovenstaande deelvragen zijn uitgewerkt om een kennisverbreding te verkrijgen van het onderwerp. Dit is behaald door tijdens interviews door te vragen op de antwoorden van de respondenten. Daarnaast hebben de onderzoekers meer verduidelijking gekregen van het onderwerp en is ten slotte een nieuwe hoofdvraag opgesteld. Deze is na de resultaten van het literatuuronderzoek en interviews beschreven.

#### **Wat houdt een delier in en welke complicaties kunnen hieruit voortkomen?**

Een delier is een plotselinge verwardheid. Iemand met een delier verliest het contact met wat om hem heen gebeurt (umcg, z.d.). 10% tot 40% van de opgenomen patiënten in een ziekenhuis ontwikkelen een delier (umcg, z.d.). Een delier kan een paar uur tot langere tijd duren. Ouderen van zeventig jaar en ouder ontwikkelen eerder een delier omdat zij prikkels niet meer voldoende kunnen opvangen. Dit wordt veroorzaakt doordat hun denksnelheid, geheugen, aandachts- en cognitievermogen met de leeftijd achteruitgaat (Geubbels, 2020). Hoe kwetsbaarder de hersenen zijn, hoe groter de kans op een delier (umcg, z.d.).

De oorzaak van een delier is onder andere een ontsteking, probleem met de hersenen, een operatie of bepaalde medicatie (Thuisarts, 2021). Door een delier kunnen complicaties optreden op verschillende gebieden:

- Cognitief: bijvoorbeeld geen concentratie hebben, trage reacties, vergeetachtig zijn;
- Fysiek: bijvoorbeeld onrustig of juist heel slaperig zijn, dag- nachtritme omdraaien, erg angstig of sneller boos zijn, zenuwachtig bewegen zoals ‘plukken’ met de handen, verminderde mobiliteit;
- Waarneming: bijvoorbeeld hallucineren, wanen;
- Sociaal: bijvoorbeeld erg angstig, sneller boos zijn en/of terugtrek gedrag.

(umcg, z.d.; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie & V&VN, 2013)

#### **Welke interventies zet Isala in bij een delier?**

Isala zet een aantal interventies in bij delirante patiënten. Dit is onderzocht om te voorkomen dat nieuw ontwikkelde interventies tijdens dit onderzoek overeenkomen met de huidige interventies van Isala. De interventies zijn vooral gericht op oriëntatie van de patiënt, zo wordt een kalender opgehangen, een horloge omgedaan en wordt de datum elke dag op het whiteboard geschreven. Hiernaast wordt het bed bij het raam gezet om het dag- nachtritme te bevorderen. Ook worden herkenbare voorwerpen neergezet bij de patiënt. Foto’s worden in het zicht gelegd, bril wordt opgezet en gehoorapparaten worden ingedaan. De verpleegkundige vraagt eigen kleding of pyjama mee te nemen. Wanneer wordt opgemerkt dat de het risico op delier groter wordt, wordt rooming-in aangeboden. Familie kan bij de patiënt verblijven zodat er een vertrouwd persoon aanwezig is bij de patiënt (Isala, z.d.).

### **Wat houdt persoonsgerichte zorg in?**

Persoonsgerichte zorg is zorg dat gefocust is op de mens als geheel (Vilans, 2014). Door deze zorg te leveren wordt de zorgverlening aan de mens uniek. Door te kijken wat de patiënt op dat moment nodig heeft worden interventies specifiek op de patiënten hun gedrag ingezet. Interventies hebben bij delirante patiënten andere uitkomsten (Radboudumc, z.d.). Tijdens de zorgverlening moeten de interventies afgestemd worden op iemands persoonlijke behoeften, waarden en normen. Dit biedt zorg op maat (Vilans, 2014). Zo heeft de patiënt het idee meer grip te hebben op de situatie wat bevorderend kan zijn voor de kwaliteit van leven van de patiënt (Bello, 2022). De vraag staat centraal: wat heeft een patiënt nodig om zich gezond te voelen (Zorg voor beter, 2023)?

### **Wat houdt de Acute Opname afdeling in?**

De AOA is een dynamische afdeling (Albert Schweitzer ziekenhuis, z.d.). Op de AOA worden kortdurende observaties uitgevoerd. Vanuit daar kunnen behandelplannen opgesteld en uitgevoerd worden. Dit houdt in dat patiënten na 48 uur met ontslag naar huis gaan of overgeplaatst worden naar een andere afdeling (Isala, z.d.).

### **Wat houdt een projector in?**

Naar aanleiding van een interview met een Internist Ouderengeneeskunde is een projector onderzocht. Een projector kan door middel van een computer, telefoon of beamer beelden op een oppervlak laten zien (Encyclo, z.d.). Dit oppervlak kan een muur of plafond zijn. Tijdens het onderzoek is door de chirurgieafdeling een social media bericht geplaatst over een Qwiek.up. Een Qwiek.up is een projector die is gemaakt als zorgtechnologie en al wordt ingezet in verschillende ziekenhuizen, ouderentehuizen en in de gehandicaptenzorg (Qwiek.up, z.d.). De Qwiek.up zal in het onderzoek verder toegelicht worden.

## **1.2 Resultaten interviews**

Naast het literatuuronderzoek zijn drie interviews afgenomen om informatie te verkrijgen over een delier, waar de verpleegkundigen op de afdeling tegenaan lopen.

Als eerste is een interview afgenomen met een regieverpleegkundige van de AOA. Hierin is informatie verkregen over de werkwijze van de afdeling en hoe wordt omgegaan met een delier. In dit interview is aangegeven dat de werkdruk steeds hoger wordt omdat steeds meer delirante patiënten op de afdeling aanwezig zijn. Ook is in dit interview naar voren gekomen dat bij deze delirante patiënten de DOS-score niet altijd juist wordt ingevuld. De regieverpleegkundige benoemde een aantal interventies die worden ingezet bij delirante patiënten, maar deze worden niet altijd op tijd ingezet.

Een tweede interview werd afgenomen bij een coördinerend verpleegkundige van de AOA. Hier werd verteld dat de DOS-score niet altijd juist werd ingevuld. Eerder gegeven voorlichting heeft geen effect gehad op de werkwijze van de verpleegkundigen. Geconcludeerd kan worden dat een voorlichting op de DOS niet zal zorgen voor een verandering bij het juist invullen van de DOS. De verpleegkundige kreeg de vraag hoe zij keek naar de hoofdvraag vanuit Isala: Hoe kun je een delier voorkomen? Besproken is dat het op deze afdeling niet haalbaar zal zijn.

Ten slotte is een interview afgenomen met de Internist Ouderengeneeskunde. Aan de internist is gevraagd welke interventies de afdeling ouderengeneeskunde inzet bij delirante patiënten. De interventies die genoemd werden kwamen overeen met de interventies die beschreven staan in de bovenstaande literatuur. In dit interview werd een nieuwe interventie voorgesteld; een projector. Volgens de internist ouderengeneeskunde kan een projector beelden projecteren die rustgevend werken voor de patiënt. Vanuit dit gesprek is gekozen om een projector verder te onderzoeken en toe te passen in de praktijk.

### 1.3 Resultaten meeloop dagen

De onderzoekers hebben vier dagen meegelopen op de AOA om een beeld te creëren van hun werkwijze. Hierin is gekeken welke interventies wel en niet van toepassing kunnen zijn op de afdeling. Tijdens de meeloop dag vertelde een verpleegkundige dat behoefte is aan een informatiefolder over delier voor familie op de afdeling. Verpleegkundigen moeten regelmatig aan familie uitgeleggen wat een delier is. Door een informatiefolder in te zetten heeft familie meer kennis over een delier en welke interventies hierbij mogelijk zijn. Familie kan door de informatiefolder gedragsverandering signaleren en meedenken bij het inzetten van persoonsgerichte interventies.

Tijdens de meeloopdagen is opgevallen dat de DOS-score niet bij iedere verwarde patiënt werd ingevuld. In het bijzonder viel op dat verpleegkundigen geen aandacht hadden rondom het ziektebeeld delier. Dit is gezien doordat tijd en plaats werd verstoord door verkeerde data op de whiteboards te zetten bij de patiënt. Daarnaast werden er weinig andere interventies ingezet.

### 1.4 Conclusie

Vanuit het literatuuronderzoek, de interviews en meeloop dagen in de oriëntatiefase zijn een aantal conclusies naar voren gekomen.

Ten eerste is tijdens het literatuuronderzoek informatie verzameld over het onderwerp delier. Hieruit is gebleken dat een delier complicaties met zich mee kan brengen. Hiervoor zijn verschillende interventies gevonden in de literatuur, die ook ingezet worden op de AOA. Deze interventies bleken uit de meeloopdagen geen effect te hebben op delirante patiënten. Dit komt onder andere omdat interventies pas worden ingezet wanneer een patiënt al een delier heeft ontwikkeld.

Ten tweede zijn een aantal conclusies voortgekomen uit de interviews. Uit de drie interviews bleek dat het voorkomen van een delier, zoals de afdeling van ons vroeg, niet haalbaar is op een drukke afdeling als de AOA. Meerdere factoren spelen mee op de afdeling, zoals verschillende disciplines die langskomen en kortdurende observaties door de verpleegkundigen die worden uitgevoerd. Daarom is samen met de leidinggevende van de AOA besloten het onderzoek niet verder te richten op het voorkomen van een delier.

Daarnaast is geconcludeerd dat nieuwe interventies die onderzocht worden persoonsgericht moeten zijn. Dit kan helpen bij delirante patiënten om meer controle te ervaren op de situatie. Omdat huidige interventies geen effect hadden, is gekeken naar nieuwe interventies die ingezet kunnen worden op de AOA. Uit onderzoek is de Qwiek.up naar voren gekomen wat toepasbaar leek voor de AOA. Dit is ook een interventie die op meerdere afdelingen in Isala Zwolle wordt ingezet.

Ten slotte is een dag meegelopen op de afdeling. Hierin is een nieuwe interventie besproken die ingezet zou kunnen worden op de AOA, namelijk een informatiefolder over een delier. Door een verpleegkundige werd geadviseerd een folder te ontwikkelen voor familieleden van kwetsbare patiënten. Zo heeft de familie meer kennis over het ziektebeeld delier en kan familie gedragsverandering signaleren. Daarnaast kan familie meedenken bij het inzetten van persoonsgerichte interventies.

### 1.5 Vraagstelling

Geconcludeerd is dat nieuwe interventies bij delirante patiënten ingezet moeten worden. Deze nieuwe interventies worden ingezet om te onderzoeken wat dit doet met het gedrag van delirante patiënten. Om te onderzoeken of deze interventies toegevoegde waarde hebben op de afdeling, zullen ervaringen verzameld worden van verpleegkundigen.

Daarom is de hoofdvraag geformuleerd en deze zal beantwoord worden gedurende dit onderzoek.

De hoofdvraag voor dit onderzoek luidt:

*“Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot de persoonsgerichte interventies, de Qwiek.up en de informatiefolder, die ingezet worden bij delirante patiënten op de Acute Opname Afdeling van Isala Zwolle en heeft dit invloed op het invullen van de Delirium Observatie Screening?”*

Vanuit deze hoofdvraag zijn een aantal deelvragen opgesteld om de hoofdvraag te beantwoorden:

- Heeft het inzetten van de persoonsgerichte interventies, de Qwiek.up en de informatiefolder, invloed gehad op het invullen van de DOS-score?;
- Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot het inzetten van de informatiefolder?;
- Welke veranderingen in gedrag bij delirante patiënten zijn er geobserveerd door verpleegkundigen tijdens het inzetten van de Qwiek.up?;
- Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot het inzetten van de Qwiek.up?

## 1.6 Interventies

Om de hoofdvraag te beantwoorden, worden de Qwiek.up en de informatiefolder ingezet. Met deze interventies wordt gekeken of gedragsverandering plaats vindt bij delirante patiënten en wat ervaringen hiervan zijn van verpleegkundigen. Om te beginnen zal een nulmeting plaatsvinden van de DOS door middel van turven. Tijdens het inzetten van de interventies heeft een tussenmeting plaatsgevonden. Na het inzetten van de interventies is ten slotte een eindmeting uitgevoerd. Uiteindelijk worden in totaal drie adviezen beschreven.

## 2. Methodologie

Bovenstaande interventies, de Qwiek.up en de informatiefolder, zijn onderzocht aan de hand van verschillende methoden. Deze methoden zullen hieronder worden toegelicht.

### 2.1 Methoden

Vanuit de oriëntatiefase zijn verschillende methoden opgesteld voor het onderzoek. Dit onderzoek is zowel kwalitatief als kwantitatief. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek waarmee meningen verzameld worden om nieuwe inzichten te verkrijgen. Daarnaast zijn kwantitatieve dataverzamelmethode gebruikt. Een voorbeeld hiervan zijn de resultaten van de Qwiek.up, deze zijn geanalyseerd in een cirkeldiagram. Dit is een vorm van kwantitatieve data, omdat deze data numerieke tabellen en grafieken zijn (Baarda, 2019).

In dit onderzoek zijn vier dataverzamelmethode gebruikt. Omdat meerdere dataverzamelmethode zijn gebruikt wordt er over triangulatie gesproken (Verhoeven, 2022). De dataverzamelmethode zijn hieronder beschreven en toegelicht.

#### 2.1.1 Interviews

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview, dit is een interview dat door kan gaan op de antwoorden die zijn gegeven. Hiervoor is gekozen om ervaringen van verpleegkundigen te verzamelen. Een semigestructureerd interview heeft een aantal voordelen. Zo kan verdieping komen op het onderwerp, waardoor nieuwe inzichten verkregen kunnen worden. Door open vragen te stellen, kan meer inhoudelijke informatie verzameld worden dan wanneer gesloten vragen worden gesteld (Baarda, 2019).

Een nadeel van een semigestructureerd interview is dat respondenten niet anoniem kunnen blijven en daardoor niet alle informatie willen delen. Een ander nadeel van een semigestructureerd interview is dat de interviewers het gesprek en de resultaten kunnen beïnvloeden door sturing (Baarda, 2019).

Alle interviews zijn afgenomen in een gesloten ruimte waarbij geen anderen aanwezig waren, hierdoor werd de privacy gewaarborgd en de prikkels van buitenaf geminimaliseerd. Zo konden de respondenten en de interviewers zich focussen op het gesprek. Ten slotte hebben alle respondenten van tevoren een toestemmingsformulier ingevuld voor het gebruik van de gedeelde informatie, deze is te vinden in bijlage 6.

#### 2.1.2 Focusgroep

Naast de interviews heeft een focusgroep plaatsgevonden om meerdere meningen te verzamelen over het onderwerp. Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij een mondeling groeps gesprek plaatsvindt waarin een vraag of probleem voorgelegd wordt. De groepsgrootte kan uiteenlopen van zes tot twaalf personen (Baarda, 2019). De voordelen van een focusgroep is dat respondenten elkaar kunnen aanvullen, hierdoor kan diepgang in het onderwerp gecreëerd worden. Een nadeel van een focusgroep is dat het transcriberen van mondelinge gesprekken arbeidsintensief is (Baarda, 2019).

Voor de focusgroep van dit onderzoek zijn vijf verpleegkundigen uit de werkgroep kwetsbare ouderen gevraagd van de AOA. De focusgroep ging over de Qwiek.up en de informatiefolder voor familie.

#### 2.1.3 Deskresearch

Naast de bovenstaande twee methoden is een deskresearch uitgevoerd. Bij deskresearch is verder literatuuronderzoek gedaan naar de nieuwe interventies die tijdens dit onderzoek worden ingezet. In het literatuuronderzoek is informatie verkregen over de Qwiek.up en de DOS-score. Zo blijkt dat de Qwiek.up angst kan wegnemen bij de patiënt tijdens een ziekenhuisopname. Daarmee kan gezorgd

worden voor een fijn verblijf op de afdeling voor patiënten (Qwiek.up, z.d.). Daarnaast is uit research van de DOS-score gekomen dat zonder signaleren 60%-70% van de delirante patiënten niet opgemerkt wordt. Verdere deskresearch is te vinden in bijlage 4. De gebruikte bronnen staan in het zoekplan welke te vinden is in bijlage 5.

#### 2.1.4 Systematische observatie

Ten slotte is een systematische observatie uitgevoerd, turven (Baarda, 2014). Deze methode is bij het observeren van de DOS-score gebruikt. Hier is gekeken bij welke patiënten de DOS ingevuld had moeten worden en bij wie dit daadwerkelijk is ingevuld. Door middel van turven werd gekeken of de DOS-score meer werd ingevuld nadat de interventies zijn ingezet. Dit is onderzocht aan de hand van een nul-, tussen- en eindmeting. Bij deze metingen is drie dagen achter elkaar geturfd. Voor deze observatie is een observatieschema opgesteld. Deze is te vinden in bijlage 3.

Daarnaast is een observatieformulier opgesteld voor de beoordeling van de Qwiek.up, deze is te vinden in bijlage 9. Verpleegkundigen konden hier geobserveerde gedragpunten turven. In het formulier kon geturfd worden op de volgende gedragpunten: kalmerend, activerend en welzijn. Voor de verpleegkundigen zijn punten opgesteld met betrekking tot de werkzaamheden. Hierin wordt verstaan: het uitvoeren van ADL-zorg/medische behandeling, het verlagen van de werkdruk en de sfeer op de afdeling. Daarnaast kon een notitie geschreven worden met ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot de gedragpunten. Door middel van de ingevulde formulieren, zijn ervaringen verzameld.

