

BETER LATEN & BETER DOEN

Zware vrijheids- beperking

In de rubriek *Beter laten & beter doen* komt een handeling aan bod die niet of juist wel bewezen voordelen heeft. Deze keer: gebruik in principe geen vrijheidsbeperkende maatregelen in de palliatieve fase.

auteurs

Wilma van Til Dubbink
projectleider, V&VN, Utrecht

Tessa Rietbergen
projectleider, Zorgevaluatie en
Gepast Gebruik, Diemen

Anja Brunsveld-Reinders
senior adviseur EBP, LUMC, Leiden

Hester Vermeulen
hoogleraar Verplegingswetenschap,
IQ Health, Radboudumc, Nijmegen

Getty Huisman-de Waal
universitair hoofddocent, IQ
Health, Radboudumc, Nijmegen

ONDERZOEKERS VAN IQ HEALTH van het Radboudumc hebben in 2023 een herziene lijst Beter laten- en beter doen-handelingen gepubliceerd.¹ In dit nummer van *TvZ* wordt de aanbeveling *gebruik in principe geen vrijheidsbeperkende maatregelen in de palliatieve fase* toegelicht. Daarna leggen we aan de hand van een praktijkvoorbeeld uit hoe deze kan worden ge(de)ïmplementeerd in de praktijk. Het praktijkvoorbeeld komt van verpleegkundige deelnemers van het project KwaliTIJD uit het Laurentius Ziekenhuis in Roermond en het Maastricht MUMC+.

Aanbeveling

De aanbeveling komt uit de richtlijn *Delier in de palliatieve fase* (2022). Daar- in staat: 'Fixeer in principe niet. Het gebruik van fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen is een risicofactor voor het

ontstaan van een delier en kan de toestand bij een bestaand delier verergeren'.² Deze Beter laten-aanbeveling is van toepassing in de verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging en ziekenhuiszorg en geldt voor alle zorgvragers in de palliatieve fase.

Delier

Een delier kan een grote impact hebben op de kwaliteit van leven en sterven. Een vroegtijdige herkenning van de prodromale fase (fase van voortekenen) is belangrijk. De reden: er zijn aanwiz-

'Bied oriëntatie en vertrouwde met een klok, kalender en foto's'



Liesbeth de Boer en Rob Henzen uit het MUMC+



gen dat behandeling hiervan effect kan hebben op de gevolgen van de delierperiode. Zorgvragers met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een delier hebben predisponerende en precipiterende factoren waaraan de zorgprofessional een mogelijk delier kan herkennen. Predisponerende factoren zijn: leeftijd > 70 jaar, pre-existente cognitieve stoornissen (bijvoorbeeld dementie of CVA), visus- en gehoorstoornissen, stoornissen in de ADL, gebruik van alcohol en opioïden en polyfarmacie. Precipiterende factoren in de palliatieve fase kunnen onder andere zijn: pijn, urineretentie, infecties, dehydratie, obstipatie et cetera.¹

Niet-medicamenteus

Stel, een zorgvrager heeft een verhoogd risico op een delier. Zet je dan niet-medicamenteuze interventies (Beter doen) in ter preventie van een delier in

de palliatieve fase? Of gebruik je fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen (Beter laten)? Het eerste scenario heeft de voorkeur, want fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen zijn juist een risicofactor voor het ontstaan van een delier. Ze kunnen ook de toestand verergeren bij een bestaand delier. De inzet van andere vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals een tentbed, bewegingsmelder en/of het omhoog plaatsen van de bedhekken, moet altijd goed worden afgewogen en gedocumenteerd in het verpleegkundig dossier. Zorg er daarnaast voor dat de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen in samenspraak gaat met de zorgvrager, voor zover dat mogelijk is, en met de naasten.¹

Dit zijn voorbeelden van handelingen die bijdragen aan de preventie van een delier:

- optimalisatie van oriëntatie en vertrouwdheid door het aanbieden van oriëntatie- en herkenningspunten (klok, kalender, foto's);
- regelmatig benoemen van persoon, plaats, dag en tijdstip;
- het creëren van een rustige, vertrouwde en veilige omgeving (vertrouwde personen en continuïteit in zorgverleners);
- optimaliseren van visus en gehoor (gebruik een bril en/of hoortoestel);
- continue verlichting van de kamer ('s nachts gedempt licht);
- begrip tonen voor angst die ontstaat door hallucinaties en wanen.