#### 2.1.5 Overzicht methoden

Methoden	Bij wie?
Semigestructureerde interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regieverpleegkundige chirurgie</li> <li>- Regieverpleegkundige ouderengeneeskunde</li> <li>- Drie verpleegkundigen op de afdeling AOA</li> </ul>
Focusgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Werkgroep kwetsbare ouderen van de AOA</li> </ul>
Deskresearch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qwiek.Up</li> <li>- DOS</li> </ul>
Systematische observatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DOS-score turven</li> <li>- Observatieformulier Qwiek.up</li> </ul>

#### 2.2 Operationalisering middels interviewschema's

Operationalisering werd in dit onderzoek gevormd door het definiëren van begrippen. Dit is nodig om abstracte termen om te zetten in meetbare begrippen (Baarda, 2019). Binnen het operationaliseringsschema is het begrip 'Nieuwe interventie' opgenomen. Uit de interviews kwam naar voren dat nieuwe interventies op de AOA ingezet moesten worden bij delirante patiënten, omdat de huidige interventies weinig effect hadden. Het begrip leidt tot kenmerken en indicatoren waaruit vervolgens interviewvragen zijn opgesteld. Bij 'Kenmerken' werd geschreven wat deze nieuwe interventies zijn.

Voor 'Indicatoren' zijn begrippen opgesteld die door de interventies behaald willen worden en die de onderzoekers willen terug horen tijdens interviews. Er zijn vragen bij het kopje 'Opkomende vragen' opgesteld die tijdens interviews uitgevraagd zullen worden. Tot slot is bij het kopje 'Waar'

beschreven hoe deze vragen beantwoord zullen worden. Dit schema is opgenomen in bijlage 1. De opkomende vragen zijn terug te lezen in de interviewschema's in bijlage 2.

Onder het operationaliseringsschema zijn ook begrippen vanuit de hoofdvraag gedefinieerd. Zodat iedere lezer van het onderzoek hierin hetzelfde verstaat en de hoofdvraag op dezelfde manier zal interpreteren. Dit is ook te lezen in bijlage 1.

## 2.3 Verantwoording keuze respondenten

Nadat de interviewschema's zijn opgesteld, is in- en exclusiecriteria opgesteld zodat verantwoord is wie aan dit onderzoek mocht deelnemen.

### 2.3.1 In- en exclusiecriteria

Om deel te mogen nemen aan het onderzoek, zijn verschillende eisen waaraan deelnemers moesten voldoen. Dit wordt inclusiecriteria genoemd. De verpleegkundigen mochten deelnemen wanneer zij BIG-geregistreerd staan. Bij een individueel interview moesten de verpleegkundigen minimaal één jaar werkzaam zijn op de AOA. Daarnaast mochten verpleegkundigen alleen deelnemen wanneer het opgestelde toestemmingsformulier was ondertekend. Dit toestemmingsformulier is te vinden in bijlage 6.

Naast de inclusiecriteria, zijn een aantal exclusiecriteria opgesteld. Verpleegkundigen die niet werkzaam zijn op de AOA hebben niet deelgenomen aan de focusgroep. Verpleegkundigen die korter werkzaam zijn dan één jaar op de AOA of niet BIG-geregistreerd zijn, mochten niet deelnemen aan het onderzoek.

Voor de Qwiek.up zijn een aantal inclusiecriteria opgesteld, deze zijn te vinden in bijlage 9.

### 2.3.2 Populatie

Door de in- en exclusiecriteria is de populatie bepaald. De populatie zijn de deelnemers van het onderzoek (Baarda, 2014). Het grootste populatiedeel van het onderzoek zijn de verpleegkundigen van de AOA. Deze verpleegkundigen hebben deelgenomen aan de focusgroep en interviews.

## 2.4 Analyse

In dit onderzoek is data verzameld om antwoord te geven op de hoofdvraag. Alle data zijn geanalyseerd door zorgvuldig en grondig de gegevens te bekijken en te interpreteren (EM onderzoek, z.d.). De datagegevens zijn kwalitatief en kwantitatief geanalyseerd. Een kwalitatieve data-analyse is een inhoudsanalyse waarbij de verzamelde gegevens in categorieën zijn gecodeerd. Hierbij zijn uitspraken van respondenten gebruikt. Daarnaast bij een kwantitatieve data-analyse is gebruik gemaakt van cijfermatige gegevens (Universiteit Utrecht, z.d.).

### 2.4.1 Kwalitatief

In dit onderzoek zijn twee kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt namelijk: vijf semigestructureerde interviews en een focusgroep. De interviews zijn afgenomen met verpleegkundigen van de AOA. De focusgroep is afgenomen met de vijf verpleegkundigen van de werkgroep kwetsbare ouderen.

Van de interviews en focusgroepen zijn audio-opnamen opgenomen. De audio-opnamen zijn daarna getranscribeerd. Transcriberen is het letterlijk uitschrijven van audio-opnamen (Doolaar, 2022).

Vanuit deze transcriptie is een analyse gemaakt. Hierbij is gebruikgemaakt van de drie stappen van Baarda (2014). Ten eerste is gefragmenteerd, daarbij is de belangrijkste informatie uit de transcriptie gehaald. Als tweede zijn de fragmenten gelabeld door de belangrijkste kernbegrippen eruit te halen, oftewel labels. Ten slotte zijn de verwante labels in categorieën ondergebracht, dit wordt coderen genoemd. Deze informatie is te vinden in bijlage 7.



#### 2.4.2 Kwantitatief

Naast een kwalitatieve data-analyse is een kwantitatieve data-analyse uitgevoerd. Cijfermatig is gekeken naar het juist invullen van de DOS-score. Dit begon bij de nulmeting, op dat moment is gekeken hoeveel DOS-scores juist zijn ingevuld. Hieruit volgde een percentage van het aantal ingevulde scores. Op dezelfde manier is een tussen- en eindmeting uitgevoerd. Deze informatie is te vinden in bijlage 3. Op basis van deze cijfers is een conclusie getrokken. Daarnaast zijn de resultaten van de beoordelingsformulieren van de Qwiek.up geanalyseerd in een cirkeldiagram. Dit is te vinden in bijlage 7.

### 2.5 Kwaliteit

#### 2.5.1 Validiteit

In dit onderzoek is rekening gehouden met zowel de in- als externe validiteit. Om valide antwoorden te krijgen moeten de respondenten voldoende informatie hebben over de interventies (NJI, z.d.). De respondenten zijn daarom veelvuldig geïnformeerd.

Tijdens de interviews is rekening gehouden dat de antwoorden sociaal wenselijk kunnen zijn. Sociaal wenselijke antwoorden zijn antwoorden die respondenten geven waar ze niet achter staan, maar wel de maatschappelijke normen en waarden zijn. Sociaal wenselijke antwoorden kunnen een negatieve invloed hebben op het resultaat (Baarda, 2014). Binnen dit onderzoek is hier rekening mee gehouden door dit te bediscussiëren in hoofdstuk 6. Door geen leidinggevende bij de gesprekken aanwezig te laten zijn is geprobeerd sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen. Daarnaast is externe validiteit opgenomen in het onderzoek. Hierbij staat de vraag centraal: 'In hoeverre zijn de resultaten te generaliseren naar andere situaties, mensen of begrippen?' (NJI, z.d.). Dit onderzoek is gericht op de AOA in Isala Zwolle. Ervaringen zijn persoonlijk en per persoon verschillend en daarom niet te generaliseren naar andere ziekenhuizen met andere verpleegkundigen. De ingezette interventies zijn wel te generaliseren naar andere afdelingen en andere ziekenhuizen.

#### 2.5.2 Betrouwbaarheid

In dit onderzoek is de betrouwbaarheid gewaarborgd door te kijken naar transparantie, herhaalbaarheid en representativiteit (Baarda, 2014). Om de betrouwbaarheid te vergroten is gestreefd naar een zo hoog mogelijk transparantie. Dit is behaald door zowel de semigestructureerde interviews als de focusgroepen volledig te transcriberen en op te nemen in het verdere onderzoek. Deze interviews en focusgroepen zijn afzonderlijk geanalyseerd om de betrouwbaarheid te vergroten (Baarda, 2014).

Om herhaalbaarheid te waarborgen is een audit trail bijgehouden. Dit is een logboek waarin alle genomen activiteiten van dit onderzoek staan beschreven. Dit vormt de bewijslast ter onderbouwing van dit onderzoek, hierin is tevens peerfeedback te vinden die verwerkt is in het verslag.

De representativiteit is gerealiseerd door zo veel mogelijk respondenten te betrekken. Op deze manier is zo veel mogelijk informatie verzameld vanuit het zorgpersoneel. Informatie is daarnaast op andere dataverzamelingmethoden verzameld door onder andere systematische observatie en deskresearch. Door verschillende dataverzamelingmethoden te gebruiken, oftewel triangulatie, is het onderzoek betrouwbaar (Baarda, 2014).

#### 2.5.3 Ethiek

Voor het onderzoek is toestemming gevraagd van de ethische commissie van Isala, deze toestemming is verleend. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek is rekening gehouden met de privacy van de patiënten en zorgverleners van de AOA, die participeren in het onderzoek (Beroepscode, 2015). Privacyregels van Isala zijn gewaarborgd en is de beroepscode in acht genomen. Wanneer patiënten en zorgverleners hebben deelgenomen aan het onderzoek is dit op vrijwillige basis en anoniem gedaan. In het onderzoek zijn geen namen verwerkt en heeft iedereen

binnen het ziekenhuis recht op het inzien van de resultaten van het onderzoek.

#### 2.5.4 Planning

In de planningsfase is een projectplanning opgesteld volgens de Agile methode. Dit is een nieuw ontwikkelde methode bij het doen van onderzoek. Tijdens onderzoek wordt meestal een vaste planning gemaakt maar doordat onderzoekers met neveneffecten te maken hebben is dit niet haalbaar (Projectmanagement-training, z.d.). Daarom is gekozen voor de Agile methode. Door deze methode te handhaven wordt een flexibele planning gemaakt die als indicatie wordt gebruikt in plaats van als leidraad. De planning is te vinden in bijlage 8.

### 3. DOS-score: Informeren, motiveren en controleren

Het eerste advies is dat verpleegkundigen van de AOA regelmatig geïnformeerd, gemotiveerd en gecontroleerd moeten worden over het inzetten van de DOS en het belang hiervan. In dit advies wordt stilgestaan bij het belang van het signaleren van een delier aan de hand van de DOS-score en of de nieuwe ingezette interventies hier invloed op hebben gehad.

#### 3.1 Waarom is de DOS van belang?

Signaleren door middel van het Delirium Observatie Screening (DOS) is de eerste stap om een delier te kunnen vaststellen (Schuurmans, 2001). Bij 60% tot 70% van de delirante patiënten wordt een delier niet opgemerkt wanneer geen delirium screeningsinstrument ingezet werd (Nursing, 2023). Hoe eerder een dreiging op delier gesignaleerd wordt, hoe sneller een preventieve interventie ingezet kan worden om de gevolgen van een delier te beperken (Buurman et al., 2007; Enurse, 2023). Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2023) heeft richtlijnen opgesteld voor ziekenhuizen over kwaliteit van zorg. Door op tijd te signaleren kunnen deze richtlijnen behaald worden en kan kwaliteit van zorg gewaarborgd worden.

Een delier kan langetermijengevolgen hebben, zoals geheugen- en concentratieproblemen of angst voor een volgend ziekenhuisbezoek. Daarnaast heeft een patiënt die eerder een delier doorgemaakt heeft, een hogere kans dit nogmaals te ontwikkelen (RadboudUMC, z.d.). Deze langetermijengevolgen kunnen weken tot maanden aanhouden (Wapenaar, 2023).

#### 3.2 Resultaten ter onderbouwing

Aan het begin van het onderzoek is een interview afgenomen met een regieverpleegkundige en educatie coördinator op de afdeling. Hierin kwam naar voren dat de DOS-score niet altijd volgens de richtlijnen van Schuurmans (2001) wordt ingevuld. Verpleegkundigen wijden dit vooral aan tijdgebrek. Door de informatie die is verkregen tijdens deze interviews, is besloten om te onderzoeken hoe de DOS ingezet wordt en waar verbetering nodig is. Hierbij is gekeken naar 70-plussers, aangezien deze leeftijd wordt aangehouden als kwetsbare ouderen en deze groep een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een delier (Schuurmans, 2001).

Naast dat is gekeken hoe de DOS-score in het algemeen is ingezet, is gekeken of de nieuwe ingezette interventies hier invloed op hebben. Zo is gekeken of er onbewust meer aandacht is gecreëerd over het belang van signaleren van een delier. Hierbij is specifiek voor gekozen, met toestemming van de leidinggevende, de verpleegkundigen niet in te lichten dat de DOS systematisch geobserveerd zou worden. Ethisch gezien is het niet inlichten van verpleegkundigen van dit onderzoek tegendraads met de richtlijnen van Isala en de beroepscode. Hierin staat dat verpleegkundigen vrijwillig moeten deelnemen aan een onderzoek. Toch is hier niet voor gekozen om geen beïnvloede cijfers te krijgen. Uit onderzoek is bewezen dat iemand zich anders gaat gedragen wanneer hij of zij weet dat het werk gecontroleerd wordt. Het effect zou meestal positief zijn op het geleverde werk (Hawthorne effect, z.d.). Met deze realistische cijfers kan gekeken worden hoe de kwaliteit van zorg voor delirante patiënten kan verbeteren.

Naast het invullen van de DOS is onderzocht of de nieuwe interventies, de Qwiek.up en de informatiefolder, invloed hadden op het invullen van de DOS-score. Tijdens drie meetmomenten zijn gegevens verzameld. Gekozen is om voor, tijdens en na het inzetten van de interventies te meten. Hierbij zijn drie achtereenvolgende dagen bijgehouden of de DOS-score ingevuld is. Voor het meten is gekeken naar de anamnese van een patiënt. Isala Zwolle werkt met de elf gezondheidspatronen van Gordon (V&VN, 2014). In deze anamnese zijn drie vragen die kunnen duiden op een verhoogde kans op een delier. Deze vragen van Gordon zijn: 'Heeft u geheugenproblemen?', 'Heeft u afgelopen

24 uur hulp nodig gehad bij de zelfzorg?’ en Bent u bij eerdere opnamen of ziekteperiodes in de war geweest?’. Als op één van de drie vragen ‘Ja’ is geantwoord wordt de DOS-score als actie uitgezet. Dit betekent dat de DOS drie dagen, drie keer per dag ingevuld moet worden. Wanneer het invullen van de DOS-score uit de anamnese als actie is gekomen werd deze meegenomen in de systematische observatie. Door voor, tijdens en na het inzetten van de interventies de DOS te meten kan gekeken worden of de interventies invloed hebben op het invullen van de DOS. Zo is gekeken of de verpleegkundigen onbewust meer aandacht hebben voor het onderwerp delier.

Na de 0-meting is een vervolgesprek geweest met de educatie coördinator waarbij vragen zijn gesteld over de DOS. Wat opviel is dat de actie tot de DOS niet altijd in het actieplan opgenomen was, terwijl de drie vragen met 'ja' waren beantwoord. Dit kan verklaard worden omdat de verpleegkundigen de actie DOS handmatig kunnen uitzetten. Verpleegkundigen doen dit wanneer geen noodzaak werd gezien tot het invullen van de DOS.

Hieronder is een tabel weergegeven met een overzicht van de percentages die gemeten zijn bij de nul-, tussen- en eindmeting. De overige tabellen met cijfers en patiëntenaantallen zijn te vinden in bijlage 3.

**Tabel 1**

*Overzicht percentages bij 0-meting, tussenmeting en eindmeting van DOS-score*

	0-meting	Tussenmeting	Eindmeting
Gemiddelde percentages	32,7%	33%	30,5%

Vanuit de DOS-metingen zijn een aantal conclusies getrokken. Zo is de DOS-score ongeveer een derde van de keren ingevuld.

Daarnaast is te zien dat de percentages bij alle metingen tussen de 30% en 35% zit, waarbij een daling te zien is tussen de tussenmeting en de eindmeting. Hieruit is te concluderen dat het inzetten van de interventies geen invloed hebben gehad op het invullen van de DOS.

Naast de lage percentages zijn een aantal aandachtspunten opgevallen tijdens het beoordelen van de metingen:

- Anamneses zijn niet volledig ingevuld;
- De actie om de DOS in het actieplan toe te voegen wordt door de verpleegkundigen zelf uitgeschakeld in de anamnese;
- De DOS wordt soms wel gerapporteerd maar hier wordt dan geen score aan gekoppeld, alleen een beschrijving;
- De DOS wordt veelal in de avonden en nachten vergeten.

Als gekeken wordt naar de aandachtspunten valt één punt in het bijzonder op. De verpleegkundigen kunnen zelf de actie tot het invullen van de DOS uitzetten in de anamnese. Hierdoor komt de actie niet in het actieplan te staan. Dit is echter tegenstrijdig met de voorwaarden die opgesteld zijn voor de kwaliteit van zorg vanuit Rijksoverheid. Dit wordt bijgehouden door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Voor deze inspectie moeten zorginstellingen gegevens opsturen die gecontroleerd zullen worden. Hierbij wordt ook gekeken naar het zorgplan voor delirium. Hierin staat centraal dat een delier of dreigend delier tijdig herkend wordt om een passend zorgplan te maken voor de desbetreffende delirante patiënt (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2023). Het tijdig herkennen begint bij het signaleren aan de hand van de DOS-score. Het uitzetten van de actie tot het invullen van de DOS zorgt ervoor dat geen volledig zorgplan opgesteld kan worden. Dit zorgt ervoor dat ze niet voldoen aan de richtlijnen van kwaliteit van zorg die geboden dient te worden in ziekenhuizen.

### 3.3 Hoe te implementeren?

Gedragsverandering is een menselijke aanpassing die voor velen moeilijk te veranderen is. Dit komt doordat 'oud' gedrag vertrouwd voelt en veiligheid biedt. 'Nieuw' gedrag biedt dat niet, hierdoor is het niet aantrekkelijk om je oude gedrag te veranderen. Gedragsverandering is vooral lastig als het belang ervan niet duidelijk is (gedragscoach, 2021; Mulder, 2022). Om dit duidelijk te maken moeten de verpleegkundigen geïnformeerd worden over het belang van signaleren van een delier. Verder moet gemotiveerd worden om de DOS in te vullen en moet gecontroleerd worden of juist ingevuld is.

Kennis is de basis van goede zorg leveren (Minkman, 2023). De verpleegkundigen moeten kennis hebben waarom de DOS-score zo belangrijk is en wat zij daarin kunnen betekenen. Het zorgpersoneel hierover informeren is daarin de eerste stap. Informeren kan op verschillende manieren. Zo luidt het advies dat een klinische les sterk wordt aangeraden.

Als het belang duidelijk is moet gemotiveerd worden de DOS in te vullen. Zo zijn op de AOA tijdens elke dienst twee momenten om te evalueren op de dienst. Tijdens dit moment kan stilgestaan worden bij patiënten waarbij de DOS-score ingevuld moet worden. De regieverpleegkundige of zorgcoördinator kan de verpleegkundigen vragen en aansporen de DOS-scores in te vullen. Hierbij kan het belang nog een keer benoemd worden. Op die manier kan gemotiveerd en gestimuleerd worden zodat het elke dienst ingevuld is.

Controleren is de laatste stap in het verbeteren van het invullen van de DOS. Wanneer de verpleegkundigen weten wat het belang is van het signaleren en gemotiveerd zijn, kan gecontroleerd worden of het invullen van de DOS verbeterd is.

Controleren kan gedaan worden door de regieverpleegkundigen of zorgcoördinatoren. Op de computer van regieverpleegkundigen of zorgcoördinatoren is een overzicht waarin alle patiënten staan. Hierin kan in één oogopslag gezien worden of de DOS al is ingevuld of dat de actie nog open staat. Hierdoor kan er makkelijk gecontroleerd en teruggekoppeld worden naar de desbetreffende verpleegkundige.

## 4. Informatiefolder: Familie informeren

Het tweede advies is een informatiefolder over delier aanreiken bij opname aan familie van een kwetsbare patiënt vanaf 70 jaar. Dit advies zal hieronder worden uitgelegd.

### 4.1 Waarom is een informatiefolder nodig?

Verpleegkundigen van de AOA geven aan dat de werkdruk op de afdeling hoog ligt. Uit meeloopdagen bleek dat verpleegkundigen regelmatig tijd kwijt zijn aan uitleg geven over een delier. Een folder met daarin alle nodige informatie die familie en naasten moeten weten over een delier kan hierbij helpen. Verpleegkundigen hopen met een informatiefolder minder vragen te krijgen vanuit familie en/of naasten. Op deze manier hebben verpleegkundigen meer tijd voor andere werkzaamheden.

Wanneer familie informatie ontvangt over het onderwerp delier kan de familie eerder gedragsverandering herkennen, omdat familie de patiënt kent in de normale situatie. Met een informatiefolder kan familie eventueel helpen met de keuze van het inzetten van interventies. In de informatiefolder wordt uitgelegd welke interventies mogelijk zijn. Denk aan het meebrengen van foto's vanuit huis en rooming-in bieden. Door de inhoud van de informatiefolder is deze interventie persoonsgericht. Een voorbeeld van de inhoud is de 'Leer mij kennen' poster. Dit is een poster waarin vragen zijn opgenomen om de patiënten beter te leren kennen. Familie kan deze poster invullen voor hun naaste waardoor de juiste zorg bepaald kan worden (Isala, 2022).

### 4.2 Waarom moet de informatiefolder gegeven worden bij opname?

Een informatiefolder is gemaakt, deze is te vinden in bijlage 10. Deze is vanaf 20 november op de AOA ingezet op de één- en tweepersoonskamers. Dit is in overleg gebeurd met de leidinggevende. Het originele idee was de folders bij opname aan te reiken, maar de leidinggevende wilde dat deze informatiefolders eerst ingezet werden op de één- en tweepersoonskamers. De informatiefolders zijn op whiteboards in de kamers opgehangen, zodat familie deze konden zien en lezen. Daarnaast is de informatiefolder in een folderrek geplaatst bij de centrale balie van de afdeling. De informatiefolder is twee weken ingezet als pilot.

Voorbeeld: De partner van een patiënt wist niet dat de patiënt een delier had, hij was erg verward. De patiënt had een verhaal verteld tegen zijn partner over hoe een verpleegkundige had gelogen tegen hem. Dit maakte dat de partner bezorgd werd en een aanvaring had met een verpleegkundige over dit incident. Nadat de patiënt was overleden heeft een nagesprek plaatsgevonden. Hier kwam de partner erachter dat de patiënt in de war was en hierdoor geen kloppende verhalen vertelde. Wanneer de partner de informatiefolder had gekregen, was de partner bewust dat de patiënt zich in een delier bevond. Hierdoor had de aanvaring met een verpleegkundig voorkomen kunnen worden.

Uit interviews is weinig resultaat verkregen over de informatiefolder. Na de pilot van twee weken is opnieuw nagedacht op welke manier de informatiefolder ingezet kan worden voor betere resultaten. Hieruit is het advies uitgebracht dat de informatiefolder ingezet moeten worden bij opname op de AOA. Verpleegkundigen hebben tijdens interviews verteld dat er meer aandacht zal zijn voor de informatiefolder, wanneer deze wordt aangereikt bij opname aan familie. De informatiefolder zal dan niet wegvallen zoals nu de resultaten laten zien.

Voor het gebruik van de informatiefolder is criteria opgesteld:

- Bij kwetsbare ouderen (patiënten) vanaf de leeftijd vanaf 70 jaar;
- Bij patiënten met een verhoogde kans op een delier. Dit is te zien wanneer de actie tot het invullen van de DOS in het actieplan staat.

Daarnaast zal de verpleegkundige zelf zijn/haar deskundigheid moeten gebruiken om in te schatten bij welke patiënt de informatiefolder ingezet kan worden.

#### 4.3 Resultaten ter onderbouwing van de informatiefolder

In deze paragraaf is de redentie te lezen hoe het bovenstaande advies is opgesteld en hoe op deze interventie is gekomen. Ten slotte zal een verantwoording worden onderbouwd vanuit verschillende resultaten.

In het begin van het onderzoek zijn diensten meegelopen op de AOA. Door het meelopen en vragen te stellen zijn inzichten verkregen over informatiefolders die al zijn ingezet op de AOA.

De verpleegkundige vertelde dat er geen informatiefolder is over delier en dat de afdeling daar wel baat bij zou hebben. Als de informatiefolder over delier gericht is op familie van delirante patiënten kunnen die wat betekenen in het signaleren van een delier. Familie kent de patiënt in de normale situatie en kan gedragsverandering sneller opmerken.

Allereerst is onderzoek gedaan naar wat positieve effecten zijn van een informatiefolder. De belangrijkste wetenschappelijke effecten van een poster zijn dat kennisvermeerdering bij mensen wordt gebracht door de visuele kracht van een poster. Daarnaast wordt de boodschap van de poster herhaald doordat hier vaker naar gekeken wordt. Hierdoor slaan mensen het beter op (Ranbusiness, 2019).

Om de informatiefolder op te stellen is een focusgroep georganiseerd met verpleegkundigen van de kwetsbare ouderengroep van de AOA. Hierin is het idee van de informatiefolder voorgesteld en is gevraagd naar de mening van verpleegkundigen. Daarnaast is in dit groepsverband besproken welke punten in de informatiefolder opgenomen moest worden. Quotes welke in de focusgroep werden gezegd: *"Bieden van rooming-in vind ik wel een hele fijne, dat ze bekende gezichten hebben"* en *"Spullen van huis meenemen"*. Soortgelijke punten zijn meegenomen in het ontwikkelen van de folder.

Nadat de focusgroep is georganiseerd is de informatiefolder ontwikkeld. Deze is te vinden in bijlage 10. Nadat deze is ontwikkeld is deze voor goedkeuring gemaild naar de leidinggevende en de coördinator. Vervolgens is een gesprek geweest met de leidinggevende. De informatiefolder besproken en de leidinggevende is akkoord gegaan om de informatiefolders in te zetten als proef. De informatiefolders zijn ingezet op de een- en tweepersoonskamer op de whiteboards.

Om ervoor te zorgen dat de afdeling op de hoogte was dat een informatiefolder werd ingezet, is de informatiefolder tijdens een twee-uurs moment geïntroduceerd. Tijdens een twee-uurs moment komen de verpleegkundigen van de afdeling naar de koffiekamer en wordt de dag besproken. Tijdens dit moment is aan ongeveer acht verpleegkundigen de informatiefolder geïntroduceerd. Hier werd uitleg gegeven over de inhoud van de informatiefolder en op welke manier deze ingezet zou moeten worden.

De verpleegkundigen zijn gevraagd feedback te geven over de informatiefolder. Uit feedback van de verpleegkundigen is gebleken dat de informatiefolder een geschikt idee te zijn voor de afdeling. Het leek de verpleegkundigen een geschikt idee te zijn voor de afdeling. Hierdoor hoeven zij zelf geen uitleg hoefden te geven aan familie over een delier en welke interventies hiervoor ingezet konden worden. Dit kost de verpleegkundigen namelijk extra tijd. De verpleegkundigen die niet aanwezig waren tijdens dit twee-uurs moment zijn geïnformeerd via de nieuwsbrief. Hierin stond een uitleg over de informatiefolder met daarbij de foto ervan. Daarnaast is de informatiefolder in de koffieruimte opgehangen en op de tafels neergelegd. Zo konden alle verpleegkundigen geïnformeerd worden over de informatiefolder.

Na twee weken zijn drie interviews afgenomen met verpleegkundigen. Hierin zijn ervaringen uitgevraagd. De verpleegkundigen leken niets te weten van de informatiefolder of hadden hier niets over gehoord. Twee van de drie verpleegkundigen hebben de informatiefolder wel zien hangen maar konden hier niets over vertellen. De verpleegkundigen vertelden dat de informatiefolder bij een whiteboard blijft hangen en weinig naar gekeken wordt. Ondanks dat de informatiefolder op verschillende manieren is geïntroduceerd, zijn hier geen resultaten behaald. Echter is dit ook resultaat. Daarnaast zijn vijf verpleegkundigen onder werktijd aangesproken. Tijdens dit moment werd gehoord dat deze verpleegkundigen niet van een informatiefolder op de afdeling afwisten. Dit is niet vastgelegd als interview, maar is wel meegenomen in de resultaten. Dit zal verder in de analyseschema's te vinden zijn in bijlage 7. Ten slotte is uit interviews gekomen dat verpleegkundigen zeiden dat de informatiefolder beter zou kunnen werken, wanneer het bij opname wordt aangereikt.

Voor het inzetten van de informatiefolder is een gesprek geweest met de coördinator verpleegkundige. In dit gesprek is geconcludeerd dat de informatiefolder niet op de juiste manier is ingezet. In het gesprek is gekeken naar eventuele oplossingen waardoor familie meer zicht kan hebben op de informatiefolder. Daarom is het volgende advies uitgebracht: De informatiefolder die is ontwikkeld over een delier zal bij opname aangereikt worden aan familie van kwetsbare patiënten boven de 70 jaar door verpleegkundigen.

#### 4.4 Hoe de folder in te zetten op de AOA?

Om de informatiefolder goed in te kunnen zetten op de AOA is contact geweest met de afdeling Communicatie van Isala. Deze afdeling gaat over de goedkeuring en lay-out van informatiefolders. Isala heeft vaste formats voor folders, waardoor er eerst goedkeuring gevraagd moet worden. Er wordt geadviseerd de informatiefolder uit te printen en bij opname aan te reiken aan familie. Uit onderzoek is gebleken dat een visuele kracht en tastbaarheid van een poster belangrijk is voor het opslaan van informatie (Ranbussiness, 2019). Echter is er rekening gehouden met Indivio (MCL, z.d.). Isala wil in de toekomst tablets aanschaffen voor op de patiëntenkamers, waar alle informatiefolders in te vinden zijn. Wanneer dit op de werkvloer komt, wordt verwacht van verpleegkundigen dat hiernaar verwezen zal worden.



## 5. Qwiek.up: een positieve ervaring

Het laatste advies is het inzetten van de Qwiek.up op de AOA bij delirante patiënten. De Qwiek.up moet als persoonsgerichte interventie ingezet worden bij patiënten met een (dreigend) delier. In dit advies zal worden uitgelegd wat de meerwaarde is van een Qwiek.up ten aanzien van een delier.

### 5.1 Waarom is de Qwiek.up van meerwaarde op de AOA?

De Qwiek.up is een persoonsgerichte interventie die is ingezet op de AOA bij patiënten bij wie de DOS-score ingevuld moest worden.

De Qwiek.up heeft ervoor gezorgd dat patiënten tijdens opname minder aandacht hebben gevraagd van de verpleegkundige. Gedragsverandering is gezien: patiënten werden rustiger, alerter, riepen minder en de hadden minder focus voor pijn en verwardheid. Dit is gebleken uit de observatieformulieren van de Qwiek.up en de interviews die achteraf zijn afgenomen. Door deze resultaten waren verpleegkundigen enthousiast over de Qwiek.up. De verpleegkundige had het idee dat de Qwiek.up voor afleiding zorgde bij de patiënt, waardoor de verpleegkundigen meer tijd hadden voor andere werkzaamheden. Door de resultaten die zijn behaald denken de verpleegkundigen dat deze technologie een meerwaarde kan hebben in hun werk, omtrent de zorg voor delirante patiënten.

### 5.2 Resultaten ter onderbouwing van de Qwiek.up

De interventie is voortgekomen uit literatuuronderzoek en een interview met een Internist Ouderengeneeskunde. Dit is besproken met de leidinggevende en is uiteindelijk twee weken lang op de afdeling ingezet. Eerst is deskresearch gedaan en werd een projector gevonden, de Qwiek.up. Via sociale media werd gevonden dat de afdeling Chirurgie in Isala beschikt over een Qwiek.up. Vanuit deze bevinding is de afdeling chirurgie benaderd voor een interview. Hierin werd verteld dat de afdeling de Qwiek.up als meerwaarde ervaart. Verteld werd dat het rust creëert bij hun patiënten, voornamelijk tijdens de wondbehandeling. In het interview werd ook verteld dat het zorgt voor afleiding: *“Een vrouw met een verstandelijke beperking en die daardoor mooi naar de koetjes op plafond aan het kijken was en eigenlijk niet meer in de gaten had dat ik haar aan prikken was, dus ik kon gewoon heel rustig mijn gang gaan.”*

Aan de hand van bovenstaand interview is deskresearch uitgevoerd naar het effect van de Qwiek.up. Zo blijkt dat het angsten kan wegnemen bij de patiënt tijdens een ziekenhuisopname en kan zorgen voor een fijn verblijf op de afdeling (Qwiek.up, z.d.). De Qwiek.up geeft rust aan delirante patiënten (Van den Broek, z.d.). De Qwiek.up bevat USB-sticks waardoor verschillende beelden geprojecteerd kunnen worden. Dit kan variëren van een muziekconcert tot koeien in de wei. Door uitvraag aan de patiënt kan gekeken worden welke interesse de patiënt heeft en welke USB-stick daarbij toepasbaar is. Het is belangrijk om naar de patiënt te kijken, iedere patiënt is uniek en zal anders reageren (Radboudumc, z.d.). Wanneer persoonlijke uitvraag bij de patiënt niet mogelijk is, kan gekeken worden naar de ‘Leer mij kennen’ poster en/of de anamnese. Dit maakt de Qwiek.up een persoonsgerichte interventie.

Het bedrijf Qwiek.up is benaderd om een proefperiode aan te vragen. Hier is akkoord gegeven de Qwiek.up één week op proef te krijgen. Om meer resultaten te verzamelen is de afdeling chirurgie benaderd over het lenen van de Qwiek.up. De afdeling Chirurgie heeft toestemming gegeven om de Qwiek.up één week te lenen. Hierdoor is de Qwiek.up in totaal twee weken ingezet.

Voordat de Qwiek.up is gekomen is een focusgroep georganiseerd met vijf verpleegkundigen van de werkgroep kwetsbare ouderen. Hierin is verteld dat een Qwiek.up ingezet gaat worden in de hoop dat de delirante patiënt georiënteerd zou blijven. De verpleegkundigen hadden hier twijfels over, of

de patiënt hierdoor niet onrustiger zou worden. De verpleegkundigen gaven aan dat patiënten al in de war zijn door opname en ze opnieuw voor de gek worden gehouden door andere beelden te laten zien. Als uitkomst uit dit gesprek is besloten de Qwiek.up toch in te zetten, omdat in de literatuur gelezen is dat het juist rust creëerde.

De Qwiek.up is een week voor het inzetten geïntroduceerd tijdens het 2-uurs moment. Een e-mail is uitgegaan naar alle regieverpleegkundigen, daarnaast is de inzet van de Qwiek.up beschreven in de nieuwsbrief van de afdeling. In de e-mail en de nieuwsbrief stond een introductie wat de Qwiek.up inhoudt en hoe deze ingezet moet worden op de afdeling. Daarnaast is gevraagd of de regieverpleegkundigen collega's wilden aanmoedigen de Qwiek.up in te zetten. De leidinggevende heeft elke dag tijdens twee overdracht momenten de verpleegkundigen erop gewezen de Qwiek.up in te zetten. Om te controleren of de Qwiek.up is ingezet waren de onderzoekers regelmatig aanwezig op de afdeling.

Bij de Qwiek.up horen observatieformulieren voor verpleegkundigen om gedragsverandering te observeren. Het bedrijf van de Qwiek.up heeft observatieformulieren meegebracht, die door verpleegkundigen ingevuld moesten worden.

Er zijn zeven observatieformulieren ingevuld, deze zijn geanalyseerd in een cirkeldiagram en een woordweb. Deze zijn te vinden in de bijlage 7. Zo blijkt uit het cirkeldiagram dat de verpleegkundigen vinden dat de Qwiek.up voor 62,5% kalmerend werkt. 71,4% van deze verpleegkundigen heeft aangegeven dat het onderhoudend is voor de patiënt, dat wil zeggen dat het bevorderend is voor het welzijn. Als laatste heeft 71,4% laten horen dat de Qwiek.up de werkdruk van de verpleegkundigen verlaagd.

Aanvullend op de observatieformulieren zijn interviews met verpleegkundigen afgenomen, hierin is gehoord dat verpleegkundigen het veelal met elkaar eens zijn. Hieronder zijn een aantal quotes vanuit de interviews toegelicht.

*"De patiënt werd minder onrustig door de vreemde omgeving omdat ze wat herkende.", "Mijn delirante patiënt begon te vertellen over beelden van de Efteling dat ze daar met haar kleinkinderen had gelopen, terwijl ze de hele opname nog geen woord had gezegd."* Uit deze quotes kan gezegd worden dat patiënten alerter zijn na het inzetten van de Qwiek.up. Daarnaast worden de patiënten rustiger, mede doordat ze afleiding hebben en omdat zij situaties herkennen van de projector.

*"Patiënt vond het prachtig, bijna emotioneel. Door afleiding is patiënt rustiger en geeft voor de verpleegkundige iets meer tijd door minder bellen".*

Dit liet een interview horen. Zo blijkt dat patiënten minder bellen, waardoor verpleegkundigen andere werkzaamheden kunnen verrichten. De Qwiek.up heeft ook opbouwende kritiek gekregen. Zo vond een verpleegkundige de Qwiek.up te groot en vond een andere verpleegkundige dat een patiënt door de beelden onrustiger werd. De onrust is opgelost door een ander beeld te projecteren die rustgevend was. Om rust bij patiënten te bewaren zal dus uitgevraagd moeten worden wat de interesses zijn van de patiënt. Wat hieruit geconcludeerd is, is dat de opbouwende kritiek niet opweegt tegen de andere positieve resultaten.

Als resultaat is terug te zien dat verpleegkundigen tijdens de focusgroep niet goed wisten of ze de Qwiek.up geschikt vonden voor de AOA. Hier kwamen de verpleegkundigen op terug. Ze vertelden dat het gebruik van de Qwiek.up anders heeft uitgepakt, dan de verwachtingen waren. De delirante patiënten worden alerter, zijn meer spraakzaam, rustiger en vragen minder van de verpleegkundigen. Verpleegkundigen zien de meerwaarde van de Qwiek.up en zien dat het helpt bij delirante patiënten. Ondanks dat is aangegeven dat verpleegkundigen weinig tijd hebben, kan er op deze manier toch extra aandacht worden besteed aan delirante patiënten, *"Fijn dat je kan voldoen aan behoefte van*

*patiënt, ondanks weinig tijd".*

Dus luidt het advies: Het inzetten van de Qwiek.up op de AOA bij delirante patiënten.

### 5.3 Financiering Qwiek.up

De Qwiek.up is een dure aanschaf voor de afdeling, daarom is contact gezocht met een stichting genaamd Vrienden van Isala door middel van een e-mail (Steunstichtingen, z.d.). Deze stichting financiert projecten die direct vanuit een zorgafdeling worden aangedragen. Op de e-mail is geen reactie ontvangen. De leidinggevende is benaderd om zelf contact op te nemen met Vrienden van Isala.

### 5.4 Alternatief advies

Voor de evaluatie van dit onderzoek is een gesprek geweest met de opdrachtgever, die liet een alternatief advies horen over de financiering.

In het gesprek is naar voren gekomen dat de Qwiek.up een dure aanschaf is voor de afdeling.

Wanneer financiering niet mogelijk blijkt kan er gekeken worden naar een alternatief.

Een alternatieve oplossing is dat Isala breed een aantal Qwiek.ups aanschaft. Zo kunnen die Qwiek.ups van afdeling gerouleerd worden en kan de financiering hiervan worden gedeeld. Hierdoor heeft de AOA wel regelmatig een Qwiek.up ter beschikking.

## 6. Evaluatie

Vanuit de drie adviezen wordt ten slotte op proces geëvalueerd, de methodologische discussie en wordt inhoudelijke reflectie beschreven.

### 6.1 Evaluatie

Om het onderzoek te evalueren is gekozen voor een presentatie over de adviezen. Deze presentatie is gegeven op de afdeling tijdens een twee-uurs moment. Tijdens dit onderzoek waren de verpleegkundigen positief over de werkwijze van de onderzoekers. Na de presentatie werd teruggegeven dat het aanwezig zijn op de afdeling als prettig is ervaren. Daarnaast was de opdrachtgever positief dat de voortgang altijd werd gedeeld.

Naast de presentatie zijn de adviezen in de nieuwsbrief geschreven om alle verpleegkundigen op de hoogte te stellen van de opgestelde adviezen.

Het proces van dit onderzoek is geëvalueerd met de educatie coördinator en de leidinggevende. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat de samenwerking vanuit de opdrachtgever en leidinggevende als positief is ervaren. De onderzoekers waren regelmatig op de afdeling en overleggen eerst de stappen die ze wilden zetten voordat tot actie werd ondernomen. De leidinggevende en educatie coördinator zijn altijd meegenomen in de verslagen, hierdoor was het doel en plan altijd duidelijk voor alle partijen.

De ervaring over de respons van de verpleegkundigen is besproken. De respons werd minder aan het eind van het onderzoek. Hierdoor werden minder resultaten behaald dan gehoopt. De observatieformulieren werden nauwelijks ingevuld. Volgens de educatie coördinator konden de observatieformulieren beter digitaal verstuurd worden naar het zorgpersoneel. De verwachting van haar was dat de formulieren dan sneller ingevuld zouden worden.

Daarnaast was de focusgroep moeilijk te plannen. De verpleegkundigen hadden onder werktijd geen tijd en na werktijd wilden zij hier geen tijd voor vrijmaken. De afdeling was achteraf positief over het onderzoek wat is uitgevoerd en vonden dat de adviezen goed aansloten op de afdeling.

Naast weinig respons van verpleegkundigen is een andere belemmering ervaren. Dit ging over het vinden van een juiste hoofdvraag. Tijdens het opstarten van het onderzoek hadden de onderzoekers een duidelijk beeld van de hoofdvraag, deze werd goedgekeurd door de afdeling. Later in het proces bleek deze hoofdvraag niet haalbaar. Regelmatig is gewisseld van hoofdvraag. Duidelijkheid en sturing vanuit docenten werd gemist.

Het product dat is gegeven is het adviesrapport, de opgestelde adviezen, de presentatie en een geschreven stuk voor in de nieuwsbrief. De afdeling is enthousiast over de Qwiek.up en gaan financieel na of dit aangeschaft kan worden. De winst op het product is dat aandacht is gecreëerd over het onderwerp delier en dat de afdeling twee nieuwe interventies heeft die ingezet kunnen worden. Naast de interventies is geconcludeerd dat de DOS niet goed werd ingevuld en zijn verpleegkundigen en de leidinggevende van de afdeling door dit onderzoek hier weer bewust van geworden. Door de aangeleverde producten kan de afdeling verder met de zorgverlening bij een delier.

### 6.2 Methodologische discussie

In dit onderzoek is vanuit verschillende dataverzamelmethode informatie verzameld. Hiermee is sprake van triangulatie. Toch zijn een aantal knelpunten geweest in de verschillende methoden. Zo zijn semigestructureerde interviews afgenomen onder werktijd van de verpleegkundigen. Buiten werktijd waren de verpleegkundigen niet bereid tijd vrij te maken voor een interview. Hierdoor zijn

de interviews kort geweest. Ondanks dat de interviews kort waren, hebben alle interviews dezelfde informatie gegeven, waardoor saturatie wel is behaald. De saturatie is behaald wanneer geen nieuwe feiten meer voordoen uit de antwoorden (Baarda, 2014). Tijdens interviews werd geprobeerd de prikkels van buitenaf te reduceren, dit is niet behaald. Bij één van de interviews kwam iemand binnenlopen, waardoor dat interview kort werd verstoord.

Daarnaast zou in eerste instantie twee focusgroepen georganiseerd worden. Echter was het moeilijk om verpleegkundigen bij elkaar te krijgen voor een groepsgesprek. Daarom is in dit onderzoek uiteindelijk één focusgroep gehouden. Dit is met vijf verpleegkundigen georganiseerd, terwijl de betrouwbaarheid groter zou zijn wanneer de populatie groter was. Er is nagedacht een leidinggevende deel te laten nemen, zodat de populatie groter en betrouwbaarder is. Hier is uiteindelijk niet voor gekozen, zodat verpleegkundigen zich vrijer voelen te antwoorden.

In dit onderzoek is de Qwiek.up voor twee weken ingezet. Hierop zijn heldere resultaten behaald dat dit positief effect heeft op het gedrag van delirante patiënten. Toch is twee weken tamelijk kort voor de afdeling om af te wegen of de Qwiek.up aangeschaft moet worden. Daarom is het verstandig om de Qwiek.up langer in te zetten op de afdeling, waardoor meer resultaat gegeven kan worden. De representativiteit wordt daardoor vergroot.

Tijdens het inzetten van de interventies zijn belemmeringen ervaren. De Qwiek.up gedurende de eerste week kapotgegaan. Dit heeft ervoor gezorgd dat voor drie dagen geen resultaten is behaald. In deze drie dagen is hier echter niet over ingelicht, waardoor na het weekend dit pas gehoord werd.

Uit de resultaten van de informatiefolder is gebleken dat de informatiefolder niet op de juiste manier is ingezet. De leidinggevende wilde graag dat de informatiefolder op de één- en tweepersoonskamers ingezet zou worden. Hiervoor is gekozen, omdat de leidinggevende vertelde dat de verpleegkundigen geen extra tijd hadden om de informatiefolder bij opname aan te reiken. Uit interviews is gebleken dat achteraf deze keuze niet heeft gewerkt. De verpleegkundigen hebben geen reactie gekregen van familieleden op de informatiefolder.

Tevens is door mail contact met de afdeling communicatie van Isala gebleken dat er al een informatiefolder bestaat over het onderwerp delier binnen Isala. Deze is alleen online te vinden op de website van Isala. Tijdens het onderzoek is dit niet benoemd door verpleegkundigen en de leidinggevende, waardoor het lijkt dat de verpleegkundigen hier niet van op de hoogte zijn.

Bij de systematische observatie van de DOS-score is tijdens de eerste meting gekozen om door twee personen de DOS-score te meten. Dit kan namelijk invloed hebben op het resultaat van de meting. Onderling is overeenstemming geweest om op dezelfde manier te meten. Bij de tussen- en eindmeting is echter gekozen om dit door één persoon te laten doen. Zodat het op een eenduidige manier wordt uitgevoerd.

## 6.3 Inhoudelijke reflectie

### 6.3.1 Inhoudelijke reflectie

Dit onderzoek is gericht op het onderwerp delier, dit is een complex onderwerp. De hersenen van ouderen zijn kwetsbaarder omdat de aandacht, concentratie en denksnelheid achteruitgaan (Geubbels, 2020). Hoe kwetsbaarder de hersenen zijn, hoe groter de kans op een delier (umcg, z.d.). Het ingewikkelde aan dit onderwerp is dat er verschillende factoren meespelen bij een delier. Dit gaat over alle factoren die het gedrag kunnen beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn: omgeving, infectie, koorts, psychologisch en lichamelijk.

Een delier is bij elk persoon verschillend en zal daarom verschillende uitkomsten hebben. Dit betekent dat het verminderen van patiënten met een delier moeilijk meetbaar is.

Omdat er zoveel verschillende factoren meespelen is het onderwerp delier moeilijk te onderzoeken. Desondanks is meer kennis verkregen over het ziektebeeld delier. Daarbij is signaleren en persoonsgericht zorg verlenen cruciaal bij dit onderwerp.

### 6.3.2 Verpleegkundige visie

Dagelijks liggen er meerdere delirante patiënten opgenomen op de AOA. In het onderzoek is daarom stilgestaan bij het ziektebeeld delier. Hieruit is gebleken dat signaleren de eerste stap is om preventief te handelen bij een delier. De AOA is een cruciale afdeling, dit is door dagen mee te lopen duidelijk geworden. In de visie van Isala staat centraal dat zij voor mensen van betekenis zijn en daarbij kwaliteit van zorg leveren (Isala, z.d.). Uit systematische observatie is geconcludeerd dat de DOS niet juist wordt ingevuld. Dit valt echter wel onder de richtlijnen van kwaliteit van zorg volgens Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2022). In de richtlijnen staat centraal dat een delier tijdig herkend moet worden om een passend zorgplan op te stellen voor de delirante patiënt. De AOA kan hierdoor niet voldoen aan de gestelde norm van kwaliteit van zorg. Hierdoor is te stellen dat de geleverde zorg op de AOA niet volledig aansluit op de visie van Isala.

Ondanks dat verpleegkundigen vanuit de gezondheidspatronen van Gordon rapporteren en secundaire interventies worden ingezet, lijkt dit niet het gewenste resultaat te hebben. Daarnaast is uit dit onderzoek gebleken dat het signaleren van een delier niet op de juiste manier is uitgevoerd. Verpleegkundigen wijden dit aan tijdgebrek. Door dit tijdgebrek wordt de DOS niet juist ingevuld, waardoor er niet goed gesignaleerd kan worden. Vanuit de richtlijnen van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2022) heeft dit invloed op de kwaliteit van zorg.

De visie met betrekking tot dit onderwerp is dat de zorg voor delirante patiënten verbeterd dient te worden. Dit begint bij op tijd signaleren, aandacht schenken aan persoonsgerichte zorg en hierbij kijken naar de mens als geheel. Dit zijn de belangrijkste aspecten waardoor in de toekomst de beste kwaliteit van zorg geleverd kan worden aan delirante patiënten.

Signaleren is een verpleegkundige taak en is de eerste stap om een risico op een delier te constateren. Signaleren van een delier is volgens het Neuman System Model, hierna NSM, een secundaire preventie. Secundaire preventie houdt in dat zo veel mogelijk de gevolgen van een stoornis wordt beperkt, aldus het NSM (Merks & Verberk, 2016). Het signaleren aan de hand van de DOS wordt alleen gedaan wanneer er een verhoogd risico is op het ontwikkelen van een delier. Dit hoort bij een secundaire preventie (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

Het signaleren vanuit de gezondheidspatronen van Gordon helpt hierbij om een delier te kunnen herkennen. De 11 gezondheidspatronen van Gordon bevat een onderdeel over 'Cognitie en Waarneming'. Hierbij kan het risico op een delier in kaart worden gebracht. Toch is Gordon een model waarin alleen gekeken wordt naar de ziekte, in dit model mist persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg is de mens als geheel zien (V&VN, 2014). Uit onderzoek is gebleken dat persoonsgerichte interventies helpen de oriëntatie van delirante patiënten (Radboud, z.d.). Het model van McCormack en McCance helpt hierbij (McCormack & McCance, 2011). Vanuit dit model wordt persoonsgericht gekeken naar de mens. Dit wordt gedaan vanuit een holistische visie. Dit betekent dat een mens als geheel wordt gezien. Hierbij wordt gekeken naar verschillende aspecten: lichamelijk, psychologisch en de omgeving, dit komt overeen met de variabelen van NSM. De variabelen vanuit NSM zijn: lichamelijk, psychologisch, sociaal-cultureel, ontwikkeling en spiritueel (Merks & Verberk, 2016). Bij iedere delirante patiënt is een andere interventie van toepassing omdat iedere patiënt ander gedrag vertoont (umcg, z.d.). Door naar de patiënt als geheel te kijken kan beoordeeld worden welke interventie de delirante patiënt op dat moment nodig heeft. Hierdoor wordt de patiënt centraal gesteld en niet de toestand (Pharos, 2023).

## 7. Conclusie

In dit onderzoek is stilgestaan bij de volgende hoofdvraag: *“Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot de persoonsgerichte interventies, de Qwiek.up en de informatiefolder, die ingezet worden bij delirante patiënten op de Acute Opname Afdeling van Isala Zwolle en heeft dit invloed op het invullen van de Delirium Observatie Screening?”*

Binnen deze hoofdvraag zijn drie kernpunten toegelicht. Zo is gekeken naar ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot de persoonsgerichte interventies. Deze persoonsgerichte interventies zijn de informatiefolder en de Qwiek.up. Vervolgens is gekeken wat de invloed was van de ingezette interventies. Als laatste is gekeken of de ingezette interventies invloed hebben gehad op het invullen van de DOS-score. Deze drie kernpunten worden hieronder toegelicht.

Om te beginnen zijn de ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot de ingezette persoonsgerichte interventies onderzocht. Deze ervaringen zijn verzameld met verschillende onderzoeksmethoden. Zo is er, voorafgaand aan het inzetten van de interventies, een focusgroep georganiseerd met de verpleegkundigen van de werkgroep kwetsbare ouderen. Hierin werd naar meningen van verpleegkundigen gevraagd over zowel de Qwiek.up als de informatiefolder. Tijdens de focusgroep waren de deelnemers positief over de informatiefolder, maar sceptisch over het inzetten van de Qwiek.up. De reden hiervan is dat de verpleegkundigen twijfels hadden of de delirante patiënten juist onrustiger zouden worden door de Qwiek.up.

Tijdens het inzetten van de Qwiek.up is gebruik gemaakt van systematische observatie. Dit is gedaan door een observatieformulier in te laten vullen door verpleegkundigen. Dit formulier ging over het gedrag van de patiënt en of de Qwiek.up meerwaarde had voor de werkzaamheden van de desbetreffende verpleegkundige. Hierin gaf 71,2% van de verpleegkundigen aan dat het daadwerkelijk meerwaarde had voor de werkzaamheden.

Na het inzetten van de interventies zijn drie interviews afgenomen met verpleegkundigen die gewerkt hebben met de Qwiek.up. Uit de interviews bleek dat de verpleegkundigen enthousiast en positief waren over de inzet van de Qwiek.up. Zo is gezegd: *“Het kan echt wel een meerwaarde zijn bij mensen met een (beginnend) delier.”* Daarnaast werd aangegeven dat het geen extra tijd in beslag nam, dit werd door verpleegkundigen als prettig ervaren.

De informatiefolder was daarentegen niet opgevallen. Geen resultaten van ervaringen over de informatiefolder zijn verkregen. Volgens de geïnterviewde verpleegkundigen hadden patiënten, en naast van patiënten, geen gebruikgemaakt van de informatiefolder. Wel is uit interviews gekomen dat de folder kan meegegeven worden aan familie bij opname van de patiënt.

Op basis van de interviews kan worden geconcludeerd dat de ervaringen van verpleegkundigen met betrekking tot de Qwiek.up positief waren. Verpleegkundigen zeiden: *“Echt een meerwaarde voor de patiënt en de afdeling.”* De ervaringen met betrekking tot de informatiefolder waren niet te meten.

Naast de ervaringen van verpleegkundigen is gekeken of gedragsverandering van delirante patiënten te zien zijn tijdens het inzetten van de persoonsgericht interventie. Om te kijken of de Qwiek.up hierin heeft geholpen is een observatieformulier ingevuld door verpleegkundigen en zijn naderhand interviews afgenomen. Uit de observatieformulieren is gebleken dat bij 68,2% van de delirante patiënten de Qwiek.up kalmerend werkte. Daarnaast verbeterde het welzijn bij 71,4% van de patiënten. Uit de observatieformulieren is gezien dat delirante patiënten rustiger werden, mits de juiste USB-stick werd ingezet. Wanneer een USB-stick werd ingezet die niet aansloot op de patiënt, zorgde dit voor meer onrust. Daarnaast zijn patiënten geweest die voor het inzetten van de Qwiek.up geen verbaal contact maakte en met het inzetten van de Qwiek.up contact begonnen te leggen. Deze resultaten werden ondersteund met de antwoorden uit de interviews. In de interviews kwam verder



nog naar voren dat de patiënten rustiger werden en afleiding hadden. Waardoor verpleegkundigen tijd hadden voor andere werkzaamheden.

Er kan geconcludeerd worden dat de Qwiek.up in de meeste gevallen een positief effect heeft gehad op het gedrag van delirante patiënten.

Ten slotte kan een conclusie getrokken worden over de invloed van het inzetten van de interventies op de DOS-score. Hierbij is gekozen om de verpleegkundigen niet in te lichten over de metingen om zo het Hawthorne effect te voorkomen. Als er gekeken wordt naar de percentages is er te zien dat het percentage tussen de 0-meting en eindmeting met 2,7 procentpunt is afgenomen. Bij de tussenmeting is een lichte stijging te zien. Deze trend is niet doorgezet naar de eindmeting. Uit de cijfers is te concluderen dat de inzet van de interventies geen aantoonbaar effect hadden op het invullen van de DOS-score.

Om samenvattend antwoord te geven op de hoofdvraag kan gezegd worden dat de Qwiek.up positief ontvangen is. Over de informatiefolder is niet genoeg te zeggen aangezien deze niet op de juiste manier is ingezet. De interventie Qwiek.up heeft daadwerkelijk effect gehad op het gedrag van de delirante patiënten. Delirante patiënten zijn rustiger en hebben afleiding. Hier hebben de verpleegkundigen baat bij. Daarnaast is geconcludeerd dat de ingezette interventies geen invloed hebben op het invullen van de DOS.

De onderzoekers stellen dat wanneer de adviezen worden toegepast in de praktijk, effect te zien zal zijn in het gedrag van de patiënten. Zo kan de Qwiek.up ingezet worden bij (dreigend) delirante patiënten. Als de Qwiek.up structureel ingezet wordt, of regelmatig, kan dit toegevoegde waarde hebben voor verpleegkundigen. Als de patiënten minder verward gedrag laten zien, of afleiding hebben, hebben de verpleegkundigen tijd voor andere werkzaamheden.

Ondanks dat de informatiefolder in dit onderzoek niet de gewenste uitkomst had, menen de onderzoekers dat dit in de praktijk wel iets kan toevoegen aan de werkzaamheden van de verpleegkundigen. Door de informatiefolder aan te reiken bij opname hebben familieleden direct alle informatie over een delier, waardoor de verpleegkundigen geen tijd kwijt zijn aan het uitleggen daarvan. Daarnaast weten familieleden van de patiënt wat een delier inhoudt en kunnen zij eventueel helpen bij het signaleren en het inzetten van interventies.

Wanneer de DOS beter ingevuld wordt door verpleegkundigen kan dit de kwaliteit van zorg verbeteren, volgens de richtlijnen van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Als eerder gesignaleerd wordt kan een (dreigend) delier opgespoord worden en kunnen hier de juiste interventies voor worden ingezet. Om dit te realiseren zullen de verpleegkundigen moeten weten waarom het signaleren belangrijk is en wat hun rol hierin is. Daarnaast zullen ze gemotiveerd en gecontroleerd moeten worden om de DOS-score juist in te vullen.

Deze adviezen sluiten daarnaast goed aan bij de visie van Isala. Isala wil er op cruciale momenten voor de patiënt zijn en hierbij kwaliteit van zorg leveren. De kwaliteit van zorg zal verbeteren wanneer de DOS beter ingevuld zal worden. Daarnaast is een delier een cruciaal moment voor sommige patiënten. Als hier goed mee omgegaan kan worden door verpleegkundigen, kunnen zij hierin veel betekenen voor de patiënten en hun naasten.



## 8. Literatuurlijst

Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Dit is onderzoek! : handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek - Universiteitsbibliotheek Gent. <https://lib.ugent.be/nl/catalog/rug01:002972316?i=1&q=baarda+2019>

Baarda, D. B. (2014). *Dit is onderzoek!: richtlijnen voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van kwantitatief en kwalitatief onderzoek*.

Beheerder. (2023, 21 februari). *Delier, Meetschalen*. BMSG Beweging in Ouderenzorg. Geraadpleegd op 10 november 2023, van <https://btsg.nl/delier-en-dementie/>

Bello, Y. (2023, 1 maart). *Persoonsgerichte zorg in de huisartsenpraktijk*. Avans+. <https://avansplus.nl/blog/persoonsgerichte-zorg-in-de-huisartsenpraktijk>

Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden. (2015). *VenVn*. Geraadpleegd op 17 oktober 2023, van <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>

*Bevolking | Vergrijzing*. (z.d.). Volksgezondheid en Zorg. <https://www.vzinfo.nl/bevolking/vergrijzing>

Boom Management. (2023, 16 januari). *Gedrag, wat is dat eigenlijk? - Boom Management*. <https://boommanagement.nl/artikel/gedrag-wat-is-dat-eigenlijk/#:~:text=Gedrag%20is%20dus%20alles%20wat,en%20leidt%20daarmee%20tot%20groepsvorming>

btsg. (2017, 21 februari). *Delier, Meetschalen*. BMSG Beweging in Ouderenzorg. Geraadpleegd op 23 november 2023, van <https://btsg.nl/delier-en-dementie/>

Buurman, B. M., Van Gemert, L., & De Rooij, S. E. J. A. (2007). *Delier*. *HetNederlands tijdschrift voor evidence based practice*, 5(4), 103–107. <https://doi.org/10.1007/bf03071202>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Ouderen*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>

Delier bij mijn laatste (z.d), thuisarts. Geraadpleegd op 10 november 2023. <https://www.thuisarts.nl/delier/ik-wil-delier-bij-mijn-naaste-vroeg-herkennen#:~:text=is%20een%20delier%3F-Bij%20een%20delier%20raakt%20iemand%20in%20de%20war,mensen%20vlak%20voor%20hun%20overlijden>

Doolaar, A. (2022, 22 februari). *Mag ik wat vragen? Transcriptie van een interview*. <https://blog3.han.nl/apastaartje/mag-ik-wat-vragen-transcriptie-van-een-interview/>

*DOSS delirium observatieschaal - VMSZorg*. (2021b, juli 13). VMSzorg. Geraadpleegd op 10 november 2023, van <https://www.vmszorg.nl/praktijkvoorbeelden-en-tools/doss-delirium-observatieschaal/>

EM Onderzoek. (z.d.). *Wat is een data analyse*. Geraadpleegd op 6 november 2023, van <https://www.emonderzoek.nl/wat-is-data-analyse/>

Enurse.nl. (2023, 5 november). *DOS score: (Delier) Wat is het en hoe meet je dit?* - Enurse.nl. Geraadpleegd op 10 november 2023, van <https://enurse.nl/praktijk/meetinstrumenten/dos-score/>

GGD. (2022, 16 februari). *Voorkomen is beter dan genezen*. GGD GHOR Nederland. Geraadpleegd op 11 november 2023, van <https://ggdghor.nl/actueel-bericht/voorkomen-is-beter-dan-genezen/>

Hawthorne Effect. (z.d.). *Hawthorne Effect*. <https://hawthorneeffect.com/>

*Hoe kindvriendelijke zorg te bieden op de spoedeisende hulp*. (z.d.). Qwiek. <https://www.qwiek.eu/in-de-zorg-met/kindvriendelijke-zorg-spoedeisende-hulp#:~:text=up%20ook%20heel%20veel%20rust,de%20inzet%20van%20de%20Qwiek>

Hoevers, S. (2019, 7 augustus). *Delier herkennen | Acute verwardheid bij ouderen - huisartsgeneeskunde*. Huisartsgeneeskunde. Geraadpleegd op 10 november 2023, van <https://huisarts.bsl.nl/acute-verwardheid-bij-ouderen-delier/>

Inspectie gezondheidzorg en jeugd. (2022). *Basisset medisch specialistische zorg 2023: voor ziekenhuizen en particuliere klinieken*. In *Rijksoverheid*. Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport. Geraadpleegd op 5 december 2023, van <https://www.igj.nl/publicaties/indicatorensets/2022/10/14/basisset-medisch-specialistische-zorg-2023>

Kernerman Dictionaries. (z.d.). *Nederlands Woordenboek*. Woorden.org. Geraadpleegd op 23 november 2023, van <https://www.woorden.org/woord/ervaring>

McCormack, B. & McCance, T. (2011). *Person-centred nursing: theory and practice*. John Wiley & Sons. <https://link.springer.com/article/10.1007/s41184-017-0027-9>

Merks, A., & Verberk, F. (2016). *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model: vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk*.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 25 september). *Over het BIG-register*. BIG-register. <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register>

Minkman, M. (2023, 8 september). *Naast tijd en aandacht is kennis cruciaal voor goede zorg*. vilans. Geraadpleegd op 7 december 2023, van <https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/naast-tijd-en-aandacht-is-kennis-cruciaal-voor-goede-zorg>

Mulder, P. (2022, 9 maart). *Gedragsverandering model (BaM) - Verandermanagement - ToolsHero*. Toolshero. <https://www.toolshero.nl/verandermanagement/gedragsverandering-model-balm/>

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie & V&VN. (2013). *richtlijn delier volwassenen*. In *venvn*. Geraadpleegd op 15 januari 2024, van <https://www.venvn.nl/media/gteieurur/richtlijn-delier.pdf>

NJI. (z.d.). *Validiteit van instrumenten*. Nederlands jeugdinstituut. Geraadpleegd op 7 november 2023, van <https://www.nji.nl/instrumenten/validiteit>

Nursing.nl, Nursing voor verpleegkundigen. (2023, 26 mei). *'Vroegtijdig signaleren Delier is cruciaal'* <https://www.nursing.nl/praktijk/delier/vroegtijdig-signaleren-delier-is-cruciaal-tvnew102821w/>

*Persoonsgerichte zorg*. (2023, 8 september). vilans. Geraadpleegd op 21 november 2023, van <https://www.vilans.nl/thema-s/persoonsgerichte-zorg>

- Persoonsgerichte zorg.* (2023b, september 8). zorgvoorbeter\_nl. <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/persoonsgerichte-zorg>
- Pharos. (2023, 3 maart). *Persoonsgerichte zorg en diversiteit - Pharos.* <https://www.pharos.nl/infosheets/persoonsgerichte-zorg-en-diversiteit/>
- Projecteren - 6 Definities - Encyclo.* (z.d.). <https://www.encyclo.nl/begrip/projecteren>
- Projectmanagement-training.nl. (z.d.). *Wat is Agile? - Projectmanagement-training.nl.* <https://www.projectmanagement-training.nl/agile/wat-is-agile/>
- Qwiek.up | Voor belevingsgerichte zorg met zorgondersteuning.* (z.d.). Qwiek. <https://www.qwiek.eu/up>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Wat is preventie?* Loketgezondleven.nl. <https://www.loketgezondleven.nl/aanpak-gezonde-gemeente/landelijk-beleid-en-programmas/wat-is-preventie>
- SANO: Delier herkennen bij kwetsbare ouderen (2022).* <https://www.verenso.nl/magazine-november-2022/no-5-november-2022/vaste-rubrieken/sano-delier-herkennen-bij-kwetsbare-ouderen>
- Schuurmans, M. J. (2001). Delirium Observatie Screening. *Vmszorg.* Geraadpleegd op 23 november 2023, van <https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/DOSS-observatieschaal.pdf>
- Steunstichtingen.* (z.d.). <https://www.isala.nl/over-isala/bestuur-en-organisatie/steunstichtingen/>
- Stichting Esdégé-Reigersdaal. (2022, 16 augustus). *Qwiek-Up - Esdégé-Reigersdaal.* Esdégé-Reigersdaal. <https://www.esdege-reigersdaal.nl/tiz-innovatie/qwiek-up/>
- Universitair Medisch Centrum Groningen (z.d.) *Wat is een delier?* Geraadpleegd op 4 september 2023, van <https://www.umcg.nl/-/delier-over-de-ziekte#:~:text=Een%20delier%20is%20verwardheid%20die,de%20patiënt%20als%20zijn%20omgeving.&text=Als%20iemand%20een%20delier%20krijgt,duren%20voordat%20het%20over%20is>
- Universiteit Utrecht. (z.d.). *Kwantitatieve data-analyse.* Handboek farmaceutisch praktijkonderzoek. Geraadpleegd op 26 oktober 2023, van <https://praktijkonderzoek.sites.uu.nl/kwantitatieve-data/>
- V&VN. (2014, 19 september). *Zoeken naar de gouden standaard: Een vergelijking van classificaties voor de maatschappelijke gezondheidszorg.* Vilans. Geraadpleegd op 11 december 2023, van <https://www.venvn.nl/media/mmxloygr/zoeken-naar-de-gouden-standaard-vilans-2014.pdf>
- V&VN. (z.d.-a). Beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige: Regie en overzicht. In *venvn.* Geraadpleegd op 12 januari 2024, van [https://www.venvn.nl/media/a03fvyx/01122016\\_beroepsprofiel\\_hbo-opgeleideverpleegkundige.pdf](https://www.venvn.nl/media/a03fvyx/01122016_beroepsprofiel_hbo-opgeleideverpleegkundige.pdf)
- Verbinding maken. . . op z'n Raimons | Werken bij het Albert Schweitzer.* (z.d.). <https://www.asz.nl/werk-opleiding/verhalen-medewerkers/observatorium-verpleegkundige--raimon/>
- Verblijf op de Acute Opname Afdeling (AOA).* (z.d.-b). <https://www.isala.nl/patientenfolders/6478-verblijf-acute-opname-afdeling-aoa/>

Verhoeven, P. S. (2022). *Wat is onderzoek?: praktijkboek voor methoden en technieken* (7e editie). Boom.

Verpleegafdeling neurologie. (2022, 30 augustus). *Van de IC naar de verpleegafdeling neurologie*. Isala. Geraadpleegd op 12 januari 2024, van <https://www.isala.nl/patientenfolders/8472-van-de-ic-naar-de-verpleegafdeling-neurologie/>

*Verwardheid (delier)*. (z.d.). Geraadpleegd op 18 september 2023. <https://www.zgt.nl/aandoening-en-behandeling/onze-specialismen/geriatrie/aandoeningen/verwardheid-delier/#:~:text=Door%20het%20delier%20bestaat%20er,zijn%20voor%20%27rooming%20in%27>

*Waarom een poster nog een prima marketingtool is!* - RAN Business. (2019, 7 mei). RAN Business. <https://ranbusiness.nl/artikelen/waarom-een-poster-nog-een-prima-marketingtool-is/#:~:text=Via%20wetenschappelijk%20onderzoek%20is%20aangetoond,be%C3%AFnvloeden%20en%20tot%20kopen%20aanzetten.>

*Waarom is gedragsverandering moeilijk? omdat oud gedrag vertrouwd is.* (2021, 8 april). De gedragscoach. Geraadpleegd op 6 december 2023, van <https://www.degedragscoach.nl/blog/waarom-is-gedragsverandering-zo-moeilijk-omdat-oud-gedrag-vertrouwd-is>

Wapenaar, J. (2023, 9 februari). *'Na een delier kunnen patiënten lang angstig blijven'*. Nursing. Geraadpleegd op 10 november 2023, van <https://www.nursing.nl/praktijk/ouderenzorg/na-een-delier-kunnen-patienten-lang-angstig-blijven/>

*Wat is een delier?* (z.d.). UMCG. <https://www.umcg.nl/-/delier-over-de-ziekte#:~:text=Hoe%20vaak%20komt%20het%20voor,krijgen%20ouderen%20sneller%20een%20delier.>

*Wat is een delirium?* (z.d.). Radboudumc. Geraadpleegd op 10 november 2023, van <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/aandoeningen/delirium-acute-verwardheid/wat-is-een-delirium>

*Welk effect heeft ouder worden op je hersenen?* (z.d.-b). ONVZ. <https://www.onvz.nl/gidsingezondheid/mentaalgezond/ouder-worden-wat-doet-dat-met-je-brein>

## Bijlagen

### Bijlage 1: Operationaliseringschema

**Tabel 2**

*Operationaliseringsschema*

Begrip	Kenmerken	Indicatoren	Opkomende vragen	Waar
<b>Nieuwe interventie</b>	Qwiek.up Informatie folder	Gedrag patiënten, rustig/onrustig, minder bellen/alarmeringen  Ervaring informatie folder	Welke veranderingen bij delirante patiënten zijn jouw opgevallen tijdens het inzetten van de Qwiek.up?  Wat voor invloed heeft de Qwiek.up gehad op jouw werkzaamheden? a) Zijn er minder bellen, alarmen, valpartijen? b) Kost het jullie extra tijd om in te zetten?  Welke reacties hebben jullie gehad op de folder? a) Heeft de inzet van de folder nog iets voor jullie als verpleegkundigen gedaan? Zoals minder vragen vanuit familie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskresearch</li> <li>• Interviews</li> </ul>

**Tabel 3**

*Definitie begrippen uit hoofdvraag*

<b>AOA</b>	Acute Opname Afdeling. Een dynamische afdeling waar patiënten de hele dag binnenkomen met diverse klachten (Isala, z.d.). Patiënten worden door de spoedeisende hulp of polikliniek doorgestuurd naar de AOA (Groene Hartziekenhuis, z.d.). Patiënten worden 48 uur opgenomen en dan ontslagen of doorgestuurd naar desbetreffende verpleegafdeling.
<b>Delier</b>	Een acute verwardheid, waarbij er desoriëntatie van tijd, plaats en persoon optreedt. Er treden geheugenstoornissen op en een veranderd bewustzijn van aandacht en geheugen (Visser et al, 2020.).
<b>Persoonsgerichte zorg</b>	Dit is een paraplubegrip van verschillende methoden voor de omgang met patiënten. Persoonsgerichte zorg gaat over de zorg van zorgverlener naar patiënt, de zorg gaat hierbij niet om de tijd die wordt besteed maar de omgang door de zorgverlener met de patiënt (Van Der Cingel & Jukema, 2014).
<b>Interventie</b>	Dit is een theoretisch en praktisch doorgedachte systemische aanpak. Dit kan voor een preventie, ondersteuning en hulp bij specifieke problemen (NJI, z.d.).
<b>Ervaringen</b>	Wat je weet omdat je het zelf hebt meegemaakt of gedaan (Kernerman dictionaries, z.d.).
<b>Gedrag</b>	Gedrag is alles wat we doen of laten. Dit kan te maken hebben met onszelf of met de omgeving (Boom Management, 2020).
<b>Delirium Observatie Screening</b>	Een meetinstrument DOS-score. Dit zijn 13 vragen waarin verbaal en non-verbaal wordt geobserveerd. Hier kan gesignaleerd worden of iemand symptomen heeft van een delier (Schuurmans, 2001).

## Bijlage 2: Focusgroep- en interviewschema

### 2.1 Schema focusgroep werkgroep kwetsbare ouderen

Naam interviewers: Anne-Marie Bakker, Marit Boerman & Marije Boersma  
Functie geïnterviewde: Werkgroep kwetsbare ouderen AOA  
Datum: /  
Plaats: Isala ziekenhuis, Zwolle, Nederland

#### Introductie

Wij zijn Anne-Marie, Marit en Marije. We zijn verpleegkunde studenten aan hogeschool Viaa te Zwolle. Op dit moment doen we een kwalitatief onderzoek op de acute opname afdeling over het verminderen van een delier.

Het doel van deze focusgroep is om te kijken naar interventies die op dit moment worden ingezet en hoe deze eventueel verbeterd kunnen worden.

Jullie deelneming aan deze focusgroep zal geheel anoniem zijn. De namen zullen niet genoemd worden in het onderzoek. Alles wat er gezegd wordt zal alleen worden gebruikt voor het onderzoek. Met jullie toestemming zal het interview opgenomen worden. Deze audio zal na het afronden van het onderzoek verwijderd worden.

Voor het beste resultaat zouden we het fijn vinden als er telkens één persoon aan het woord is en er niet te veel door elkaar wordt gepraat. Daarnaast is het goed om te vertellen dat ieders mening telt. Zouden jullie je naam op het blaadje voor jullie willen schrijven?

Heeft u voordat het begint nog vragen?

#### Vragen

- Wij denken er aan de dementie klok in te zetten bij patiënten boven de 70 jaar op de afdeling om zo een beter dag- en nachtritme te bewaren. Wat zijn jullie ervaringen hiermee?
- Hebben jullie nog verdere aanbeveling op ons onderzoek?

## 2.2 Schema focusgroep verpleegkundigen AOA

Naam interviewers: Anne-Marie Bakker, Marit Boerman & Marije Boersma  
Functie geïnterviewde: Werkgroep dagdienst verpleegkundigen AOA  
Datum: /  
Plaats: Isala ziekenhuis, Zwolle, Nederland

### Introductie

Wij zijn Anne-Marie, Marit en Marije. We zijn verpleegkunde studenten aan hogeschool Viaa te Zwolle. Op dit moment doen we een kwalitatief onderzoek op de acute opname afdeling over het verminderen van een delier.

Het doel van deze focusgroep is om eventuele nieuwe interventies bespreekbaar te maken en jullie meningen hierover te verzamelen.

Jullie deelneming aan deze focusgroep zal geheel anoniem zijn. De namen zullen niet genoemd worden in het onderzoek. Alles wat er gezegd wordt zal alleen worden gebruikt voor het onderzoek. Met jullie toestemming zal het interview opgenomen worden. Deze audio zal na het afronden van het onderzoek verwijderd worden.

Voor het beste resultaat zouden we het fijn vinden als er telkens één persoon aan het woord is en er niet te veel door elkaar wordt gepraat. Daarnaast is het goed om te vertellen dat ieders mening telt. Zouden jullie je naam op het blaadje voor jullie willen schrijven?  
Heeft u voordat het begint nog vragen?

### Vragen

- Bij welke patiënten wordt de Qwiek.up ingezet?
- Welke resultaten, positief en negatief hebben jullie tot nu toe ervaren bij het gebruik van de Qwiek.up?
- Wat merken jullie bij de patiënt wanneer de Qwiek.up wordt ingezet?
- Hebben jullie nog verdere aanbeveling op ons onderzoek?

## 2.3 Interviewschema's

### ***Aandachtspunten afnemen interview***

Bij het afnemen van een interview is het goed om alle afleidende factoren zo veel mogelijk weg te nemen (Rijksuniversiteit Groningen, 2023). De omgeving is hierin erg belangrijk. Voor de interviews wordt er gekozen voor een neutrale, rustige plek waarbij er geen andere mensen zijn of kunnen binnenlopen. Er zal gebruik worden gemaakt van een overleg ruimte in het Isala ziekenhuis waarbij de deur dicht kan.

Voordat het interview begint moet de geïnterviewde geïnformeerd worden over het doel van het interview en het feit dat deze opgenomen zal worden (Adriaansen & Caris, 2011).

De interviews zullen maximaal een half uur duren.

### ***Interview procedure***

Het interview bestaat uit een paar stappen die gevolgd worden om het soepel te laten verlopen (Adriaansen & Caris, 2011).

De eerste stap van het interview is het voorstellen van de onderzoekers aan de geïnterviewde.

Hierbij wordt er duidelijk vertelt wat het doel is van het interview en hoelang het zal duren.

Daarnaast zal het toestemmingsformulier samen worden doorgenomen en ondertekent. Als afsluiting van deze inleiding is er ruimte voor eventuele vragen vanuit de geïnterviewde.

Na de inleiding zullen alle vragen worden gesteld. Hierbij worden de opgestelde vragen als leidraad gebruikt. Naast de opgestelde vragen zal er nog doorgevraagd worden op de antwoorden.

Nadat alle vragen zijn gesteld, krijgt de geïnterviewde de kans om nog eventuele opmerkingen te geven, vragen te stellen en zaken toe te lichten.

Als laatste wordt de geïnterviewde hartelijk bedankt voor zijn tijd en informatie.



### 2.3.1 Interviewschema chirurgie verpleegkundige

Naam interviewers: Anne-Marie Bakker, Marit Boerman & Marije Boersma  
Functie geïnterviewde: Verpleegkundige op de chirurgie afdeling  
Datum: 30 oktober 2023  
Plaats: Isala ziekenhuis, Zwolle, Nederland

#### Introductie

Wij zijn Anne-Marie, Marit en Marije. We zijn verpleegkunde studenten aan hogeschool Viaa te Zwolle. Op dit moment doen we een kwalitatief onderzoek op de acute opname afdeling over het verminderen van een delier. Het doel van dit interview is extra informatie verkrijgen over interventies die (preventief) ingezet kunnen worden bij patiënten met een delier. Hieruit kunnen wij nieuwe inzichten halen voor eventuele (nieuwe) interventies voor op de acute opname afdeling. Uw deelneming aan dit interview zal geheel anoniem zijn. Uw naam zal niet genoemd worden in het onderzoek. Alles wat u zegt zal alleen worden gebruikt voor het onderzoek. Met uw toestemming zal het interview opgenomen worden. Deze audio zal na het onderzoek verwijderd worden. U mag gedurende het hele onderzoek aangeven als u wilt stoppen of wanneer u de vragen niet wilt beantwoorden. Het interview zal maximaal een half uur duren. Heeft u voordat het begint nog vragen?

#### Vragen

1. Bij welke patiënten wordt de Qwiek.up ingezet?
2. Wat merken jullie bij de patiënt wanneer de Qwiek.up wordt ingezet?
3. Wat heeft er bij jullie voor gezorgd dat de Qwiek.up ingezet wordt op jullie afdeling?  
a) Waarom specifiek de chirurgie afdeling?
4. Welke resultaten, positief en negatief, hebben jullie tot nu toe ervaren bij het gebruik van de Qwiek.up?
5. Hoeveel (extra) werk/tijd kost het inzetten van de Qwiek.up voor de verpleegkundigen?

### 2.3.2 Interviewschema regieverpleegkundige ouderengeneeskunde/geriatrie

Naam interviewers: Anne-Marie Bakker, Marit Boerman & Marije Boersma  
Functie geïnterviewde: Regieverpleegkundige ouderengeneeskunde/geriatrie  
Datum: 19 oktober 2023  
Plaats: Isala ziekenhuis, Zwolle, Nederland

#### Introductie

Wij zijn Anne-Marie, Marit en Marije. We zijn verpleegkunde studenten aan hogeschool Viaa te Zwolle. Op dit moment doen we een kwalitatief onderzoek op de acute opname afdeling over het verminderen van een delier. Het doel van dit interview is extra informatie verkrijgen over interventies die (preventief) ingezet kunnen worden bij patiënten met een delier. Hieruit kunnen wij nieuwe inzichten halen voor eventuele (nieuwe) interventies voor op de acute opname afdeling. Uw deelneming aan dit interview zal geheel anoniem zijn. Uw naam zal niet genoemd worden in het onderzoek. Alles wat u zegt zal alleen worden gebruikt voor het onderzoek. Met uw toestemming zal het interview opgenomen worden. Deze audio zal na het onderzoek verwijderd worden.

U mag gedurende het hele onderzoek aangeven als u wilt stoppen of wanneer u de vragen niet wilt beantwoorden. Het interview zal maximaal een half uur duren.

Heeft u voordat het begint nog vragen?

#### Vragen

1. Hoe signaleren jullie een delier?
  - a) Hoe wordt ervoor gezorgd dat elke zorgmedewerker op dezelfde manier signaleert?
2. Wat is de eerste stap die jullie zetten als iemand een dreigend delier heeft?
3. Zetten jullie preventieve interventies in om een delier te voorkomen?
4. Welke interventies zetten jullie in bij kwetsbare ouderen met een delier?
5. Hoe zorgen jullie ervoor dat al het personeel op de afdeling op de juiste manier omgaat met een delirante patiënt en de ingezette interventies?
6. Zijn jullie op de afdeling bekend met een Qwiek.up?
  - a) Wat is jullie ervaring hiermee?
  - b) Heeft dit effect op het voorkomen of verminderen van een delier?
7. Zijn jullie bekend met de Deltascan

### 2.3.3 Interviewschema verpleegkundige AOA

Naam interviewers: Anne-Marie Bakker, Marit Boerman & Marije Boersma  
Functie geïnterviewde: Verpleegkundige AOA  
Datum:  
Plaats: Isala ziekenhuis, Zwolle, Nederland

#### Introductie

Wij zijn Anne-Marie, Marit en Marije. We zijn verpleegkunde studenten aan hogeschool Viaa te Zwolle. Op dit moment doen we een kwalitatief onderzoek op de acute opname afdeling over het verminderen van een delier. Het doel van dit interview is extra informatie verkrijgen over interventies die (preventief) ingezet kunnen worden bij patiënten met een delier. Hieruit kunnen wij nieuwe inzichten halen voor eventuele (nieuwe) interventies voor op de acute opname afdeling. Uw deelneming aan dit interview zal geheel anoniem zijn. Uw naam zal niet genoemd worden in het onderzoek. Alles wat u zegt zal alleen worden gebruikt voor het onderzoek. Met uw toestemming zal het interview opgenomen worden. Deze audio zal na het onderzoek verwijderd worden. U mag gedurende het hele onderzoek aangeven als u wilt stoppen of wanneer u de vragen niet wilt beantwoorden. Het interview zal maximaal een half uur duren. Heeft u voordat het begint nog vragen?

#### Vragen

1. Welke veranderingen bij delirante patiënten zijn jouw opgevallen tijdens het inzetten van de Qwiek.up?
2. Wat voor invloed heeft de Qwiek.up gehad op jouw werkzaamheden?
  - a) zijn er minder bellen, alarmen, valpartijen etc?
  - b) kost het jullie extra tijd om in te zetten?
3. Welke reacties hebben jullie gehad op de folder van familieleden?
  - a) heeft de inzet van de folder nog iets voor jullie als verpleegkundigen gedaan? Zoals minder vragen vanuit familie

## Bijlage 3: Observatieschema DOS-score

**Tabel 4**

0-meting DOS-score

	Hoeveel patiënten DOS invullen volgens anamnese?	Hoe vaak moest DOS ingevuld worden?	Hoe vaak is de DOS ingevuld?	Percentage goed ingevuld
Dag 1	15	45	11	24,4%
Dag 2	13	37	14	37,8%
Dag 3	14	39	14	35,9%

Gemiddelde percentage correct ingevuld: 32,7%

**Tabel 5**

Tussenmeting DOS-score

	Hoeveel patiënten DOS invullen volgens anamnese?	Hoe vaak moest DOS ingevuld worden?	Hoe vaak is de DOS ingevuld?	Percentage goed ingevuld
Dag 1	9	25	4	16%
Dag 2	7	18	6	33.3%
Dag 3	12	26	13	50%

Gemiddelde percentage correct ingevuld:33%

**Tabel 6**

Eindmeting DOS-score

	Hoeveel patiënten DOS invullen volgens anamnese	Hoe vaak moest DOS ingevuld worden	Hoe vaak is de DOS ingevuld	Percentage goed ingevuld
Dag 1	12	30	9	30%
Dag 2	13	39	11	28.2%
Dag 3	12	27	9	33,3%

Gemiddelde percentage correct ingevuld: 30.5%

Opvallende punten bij het controleren van de DOS-score:

- Anamnese niet volledig ingevuld waardoor er geen actie uit kwam
- Wel verwardheidskopje aangemaakt in rapportage maar geen DOS-score bijgehouden.
- Soms wel een rapportage van de DOS maar geen score eraan gekoppeld.
- Actie: DOS invullen, maar deze is dan niet ingevuld.
- DOS wordt vooral in de avonden en nachten vergeten in te vullen.
- DOS in algemene rapportage gerapporteerd, geen kopje aangemaakt.
- DOS niet bij actie maar wel één keer in de rapportage voorbij gekomen

## Bijlage 4: Deskresearch

### **Qwiek.up**

#### *Wat houdt de Qwiek.up in?*

De Qwiek.up is een hulpmiddel dat ingezet kan worden voor belevingsgerichte zorg. De Qwiek.up is een projector die projecties op muren of plafonds kan projecteren. De beleving kan extra getriggerd worden door er geluid of muziek aan toe te voegen (Qwiek, z.d).

#### *Wat zijn voor- en nadelen van de Qwiek.up?*

Bij de Qwiek.up zijn er een aantal voor- en nadelen. Deze zullen hieronder beschreven worden. De Qwiek.up is een effectief product, dit is in de praktijk bewezen. Het zorgt voor ondersteuning tijdens de zorg, maar het helpt ook voor het verminderen van onrust in de nacht. De Qwiek.up is een veelzijdig inzetbaar product. De Qwiek.up kan voor leefplezier zorgen. Dit kan individueel of in groepsniveau zijn. De Qwiek.up kan persoonlijk worden door bijvoorbeeld persoonlijke video's af te spelen.

De Qwiek.up kan angsten wegnemen bij de (palliatieve) zorg. Er kan gezorgd worden voor een fijn verblijf bij kwetsbare ouderen. Naast een fijn verblijf kan de prikkel regulering ook verminderd worden door de Qwiek.up (Qwiek.up, z.d). Daarnaast geeft de spoedeisende hulp arts Dr. Broek aan dat de Qwiek.up rust geeft bij patiënten die in de war zijn/ een delier hebben (Qwiek, z.d).

Naast de voordelen, zijn er ook een aantal nadelen. Zo is de Qwiek.up erg aan de prijzige kant. Dit kan voor de Isala een te hoog budget zijn om het product aan te schaffen. Daarnaast moet de Qwiek.up door de verpleegkundigen aan- en uitgezet worden. De verpleegkundigen zullen wat tijd moeten vrijmaken om de Qwiek.up in te zetten. Door tijdsgebrek kan dit vergeten worden.

#### *Bij wie kan de Qwiek.up ingezet worden?*

Volgens Qwiek (z.d) kan de Qwiek.up voor verschillende situaties ingezet worden. Er zijn meerdere onderzoeken geweest met betrekking tot de Qwiek.up. Zo zijn er onderzoeken geweest bij de ouderenzorg, gehandicapten zorg en revalidatie. Hierin is er op verschillende vlakken gekeken of de Qwiek.up een effectief product was. Er is naar agressie, revalidatie, onrust, ongewenst gedrag en gedragsproblematiek onderzocht. Wel is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat ieder patiënt uniek is en er anders op kan reageren.

### **DOS-Score**

#### *Wat houdt de DOS-score in?*

DOS-score staat voor Delirium Observatie Screening. Het is een screening die het zorgpersoneel helpt met het signaleren van een delier (BTSG, 2023). De screening bevat 13 vragen die door het zorgpersoneel beantwoord worden (Schuurmans, 2001). De screening meet de symptomen verwardheid, oriëntatie in tijd en plaats, hallucinaties en gedrag. Hoe hoger de score, hoe groter de kans op een delier (Enurse, 2023).

Het zorgpersoneel kan door deze score een beeld krijgen van de patiënt omtrent delier, en mogelijke (preventie) interventies inzetten die het delier kunnen voorkomen.

#### *Wanneer wordt de DOS-score ingezet?*

De DOS-score wordt ingezet bij patiënten ouder dan zeventig jaar die een verhoogd risico hebben op delier (Schuurmans, 2001). Maar ook bij patiënten waarbij de kans op een delier verhoogd is door ontsteking, ziekte, uitdroging, blaasproblemen, bepaalde medicijnen en/of het stoppen met verslavende middelen (Thuisarts, 2021). Bij deze patiënten moet beoordeeld worden of bij hen de DOS-score ingezet moet worden. Deze beoordeling kan gemaakt worden door de anamnese van Gordon.

#### *Wat is het belang van de DOS-score?*

Het kan voorkomen dat patiënten op langere termijn gevolgen ervaren van het doorgemaakte delier. Zo kunnen gevolgen als concentratie- en geheugenproblemen opspelen. Maar ook kan de patiënt

angstig zijn voor een volgend ziekenhuisbezoek of schaamte ervaren voor het gedrag dat de patiënt had tijdens het delier. Een gevolg is ook dat iemand mogelijk opnieuw een delier ontwikkeld (RadboudUMC, z.d.). Grote gevolgen die ontstaan na een delier en die weken tot maanden kunnen aanhouden (Wapenaar, 2023). Het belang van een delier is dus dat door het signaleren via een score er een delier voorkomen kan worden en voorkomen kan worden dat patiënten deze gevolgen ervaren. En er ook voorkomen kan worden dat patiënten niet na een delier blijvend cognitief verlies en lichamelijke achteruitgang heeft (Hoevers, 2019).

*Op welke manier kan de DOS-score helpen bij verwarde mensen?*

De DOS-score helpt met het herkennen van een dreigend delier door middel van 13 vragen die zorgpersoneel beantwoordt na het zien van de patiënt (Schuurmans, 2001). Bij deze score krijgen de vragen punten waaruit gesignaleerd kan worden of iemand een delier ontwikkeld. Als zorgpersoneel signaleert dat patiënten verward zijn kunnen er (preventieve) interventies ingezet worden die deze verwardheidsklachten verminderen en een delier kunnen voorkomen.

Bijlage 5: Zoekplan deskresearch

**Tabel 7**

Zoekplan literatuuronderzoek

Geselecteerde artikelen									
Titel artikel	Gevoonden met zoekmethode*	Aut(eur(s))	Titel tijdschrift	Jaargang	Nummer	Blz.	Raadpleeg datum	Link	Belangrijkste resultaten (bewijs)
DOS score: Delirium Observatie Screening bij vermoeden van delier	DOS score	Enurse	N.v.t.	2023	N.v.t.	N.v.t.	10 november 2023	<a href="https://enurse.nl/praktijk/meetinstrumenten/dos-score/">https://enurse.nl/praktijk/meetinstrumenten/dos-score/</a>	Wat is de DOS-score en hoe meet je dit?
Ik wil een delier bij mijn naaste vroeg herkennen	DOS-score	Thuisarts.nl	N.v.t.	2021	N.v.t.	N.v.t.	10 november 2023	<a href="https://www.thuisarts.nl/delier/ik-wil-delier-bij-mijn-naaste-vroeg-herkennen#:~:text=is%20een%20delier%3F-,Bij%20een%20delier%20raakt%20iemand%20in%20de%20war.,mensen%20vlak%20voor%20hun%20overlijden">https://www.thuisarts.nl/delier/ik-wil-delier-bij-mijn-naaste-vroeg-herkennen#:~:text=is%20een%20delier%3F-,Bij%20een%20delier%20raakt%20iemand%20in%20de%20war.,mensen%20vlak%20voor%20hun%20overlijden</a>	Delier herkennen

Delierherkennen   acute verwardheid bij ouderen	DOS-score	S. Hoevers	n.v.t.	2019	n.v.t.	n.v.t.	10 november 2023	<a href="https://huisarts.bsl.nl/acute-verwardheid-bij-ouderen-delier/">https://huisarts.bsl.nl/acute-verwardheid-bij-ouderen-delier/</a>	Delierherkennen
Delier, Meetschalen	DOS-score	BTSG	N.v.t.	2017	N.v.t.	N.v.t.	23 november 2023	<a href="https://btsg.nl/delier-en-dementie/">https://btsg.nl/delier-en-dementie/</a>	DOS-score punten
Wat is een delirium?	Delier	Radboudumc	N.v.t.	Z.d.	N.v.t.	N.v.t.	10 november 2023	<a href="https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/aandoening/delirium-acute-verwardheid/wat-is-een-delirium">https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/aandoening/delirium-acute-verwardheid/wat-is-een-delirium</a>	Wat is een delieren welke verschijnselen brengt dit mee.
Delirium Observatie Screening	DOS-score	Schuurmans, M.J.	N.v.t.	2011	N.v.t.	N.v.t.	23 november 2023	<a href="https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/DOSS-observatieschaal.pdf">https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/DOSS-observatieschaal.pdf</a>	Wat de DOS-score inhoudt.
Na een delier kunnen patiënten lang angstig blijven	Delier	Wapenaar, J.	N.v.t.	2019	n.v.t.	n.v.t.	10 november	<a href="https://www.nursing.nl/praktijk/ouderenzorg/na-een-delier-kunnen-patienten-lang-angstig-blijven/">https://www.nursing.nl/praktijk/ouderenzorg/na-een-delier-kunnen-patienten-lang-angstig-blijven/</a>	Gevolgen van een delier



Positie effect op poster	informatie poster	Rabb sinus	sit e	2 0 1 9	n. v. t.	n. v. t.	29 nov	<a href="https://ranbusiness.nl/artikelen/waarom-een-poster-nog-een-prima-marketingtool-is/#:~:text=Via%20wetenschappelijk%20onderzoek%20is%20aangetoond,be%C3%AFnvloeden%20en%20tot%20kopen%20aanzetten.">https://ranbusiness.nl/artikelen/waarom-een-poster-nog-een-prima-marketingtool-is/#:~:text=Via%20wetenschappelijk%20onderzoek%20is%20aangetoond,be%C3%AFnvloeden%20en%20tot%20kopen%20aanzetten.</a>	Positie effecten van een poster
Qwiek up	Voordelen qwiek up	reiger sdaal	sit e	2 0 2 2	n. v. t.	n. v. t.	14 nov	<a href="https://www.esdege-reigersdaal.nl/tiz-innovatie/qwiek-up/">https://www.esdege-reigersdaal.nl/tiz-innovatie/qwiek-up/</a>	Voordelen van qwiek up
Qwiek up	Inhoud qwiek up	Qwiek k.up	sit e	2 0 2 3	n. v. t.	n. v. t.	14 nov	<a href="https://www.qwiek.eu/in-de-zorg-met/kindvriendelijke-zorg-spoedeisende-hulp#:~:text=up%20ook%20heel%20veel%20rust,de%20inzet%20van%20de%20Qwiek">https://www.qwiek.eu/in-de-zorg-met/kindvriendelijke-zorg-spoedeisende-hulp#:~:text=up%20ook%20heel%20veel%20rust,de%20inzet%20van%20de%20Qwiek</a>	Wat een qwiek up inhoudt en de werking daarvan

## Bijlage 6: Toestemmingsformulier



### **Onderwijsproject:**

Hoe kunnen de verpleegkundigen op de AOA door het leveren van persoonsgerichte zorg de complicatie delier van een ziekenhuisopname voorkomen?

### **Doel van het onderzoek:**

Het doel van dit onderzoek is om een toolbox te creëren om een delier te verminderen om uiteindelijk de werkdruk te verminderen op de AOA. Met uw hulp kunnen we meer informatie krijgen hoe de patiënten de werkdruk en werkwijze op de afdeling ervaren.

### **Uw medewerking:**

Wij stellen u een aantal vragen over uw ervaringen op de afdeling. Zo krijgen wij meer inzicht van de ervaringen van patiënten. Dit is voor ons onderzoek namelijk erg belangrijk om te weten en zullen wij uiteindelijk de kwaliteit van zorg proberen te verbeteren. Uw ervaring telt mee. U blijft anoniem, uw ervaringen worden alleen gedeeld. Uw naam verschijnt niet terug in het verslag en de gegevens kunnen niet herleid worden naar u. Na het afronden van het onderzoek worden de anonieme gegevens definitief vernietigd.

Tijdens het gesprek heeft u alle recht om een vraag niet te beantwoorden of het gesprek af te breken. Indien u opmerkingen of vragen heeft over het onderzoek, dan kunt u altijd contact opnemen met ons. De contactgegevens bevinden zich onderaan in dit formulier. Door ondertekening van dit formulier, gaat u akkoord met de deelname aan dit onderzoek. Ook na ondertekening kunt u altijd afstand doen van uw medewerking.

Alvast dank voor uw medewerking!

Marije Boersma, Anne-Marie Bakker & Marit Boerman  
Verpleegkundige HBO, vierdejaars aan Hogeschool Viaa Zwolle  
Mail: [2010219@viaa.nl](mailto:2010219@viaa.nl)

### Toestemmingsformulier:

Hierbij verklaar ik het volgende:

- Er is mij goed uitgelegd waar de gesprekken voor zijn en wat er met mijn gegevens gebeurt.
- Mijn vragen zijn goed beantwoord.
- Ik werk vrijwillig mee met het onderzoek.
- Als ik het ergens niet mee eens ben, kan ik dit zeggen.
- Als ik niet meer mee wil doen, kan ik stoppen. Ik hoef hiervoor geen reden op te geven.
- Ik geef toestemming dat medewerkers van het onderzoeksteam mijn antwoorden anoniem (niet meer herleidbaar naar mijn persoon) verwerken.
- Ik geef toestemming voor een audio opname zodat de onderzoeker het kunnen transcriberen.

Ik heb bovenstaande informatie begrepen en ik geef toestemming voor deelname aan dit onderzoek

Naam:

Plaats:

Datum:

Handtekening:

## Bijlage 7: Bewijslast ter onderbouwing van het adviesrapport

**Figuur 1**

*Uitspraken verpleegkundigen over de Qwiek.up*

### UITSPRAKEN DOOR ZORGPERSONEEL VAN DE AOA OVER DE QWIEK.UP

Opgedeeld in indicatoren

#### Werkdruk

'Ik denk zeker dat dat de Qwiek.up iets kan doen met de werkdruk voor ons verpleegkundigen'  
'Met Qwiek.up kan je weglopen bij de patient.'  
'De patiënten hebben gewoon wat vermaak, waardoor ze minder bellen.'  
'Ik ervaar geen werkdruk, collega's zijn blij als ze het kunnen inzetten.'  
'minder bellen, minder werk'  
'Met de Qwiek.up kan je even weglopen bij de patiënt.'  
'De Qwiek.up scheelt een heleboel. Vooral als je dan op de fysiotherapeut moet wachten. Dan kan je bij de patiënt weglopen zonder dat je denkt dat je er nog 10 minuten bij moet zitten.'  
'Tekort om te zeggen of het wat doet met de werkdruk.'

#### Gevolgen

'Mijn delirante patiënt begon te vertellen over beelden van de Efteling dat ze daar met haar kleinkinderen had gelopen, terwijl ze de hele opname nog geen woord had gezegd'  
'De patiënt was heel fanatiek aan het oefenen om naar huis te mogen'  
'Collega's merkte verschil met de benadering naar de patiënt toe, ging makkelijker.'  
'Patiënten waren veel vrolijker en dat ze eindelijk wat te kijken had op de kamer'  
'De Qwiek.up is ook in te zetten bij angst'  
'Ik heb wel het idee of iemand zijn focus verlegd na het aanzetten van de Qwiek.up, naar wat er te zien is op dat scherm en daardoor minder focus hebben voor pijn en verwardheid.'

#### Gevolgen

Patiënten lieten meer van zichzelf horen'  
'Ze waren bewust dat er wat speelde op de kamer, dat was leuk om te zien.'  
'Ik denk wel dat het ervoor kan zorgen dat er minder valincidenten zijn.'  
'De patiënt zegt dat hij in een wei staat in hoeverre is dat meetbaar voor de DOS-score.'  
'Een verwarde patiënt ging op een gegeven moment liedjes zingen.'  
'De patiënt vond het heel leuk maar was er op een gegeven moment wel klaar mee.'  
'Patiënten werden vrolijker van de Qwiek.up'  
'Ik denk dat het kan helpen bij mensen met een delier, maar ze moeten niet te verward zijn dat ze niet eens meer begrijpen dat ze naar het scherm moeten kijken.'

#### Alarmeringen & (on)rustig

'Patiënt is minder aan het bellen'  
'minder bellen, minder werk'  
'De patiënten hebben gewoon wat vermaak, waardoor ze minder bellen'  
'De verwarde patiënt werd er wat rustiger van.'  
'De patiënt werd wat minder onrustig door de vreemde omgeving omdat ze wat herkende.'  
'Mijn patiënt werd veel rustiger na het inzetten van de natuurbeelden'  
'Het heeft haar geholpen in slaap te vallen omdat ze op de dierentuin kon focussen. En belde en schreeuwde hierdoor niet meer.'

#### Uitspraken voor het inzetten van Qwiek.up

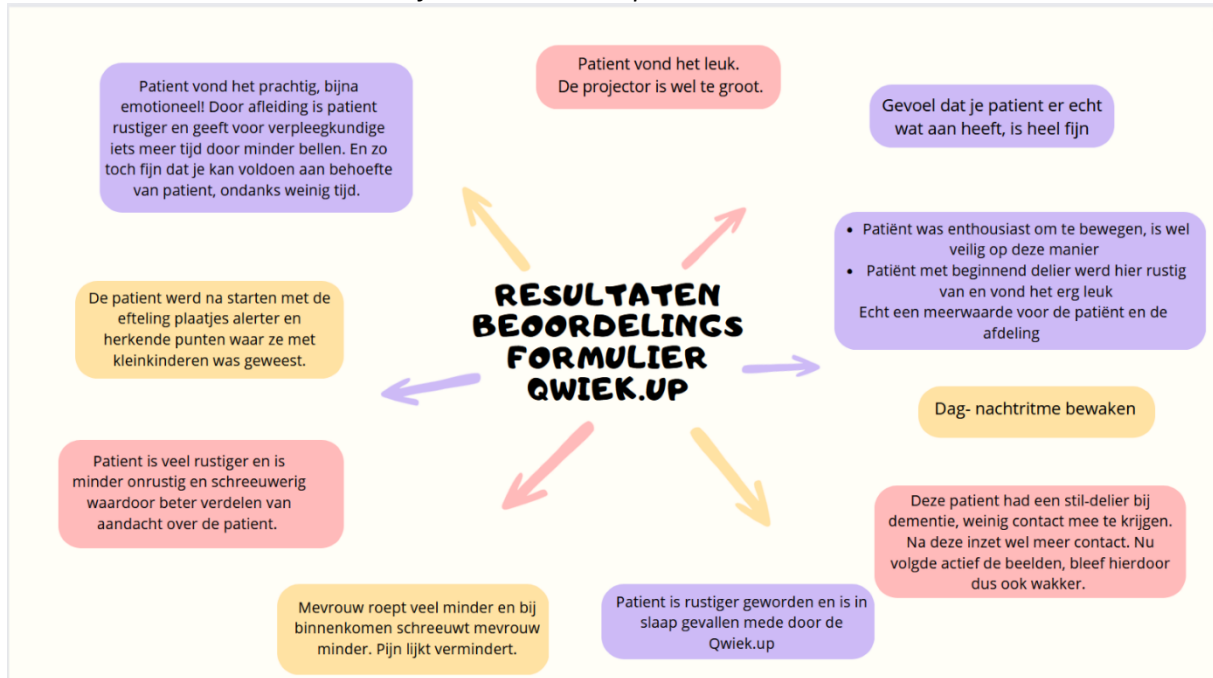
'Je moet bovenop de Qwiek.up zitten want verpleegkundigen hebben geen tijd'  
'Ga je mensen voor de gek houden met de Qwiek.up?'  
'Afvragen of het met de Qwiek.up erger wordt of beter.'  
'Door een huiskamer op foto's te projecteren snappen patiënten het misschien niet meer'  
'Meer voor dementerenden?'  
'Weet niet of je juist rust creëert met beelden van thuis laten zien of dat dat je dan nog meer prikkelend laat zien waar mensen nog onrustiger van worden'  
'Ik weet niet of wij de juiste afdeling zijn.'

#### Uitspraken na het inzetten van Qwiek.up

'Patiënten waren bewust dat er wat speelde op de kamer, dat was leuk om te zien.'  
'Patiënten lieten meer van zichzelf horen.'  
'Het heeft mij veranderd, Als ik zie hoeveel het ingezet wordt en hoe een patient erop heeft gereageerd.'  
'Bij een aantal wordt er minder gebeld.'  
'Ik ervaar geen werkdruk, collega's zijn blij als ze het kunnen inzetten.'  
'Leidinggevende zei: aanschaffen!  
'Het kan echt wel een meerwaarde zijn bij mensen met een (beginnend) delier.'

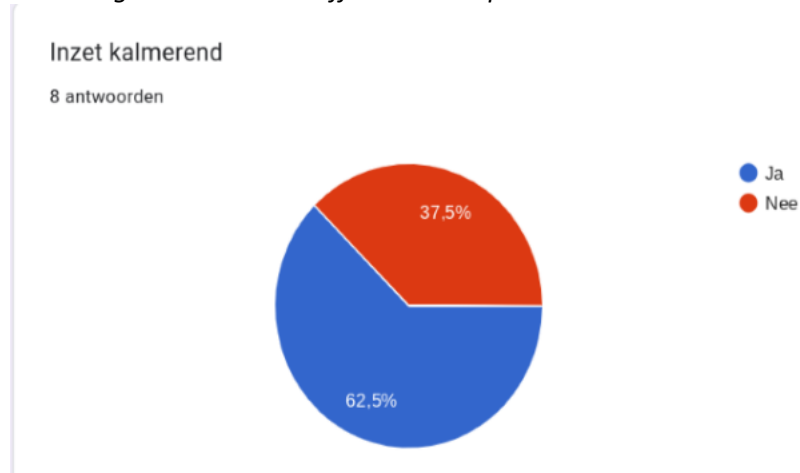
**Figuur 2**

*Kwalitatieve resultaten observatie formulier Qwiek.up*



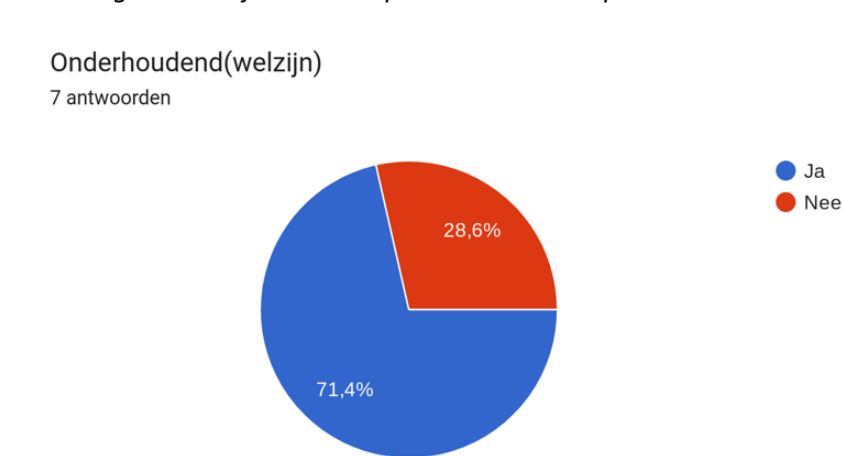
**Figuur 3**

*Cirkeldiagram kalmerend effect Qwiek.up*



**Figuur 4**

*Cirkeldiagram welzijn delirante patiënten Qwiek.up*

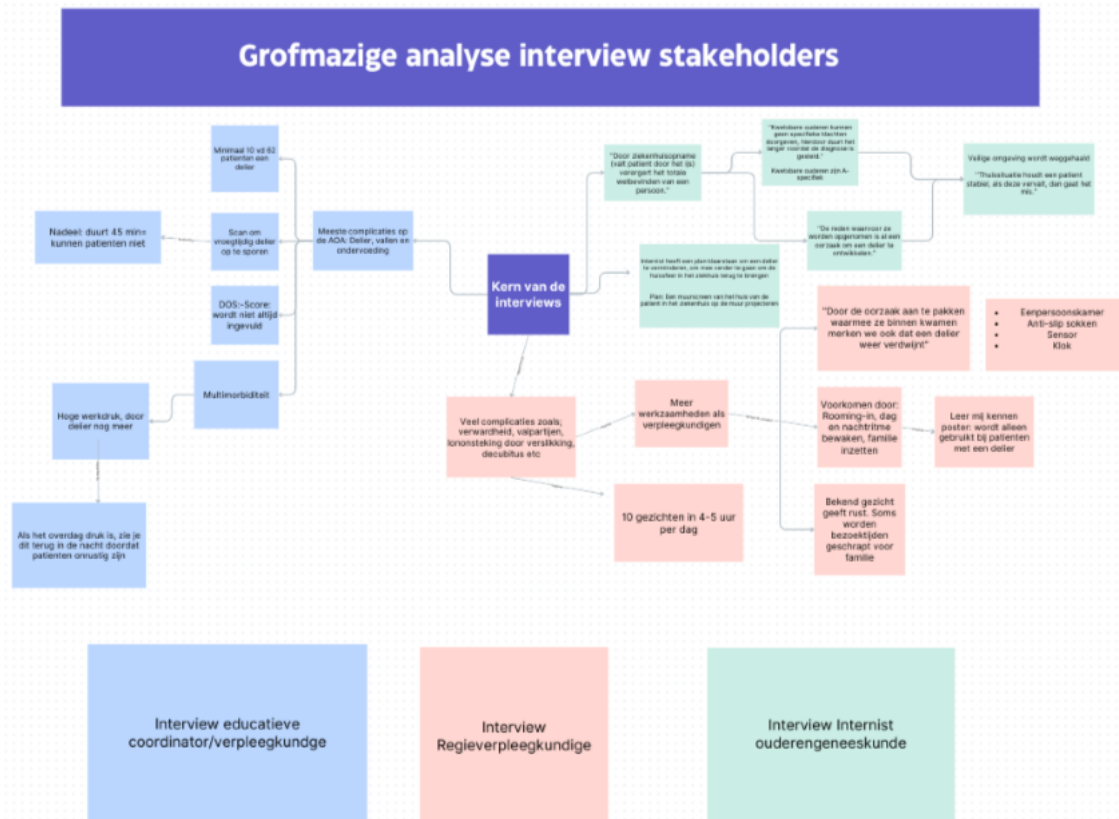


**Figuur 5**

*Cirkeldiagram werkdruk verpleegkundigen Qwiek.up*



**Figuur 6**  
Grofmazige analyse interview stakeholders



**Tabel 8**  
Labels en coderen focusgroep

Informatie folder	Doelgroep	Qwiek.up	Afdeling
Rooming-in	Dementerend	Voor de gek houden	Ongeschikt
Bekende gezichten	Delier	Erger	Hectisch
Spullen van thuis	Delirant	Beter	Haalbaar?
Oorzaken	Patiënten in categorie plaatsen	Orientatie	
Koorts	Specifiek	Tijd en plaats door DOS-score	
Uitlokkende factoren	Stil delier	Rust creëren	
Overzichtelijk en bondig		Meer prikkels	
Communicatie		Onrustiger	
Tegenspreken		Breed inzetbaar	
Leer mij kennen poster			
Voorkomen voor familie			
Symptomen			
delier			
Informatiefolder			
Bij opname delier ontwikkelen			

Hoog risico qua leeftijd			
--------------------------	--	--	--

## Bijlage 8: Projectplanning

**Figuur 7**  
*Planningsoverzicht*

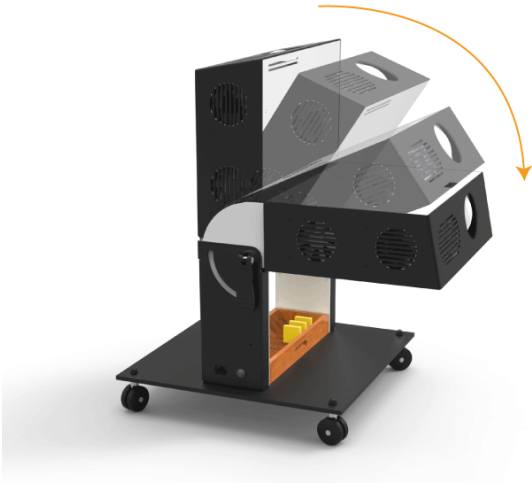
Projectplanning van actiefase (Agile methode)							
WEEK 1	WEEK 2	WEEK 3	WEEK 4	WEEK 5	WEEK 6	WEEK 7	WEEK 8
DESKRESEARCH	FOCUSGROEP	DOS-SCORE TURVEN, NULMETING	QWIEK.UP VAN BEDRIJF INZETTEN	DOS-SCORE TURVEN, TUSSENMETING	DOS-SCORE TURVEN, EINDMETING	ADVIEZEN SCHRIJVEN	INLEVEREN CONCEPT ADVIESRAPPORT
INLEIDING SCHRIJVEN	INLEIDING SCHRIJVEN	2-UURS MOMENT INTERVENTIES INTRODUCEREN	METHODE SCHRIJVEN	QWIEK.UP VAN CHIRURGIE INZETTEN	INTERVIEWS AFNEMEN EN TRANSCRIBEREN	EVALUATIEFASE SCHRIJVEN	
CONTACT MET BEDRIJF QWIEK.UP	INFORMATIEFOLDER MAKEN	INLEIDING SCHRIJVEN	ADVIESRAPPORT SCHRIJVEN, ORIENTATIEFASE	ADVIESRAPPORT SCHRIJVEN, ORIENTATIEFASE	EVALUATIE SCHRIJVEN	CONCLUSIE SCHRIJVEN	
		EVALUATIE MET LEIDINGGEVENDE		INTERVIEWS AFNEMEN EN TRANSCRIBEREN	ADVIEZEN SCHRIJVEN	HELE VERSLAG DOORLEZEN	
OVERIGE DATA: 18-1-2024: DEFINITIEF ADVIESRAPPORT INLEVEREN 29-1 T/M 2-2 PLANNING CGI GESPREK					EVALUATIE MET LEIDINGGEVENDE		



## Bijlage 9: Formulieren met betrekking tot Qwiek.up

### Figuur 8

#### Afbeelding Qwiek.up



### Figuur 9

#### Opgestelde handleiding Qwiek.up

**QWIEK.UP**  
HANDLEIDING

**HOE WERKT DE QWIEK UP?**

- BEGIN MET DE STEKKER IN HET STOPCONTACT EN DRUK OP HET GROENE KNOPJE OM HEM AAN TE ZETTEN
- ZET EEN STICK NAAR KEUZE IN DE USB OPENING, DE PROJECTIE WORDT VANZELF AFGESPEELD
- ER ZIJN VERSCHILLENDE VARIATIES VAN HET ONDERWERP, JE KAN OP DE 'VOLGENDE KNOP' DRUKKEN, VOOR DE VOLGENDE VARIATIE
- JE KAN BEELDEN OP PAUZE ZETTEN, DOORPSOLEN, IN EEN LOOP ZETTEN, GELUID HARDER/ZACHTER ZETTEN.
- ALS JE HEM UIT WILT DOEN, DRUK OP DE GROENE KNOP EN WACHT TOTDAT HIJ NIET MEER KNIPPERT, DAARNA MAG PAS DE STEKKER ERUIT!

**CRITERIA VOOR DE PATIENTEN WAARBIJ DE QWIEK UP INGEZET MOET WORDEN:**

1. BIJ PATIENTEN MET DOS-SCORE >3, DUS (DREIGEND) DELIER
2. BIJ PATIENTEN MET VERWARDSCHEIDSKLACHTEN
3. BIJ PATIENTEN MET DEMENTIE

**JE KAN DE PROJECTOR OP PLAFOND OF MUUR PROJECTEREN**

GEbruik BOVENSTAANDE CRITERIA VAN BOVEN NAAR BENEDEN. WANNEER ER GEEN VAN DEZE PATIENTEN OP DE AFDELING LIGGEN, GEbruik HEM DAN OP EEN ANDERE CREATIEVE MANIER.

**Figuur 10**  
**Observatieformulier Qwiek.up**

## Qwiek.up (op) proef.

Welke smile(y) zie jij als je de Qwiek.up gebruikt?

**Julie hebben de Qwiek.up op proef. Fijn dat jullie willen testen welk effect dit heeft op jullie zorg en het welbevinden van bewoners/patiënten!**

Dit effect kun je gemakkelijk noteren op deze kaart. Zie je bijvoorbeeld dat een bewoner/patiënt rustig wordt in een stressvolle situatie of bij onbegrepen gedrag? **Plaats dan een turfstreepje of korte notitie in het hokje met het groene lachende gezicht.**

Doe dat ook voor andere situaties waarin je een effect op bewoners/patiënten ziet. En vergeet niet om die situaties te noteren waarin je merkt dat het voor jou of jouw collega's door de inzet van de Qwiek.up gemakkelijker wordt om de juiste zorg te bieden.

Jullie hebben de Qwiek.up maar een korte tijd dus het is raadzaam hem zoveel als mogelijk uit te proberen in verschillende situaties en bij verschillende behoeftes.

Scan deze QR code als je meer wilt weten over de Qwiek.up, hoe je deze inzet en de mogelijkheden.

(naam locatie en afdeling)

**1 De inzet van de QU werkt voor bewoners/patiënten:** (plaats een turfstreepje of notitie)

kalmereend		
activerend		
'onderhoudend' (leefbaar)		
anders, ...		

**2 De Qwiek.up heeft voor zorgmedewerkers een positief effect op:**

het uitvoeren van ADL, zorg/medische handelingen		
het verlagen van de werkdruk		
de steer op de afdeling		
anders, ...		

Deel hier je mooie/haardevolle ervaring

---



---

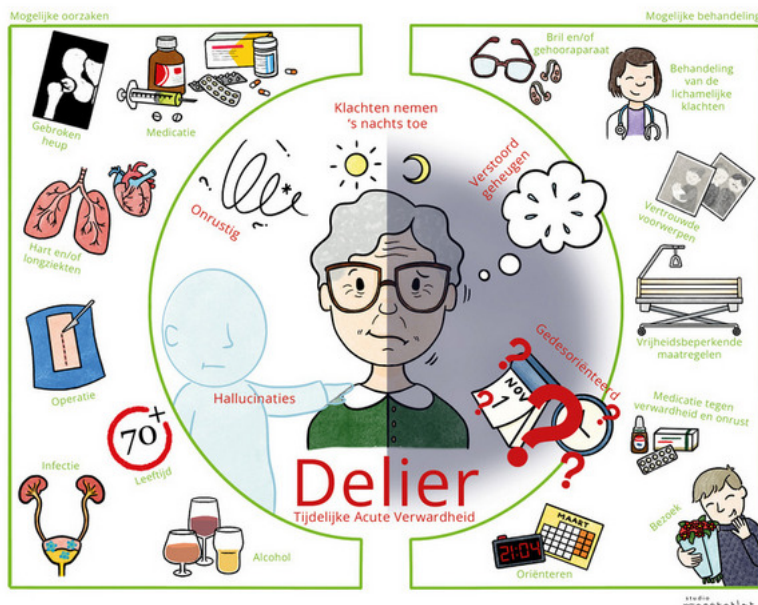


---

**De Qwiek.up heeft een meerwaarde in onze dagelijkse werkzaamheden.**

ja
  nee

**Figuur 11**  
Voorkant informatiefolder



**Familiefolder over delier, wat kunt u zelf doen ter voorkoming van een delier bij uw dierbare op de AOA?**

# Delier

## Wat is een delier?

Een delier is een plotselinge optredende verwardheid. Iemand met een delier verliest het contact met wat om hem heen gebeurt. Een delier kan een paar uur tot langere tijd duren voordat het over is.

Zie achterzijde voor verdere informatie

**Figuur 12**

Achterkant informatiefolder

**Wanneer is iemand kwetsbaarder voor het ontwikkelen van een delier?**

- Ontsteking, denk aan blaasontsteking;
- Onderliggende ziekte, denk aan diabetes mellitus (suikerziekte);
- Problemen met de hersenen (beroerte, hersenschudding);
- Een operatie en de eventuele verdoving hierbij;
- Gebroken botten;
- Pijn;
- Uitdroging;
- Stoppen met verslavende middelen;
- Uit de veilige omgeving;
- Externe prikkels;
- Wanneer de patient al eerder een delier heeft doorgemaakt.



**Wat kan je bij je dierbare zien?**

- **Onrustig zijn;**
- **Heel slaperig zijn;**
- **Zenuwachtig bewegen zoals het plukken met de handen;**
- **Hallucineren/wanen (dingen horen, zien of ruiken die er in het echt niet zijn);**
- **Erg angstig zijn;**
- **Sneller boos zijn;**
- **Vergeetachtig zijn;**
- **Geen concentratie hebben;**
- **Dag- nachtritme omdraaien.**

**Wat kan je doen om het delier te voorkomen?**

- Rooming-in, vraag de verpleegkundige wat hierin de opties zijn;
- Invullen van 'Leer mij kennen' poster (aanwezig op AOA). Dit is belangrijk zodat de verpleegkundige een beeld heeft van uw dierbare en hierdoor kan inspelen op de persoon zelf;
- Persoonlijke spullen meenemen, denk aan foto's, kleding en/of wekker;
- Probeer te mobiliseren. Dit haalt de patiënt uit de prikkelende omgeving. Dit kan al door een stukje te wandelen. Dit kan in overleg met verpleegkundige.