Verpleegkundige interventies bestaan verder uit: zorg dragen voor voldoende inname vocht en voeding (wanneer dit nog passend is), inname van medicatie, stimuleren van mobilisatie, aandacht voor mogelijke obstipatie en urineretentie en eventueel aanbieden van complementaire zorg.

De praktijk

In het Maastricht UMC+ (MUMC+) en het Laurentius Ziekenhuis zijn verpleegkundigen aan de slag gegaan om het aantal zware vrijheidsbeperkende interventies (gradatie 4 en 5) te verminderen. De reden hiervoor verschilde per ziekenhuis. Wat betreft het Laurentius Zieken-

'Zet een gewoon ziekenhuisbed in extra lage stand'

huis: Clarissa Haanen, Claudine Roselle, Suzanne van Neer en Kim Verkoelen, allen verpleegkundigen in deze organisatie, vertellen dat ze met collega's hebben gekeken naar de Beter laten-lijst. Ze bespraken welke onderwerpen nog verbeterd zouden kunnen worden op hun afdelingen.² Liesbeth de Boer, verpleegkundig adviseur uit het MUMC+, zegt dat zij het onderwerp heeft opgepakt, omdat binnen de vakgroep Verpleegkunde werd gestimuleerd aan de slag te gaan met een verpleeg-sensitieve indicator, waaronder ook vrijheidsbeperkende interventies vallen. De Boer was meteen enthousiast. Op verpleegafdelingen hoorde ze dat nog verbetering mogelijk was. De verpleegkundigen hebben het onderwerp opgepakt onder begeleiding vanuit het project KwaliTIJD; ze gebruikten het hierbinnen ontwikkelde stappenplan.³

Succesfactoren en uitdagingen

De intrinsieke motivatie van verpleegkundigen hielp om het project op te zetten en collega's mee te nemen in de verandering. Haanen: 'Bij de nulmeting was er snel respons van alle afdelingen, waarna we een projectgroep hebben kunnen opzetten om te starten. Het hielp dat we een klein ziekenhuis zijn en iedereen elkaar kent en weet te vinden.' Uit de nulmeting in het Laurentius Ziekenhuis bleek dat slechts beperkt zware vrijheidsbeperkende maatregelen werden ingezet. Tegelijk werd een gebrek aan kennis gezien rondom inzet van de interventies en informatie aan naaste(n).

In het MUMC+ hielp een werkgroep bij de opzet en uitrol van het project. Het was bevorderlijk dat het eigenaarschap van het project was belegd bij de vakgroep Verpleegkunde en dat dit zichtbaar werd gesteund door de directeur Verpleegkunde en directeur Patiëntenzorg. In de projecten in beide ziekenhuizen was het erbij betrekken van artsen en het stellen van een haalbaar doel een uitdaging. Artsen voelen niet altijd de verantwoordelijkheid om betrokken te zijn

bij het onderwerp. Daarom is in beide ziekenhuizen een arts opgenomen in de projectgroep. De arts dacht mee en nam collega's mee in veranderingen. In het MUMC+ was er de uitdaging om inzicht te krijgen in de bestaande situatie. Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies werd nauwelijks geregistreerd. Het project werd daarom opgesplitst in twee onderdelen: (1) focus op juist registreren en (2) interventies om bewustwording en kennis te vergroten en de inzet van zware vrijheidsbeperkende interventies te verminderen.

Communicatie

In beide ziekenhuizen is veel gecommuniceerd om collega's te betrekken bij de verandering. In het Laurentius Ziekenhuis zijn collega's vanaf de nulmeting betrokken bij het project. Haanen: 'Elke twee weken zaten we met een selecte groep van elke afdeling samen met de kwaliteitsteams. Besproken werd wat uitgerold ging worden, zodat de verpleegkundigen van de kwaliteitsteams dit konden communiceren met collega's voor meer betrokkenheid op de afdeling.' Rob Henzen is verpleegkundige en projectmedewerker in het MUMC+. Hij noemt initiatieven die een rol speelden in het communiceren naar en het erbij betrekken van collega's: communicatie via intranet, beeldschermen in koffiekamers, sociale media, klinische lessen voor zowel verpleegkundigen als medici en praktische middelen zoals een zelf ontwikkelde *escape room*. Ook helpt het om regelmatig een rondgang te doen over de afdeling om te achterhalen waarom er een onvolledige registratie is.

Strategie

In beide ziekenhuizen zijn interventies opgezet voor zowel patiënten als collega's. In het MUMC+ zijn klinische lessen gegeven en taakondersteuning gemaakt die via een QR-code beschikbaar zijn op de vrijheidsbeperkende interventies (VBI's). Verder zijn escape rooms georganiseerd om bewustwording en kennis te vergroten. In het MUMC+ hebben de interventies geleid tot meer inzet van antiplukwanten en verhoogd gebruik van het laag-laag-bed en de optiscan. De optiscan wordt gebruikt als valpreventie, maar ook bij de deur gezet

als dwaaldetector. Verpleegkundigen zoeken naar creatieve oplossingen, bijvoorbeeld een 'gewoon' ziekenhuisbed in extra lage stand zetten. De ergotherapeut ziet een afname van rolstoelen met een vast blad en verhoogde inzet van een wegklapbaar blad, dat meestal voldoende werkt. Stoelfixatie (VBI 5) is dit jaar nog niet toegepast.

In het Laurentius Ziekenhuis is gekozen voor een naaste(n)- en patiëntfolder. Voor verpleegkundigen is er nu een duidelijk stappenplan in het protocol, zodat inzichtelijk is welke VBI's er zijn en tussen welke alternatieven kan worden gekozen. Daarnaast beschikt elke afdeling over een VBI-box, met materialen die laagdrempelig kunnen worden ingezet om de inzet van zwaardere VBI-gradaties te voorkomen. Denk aan antislipsokken, armspalk, antiplukwant en douche-slipppers. Al langere tijd worden Zweedse

'Neem in de projectgroep een naaste van een patiënt op'

banden niet meer gebruikt. Sinds het project zien verpleegkundigen een toename van het gebruik van posey bedden en laag-laag-bedden.

In beide ziekenhuizen wordt nog via een nameting bekeken of de ingezette interventies effect hebben gesorteerd.

Borging

In beide ziekenhuizen wordt nagedacht over de borging. Binnen het project KwaliTIJD wordt gezien dat het borgen van een onderwerp lastig wordt gevonden en dat mensen daar vaak mee aan de slag gaan aan het eind van het project. Zodra het project is afgerond, is een verantwoordelijke nodig die na een vooraf vastgestelde periode een herhaalmeting doet. Zo kan worden beoordeeld of interventies nodig zijn om er bijvoorbeeld voor te zorgen dat de aandacht niet verslapt. Het is belangrijk een concreet plan te maken en op elke afdeling een aanspreekpunt voor het onderwerp te

hebben, zodat verpleegkundigen bij vragen weten bij wie ze terecht kunnen.

Tips

De Boer en Haanen geven een tip mee om in je ziekenhuis aan de slag te gaan met de implementatie van vrijheidsbeperkende interventies. De Boer: 'Leer van elkaar, deel je ervaringen. Ik heb heel veel gehad aan de andere ziekenhuizen die met VBI's bezig zijn, we zijn op werkbezoek geweest. Het netwerk van KwaliTIJD helpt echt. Ook heb ik contact gezocht met de landelijke werkgroep, dat heeft er toe geleid dat ik daar nu zitting in heb genomen. Wij hebben een ervaringsdelers (naaste van een patiënt die met VBI te maken heeft gehad) in de projectgroep. Dit kan ik iedereen aanraden, aangezien dit een meerwaarde heeft. Ook hebben we interviews gedaan met patiënten en familie om hun ervaringen te delen. Dit geeft andere inzichten.'

Haanen: 'Zorg voor goede informatievoorziening en dat je mensen in je projectgroep hebt die zich betrokken voelen. Je merkt dat de *drive* van zo'n groep dan heel fijn werkt.' ●

REFERENTIES

1. V&VN. Beter doen/laten aanbevelingen 2023. www.venvn.nl/media
2. V&VN. Richtlijn Delier in de palliatieve fase 2022. www.venvn.nl/richtlijnen/al-le-richtlijnen/richtlijn-delier-in-de-palliatieve-fase
3. ZE&GG. Werkboek en stappenplan KwaliTIJD 2023. <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl>