Fixatiearme zorg

FIXATIEARME ZORG

Resultatenrapport

S. Vandervelde, dr. K. Scheepmans, prof. dr. K. Milisen,
prof. dr. T. van Achterberg, prof. dr. B. Dierckx de Casterlé

Oktober 2019

KU LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM VOOR VERPLEEG- EN VROEDKUNDE

Vlaanderen
is zorg

De ontwikkeling en evaluatie van een multicomponent-programma voor de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg'

Auteurs: Vandervelde S. RN, MSc[a], Scheepmans K. RN, PhD[a,b], Milisen K. RN, PhD[a,c], van Achterberg T. RN, PhD[a], Dierckx de Casterlé B. RN, PhD[a]

[a] Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven

[b] Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, Brussel

[c] Afdeling geriatrie, departement interne geneeskunde, UZ Leuven

Bij het citeren van het resultatenrapport, gebruik volgende referentie: Vandervelde S., Scheepmans K., Milisen K., van Achterberg T., Dierckx de Casterlé B. (2019). De ontwikkeling en evaluatie van een multicomponent-programma voor de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg'. www.fixatiearmezorg.be, Leuven

Inhoud

Lijst van tabellen 3
Lijst van figuren 3
1 Abstract 4
2 Inleiding 5
3 Methodologie 6
3.1 Intervention Mapping 6
3.1.1 Logisch model van het probleem 8
3.1.2 Logisch model van verandering 9
3.1.3 Selecteren van theorie gebaseerde interventie methodieken en praktische toepassingen 10
3.1.4 Programma ontwikkeling 10
4 Resultaten 12
4.1 Multicomponent-programma 12
4.2 Evaluatie 13
4.2.1 Kennistest 13
4.2.1 Online evaluatie van het multicomponent-programma 15
4.2.1 Online evaluatie werkcontext 16
4.2.2 Focusgroepen 16
5 Discussie 21
6 Aanbevelingen 24
6.1 Algemene aanbevelingen 24
6.2 Nood aan vervolgonderzoek 25
7 Conclusie 26
8 Dankwoord 27
9 Literatuurlijst 28
10 Bijlagen 31

Lijst van tabellen

Tabel 1: Demografische variabelen en resultaten kennistest.....14
Tabel 2: Selecteren van theorie gebaseerde interventiemethodieken en praktische toepassingen 34
Tabel 3: Resultaten procesevaluatie multicomponent-programma online bevraging.....56

Lijst van figuren

Figuur 1: Stappen IM en de fasen van het onderzoek 6
Figuur 2: Verschillende stappen van IM.....7
Figuur 3: Multicomponent-programma voor de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg'. 12

1 Abstract

Achtergrond: Schattingen voor de prevalentie van het gebruik van fysieke fixatie bij patiënten in de thuiszorg variëren van 5% tot 25%. Om zorgverleners te ondersteunen in het omgaan met vragen rond fysieke fixatie, werd de Vlaamse praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' ontwikkeld en vervolgens gevalideerd door CEBAM. Het implementeren van richtlijnen in de thuiszorg is echter een hele uitdaging. Enkel het verspreiden van de praktijkrichtlijn is onvoldoende om deze in de dagelijkse praktijk te krijgen. Daarom werd een multicomponent-programma ontwikkeld om de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' te faciliteren.

Methodologie: Er werd gebruik gemaakt van Intervention Mapping (IM) om het multicomponent-programma te ontwikkelen. Dit raamwerk omvat zes stappen: (a) een logisch model van het probleem, (b) een logisch model van verandering, (c) het selecteren van theorie gebaseerde interventiemethodieken en praktische toepassingen, (d) een programma ontwikkeling, (e) een implementatieplan en (f) een evaluatieplan. Elke stap bestaat uit verschillende taken en draagt bij tot het ontwikkelen van een interventie die theoretisch, empirisch en praktisch is. In het kader van dit project werden de eerste vier stappen genomen om het multicomponent-programma te ontwikkelen. Het ontwikkelde programma werd gedurende acht maanden in een pilootstudie in Vlaanderen uitgetest. Een mixed-methods design werd gebruikt om het multicomponent-programma te evalueren.

Resultaten: Het ontwikkelde multicomponent-programma bestaat uit acht componenten: een website, de sociale media, een promofilm, een flyer, een samenvatting van de praktijkrichtlijn, een fysieke fixatiefiche, twee tutorials en een opleiding 'ambassadeurs fixatiearme thuiszorg'. Zorgverleners die deelnamen aan de pilootstudie hebben de verschillende onderdelen van het programma positief geëvalueerd. Het multicomponent-programma vergrootte hun kennis en bewustzijn. Het ondersteunde zorgverleners in het complexe besluitvormingsproces rond het gebruik van fysieke fixatie in de thuiszorg. Verder was het voor hen belangrijk dat de componenten herkenbaar, compact, kort en bondig waren. Voor een succesvolle implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' in de toekomst, was het volgens zorgverleners echter ook cruciaal om leidinggevenden, directies en beleidsmedewerkers al bij de start van het proces te betrekken, meer tijd te nemen voor het implementatieproces, 'champions' te selecteren, verschillende stakeholders te betrekken en meer samen te werken met de verschillende zorgverleners in de thuiszorg.

Conclusie: De resultaten van de pilootstudie zijn veelbelovend. Voor verdere implementatie dient onderzoek zich te focussen op de brede uitrol, verankering en evaluatie van het ontwikkelde multicomponent-programma in de volledige Vlaamse thuiszorg.

2 Inleiding

Als gevolg van de huidige maatschappelijke evoluties (demografische, financiële, economische, technologische) stijgt niet alleen de vraag naar thuiszorg, maar wordt zij ook complexer en zijn er steeds meer kwetsbare oudere personen die thuis blijven wonen. Deze personen hebben een verhoogd risico op het gebruik van fysieke fixatie omwille van hun toegenomen afhankelijkheid, cognitieve problemen en afgenomen mobiliteit. (1–4) Afhankelijk van de gebruikte definitie varieert de prevalentie voor het gebruik van fysieke fixatie in de thuiszorg tussen 5% en 24,7%. (5)

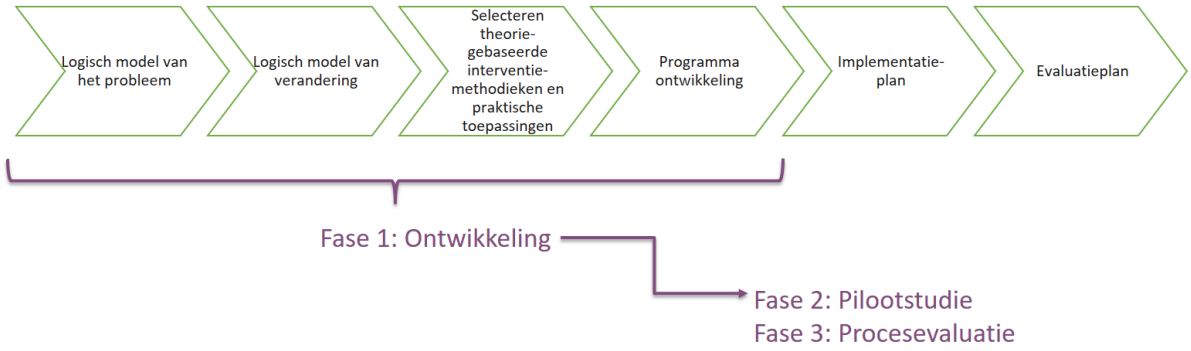
De invloed van patiënt-, zorgverlener- en contextgerelateerde factoren maken het besluitvormingsproces voor het gebruik van fysieke fixatie in de thuiszorg complex. (6) In de thuiszorg hebben patiënten, mantelzorger, familie en zorgverleners een rol in dit besluitvormingsproces. De prominente rol van de mantelzorger vormt een uitdaging. (7–11) Studies concluderen dat de kennis en percepties van fysieke fixatie verschillen tussen mantelzorgers en thuiszorgverleners. (12) De mantelzorgers zijn zich minder bewust van de schadelijke effecten van fysieke fixatie. Bovendien hebben zij ook een positievere perceptie van het gebruik van fysieke fixatie. (11–13) Uit een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van Vlaamse thuisverpleegkundigen bij het toepassen van fysieke fixatie en andere vrijheidsbeperkende maatregelen blijkt dat thuisverpleegkundigen in situaties waar mantelzorgers een dominante rol spelen, tegenstrijdige meningen hebben over het gebruik van fysieke fixatie. Dit gaat gepaard met een overheersend gevoel van machteloosheid, omdat thuisverpleegkundigen hierdoor geen 'kwaliteitsvolle zorg' kunnen geven. (9) De hoge prevalentiecijfers en het gebrek aan bewustzijn van de negatieve gevolgen voor patiënten, mantelzorgers en zorgverleners onderstrepen de nood aan een duidelijk beleid over het gebruik van fysieke fixatie in de thuiszorg. (11) Daarom is de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' ontwikkeld en gepubliceerd. Deze praktijkrichtlijn is gevalideerd door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM). (15) De richtlijn tracht de competenties, het bewustzijn en de kennis omtrent het gebruik van fysieke fixatie in de thuiszorg bij zorgverleners te vergroten. (15)

De ontwikkeling en verspreiding van een klinische praktijkrichtlijn is onvoldoende om deze in de dagelijkse praktijk ingang te doen vinden. (16,17) Evidentie uit de residentiële setting (ouderenzorg) toont aan dat richtlijnen over het voorkomen of het verminderen van het gebruik van fysieke fixatie pas ten volle renderen wanneer de richtlijn is ingebed in een programma, bestaande uit verschillende componenten zoals een duidelijk beleid, leiderschap en voldoende opleiding. (18–20) De implementatie van een praktijkrichtlijn vormt een nog grotere uitdaging in de thuiszorg. De thuiszorg verschilt van de acute en residentiële zorg als gevolg van verschil in kenmerken zoals organisatiestructuren, teamsamenstellingen en multidisciplinaire samenwerking. (21) Bestaand onderzoek richt zich voornamelijk op het gebruik van fysieke fixatie in de acute en residentiële zorg. Vanwege de specifieke en complexe zorgcontext van de thuiszorg, is het moeilijk om bevindingen van andere settingen naar de thuiszorg te vertalen.

Voor zover bekend, is er geen eerder onderzoek naar de ontwikkeling van een multicomponent-programma, om het gebruik van fysieke fixatie in de thuiszorg te verminderen, uitgevoerd. Daarom heeft dit onderzoek tot doel om, op een systematische wijze, een multicomponent-programma te ontwikkelen voor de implementatie van een richtlijn betreffende fixatiearme thuiszorg.

3 Methodologie

Om een multicomponent-programma te ontwikkelen en te evalueren voor de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (15), werd er gebruik gemaakt van 'Intervention Mapping' (IM). Het proces verliep in 3 fasen: (1) de ontwikkeling van het multicomponent-programma, (2) het testen van het multicomponent-programma op kleine schaal (pilootstudie) en (3) de uitvoering van een procesevaluatie van de pilootstudie (Figuur 1).

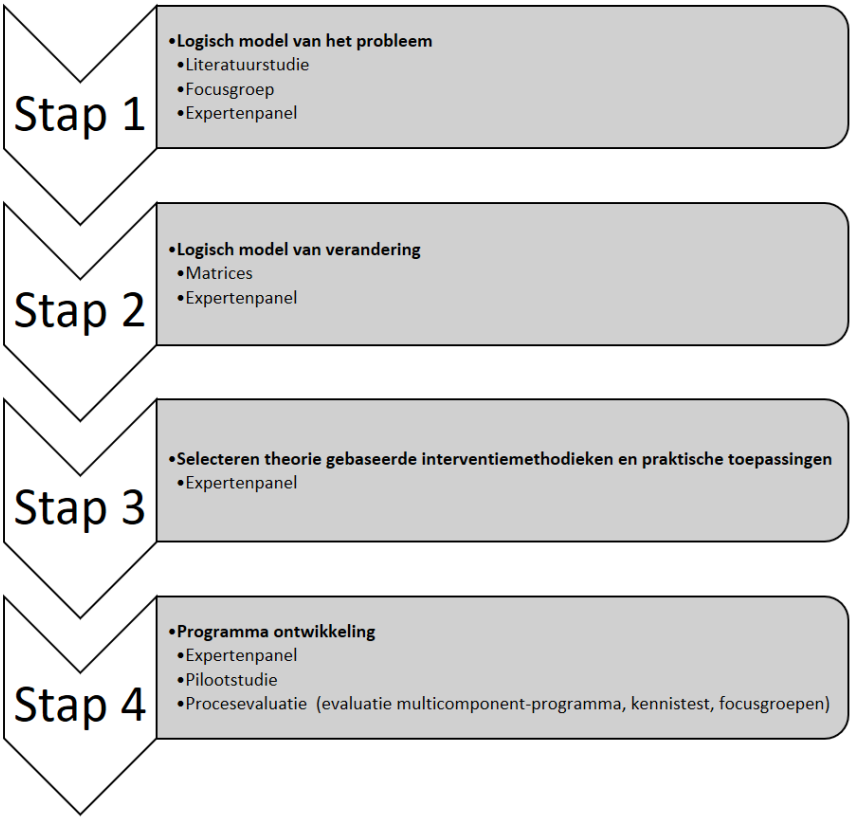


Figuur 1: Stappen IM en de fasen van het onderzoek. (22)

Het onderzoeksproject 'Ontwikkeling en evaluatie van een multicomponent-programma voor de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' werd goedgekeurd door de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van de KU Leuven (G- 2017 08 877).

3.1 Intervention Mapping

IM is een protocol voor de systematische en evidence-based ontwikkeling van gezondheidsbevorderende interventies. Het biedt een raamwerk voor effectieve interventieplanning, implementatie en evaluatie. (22) IM bestaat uit zes stappen: (a) 'een logisch model van het probleem, (b) een logisch model van verandering, (c) het selecteren van theorie gebaseerde interventiemethodieken en praktische toepassingen, (d) een programma ontwikkeling, (e) een implementatieplan en (f) een evaluatieplan'. IM richt zich op interventies die samen met de doelgroep ontwikkeld worden (expertenpanel). Het multicomponent-programma werd volgens de eerste vier stappen van IM ontwikkeld (Figuur 2).



Figuur 2: Verschillende stappen van IM. (22)

Om ervoor te zorgen dat het multicomponent-programma is aangepast aan noden van de doelgroep, werd er gebruikt gemaakt van een expertenpanel. Om het expertenpanel samen te stellen werden er verschillende initiatieven ondernomen. Eerst werden de verschillende thuiszorgactoren uit Vlaams-Brabant (Diest, Aarschot, Begijnendijk, Scherpenheuvel, Zichem, Bekkevoort, Tielt-Winge) aangeschreven (o.a. huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en thuisverpleegkundigen). In een tweede fase werden een ergotherapeut en een stafmedewerker van een thuiszorgorganisatie buiten de geselecteerde regio gecontacteerd. Tevens werden het Vlaams Patiëntenplatform, het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, het Expertisecentrum voor Dementie Vlaanderen en het Vlaams Expertisepunt Mantelzorg uitgenodigd om te participeren. Tot slot werd een expert in behavioural change theories gevraagd binnen het Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde (KU Leuven).

Inclusiecriteria voor participanten van het expertenpanel waren:

- Expertise hebben in de problematiek van fysieke fixatie en vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Werkzaam zijn in of ervaring hebben met de thuiszorg.
- Kennis hebben van transmurale zorg en de verschillende zorgorganisaties actief in de thuiszorg.

Het expertenpanel was het medium om de uitkomsten uit de verschillende stappen om te zetten in een multicomponent-programma. De samenwerking vormde een cyclisch proces, waarin de onderzoeksgroep samen met de experten op een systematische en evidence-based wijze een programma ontwikkelde voor de implementatie van de richtlijn. In totaal kwam het expertenpanel, onder leiding van de onderzoeksgroep, zes keer samen.

Leden van het expertenpanel waren actief in de volgende organisaties:

- Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, KU Leuven
- Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
- Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen
- Familiehulp
- Huisartsenpraktijk
- Zelfstandig ergotherapeutenpraktijk
- Vlaams Expertisepunt Mantelzorg
- Zelfstandige thuisverpleegkundige praktijk
- Wit-Gele Kruis Limburg, Vlaams-Brabant, Antwerpen

3.1.1 Logisch model van het probleem

Het doel van de eerste stap van IM was om een volledige beschrijving te geven van het probleem. (22) Het probleem met betrekking tot het gebruik van de praktijkrichtlijn werd gekaderd en de bevorderende of belemmerende factoren voor de implementatie van de praktijkrichtlijn werden geïdentificeerd. Een bijkomende doelstelling was om de thuiszorgcontext en de verschillende thuiszorgverleners bij wie de gewenste gedragsverandering diende op te treden te exploreren. Dit werd aan de hand van een literatuurstudie, een focusgroep en een expertenpanel in kaart gebracht.

Literatuurstudie:

Voor de literatuurstudie naar de bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van richtlijnen binnen de thuiszorg, werd met een expert van de biomedische bibliotheek van de KU Leuven een gecombineerde zoekstrategie opgemaakt. Verschillende databanken (PubMed, Trip database, Embase, Cochrane Library en CINAHL) werden in juli en augustus van 2017 systematisch doorzocht.

De gehanteerde inclusiecriteria waren: systematische reviews of empirisch onderzoek; onderzoek gericht op implementatie van een non-farmacologische richtlijn; onderzoek uitgevoerd in de directe patiëntenzorg; gericht op een multidisciplinaire doelgroep (implementatie bij minstens 2 soorten gezondheidszorgberoepen); onderzoek naar bevorderende of belemmerende factoren voor implementatie; onderzoek in de thuiszorg. Er werd geen beperking in tijd opgelegd. Exclusiecriteria waren: onderzoek uitgevoerd in de institutionele zorg, onderzoek rond de implementatie van farmacologische richtlijnen of richtlijnen over specifiek ziektebeelden zoals diabetes mellitus of aangeboren hartaandoeningen, onderzoek over kinderen en studies waar slechts één discipline betrokken was.

De eerste screening van publicaties gebeurde aan de hand van de titel en het abstract. Op basis van volledige tekst werden de artikels definitief geïncludeerd. Bij de geïncludeerde studies werden de referentielijsten gecontroleerd op relevante literatuur. Het systematisch zoeken van literatuur werd uitgevoerd door één onderzoeker. Vier onafhankelijke onderzoekers includeerden de literatuur.

Focusgroep:

De inzichten van de literatuurstudie werden aangevuld met één focusgroep met zorgverleners in de thuiszorg regio Aarschot en Diest en aangevuld met een telefonisch interview met een huisarts. Zowel de focusgroep als het telefonisch interview hadden tot doel om bijkomende inzichten in de bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van de richtlijn ‘Streven naar een fixatiearme thuiszorg’ te verwerven.

De verschillende thuiszorgactoren uit Vlaams-Brabant, regio Diest en Aarschot werden aangeschreven om deel te nemen aan het focusgroepgesprek. De verschillende zorgactoren die in deze studie geïncludeerd werden dienden expertise te hebben in de problematiek van fixatie en vrijheidsbeperkende maatregelen, de thuiszorg en de transmurale zorg. De participanten in de focusgroep waren géén leden van het expertenpanel. De focusgroep werd gemodereerd door één onderzoeker door middel van een topic-lijst. Deze topic-lijst werd opgesteld op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek en verfijnd binnen de onderzoeksgroep. Het focusgroepinterview werd opgenomen en er werden notities gemaakt door één observator. Een andere onderzoeker beluisterde de focusgroep en vulde aan. De inhoud van de uitgeschreven tekst werd thematisch geanalyseerd.

Deelnemers aan de focusgroep waren:

- Adjunct hoofdverpleegkundige WGK in de regio Diest
- Domeinverantwoordelijke ziekenhuisbezoeken WGK Vlaams-Brabant
- Huisarts
- Verzorgende Familiehulp
- Verpleegkundige Solidariteit voor het Gezin
- Zelfstandig Kinesitherapeut

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat er ook een focusgroep met ervaringsdeskundigen en mantelzorgers zou worden georganiseerd. In samenwerking met het Vlaams Expertisepunt Mantelzorg en via hen de verschillende mantelzorgverenigingen, Familiehulp, Landelijke thuiszorg en het Wit-Gele Kruis werd actief op zoek gegaan naar potentiële kandidaten. Niettegenstaande diverse strategieën om mogelijke kandidaten te rekruteren, werden er geen mantelzorgers of ervaringsdeskundigen bereid gevonden om aan het onderzoek deel te nemen. De gevoeligheid van het onderwerp kan hiertoe mogelijks hebben bijgedragen.

De resultaten van de literatuurstudie en de focusgroep werden aan de hand van de 'Integrated checklist of determinants of practice' (TICD checklist) (23) geïntegreerd in een raamwerk dat de barrières en facilitators ordent. In het expertenpanel werden deze resultaten besproken en bestudeerd aan de hand van het logisch model van het probleem (zie bijlage 10.1 p. 32).

3.1.2 Logisch model van verandering

In de tweede stap van IM werd een logisch model voor verandering ontwikkeld, gebaseerd op de resultaten van de eerste stap. Dit model specifieerde wie wat moet veranderen om het gezondheidsprobleem te beheersen. 'Het analyseren van de zorgsituatie en een weloverwogen besluitvorming, voordat fysieke fixatie wordt toegepast in de thuiszorg' werd in dit project als algemene doelstelling vooropgesteld.

Om dit te bereiken, werden de resultaten en doelstellingen van het programma gespecificeerd en werd er per noodzakelijke gedragsverandering een matrix ontwikkeld en vervolgens gevalideerd door het expertenpanel. De matrices formuleerden zeer concreet wat er moet veranderen op individueel, interpersoonlijk en organisatorisch niveau en vormden dus de onmiddellijke doelen van de interventies van het multicomponent-programma.(22) In bijlage 10.2 p.33 is het logisch model van verandering opgenomen.

3.1.3 Selecteren van theorie gebaseerde interventie methodieken en praktische toepassingen

Op basis van de ontwikkelde matrices werd er gezocht naar theoretische methoden (behavioural- of change theories) om de beoogde gedragsveranderingen te bekomen. Deze theorieën verklaren waarom en hoe gedrag kan veranderen. Vanuit deze theorieën werden er programmacomponenten geïdentificeerd die de gedragsveranderingen kunnen initiëren. De verschillende componenten werden gekozen op basis van wetenschappelijke literatuur en het handboek 'Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach'. (22) Gedurende heel dit proces werd er rekening gehouden met de relevante determinanten, evidentie voor de theoretische methoden, de context waarin de praktijkrichtlijn werd geïmplementeerd, de volgorde van de verschillende programmacomponenten, de boodschap die verspreid diende te worden en de toepasbaarheid van het programma (zie bijlage 10.3 p.34). (22)

3.1.4 Programma ontwikkeling

Deze stap van IM had tot doel om het multicomponent-programma te ontwikkelen. De verschillende programma-componenten werden in hun praktische vorm uitgewerkt door de onderzoeksgroep. Daarna werd het multicomponent-programma geëvalueerd in een pilootstudie. (22)

Pilootstudie

Om na te gaan of het multicomponent-programma leidde tot de implementatie van de praktijkrichtlijn in de thuiszorg werd er een pilootstudie opgestart. Voor de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' waren de volgende zorgregio's geselecteerd: Diest, Aarschot, Begijnendijk, Scherpenheuvel, Zichem, Bekkevoort en Tielt-Winge. Alle thuiszorgactoren (zoals verpleegkundigen, verzorgenden, huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten) werden aangeschreven om aan de pilootstudie mee te werken. De zorgverleners ontvingen deelnemersinformatie en een toestemmingsformulier waar het gehele onderzoek en de praktische uitvoering werden toegelicht. Gedurende acht maanden (26 februari 2018 – 31 oktober 2018) werden de deelnemers aan het multicomponent-programma stapsgewijs blootgesteld.

Bij de aanvang van de pilootstudie werd er een informatiesessie (26 februari 2018) georganiseerd, waarin de richtlijn en het multicomponent-programma werden gepresenteerd. De onderzoekers trachtten zelfstandige zorgverleners, directies en de beleidsmedewerkers van de relevante organisaties te motiveren om deel te nemen aan het pilootproject. De zorgverleners die actief met het programma aan de slag gingen en een training hadden gevolgd om een ambassadeur fixatiearme thuiszorg te worden, maakten stapsgewijs per e-mail en website kennis met de verschillende componenten van het programma.

Evaluatie

De pilootstudie werd aan de hand van een procesevaluatie geëvalueerd (31 oktober 2018 – 31 januari 2019). De procesevaluatie richtte zich op de zorgverleners van de deelnemende organisaties en de opgeleide ambassadeurs fixatiearme thuiszorg. De onderzoekers exploreerden in welke mate het uitgerolde multicomponent-programma als realistisch, haalbaar, werkbaar en toepasbaar werd ervaren. Ook werd er nagegaan welke elementen de thuiszorgactoren daarin hadden belemmerd of geholpen.

De evaluatie was een mixed-methods onderzoek, dat bestond uit een kennistest, twee online bevragingen en twee focusgroepen.

Alle zorgverleners actief in de participerende organisaties werden uitgenodigd om een kennistest in te vullen. Deze kennistest had tot doel om na te gaan wat hun kennis van de praktijkrichtlijn was. De kennistest bestond uit 10 kennisvragen over de inhoud van de praktijkrichtlijn.

Bij de ambassadeurs fixatiearme thuiszorg werden er twee online vragenlijsten afgenomen, met als doel de werkcontext van de ambassadeurs en de verschillende componenten van het programma te evalueren. Daarnaast werden er twee focusgroepen georganiseerd met deze ambassadeurs, om na te gaan hoe zij de pilootstudie hadden ervaren.

De resultaten van de kennistest en twee online bevragingen werden verwerkt aan de hand van beschrijvende statistiek. De focusgroepen werden door één onderzoeker gemodereerd aan de hand van een topic-lijst. Deze topic-lijst werd opgesteld op basis van de resultaten van de kennistest en de online bevragingen. De focusgroepinterviews werden opgenomen en er werden notities gemaakt door één observator. De andere onderzoeker beluisterde de interviews en vulde aan. De inhoud van de uitgeschreven teksten werd door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar thematisch geanalyseerd. Daarna werden de resultaten grondig besproken door deze twee onderzoekers en vervolgens in de onderzoeksgroep. De finale resultaten werden op het einde van het onderzoek (24/05/2019) teruggekoppeld aan de participanten van de focusgroep. Er werd nagegaan of zij akkoord gingen met de resultaten en bijkomende zaken werden uitgeklaard (member checking).

4 Resultaten

4.1 Multicomponent-programma

Het multicomponent-programma vertrok vanuit drie belangrijke pijlers:

1. Het verspreiden en toegankelijk maken van de richtlijn.
2. Het verbeteren van de kennis en het bewustzijn van zorgverleners.
3. De voorbereiding op het behoud van de implementatie.

In totaal omvatte het programma acht praktische componenten: een website, de sociale media, een promotiefilm, een flyer, een samenvatting van de richtlijn, een fysieke fixatiefiche, de tutorials en een opleiding tot 'ambassadeur fixatiearme thuiszorg' met twee intervisies (Figuur 3).



Figuur 3: Multicomponent-programma voor de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg'.

Om de praktijkrichtlijn te verspreiden en om zorgverleners te sensibiliseren vormde de **website** www.fixatiearmezorg.be een belangrijke component van het programma. Deze website vormde de centrale plaats waar zorgverleners in de eerstelijnszorg informatie omtrent fysieke fixatie konden terugvinden. Door een website aan te maken werden belangrijke determinanten aangepakt zoals de toegankelijkheid van de praktijkrichtlijn, het bewustzijn, communicatie en ondersteuning bij het gebruik van de richtlijn.

Een ander component van het programma waren **sociale media**, met name facebook en twitter #fixatiearmezorg. Het doel van het inzetten op sociale media was het bewustzijn van de zorgverlener ten aanzien van fysieke fixatie te verbeteren, de praktijkrichtlijn toegankelijker te maken en het project 'Fixatiearme thuiszorg' breed te verspreiden.

Met het **promotiefilmpje** werd getracht om zorgverleners bewust te maken van het probleem van fysieke fixatie in de thuiszorg. Het filmpje kaderde kort de definitie en de probleemstelling van fixatie in de thuiszorg. (www.fixatiearmezorg.be > zorgverleners).

Om de praktijkrichtlijn breed te verspreiden en om de kennis van zorgverleners te verhogen, werden er verschillende hulpmiddelen ontwikkeld, die zorgverleners konden ondersteunen in het gebruik van de

praktijkrichtlijn (www.fixatiearmezorg.be > zorgverleners): de flyer, de samenvatting van de praktijkrichtlijn, de fysieke fixatiefiche en de tutorials.

- De **flyer** voor zorgverleners had tot doel om zorgverleners te ondersteunen in het open communiceren over fysieke fixatie met mantelzorger, patiënt en familie.
- De **samenvatting van de praktijkrichtlijn** trachtte de praktijkrichtlijn toegankelijker en werkbaarder te maken. Het was eveneens een werkinstrument om de zorgverleners te begeleiden in het besluitvormingsproces en het verantwoord gebruik van fysieke fixatie.
- De **fysieke fixatiefiche** had tot doel om zorgverleners in de thuiszorg te ondersteunen in het duidelijk rapporteren van het besluitvormingsproces inzake fysieke fixatie in de thuiszorg.
- De **tutorials** werden ontwikkeld om de kennis van zorgverleners te verhogen. Hierin werden de praktijkrichtlijn en het stroomdiagram stap voor stap toegelicht (www.fixatiearmezorg.be > zorgverleners > tutorials praktijkrichtlijn).

Een andere component van het programma was de **opleiding ambassadeurs fixatiearme thuiszorg**. De ambassadeurs speelden een cruciale rol in het project. Zij fungeerden als centraal aanspreekpunt voor hun collega's in het besluitvormingsproces m.b.t. fysieke fixatie in de thuiszorg. Hun belangrijkste functie bestond erin ondersteuning te bieden aan collega zorgverleners in het gebruik van de praktijkrichtlijn. De opleiding wilde de ambassadeurs op deze functie voorbereiden door hun kennis en competenties in dit domein te vergroten. In de opleiding stond het gebruik van de praktijkrichtlijn, coachen en motiveren centraal. In overeenstemming met het expertenpanel werd er voor de haalbaarheid geopteerd om de opleiding te beperken tot één dag. Om de ambassadeurs te ondersteunen werden er gedurende de implementatiefase **twee intervisies** georganiseerd. Deze intervisies trachtten de deskundigheid van de ambassadeurs te bevorderen, door samen te denken over persoon- en functiegebonden vraagstukken en knelpunten uit eigen werkcontext of ervaringen. De inhoud van beide intervisies werd afgestemd op de noden van de ambassadeurs (www.fixatiearmezorg.be > zorgverleners > Ambassadeurs fixatiearme thuiszorg). Mogelijke ambassadeurs waren professionele zorgverleners (huisarts, verpleegkundige, ergotherapeut, kinesitherapeut), werkzaam in de eerstelijnszorg, en gemotiveerd om de functie ambassadeur uit te oefenen en met ervaring in het coachen van collega's. In totaal werden er vijftien zorgverleners opgeleid tot ambassadeur fixatiearme thuiszorg.

4.2 Evaluatie

Het multicomponent-programma werd aan de hand van een kennistest, twee online bevragingen (evaluatie multicomponent-programma en evaluatie werkcontext) en twee focusgroepen geëvalueerd.

4.2.1 Kennistest

In totaal vulden 73 zorgverleners van de deelnemende organisaties de kennistest in, waarvan 13 ambassadeurs. De participerende zorgverleners waren voornamelijk vrouwen (n=71), en hadden een gemiddelde leeftijd van 41,5 jaar. De meerderheid van de deelnemers waren zorgkundigen (n=23), verzorgenden (n=22) en verpleegkundigen (n=20). Twaalf zorgverleners hadden een leidinggevende functie en alle personen werkten in dienstverband (Tabel 1).

De ambassadeurs scoorden merkbaar hoger qua kennis (29/31) dan de niet-ambassadeurs (23/31). De spreiding van de resultaten was groter bij de niet-ambassadeurs (SD=4,33) dan bij de ambassadeurs (SD=1,9) (Tabel 1). De niet-ambassadeurs scoorden voornamelijk minder goed op vragen die gaan over

de alternatieven voor fysieke fixatie en het wetgevend kader voor fysieke fixatie in de thuiszorg. De volledige resultaten zijn opgenomen in bijlage 10.4 p.35.

Tabel 1: Demografische variabelen en resultaten kennistest.

	Totaal (n=73) (%)	Niet ambassadeurs (n=60) (%)	Ambassadeurs (n=13) (%)
Demografische variabelen:			
Geslacht			
Vrouw	71 (97%)	58 (97%)	13 (100%)
Man	2 (3%)	2 (3%)	0
Gemiddelde leeftijd (jaar)	41,5	39,8	47,9
Discipline			
Zorgkundige	23 (32%)	23 (38%)	0
Verpleegkundige	20 (27%)	11 (19%)	9 (69%)
Ergotherapeut	3 (4%)	0	3 (23%)
Verzorgende	22 (30%)	22 (37%)	0
Maatschappelijk werker	2 (3%)	2 (3%)	0
Onbekend	3 (4%)	2 (3%)	1 (8%)
Leidinggevende			
Ja	12 (16%)	6 (10%)	6 (46%)
Neen	61 (84%)	54 (90%)	7 (54%)
Statuut			
Dienstverband	73 (100%)	60 (100%)	13 (100%)
Hoogst behaalde diploma			
Secundair diploma	39 (53%)	39 (65%)	0
HBO5 diploma (vroeger A2, gebrevetteerd, gediplomeerd)	16 (22%)	13 (22%)	3 (23%)
Bachelor diploma (vroeger A1, gegradueerd)	15 (21%)	5 (8%)	10 (77%)
Bachelor na bachelor	2 (3%)	2 (3%)	0
Master diploma (vroeger licentiaat)	1 (1%)	1 (2%)	0
Gemiddelde werkervaring in thuiszorg (jaar)	13,4	12,3	18,1
Resultaten kennistest:			
Mediaan	24/31	23/31	30/31
Gemiddelde	24/31	23/31	29/31
Standaarddeviatie	5	4,33	1,9
Min. Score	7/31	7/31	24/31
Max. score	31/31	31/31	31/31

4.2.1 Online evaluatie van het multicomponent-programma

Tien van de vijftien ambassadeurs vulden de evaluatie van het multicomponent-programma in. De uitgebreide evaluatie van de verschillende componenten van het programma is opgenomen in bijlage 10.5 p.56.

De **website** werd door alle tien ambassadeurs bezocht. De ambassadeurs vonden deze logisch en duidelijk opgebouwd (n=10), de website verhoogde hun bewustzijn rondom de problematiek (n=10) en ondersteunde zorgverleners in de dagelijkse praktijk (n=9). In 2018 had de website gemiddeld 86,7 unieke bezoekers per maand, 2,9 per dag en 21,7 per week. In 2019 waren er gemiddeld 70,2 unieke bezoekers per maand, 2,3 per dag en 17,6 per week.

Vijf ambassadeurs bezochten de **sociale mediapagina's** van het project (Twitter en Facebook). Volgens deze ambassadeurs verhoogden deze pagina's het bewustzijn (n=4), ondersteunden ze zorgverleners (n=4) en gaven ze extra informatie over de laatste nieuwe ontwikkelingen omtrent fixatie in de thuiszorg (n=4). In 2018 hadden berichten op Facebook een gemiddeld bereik van 83,3 personen, met een gemiddeld bereik per maand van 263,8 personen. In 2019 hadden berichten op Facebook een iets groter gemiddeld bereik per bericht van 104 personen, met een gemiddeld maandelijks bereik van 234 personen. In 2018 had de Twitterpagina van fixatiearme zorg gemiddeld 30,5 bezoeken per maand. In 2019 was dit aantal licht gedaald naar gemiddeld 26 bezoeken per maand.

Het **promotiefilmpje** werd door negen ambassadeurs bekeken, waarvan zes personen dit ook hebben verspreid binnen hun organisatie. Het promotiefilmpje vergrootte het bewustzijn (n=7) en motiveerde om mee te werken aan een fixatiearme thuiszorg (n=8).

In totaal gaven acht ambassadeurs aan dat zij de **flyer** gebruiken, zeven personen hebben de flyer verspreid binnen hun organisatie. De flyer verhoogde het bewustzijn van mantelzorgers, familie en patiënt (n=8) en ondersteunde zorgverleners om open te communiceren over fysieke fixatie (n=8).

De **samenvatting van de praktijkrichtlijn** werd door negen ambassadeurs gebruikt, waarvan acht personen de samenvatting hebben verspreid binnen hun organisatie. De samenvatting vergrootte het bewustzijn rondom de problematiek van fixatie (n=8), is begrijpelijk (n=7) en ondersteunde zorgverleners in het omgaan met de vraag naar fysieke fixatie (n=7). Er was geen consensus over de haalbaarheid en handigheid van de samenvatting. Eveneens was er geen consensus over de ondersteuning die de samenvatting bij de analyse van de zorgsituatie en het besluitvormingsproces bood.

Zeven personen bekeken de **fysieke fixatiefiche**, waarvan vijf ambassadeurs de fiche in hun organisatie hebben gebruikt. De fysieke fixatiefiche was duidelijk (n=7), volledig (n=5), toegankelijk (n=7) en ondersteunde (n=7) zorgverleners om de zorgsituatie en het besluitvormingsproces te documenteren (n=6).

De **tutorial over de praktijkrichtlijn** werd door acht ambassadeurs bekeken. Hiervan hebben zes personen deze gebruikt binnen hun organisatie. De tutorial over de praktijkrichtlijn was duidelijk (n=8), vergrootte het bewustzijn (n=8) en ondersteunde (n=7) en motiveerde (n=7) om de praktijkrichtlijn te gebruiken.

Vijf ambassadeurs bekeken de **tutorial over het stroomdiagram**, vier ambassadeurs gebruikten deze tutorial binnen hun organisatie. Uit de analyse bleek dat deze tutorial de ambassadeurs ondersteunde

in de dagelijkse praktijk (n=5), hen motiveerde (n=5) en meer verduidelijking gaf over het gebruik van het stroomdiagram (n=5).

De **opleiding ambassadeur fixatiearme thuiszorg** heeft ervoor gezorgd dat alle ambassadeurs zich meer bewust zijn van de problematiek van fixatie (n=10). De opleiding ondersteunde (n=9) en motiveerde (n=8) de zorgverleners om de praktijkrichtlijn te gebruiken. Door de opleiding kregen zij tips om collega's te ondersteunen (n=8) en om een vertrouwensrelatie op te bouwen met patiënt, mantelzorger en familie (n=6). Zij waren na de opleiding beter in staat om feedback te geven (n=10) en om te gaan met weerstand van collega's (n=9), patiënten, mantelzorgers en familie (n=6).
Binnen deze opleiding werden er **twee intervisies** aangeboden. De intervisies hielpen de ambassadeurs het wetgevend kader rond fysieke fixatie in België te begrijpen (n=9). Ze gaven hen meer inzicht in de alternatieven voor het gebruik van fixatie (n=8). Daarnaast konden de ambassadeurs tijdens intervisies feedback geven aan collega's (n=7) en omgaan met weerstand (n=7). De intervisies motiveerden, inspireerden en hielpen zorgverleners om hun rol als ambassadeur uit te voeren. Binnen deze intervisies was het volgens de ambassadeurs relevant om ervaringen met elkaar te delen.

4.2.1 Online evaluatie werkcontext

Aan de online bevraging over de context namen twaalf ambassadeurs deel (respons rate 80%). In bijlage 10.6 p.62 zijn de uitgebreide resultaten opgenomen.

De meerderheid van de ambassadeurs (n=10) gaf aan dat zij minder dan vier uur per maand **spendeerden aan hun functie als ambassadeur fixatiearme thuiszorg**.

Wanneer de ambassadeurs gecontacteerd werden, hadden de vragen voornamelijk betrekking op de bewustwording, de vraag naar fysieke fixatie en het besluitvormingsproces.

De meerderheid van de ambassadeurs ervaarden geen **weerstand** van collega's, patiënten, mantelzorgers of familie bij het gebruik van de praktijkrichtlijn (n=10). De twee ambassadeurs die wel weerstand ervaarden gaven aan dat dit voornamelijk ging over bewustwording van de problematiek van fysieke fixatie in de thuiszorg.

Negen ambassadeurs ervaarden geen **barrières** bij zorgverleners bij het gebruik van de praktijkrichtlijn. Volgens drie ambassadeurs ervaarden de zorgverleners de complexiteit van het stroomdiagram als een barrière. **Facilitators** voor het gebruik van de praktijkrichtlijn waren voornamelijk de tutorial van de praktijkrichtlijn en de bewustwording van de problematiek van fysieke fixatie in de thuiszorg. Factoren die de ambassadeurs hebben geholpen bij het implementeren van de richtlijn in hun organisatie waren de praktijkrichtlijn, het organiseren van vormingen en inzetten op bewustwording door het identificeren van zorgvragers die gefixeerd werden.

De ambassadeurs gaven aan dat zij gedurende de eerste maanden van het pilootproject voornamelijk hebben ingezet op bewustwording.

4.2.2 Focusgroepen

In totaal participeerden negen ambassadeurs in de focusgroepen. Het multicomponent-programma werd over het algemeen als 'goed' ervaren door de ambassadeurs. Uit de focusgroepen bleek dat de ambassadeurs de meerwaarde van de verschillende componenten van het programma erkennen. Deze componenten boden ondersteuning in het realiseren van een fixatiearme thuiszorg en vergrootten het bewustzijn van de ambassadeurs. Het voortdurend opvolgen en blijvend herhalen van het belang van

een fixatiearme thuiszorg vanuit de onderzoeksgroep werd door de ambassadeurs als een belangrijke facilitator ervaren.

'Voortdurende opvolging heeft mij wel geholpen – niet loslaten. Opvolging, bevragen en uitnodiging'

'Wat er is uitgewerkt is mooi en heel veel; maar het mag er niet bij blijven – het is mooi, goed ontwikkeld – veel materiaal, goed materiaal – niet stoppen.'

'Als dat nu stopt, het is zo mooi, het zou moeten kunnen verder gezet worden, beheerd worden, af en toe iets nieuws op komen'

De ambassadeurs fixatiearme thuiszorg gaven aan dat er ook belangrijke noden en uitdagingen zijn voor het multicomponent-programma. Deze noden en uitdagingen bevonden zich op vijf niveaus: (1) het multicomponent-programma, (2) de complexiteit van het gezondheidszorgsysteem, (3) het implementatieproces, (4) de leidinggevenden, directie en beleid en (5) de terminologie.

(1) Het multicomponent-programma

De verschillende componenten van het programma dienden voor de ambassadeurs herkenbaar, compact, kort en bondig te zijn. Hierdoor werd de flyer om open te communiceren met patiënt, familie en mantelzorger veel gebruikt. De ambassadeurs percipieerden het stroomdiagram als te complex, waardoor de ambassadeurs er minder snel naar grepen. De fysieke fixatiefiche werd dan weer goed geëvalueerd, omdat de ambassadeurs aangaven dat zij gewoon zijn om met een checklist te werken.

'De folders zijn veel gebruikt en uitgedeeld. Omdat het compact is en kort en bondig samengevat. We hebben die dan gekopieerd en zo verspreid'

'Het stroomdiagram hé. Ik zie mij er niet mee werken. Er is iets dat mij tegenhoudt. Ik vind het veel te omslachtig. Het is sowieso druk, laat staan dat er iets is dat niet praktisch is. Dat houdt tegen.'

'Weet ge met zo een fiche zijn wij gewoon om mee te werken. Dat is zoiets dat we gewoon zijn.'

De bruikbaarheid en de aanspreekbaarheid van de verschillende componenten waren ook belangrijke facilitators. Zo werden de tutorials ervaren als handig in het gebruik en sloten de casussen aan bij hun werkcontext. Sociale media werd dan weer minder goed ervaren, omdat het volgens de ambassadeurs minder vertaalbaar was naar eigen context.

'Tutorials zijn heel handig, je krijgt de richtlijn op een leuke manier uitgelegd, alsook de casussen spreken tot de verbeelding.'

'Ik ben ook zo niet social media. Daar heb ik niet naar gekeken en dat trekt mij absoluut niet aan, misschien voor de jongeren'

(2) Complexiteit van het gezondheidszorgsysteem

Een andere uitdaging volgens de ambassadeurs was de complexiteit van het gezondheidszorgsysteem. De ambassadeurs omschreven de thuiszorg in België als gefragmenteerd. Daarom was het niet eenvoudig om alle verschillende zorgverleners zoals zelfstandige verpleegkundigen, huisartsen, kinesitherapeuten te betrekken. Een gedragen visie over de realisatie van een fixatiearme thuiszorg en werken met uniforme documenten zoals de registratie van fixatie in de thuiszorg waren hierbij noodzakelijk.

'Op langere termijn ook andere soorten hulpverleners mee te nemen. Zelfstandigen, het probleem hier is de verspreidbaarheid, allemaal individueel opleiden, kinesisten, artsen, de thuiszorgwinkels, de ergotherapeuten. Dat ze ook mee zijn in het verhaal.'

'Wij moeten het willen doen, maar als de andere hulpverleners niet mee zijn in het verhaal blijven we vastzitten in de fixatiecirkel.'

De ambassadeurs gaven aan dat zij nood hebben aan een goede samenwerking met duidelijke afspraken tussen de verschillende zorgverleners. Zo was het voor de ambassadeurs nog onduidelijk wie het voortouw neemt in de organisatie van een patiëntenbespreking en wie welke rol opneemt binnen deze bespreking. De ambassadeurs vonden het zeer moeilijk om een multidisciplinair overleg te organiseren met alle betrokken actoren. Door het niet gelijklopen van de jobs, verschillende agenda's en prioriteiten vroeg het zeer veel tijd en energie om een overlegmoment vast te leggen.

'Wat ik wel mis, oké we zitten hier met verschillende organisaties. Wij mogen fixeren, maar wij werken samen met zorgkundigen. Hoe gaat die samenwerking verdergaan?'

'Het overleg op korte tijd zal een uitdaging worden. We zijn niet alleen bij een patiënt/ overleg moet je zien over 2-3 maanden. Hoe pak je dat aan? Iedereen is overvraagd. Wie gaat dat organiseren, waar gaat dat plaatsvinden? Binnen een organisatie kan je dat wel uitwerken, maar we zijn niet alleen.'

Het wetgevend kader werd door de ambassadeurs doorheen heel de pilootstudie ervaren als een belangrijke barrière. Uitsluitend artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen (mits voldaan aan de voorwaarden) en mantelzorgers (mits mantelzorgattest) mogen fixeren indien nodig. Een ambassadeur gaf aan dat het wettelijk kader enige voorzichtigheid vraagt. Gezien een mantelzorger (mits mantelzorgattest) wel mag fixeren en een verzorgende niet, had dit invloed op het zelfbeeld en het zelfvertrouwen van de verzorgenden.

'Ik hoor zeggen de theorie is heel mooi, ik vind hier dat hij heel begrenzend is voor de thuiszorg. Verzorgenden hebben het gevoel van zich overbodig maken, als we de richtlijn strikt gaan toepassen. Je mag niemand meer naar het toilet brengen, want daarna mag je de persoon niet meer terug naar zijn bed brengen, met de bedsponden naar omhoog.'

'Theorie en praktijk voor verzorgende ligt ver uit elkaar. Er moet aan gewerkt worden in de toekomst. Zij gaan op de duur minder mogen dan de mantelzorger.'

'Ik was steeds gefrustreerd. Ik zit met meer vragen dan antwoorden. Wij moeten dat nu gaan verder briefen maar ik kan niet verder. Het roept heel veel vragen op. Wij hebben schrik dat het ongerustheid gaat geven en een stuk spontaniteit gaat wegnemen. Want heel veel verzorgenden gaan denken 'dat mogen we niet' etc. Het is tot het absurde toe, en dit is weer iets dat erbij komt.'

(3) Implementatieproces

Er zijn ook binnen het implementatieproces uitdagingen en noden. De ambassadeurs gaven aan dat zij blijvend nood hebben aan opvolging. Zo werden de intervisies positief ervaren, omdat ze hen continu prikkelden om te werken aan een fixatiearme thuiszorg. Ook de mails en het telefonisch contact tussen onderzoeker en ambassadeurs werden als stimulerend en motiverend ervaren.

'Vanuit de intervisies is er terug het vuur in gekomen. Ook de alternatieven. Vanuit de intervisies is die dynamiek er terug in gekomen'

'Dan word je ongedwongen gedwongen om er mee bezig te zijn'

'Jullie stellen vragen 'waar ben je mee bezig, hoe ver staan jullie?'. En dan beginnen wij na te denken, hoe gaan we het aanpakken?'

De ambassadeurs vonden het niet eenvoudig om een veranderingsproces te faciliteren binnen een organisatie. Daarom vonden zij het belangrijk om eerst klein te starten met de implementatie van een fixatiearme thuiszorg, om daarna stelselmatig uit te breiden binnen hun organisaties. Het hele proces vroeg inspanningen en tijd van alle betrokkenen. Heel het implementatieproces moest goed doordacht uitgewerkt worden, alvorens van start te gaan. Daar diende rekening mee gehouden te worden bij het bepalen van een implementatieperiode. Deze pilootstudie werd door alle ambassadeurs als te kort ervaren. Momenteel hebben de ambassadeurs binnen hun organisatie uitsluitend gewerkt aan bewustwording.

'Ik denk dat het belangrijk is voor ons om dat we vanuit de werkgroep vandaar vertrekken en het zo stelselmatig op de werkvloer verspreiden.'

'Het is zo een korte periode om het te realiseren. En het vraagt allemaal veel meer tijd om ons meer bewust te worden en om alles te laten bezinken. En ook voor een organisatie heb je veel te weinig tijd om iets te implementeren. Daar heb je juist tijd voor een bewustwording, maar daar stopt het ook mee.'

'Er moet over nagedacht worden. Waar ga je het plaatsen, hoe ga je het aanpakken? Het is een belemmering nu - wordt wel opgelost. Maar het vraagt wel meer tijd. We hebben gewoon meer tijd nodig.'

(4) Leidinggevenden, directie en beleidsmedewerkers

Om een veranderingsproces uit te kunnen dragen binnen een organisatie, gaven de ambassadeurs in de focusgroepen aan dat zij nood hebben aan betrokkenheid, ondersteuning en gedragenheid door leidinggevenden, directie en beleidsmedewerkers. Om dit geheel te realiseren vonden de ambassadeurs het belangrijk dat er een gedragen visie en aanpak vanuit de directie is.

'De directie is nog niet mee. Wij moeten die mee hebben in het verhaal, om het te kunnen uitdragen. Wij zijn nu ook een visie of beleid aan het uitschrijven. Dat is de drempel geweest om verder te gaan, een volledig concept hebben, iedereen moet mee zijn, ook de directie, het moet gedragen worden. Het heeft geen nut om het van onder te implementeren. Het moet gedragen worden vanuit de organisatie en de directie.'

'Ik sta er nu alleen voor, maar als het op punt staat kan ik ermee verder gaan. Dan is het gemakkelijker. Naar de directie met iets dat nog niet op punt staat is ook niet gemakkelijk'

(5) Terminologie

Er was nood aan eenduidige terminologie voor fysieke fixatie. 'Fysieke fixatie' was volgens de ambassadeurs niet allesomvattend, zij gaven aan dat zorgverleners voornamelijk aan de extreme elementen dachten. De term 'fysieke fixatie' heeft een negatieve connotatie, waardoor zorgverleners aangaven dat zij deze niet toepasten. De ambassadeurs vonden dat de termen 'vrijheidsberoving' of

'vrijheidsbeperking' veel meer de lading dekten. De ambassadeurs waren van mening dat het in de thuiszorg verder gaat dan louter fysieke fixatie (bv: chemische fixatie). De gekozen term diende uniform omschreven en gebruikt te worden.

'Term fixatie en vrijheidsberovende middelen, mijn voorkeur gaat meer naar vrijheidsberovende middelen, dan fixatie, ook als je dat met de mensen bespreekt. De deur of kamer op slot doen, mensen zien dit niet als fixatie. Als je spreekt van vrijheidsberovende middelen, dat is meer omvattend dan fixatie. Ook het gebruik van middelen om te voorkomen dat iemand naar boven gaat. Niet iedereen ziet dit als fixatie.'

'Fixatiearme thuiszorg ligt wel goed in de mond. Vrijheidsbeperkende arme thuiszorg dat spreekt niet gemakkelijk. Dus de term bekt beter. De term blijft ook beter hangen, maar dan moet je weten 'waar gaat het over'.'

5 Discussie

De verschillende resultaten tonen aan dat de ontwikkeling van een multicomponent-programma noodzakelijk is om de praktijkrichtlijn te implementeren in de thuiszorg. De verschillende componenten van het programma werden als positief ervaren en geëvalueerd. De componenten die herkenbaar, compact, kort en bondig zijn zoals de fysieke fixatiefiche, tutorials en flyer werden het best geëvalueerd. De ambassadeurs gaven aan dat door verschillende componenten (voornamelijk de website, de tutorials, de opleiding tot ambassadeur fixatiearme thuiszorg en de intervisies) hun kennis over en bewustzijn van de problematiek rond fysieke fixatie in de thuiszorg duidelijk was toegenomen. Op de kennistest over de praktijkrichtlijn, scoorden de ambassadeurs merkbaar hoger dan de zorgverleners die niet zijn opgeleid tot ambassadeur. De ambassadeurs vonden de continue opvolging vanuit de onderzoeksgroep, de belangrijkste meerwaarde van het multicomponent-programma.

Tijdens de pilootstudie bleken er ook een aantal barrières voor het toepassen van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' in de praktijk te worden ervaren. Er werd verwezen naar het gebrek aan betrokkenheid van leidinggevenden, directies en beleidsmedewerkers, de beperkte implementatietijd, het als ambassadeur niet beschikken over het mandaat om een veranderingsproces te faciliteren, de beperkte betrokkenheid van alle stakeholders zoals patiënt, mantelzorger en zelfstandige zorgverleners, de beperkte kennis over de term fysieke fixatie, het gebrek aan goede samenwerking in de eerstelijnszorg en het gemis van een werkbaar wetgevend kader voor fysieke fixatie in België.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen waardoor de resultaten met enige voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Vooreerst werden leidinggevenden, directies en beleidsmedewerkers onvoldoende bij de ontwikkeling van het multicomponent-programma betrokken. Hierdoor werd fysieke fixatie mogelijks niet als prioriteit gezien binnen de organisatie en kregen de ambassadeurs onvoldoende ondersteuning vanuit het management om het veranderingsproces te faciliteren. Uit de procesevaluatie blijkt dat de betrokkenheid van deze groep cruciaal is binnen een implementatieproces. Literatuur onderstreept eveneens het belang van de betrokkenheid van leidinggevenden, directies en beleidsmedewerkers bij de implementatie van richtlijnen. (21,24–28)
Een andere beperking van het onderzoek was de relatief korte implementatieperiode. Een voorwaarde om een veranderingsproces te faciliteren is een voldoende lange implementatieperiode. Door deze korte implementatieperiode hebben we onvoldoende tijd gehad om de praktijkrichtlijn aan de hand van het multicomponent-programma te doen landen in de praktijk. Ook uit de evaluaties bleek dat de implementatieperiode van acht maanden te kort was waardoor de ambassadeurs alleen of voornamelijk rond bewustwording konden werken. Een organisatie heeft voldoende tijd nodig om alle partijen bewust te maken van de noodzaak om naar fixatiearme zorg te streven en om vervolgens op een gedragen manier een veranderingsproces op te starten. (21,24-35)
Een andere limitatie van deze studie heeft te maken met de wijze waarop de kandidaten geselecteerd werden voor de opleiding 'ambassadeur fixatiearme thuiszorg'. Niettegenstaande de vooropgestelde selectiecriteria (o.a. gerelateerd aan motivatie, coaching vaardigheden, ervaring met veranderingsprojecten, leiderschap), hebben niet alle deelnemende organisaties hun ambassadeurs op basis van deze competenties geselecteerd. Sommige ambassadeurs gaven aan dat zij niet het mandaat hadden om een veranderingsproces binnen hun organisatie te faciliteren. Eerdere studies tonen aan dat het gebrek aan de juiste competenties of expertise bij de betrokken zorgverleners het implementatieproces belemmert. Ook het identificeren van invloedrijke 'champions', die gerespecteerd

en vertrouwd worden door hun collega's hebben een positieve impact op de implementatie van verandering. Een zorgvuldige selectie van ambassadeurs op basis van strikte competenties is noodzakelijk om het succes van het implementatieprogramma te verhogen. (21,24-26,28,31,32,34–37) Een laatste beperking betreft de beperkte vertegenwoordiging van de patiënten, mantelzorgers en zelfstandige zorgverleners in het project, niettegenstaande de verschillende genomen initiatieven om deze doelgroepen actief te betrekken. Voor dit project was de betrokkenheid en het algemeen bewustzijn bij patiënten en mantelzorgers belangrijk. Vaak zijn mantelzorgers vragende partij naar fysieke fixatie. Het onvoldoende rekening houden met de noden van deze doelgroep, kan het implementatieproces belemmerd hebben. Het inzetten op de bredere bewustwording van het begrip, het probleem en de gevolgen van het gebruik van fysieke fixatie in de thuiszorg is reeds uitvoerig gedocumenteerd. (7,9–13,38) Ook bij de zorgverleners merkten we dat de terminologie van fysieke fixatie nog onvoldoende gekend is. Uit de resultaten bleek dat de term fysieke fixatie een negatieve connotatie heeft en niet allesomvattend is. Het gebruik van deze term in het project kan verklaren waarom een aantal zorgverleners het probleem van fysieke fixatie onvoldoende erkenden en dus niet wilden deelnemen aan de pilootstudie. Binnen dit onderzoek werden diverse niet-financiële incentives aangeboden (bv. publieke erkenning op de website en toegang tot een gratis opleiding) om zorgverleners te motiveren deel te nemen aan de pilootstudie. Financiële incentives (bv. overheidssubsidies voor het gebruik van nieuwe interventies of processen) zouden zorgverleners mogelijks kunnen motiveren in het gebruik van nieuwe richtlijnen. Ook samenwerken met verschillende stakeholders en een goede coördinatie van deze samenwerking zijn cruciaal voor het implementatieproces in de eerstelijnszorg. (21,24,26,28,29,34,35,37,39)
Tot slot leerde het project ons dat zorgverleners een lacune in de huidige wetgeving ervaren. Momenteel mogen uitsluitend artsen (Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen 10 mei 2015) (40), verpleegkundigen (KB 18 juni 1990) (41), zorgkundigen (in een gestructureerde equipe) (KB 12 januari 2006) (42) en mantelzorgers (mits mantelzorgattest) (Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen 10 mei 2015) (40) fysieke fixatie toepassen. De betrokken zorgverleners die samenwerken met verzorgenden en paramedici uitten hun bezorgdheid hieromtrent. In acute situaties en rekening houdend met de complexiteit van de thuiszorg, is deze situatie in hun ogen onwerkbaar. Literatuur geeft aan dat de aanwezigheid van een verplicht lokaal en nationaal beleid, alsook een passend wetgevend kader fungeren als krachtige activators. Onduidelijkheid over ieders rol, verantwoordelijkheid en taken binnen het implementatietraject vormt in deze context een duidelijke barrière. Bezorgdheden over minder autonomie en vertrouwen belemmeren ook in algemene zin de implementatie van verandering. (21,24,29,33–35)

Om het multicomponent-programma te ontwikkelen werd er gebruik gemaakt van Intervention Mapping (IM). Het doorlopen van de verschillende stappen van deze methodiek was tijdrovend. Toch was het systematisch ontwikkelen van een multicomponent-programma een essentiële sterkte en meerwaarde van dit onderzoek. IM combineert innovatieve en traditionele ontwikkelingsstrategieën in een systematische benadering, die coherent is met het MRC-raamwerk. (22,43,44) Door deze aanpak te gebruiken, pasten we vier perspectieven toe doorheen alle stappen van het ontwikkelingsproces. Met het (a) participatie-perspectief betrokken we de doelgroep en de programma-gebruikers. (b) Door het multi-theorieperspectief werden wij als onderzoekers gestimuleerd om praktische problemen met meerdere theorieën te benaderen. (c) Het systeem-perspectief stimuleerde ons om interventies te zien als onderdeel van een systeem, met interactie tussen verschillende factoren. (d) Door het ecologische

perspectief trachtte het ontwikkelde programma de impact van de sociale en ecologische omstandigheden op gedrag mee te nemen. Het ontwikkelde multicomponent-programma bevatte duidelijke doelstellingen, methodologieën en gedragsveranderingstheorieën. (22,45)
Een andere sterkte van dit onderzoek was dat het multicomponent-programma is getest bij de beoogde programma-gebruikers. Deze pilootstudie was nuttig om een idee te krijgen van hoe zorgverleners de verschillende componenten hebben ervaren en geëvalueerd. (46,47) De resultaten van de mixed-methods evaluatie helpen om het multicomponent-programma aan te passen aan de behoeften van de programma-gebruikers.

In een volgende fase van het onderzoek dienen de laatste twee stappen van IM doorlopen te worden. Zo zal er in de vijfde stap een implementatieplan ontwikkeld moeten worden, dat zorgorganisaties ondersteunt om het ontwikkelde multicomponent-programma in hun organisatie uit te rollen. In de laatste stap dient er een evaluatieplan ontwikkeld te worden om na te gaan wat het effect is van het multicomponent-programma op de attitude, self-efficacy en kennis van de zorgverleners. Daarnaast moeten we meer inzicht krijgen in het effect van de interventie op het daadwerkelijk gebruik van fysieke fixatie in de thuiszorg.

6 Aanbevelingen

6.1 Algemene aanbevelingen voor het implementeren van een praktijkrichtlijn

Betrek leidinggevenden, directies en beleidsmedewerkers voor een duurzame implementatie

Betrek leidinggevenden, directies en beleidsmedewerkers voor een duurzame implementatie van de praktijkrichtlijn. Voor de start van de implementatie zijn een duidelijke visie, duidelijke doelstellingen, een implementatiestrategie en het stellen van prioriteiten noodzakelijk. Ondersteuning en engagement van leidinggevenden, die het belang van verandering bekrachtigen zijn belangrijk voor het uitdragen en het realiseren van een duurzame implementatie.

Selecteer de juiste ambassadeur fixatiearme thuiszorg

Selecteer zorgvuldig de juiste ambassadeurs fixatiearme thuiszorg. De ambassadeurs spelen een cruciale rol in het implementatieproces; zij dienen de richtlijn in de praktijk te brengen en anderen hierin te leiden. Daarom is het noodzakelijk om de ambassadeurs zorgvuldig te selecteren op basis van voldoende motivatie alsook competenties en criteria zoals coaching vaardigheden, ervaring met veranderingsprojecten, verantwoordelijkheidszin binnen een organisatie en leiderschapskwaliteiten. Zoek hiervoor invloedrijke ‘champions’, die gerespecteerd en vertrouwd worden door hun collega’s.

Neem voldoende tijd voor de implementatie van de praktijkrichtlijn

Neem voldoende tijd om een veranderingsproces te faciliteren. De tijd die een implementatieproces vraagt kan variëren tussen organisaties en ook tussen zelfstandige zorgverleners. Een organisatie dient voorbereid te zijn op de implementatie (bv: trainingen organiseren, patiëntendossier aanpassen, middelen voorhanden hebben) en dient dus tijd te nemen om alle partijen bewust te maken van de noodzaak om naar fixatiearme zorg te streven. Op deze manier zal er een veranderingsproces op een gedragen manier van start gaan en passen in de huidige workflow van een organisatie.

Implementeer op kleine schaal en breid stelselmatig uit

Start eerst kleinschalig met de implementatie van de praktijkrichtlijn. Dit is haalbaar binnen een organisatie en het maakt tevens duidelijk hoe een implementatieproces landt in een team of organisatie. Op deze manier kan er gezocht worden naar een implementatiestrategie die aangepast is aan de context en de huidige workflow. Zorg er steeds voor dat de verantwoordelijke op regelmatige tijdstippen evalueert en bijstuurt.

Betrek alle stakeholders voor een duurzame implementatie

Betrek voldoende belanghebbenden (stakeholders) op verschillende niveaus. Zet hierbij in op het brede bewustzijn van de problematiek van fysieke fixatie in de thuiszorg. Het algemeen bewustzijn kan ervoor zorgen dat de realisatie van een fixatiearme thuiszorg niet botst met de verwachtingen van de patiënt en mantelzorger. Bied verschillende incentives (zoals erkenning, toegang tot een gratis opleiding, gratis ondersteuning tijdens de implementatie, extra financiering) aan om alle mogelijke stakeholders (huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen) te stimuleren om de implementatie van de praktijkrichtlijn te faciliteren.

Belang van goede samenwerking in de eerstelijnszorg

Moedig samenwerking en een goede coördinatie tussen deze stakeholders en diverse organisaties in de eerstelijnszorg aan door in te zetten op een gedragen aanpak en uniforme hulpmiddelen zoals de flyers en de fysieke fixatiefiche. Goede afspraken en een duidelijke rolverdeling zijn essentieel in de realisatie van de implementatie van de praktijkrichtlijn. Hierbij is het belangrijk dat deze samenwerkingsprocessen gekenmerkt worden door niet-hiërarchische relaties, wederzijds respect of vertrouwen en open communicatie tussen individuen, evenals een gedeelde besluitvorming over het implementatieproces.

Zorg voor een duidelijk en werkbaar wetgevend kader

Zorg voor een duidelijk en werkbaar wetgevend kader, waarin er rekening wordt gehouden met de verschillende bevoegdheden en bekwaamheden van de betrokken zorgverleners. De betrokken zorgverleners geven aan dat de huidige wetgeving voor de thuiszorg onwerkbaar is. Mogelijks kunnen, met betrekking tot het gebruik van fysieke fixatiemaatregelen, de bevoegdheden van paramedici en verzorgenden worden uitgebreid. Hierbij is een belangrijke voorwaarde dat de verzorgenden en paramedici kunnen aantonen dat zij een extra vorming hebben gevolgd over het besluitvormingsproces en verantwoord gebruik van fysieke fixatie. Overleg met alle (wetgevende) instanties en betrokken organisaties en zorgverleners over een mogelijke aanpassing van de wetgeving is daarom noodzakelijk.

6.2 Nood aan vervolgonderzoek

De resultaten van de pilootstudie zijn veelbelovend. De eerstelijnszorg in Vlaanderen heeft zeker baat bij de verdere uitrol van dit multicomponent-programma. Om een fixatiearme thuiszorg over heel Vlaanderen te faciliteren kan er een vervolgproject worden opgestart. Dit vervolgproject dient tot doel te hebben om met behulp van de stakeholders (patiënten, mantelzorgers, directie, zorgverleners, zelfstandige zorgverleners) het multicomponent-programma bij te sturen, voor de toekomst structureel in te bedden, en de bredere uitrol van het programma te ondersteunen en te evalueren.

De algemene doelstelling is om door middel van de implementatie van de praktijkrichtlijn ‘Streven naar een fixatiearme thuiszorg’ bij te dragen aan de realisatie van een fixatiearme thuiszorg.

Primaire doelstellingen zijn:

- Het bijsturen, optimaliseren en vervolledigen van het reeds ontwikkelde multicomponent-programma voor de implementatie van de praktijkrichtlijn ‘Streven naar een fixatiearme thuiszorg’.
- De ontwikkeling van een draaiboek aan de hand van een zeven stappenplan dat zorgorganisaties in staat stelt het ontwikkelde multicomponent-programma in hun organisatie uit te rollen.
- Opleiding, begeleiding en coaching van bijkomende ambassadeurs fixatiearme thuiszorg, die op hun beurt de zorgorganisaties ondersteunen bij de implementatie volgens het stappenplan beschreven in het draaiboek.
- De evaluatie van de implementatiestrategie (werking ambassadeurs, draaiboek en multicomponent-programma) aan de hand van een procesevaluatie, en het meten van zorguitkomsten met behulp van structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren.

7 Conclusie

Ondanks de negatieve gevolgen van fysieke fixatie, wordt er nog steeds gefixeerd in de thuiszorg. Om zorgverleners te ondersteunen in het omgaan met vragen naar fysieke fixatie, is de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' ontwikkeld en vervolgens gevalideerd door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM). Enkel het verspreiden van de gepubliceerde klinische praktijkrichtlijn is echter onvoldoende om deze in de dagelijkse praktijk te krijgen. Daarom werd met steun van het Agentschap Zorg- en Gezondheid en de belangrijkste stakeholders een multicomponent-programma ontwikkeld om de implementatie van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' te faciliteren.

De resultaten van de pilootstudie zijn veelbelovend. Uit deze resultaten kan er besloten worden dat het multicomponent-programma noodzakelijk is om de praktijkrichtlijn in de thuiszorg te implementeren. De verschillende componenten van het programma worden door de ambassadeurs als positief geëvalueerd. Het multicomponent-programma vergrootte de kennis en het bewustzijn van de ambassadeurs fixatiearme thuiszorg en was waardevol voor het verbeteren van de zorg. Eveneens bood het multicomponent-programma ondersteuning in het complexe besluitvormingsproces. Voor het gebruik van het multicomponent-programma was het belangrijk dat de componenten herkenbaar, compact, kort en bondig waren. De belangrijkste meerwaarde van het multicomponent-programma was de continue opvolging en de ondersteuning door de onderzoeksgroep.

De eerstelijnszorg in Vlaanderen heeft zeker baat bij de verdere uitrol van dit multicomponent-programma. Om een fixatiearme thuiszorg over heel Vlaanderen te faciliteren dient er een vervolgproject te worden opgestart, waarin er voldoende rekening wordt gehouden met de betrokkenheid van leidinggevenden en directies, de noodzakelijke implementatieduur, de betrokkenheid van patiënt en mantelzorgers, de selectie van ambassadeurs fixatiearme thuiszorg en de concrete samenwerking in de eerstelijnszorg. Vervolgonderzoek dient als doel te hebben om het multicomponent-programma bij te sturen, voor de toekomst structureel in te bedden, en de bredere uitrol van het programma te ondersteunen en te evalueren.

8 Dankwoord

De gehele onderzoeksgroep wenst de leden van het expertenpanel, de deelnemende organisaties aan de pilootstudie en de ambassadeurs fixatiearme thuiszorg hartelijk te bedanken voor hun engagement en inzet.

Het onderzoeksproject ‘Ontwikkeling en evaluatie van een multicomponent-programma voor de implementatie van de praktijkrichtlijn ‘Streven naar een fixatiearme thuiszorg’’ werd mede mogelijk gemaakt door de financiële steun van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid.

9 Literatuurlijst

1. Hamers J, Huizingen A. 'Why do we use physical restraints in the elderly? Z Gerontol Geriatr. 2005;(38):19–25.
2. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. J Med Ethics. 2006;(32):148–52.
3. Huizing AR, Hamers JP, J.J. D, Candel M, Berger MP. Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. Soc Sci Med. 2007;(65):924–33.
4. Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs. 2003;(41):274–82.
5. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Milisen K. Restraint use in older adults in home care: A systematic review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2018;79(November 2017):122–36. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.008
6. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' descision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. J Adv Nurs. 2011;68(6):1198–210.
7. De veer AJ, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. J Am Geriatr Soc. 2009;(57):1881–6.
8. Hamers JPH, Bleijlevens MHC, Gulpers MJM, Verbeek H. Behind Closed Doors : Involuntary Treatment in Care of Persons with Cognitive Impairment at Home in the Netherlands. JAGS. 2016;64(2):354–8.
9. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Milisen K. Restraint Use in Older Adults Receiving Home Care. J Am Geriatr Soc. 2017;65(8):1769–76.
10. Scheepmans K, Milisen K, Vanbrabant K, Paquay L, Van Gansbeke H, Dierckx de Casterlé B. Factors associated with use of restraints on older adults with home care: A secondary analysis of a cross-sectional survey study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2019;89(July 2018):39–45. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.019
11. Scheepmans K, Dierckx De Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Boonen S, Milisen K. Restraint use in home care: A qualitative study from a nursing perspective. BMC Geriatr. 2014;14(1):1–7.
12. Kurata S, Ojima T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: A cross-sectional study in Japan. BMC Geriatr. 2014;14(1):1–11.
13. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of Relatives of Nursing Home Residents Toward Physical Restraints. J Nurs Scholarsh. 2010;42(4):448–56.
14. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Milisen K. De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen: een kwalitatieve studie. Brussel; 2011.
15. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Milisen K. Streven naar een fixatiearme thuiszorg: Praktijkrichtlijn. First. Leuven: Acco; 2016.
16. Mickan S, Burls A, Glasziou P. Patterns of "leakage" in the utilisation of clinical guidelines: A systematic review. Postgrad Med J. 2011;87(1032):670–9.
17. Grol R, Grimshaw J. Research into practice I From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients ' care. Res into Pract. 2003;362:1225–30.
18. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a cochrane review. J Clin Nurs. 2012;(22):3070–81.
19. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA. 2012;(20):2177–84.
20. Gulpers M, Bleijlevens M, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers J. Belt restraint reduction in nursing homes: effect of a multi-component intervention program (EXBELT). J Am Geriatr Soc. 2011;(59):2029–36.
21. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S, et al. Achieving change in primary

care — causes of the evidence to practice gap : systematic reviews of reviews. Implement Sci [Internet]. 2016;11(40). Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4
22. Bartholomew LK, Kok G, Ruiter RA., Fernandez ME, Markham CM. Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. 4th editio. John Wiley & Sons; 2016. 704 p.
23. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice : A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implement Sci [Internet]. 2013;8(1):1. Available from: Implementation Science
24. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor- nurse substitution strategies in primary care : a qualitative evidence synthesis (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2019;(4).
25. Mckenna H, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence based practice in primary care : a review of the literature. Int J Nurs Stud. 2004;41:369–78.
26. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care : a systematic review. BMC Fam Pract. 2015;16(12).
27. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse : a systematic review of qualitative evidence. J Public Health (Bangkok). 2010;33(3):412–21.
28. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system : " the Belgian experience ". BMC Health Serv Res. 2009;9(152):1–14.
29. Kong EH, Choi H, Evans LK. Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. J Clin Nurs. 2017;26(1–2):49–60.
30. Baker DI, King ÃMB, Fortinsky RH, Louis GG, Gottschalk M, Acampora D, et al. Dissemination of an Evidence-Based Multicomponent Fall Risk-Assessment and -Management Strategy Throughout a Geographic Area. J Am Geriatr Soc. 2005;53(4):675–80.
31. Martinez C, Bacigalupe G, Cortada JM, Grandes G, Sanchez A, Pombo H, et al. The implementation of health promotion in primary and community care : a qualitative analysis of the ' Prescribe Vida Saludable ' strategy. BMC Fam Pract. 2017;18(23):1–13.
32. Sopcak N, Aguilar C, O'Brien MA, Nykiforuk C, Aubrey-bassler K, Cullen R, et al. Implementation of the BETTER 2 program : a qualitative study exploring barriers and facilitators of a novel way to improve chronic disease prevention and screening in primary care. Implement Sci [Internet]. 2016;11(158):1–11. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0525-0
33. Tapia-Conyer R, Saucedo-Martinez R, Mujica-Rosales R, Gallardo-Rincon H, Campos-Rivera PA, Lee E, et al. Enablers and inhibitors of the implementation of the Casalud Model , a Mexican innovative healthcare model for non-communicable disease prevention and control. Heal Res Policy Syst [Internet]. 2016;14(52):1–12. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12961-016-0125-0
34. Addington D, Kyle T, Desai S, Wang J. Facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care Recherche Facteurs qui favorisent ou qui gênent la mise en. Can Fam Physician. 2010;56:1322–31.
35. Batchelor F, Hwang K, Haralambous B, Fearn M, Mackel P, Nolte L, et al. Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings : A systematic review and thematic analysis. Australas J Ageing. 2019;(February):1–9.
36. Stanick CF, Halko HM, Dorsey CN, Weiner BJ, Powell BJ, Palinkas LA, et al. Operationalizing the ' pragmatic ' measures construct using a stakeholder feedback and a multi-method approach. BMC Health Serv Res. 2018;2(18):1–12.
37. Rubio-valera M, Pons-vigués M, Martinez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernandez A. Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care : A Synthesis through Meta-Ethnography. PLoS One. 2014;9(2).
38. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. J Am Geriatr Soc. 2016;64(11):2307–10.

39. Shaw E, Howard J, Etz R, Hudson S, Crabtee B. How Team-Based Reflection Affects Quality Improvement Implementation: A Qualitative Study. Qual Manag Heal Care. 2012;21(2):104–13.
40. Belgielex. 10 mei 2015 - Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen [Internet]. [cited 2019 Apr 18]. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet
41. Belgielex. 18 juni 1990 - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van ui [Internet]. [cited 2019 Apr 18]. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1990061837
42. Belgielex. 12 januari 2006. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen [Internet]. [cited 2019 Apr 18]. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2006011246&table_name=wet
43. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions : The new Medical Research Council guidance. Int J Nurs Stud [Internet]. 2013;50(5):587–92. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010
44. Lake AJ, Browne JL, Abraham C, Tumino D, Hines C, Rees G, et al. A tailored intervention to promote uptake of retinal screening among young adults with type 2 diabetes - an intervention mapping approach. BMC Health Serv Res. 2018;18(396):1–18.
45. Kok G, Bartholomew LK, Parcel GS, Gottlieb NH, Fern E. Finding theory- and evidence-based alternatives to fear appeals : Intervention Mapping. Int J Psychol. 2014;49(2):98–107.
46. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving Patient Care - The implementation of change in health care. second. Oxford: John Wiley & Sons; 2013.
47. Richards D, Hallberg I. Complex interventions in health - an overview of research methods. first. New York: Routledge; 2015.

10 Bijlagen

10.1 Logisch model van het probleem 32

10.2 Logisch model van verandering 33

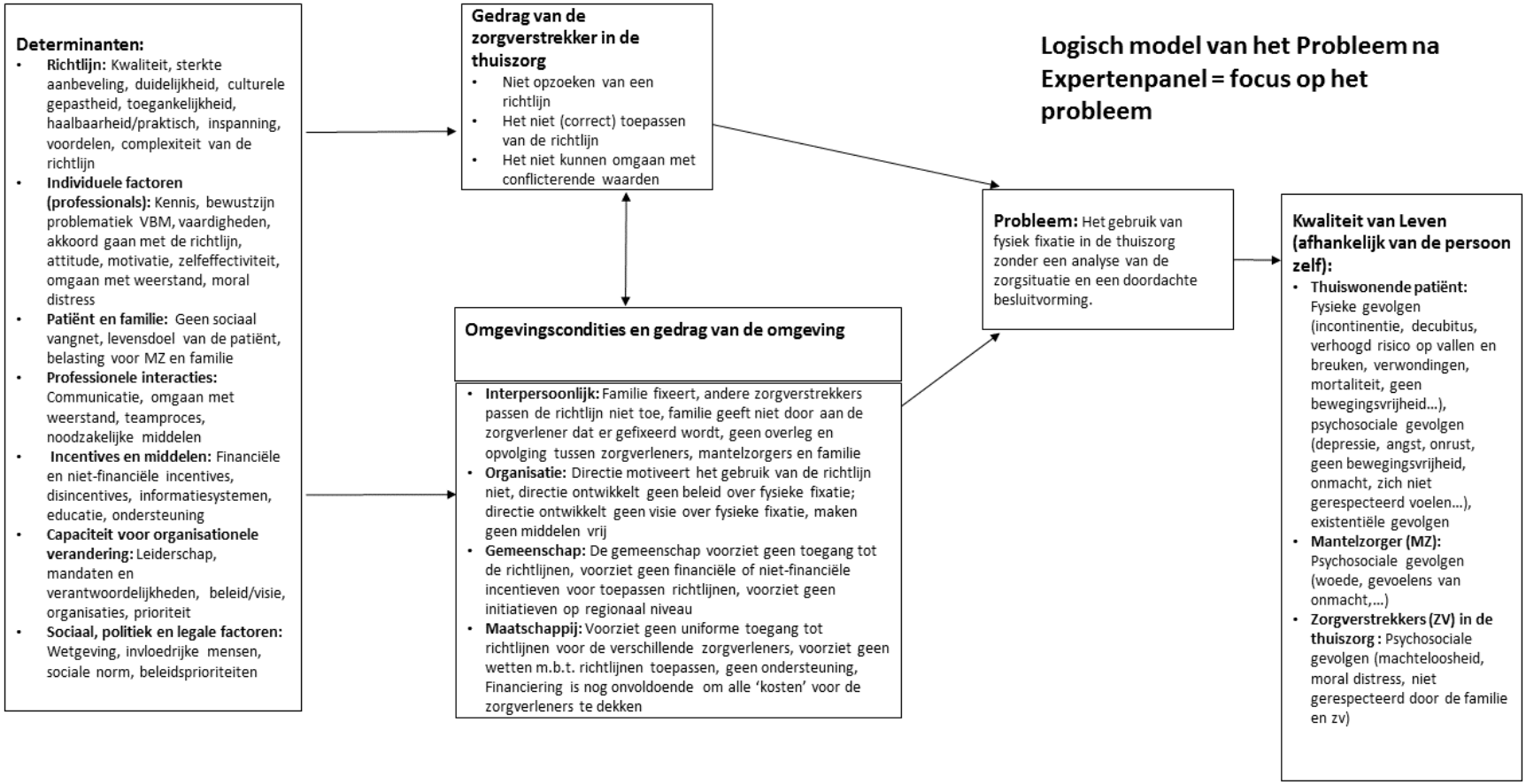
10.3 Selecteren van theorie gebaseerde interventiemethodieken en praktische toepassingen 34

10.4 Resultaten kennistest 35

10.5 Resultaten procesevaluatie multicomponent-programma online bevraging 56

10.6 Verwerking procesevaluatie context 62

10.1 Logisch model van het probleem



10.2 Logisch model van verandering



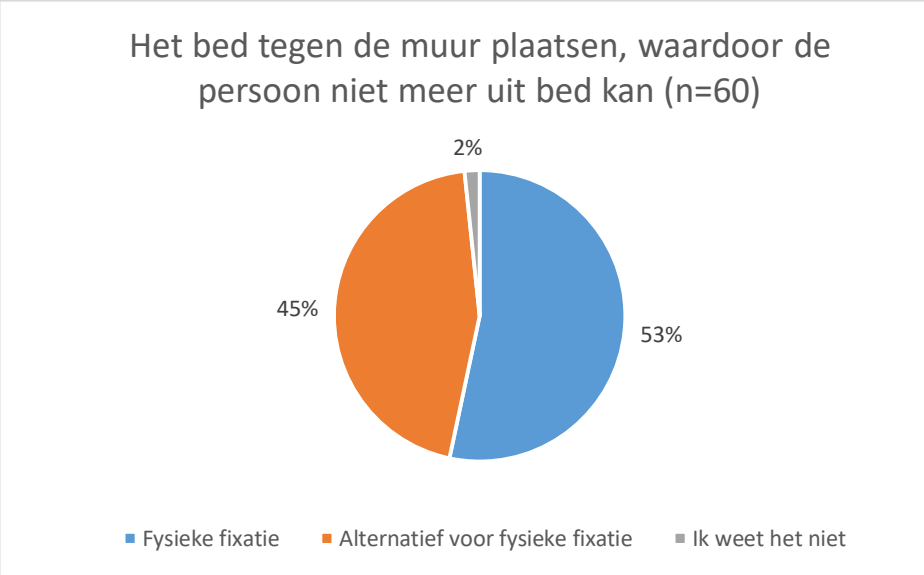
10.3 Selecteren van theorie gebaseerde interventiemethodieken en praktische toepassingen

Determinanten	Method	Theories	Component
Toegankelijkheid	Tailoring	Trans-Theoretical Model	Website
Haalbaarheid	Consciousness raising	Health Belief model, Precaution-Adoption Process Model	Social media
Bewustzijn			Promotiefilm
Kwaliteit van de richtlijn	Belief selection	Theory of Planned Behavior	Tutorials
Ondersteuning	Resistance to social pressure	Reasoned Action approach	Flyer
Communicatie	Modeling	Social Cognitive Theory	Fysieke fixatiefiche
Attitude	Reinforcement	Theories of Learning, Social Cognitive Theory	Samenvatting van de
Belasting mantelzorger	Active learning	Elaboration Likelihood model, Social Cognitive	praktijkrichtlijn
Kennis		Theory	Opleiding ambassadeur
Motivatie	Feedback	Theories of Learning	fixatiearme thuiszorg en
Zelfeffectiviteit	Repeated exposure	Theories of Learning	intervisies

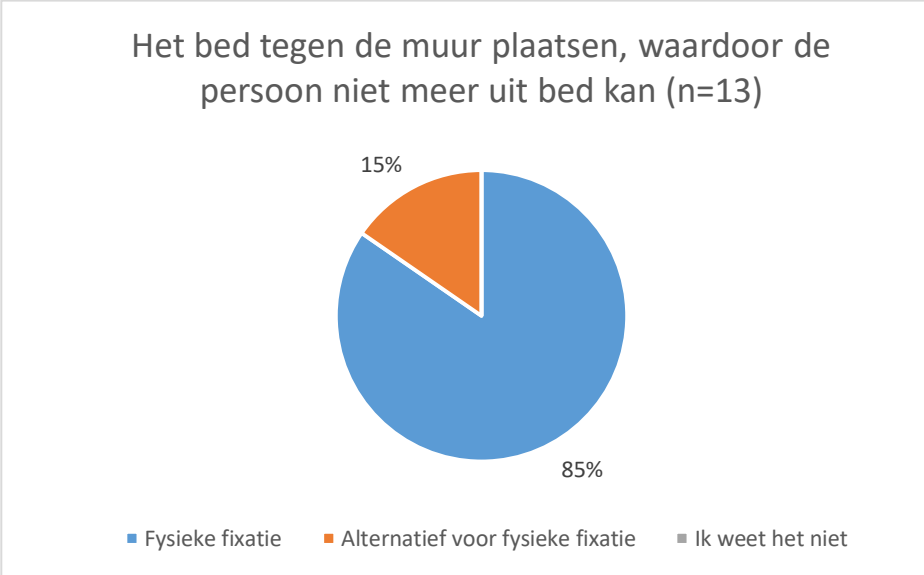
10.4 Resultaten kennistest

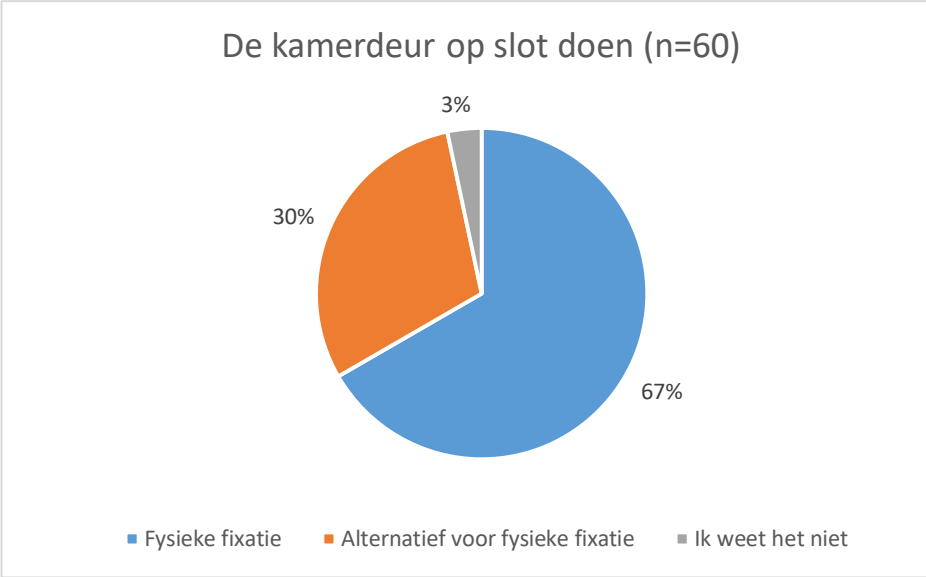
1. Geef aan of de volgende maatregelen fysieke fixatie of een alternatief voor fysieke fixatie zijn.

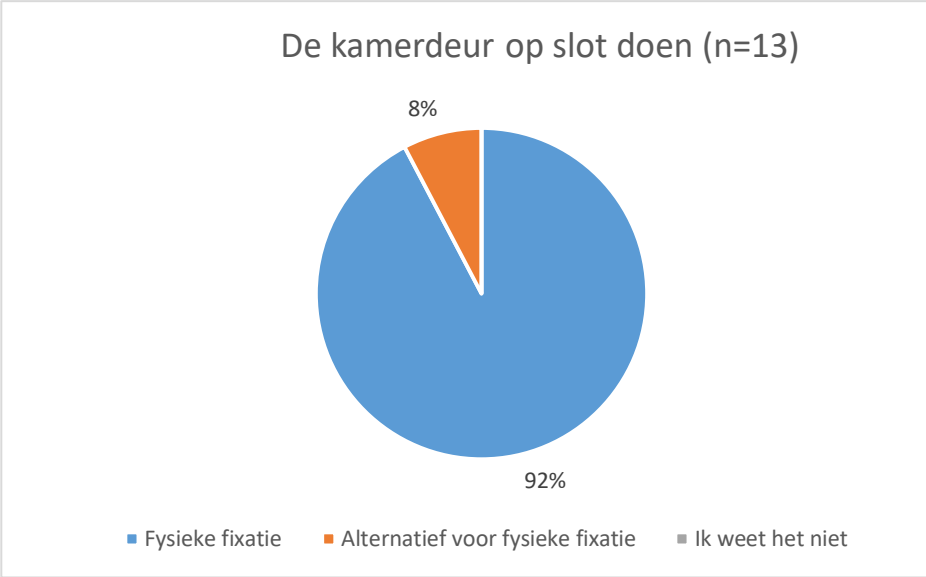
Niet-ambassadeurs (n=60)

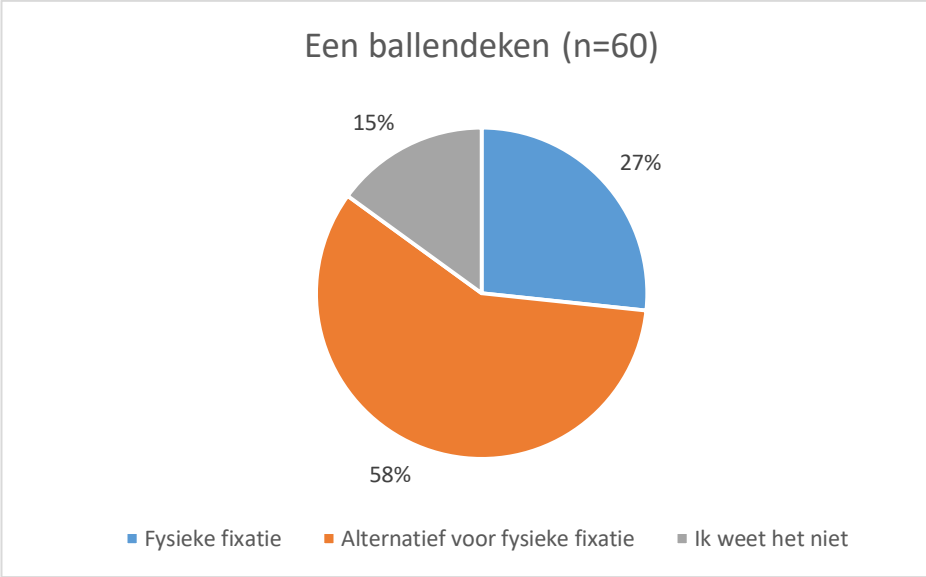


Ambassadeurs (n=13)

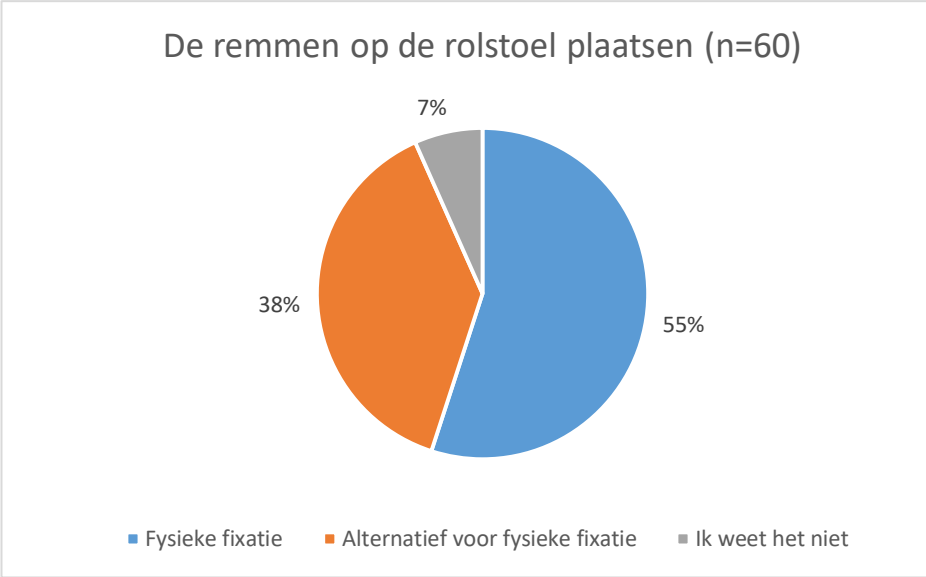


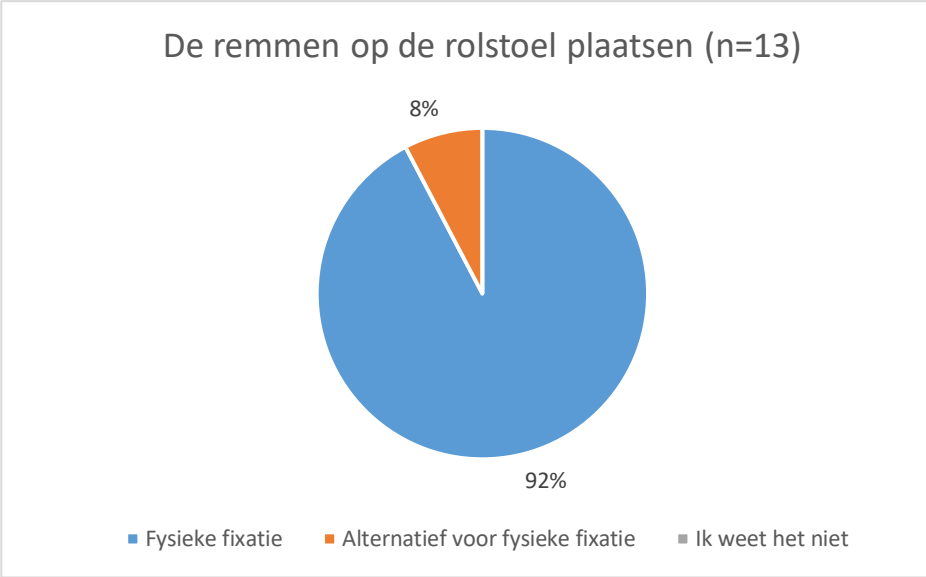

De kamerdeur op slot doen (n=60)
3%
30%
67%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

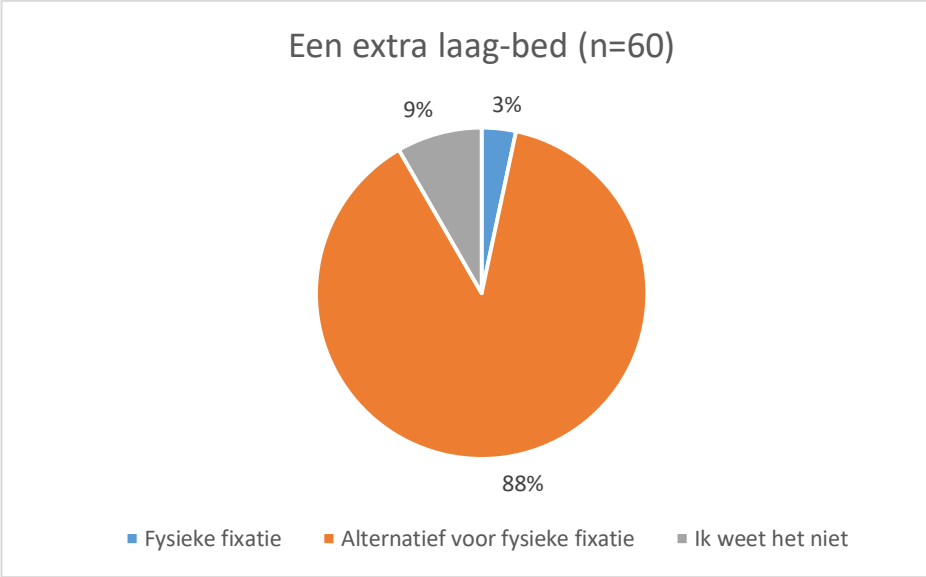

De kamerdeur op slot doen (n=13)
8%
92%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

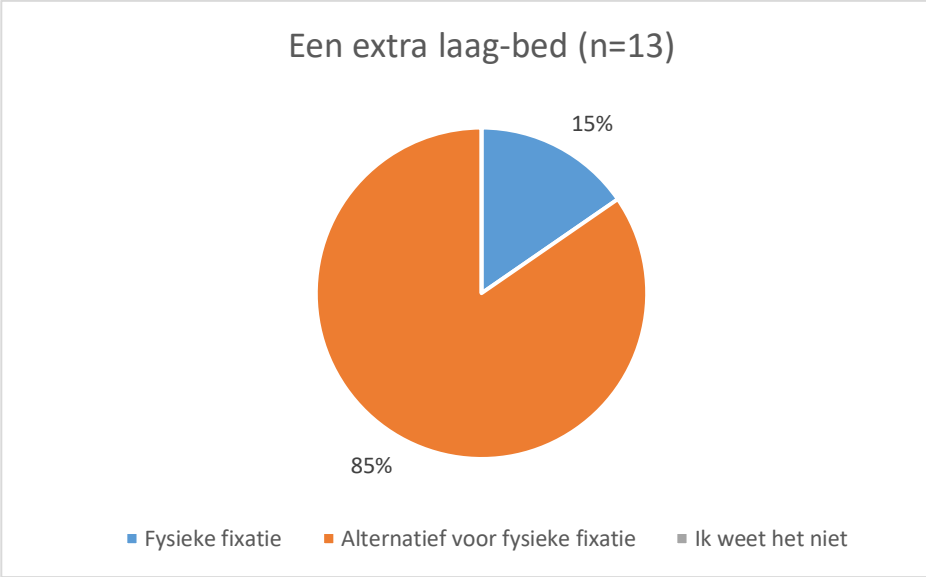

Een ballendeken (n=60)
15%
27%
58%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

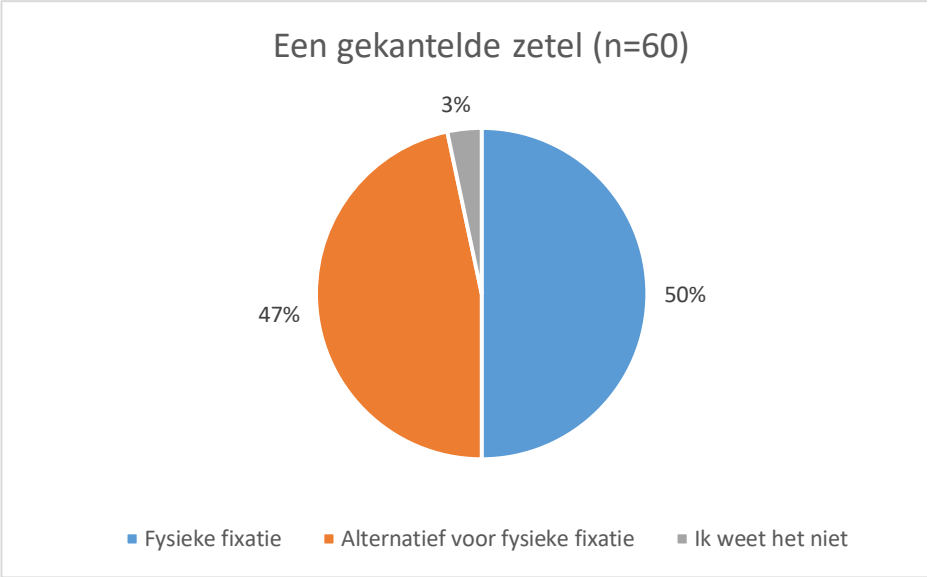

Een ballendeken (n=13)
100%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

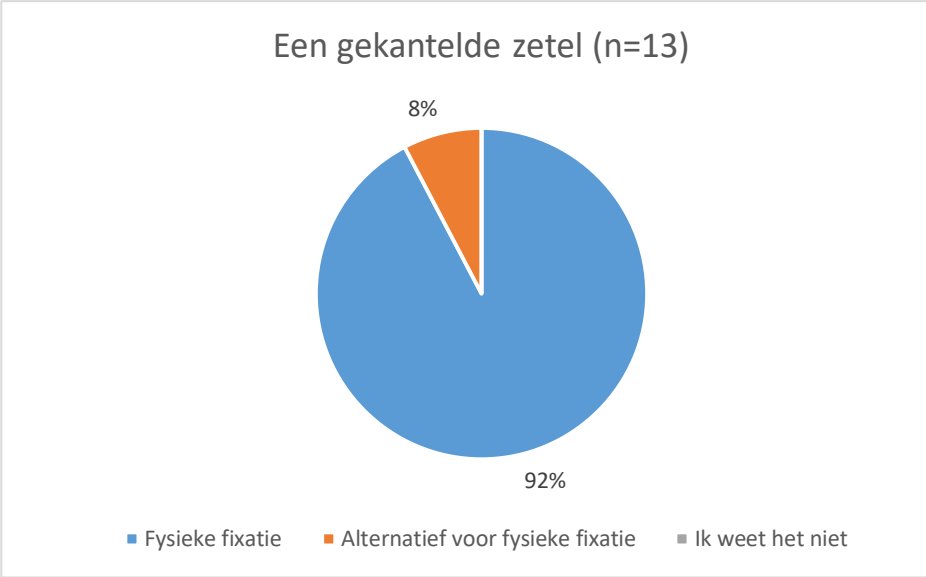

De remmen op de rolstoel plaatsen (n=60)
7%
38%
55%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

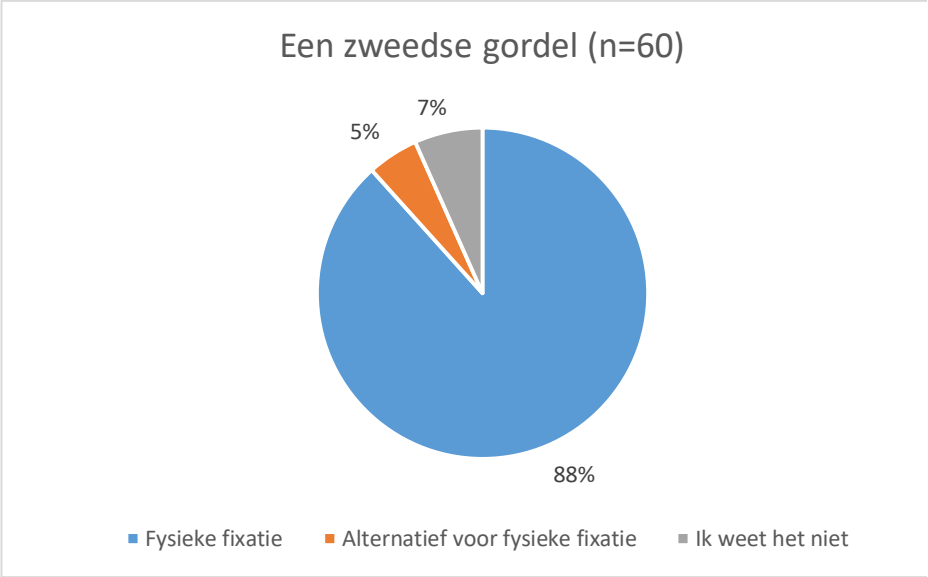

De remmen op de rolstoel plaatsen (n=13)
8%
92%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

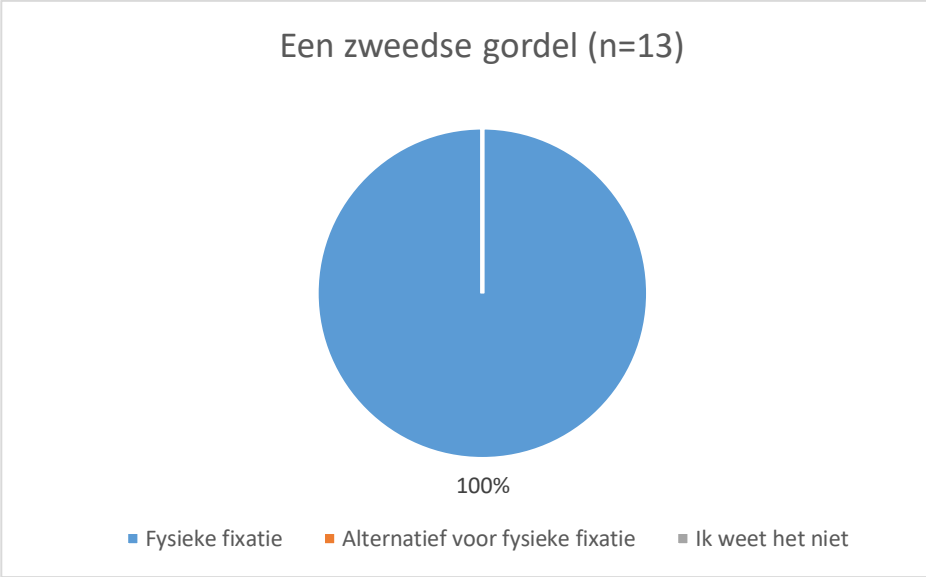

Een extra laag-bed (n=60)
9%
3%
88%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

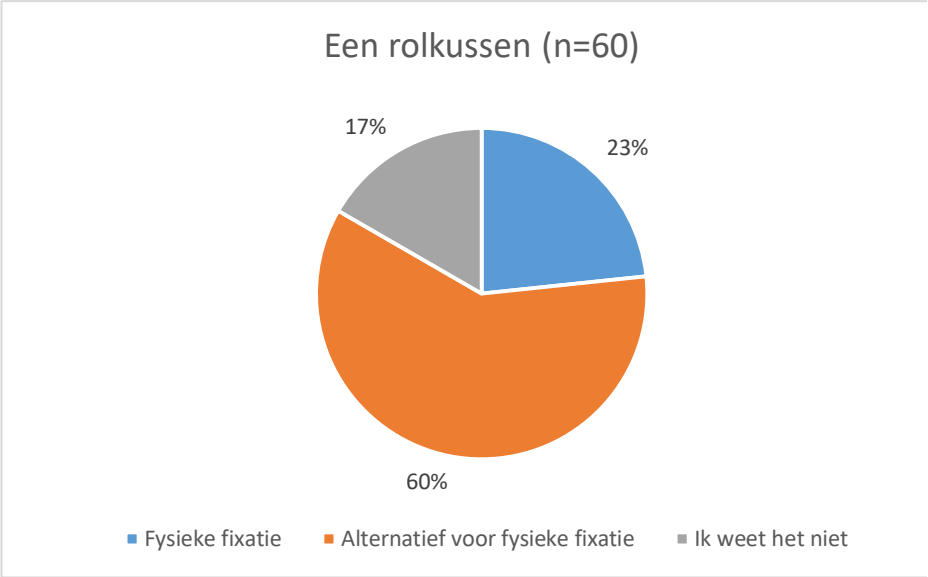

Een extra laag-bed (n=13)
15%
85%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

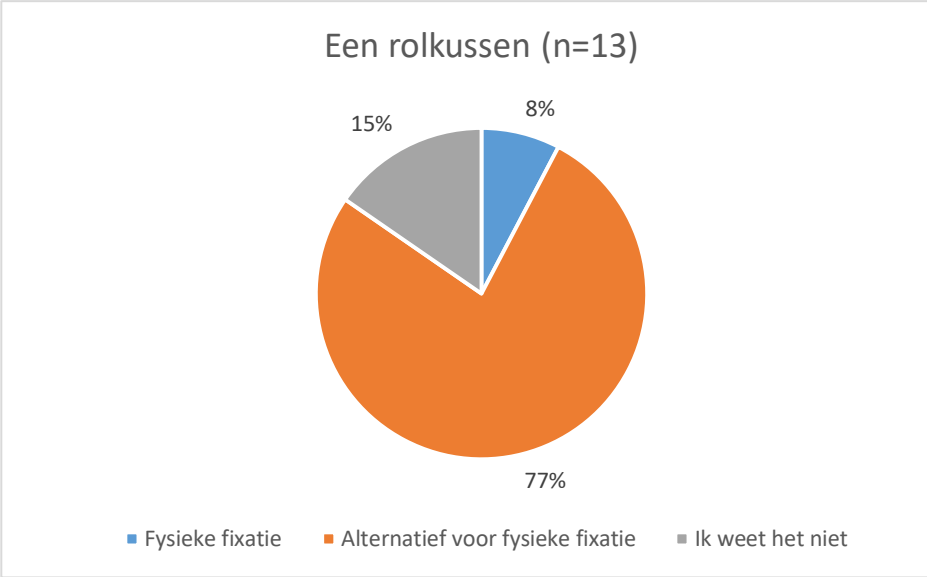

Een gekantelde zetel (n=60)
3%
47%
50%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet


Een gekantelde zetel (n=13)
8%
92%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet


Een zweedse gordel (n=60)
7%
5%
88%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

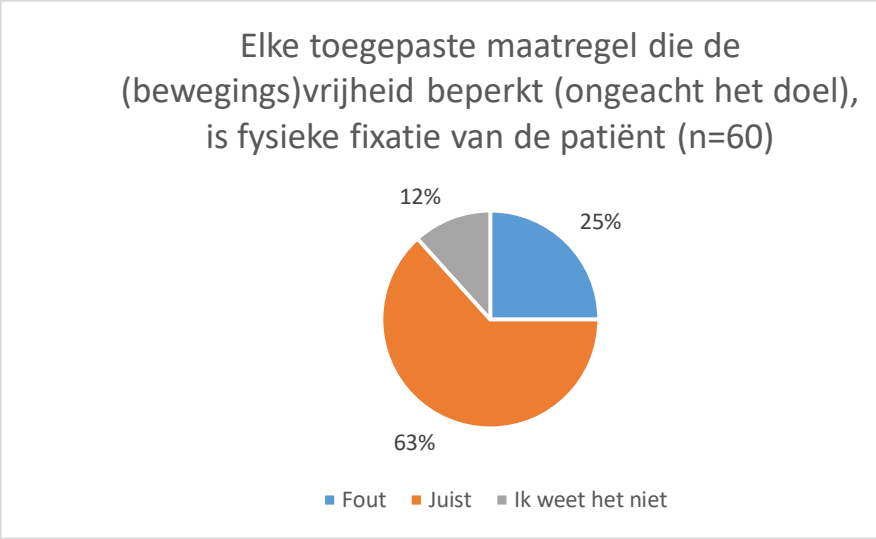

Een zweedse gordel (n=13)
100%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet


Een rolkussen (n=60)
17%
23%
60%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet


Een rolkussen (n=13)
15%
8%
77%
Fysieke fixatie
Alternatief voor fysieke fixatie
Ik weet het niet

2. Elke toegepaste maatregel die de (bewegings)vrijheid beperkt (ongeacht het doel), is fysieke fixatie van de patiënt.

Niet-ambassadeurs (n=60)

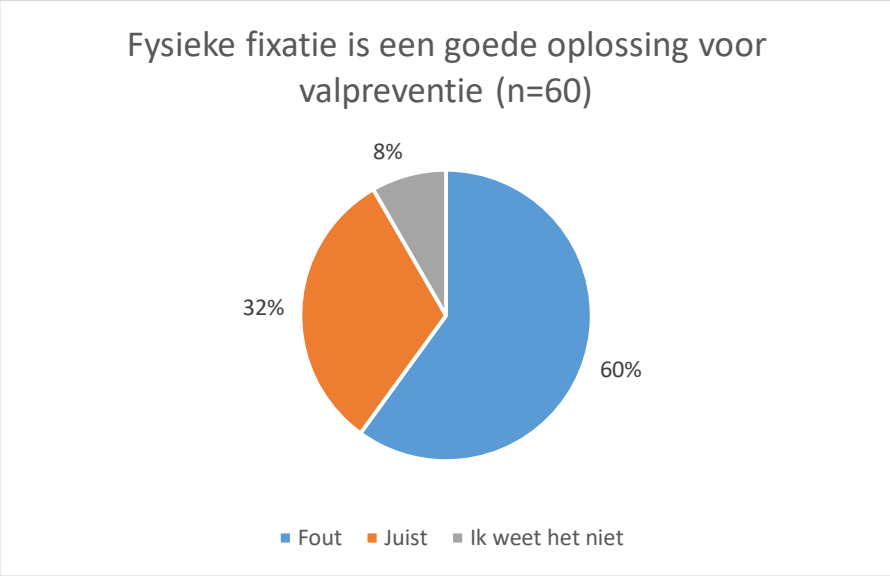


Ambassadeurs (n=13)

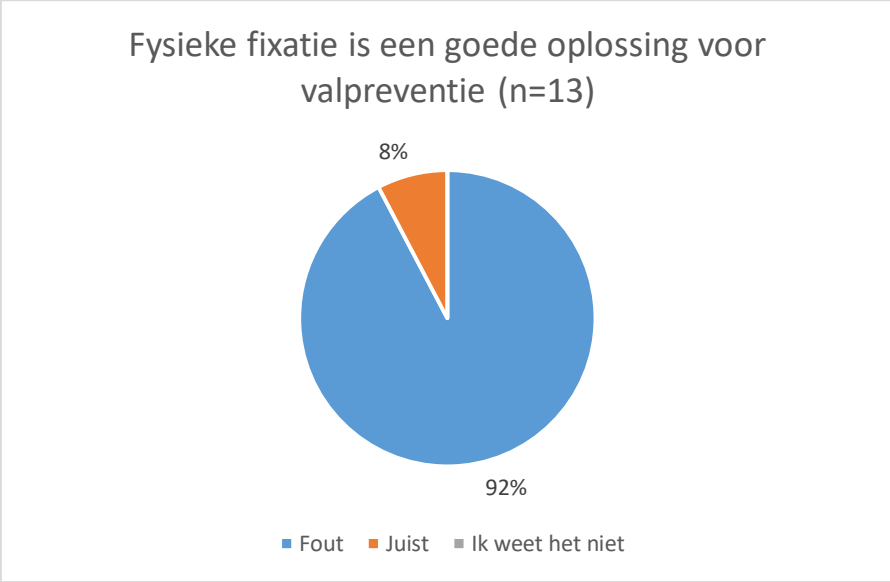


3. Fysieke fixatie is een goede oplossing voor valpreventie.

Niet-ambassadeurs (n=60)

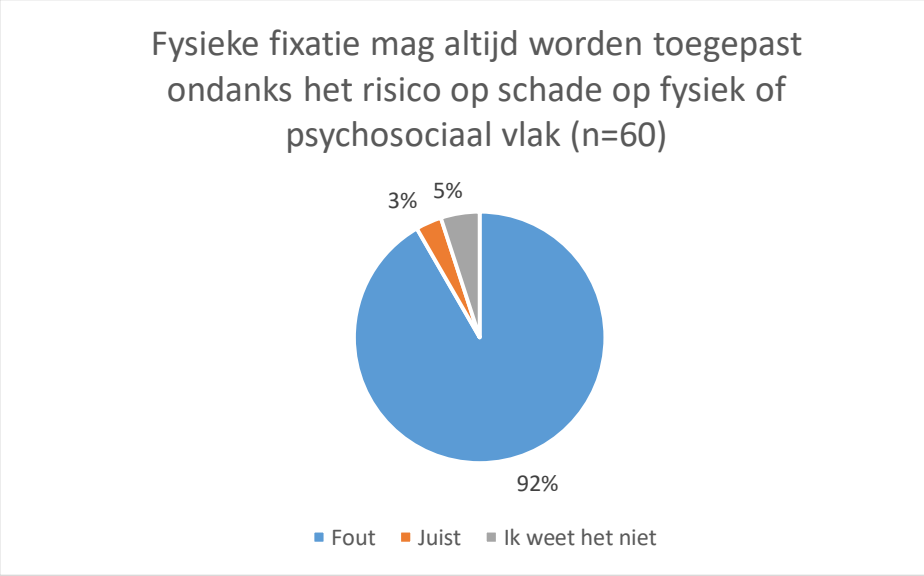


Ambassadeurs (n=13)



4. Fysieke fixatie mag altijd worden toegepast ondanks het risico op schade op fysiek of psychosociaal vlak.

Niet-ambassadeurs (n=60)

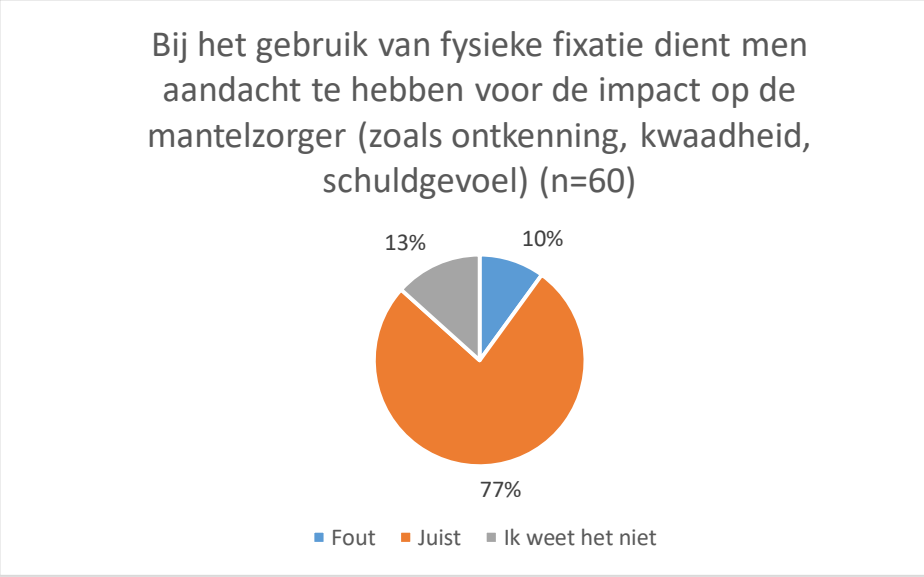


Ambassadeurs (n=13)



5. Bij het gebruik van fysieke fixatie dient men aandacht te hebben voor de impact op de mantelzorger (zoals ontkenning, kwaadheid, schuldgevoel).

Niet-ambassadeurs (n=60)

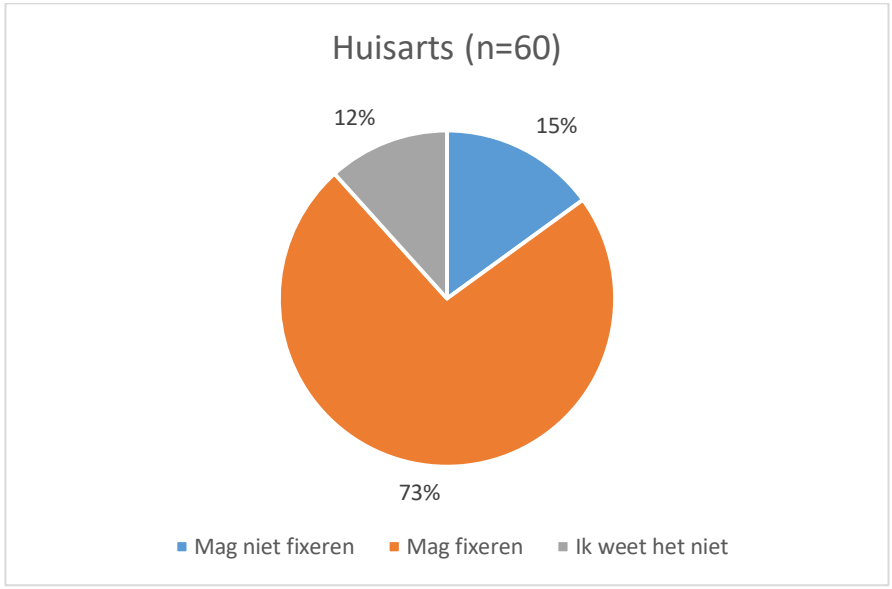


Ambassadeurs (n=13)

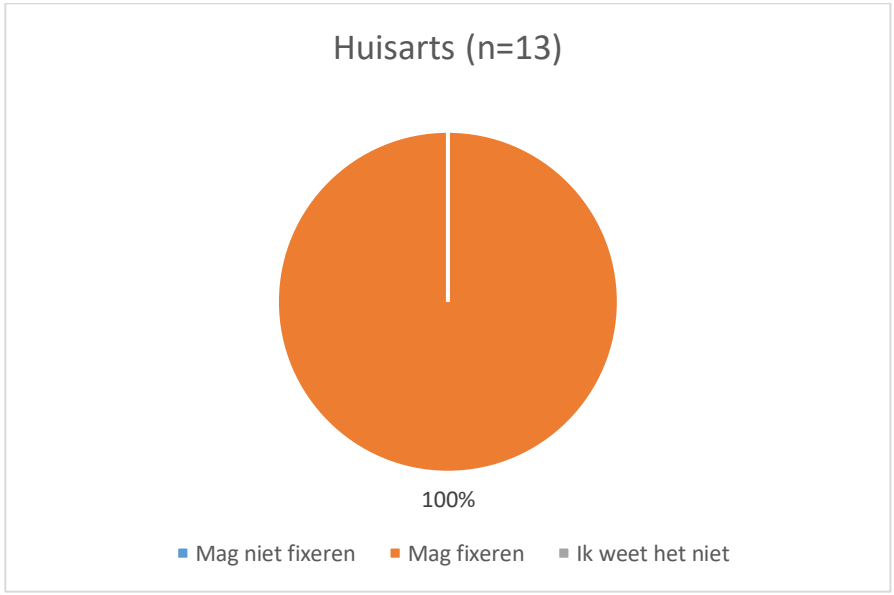


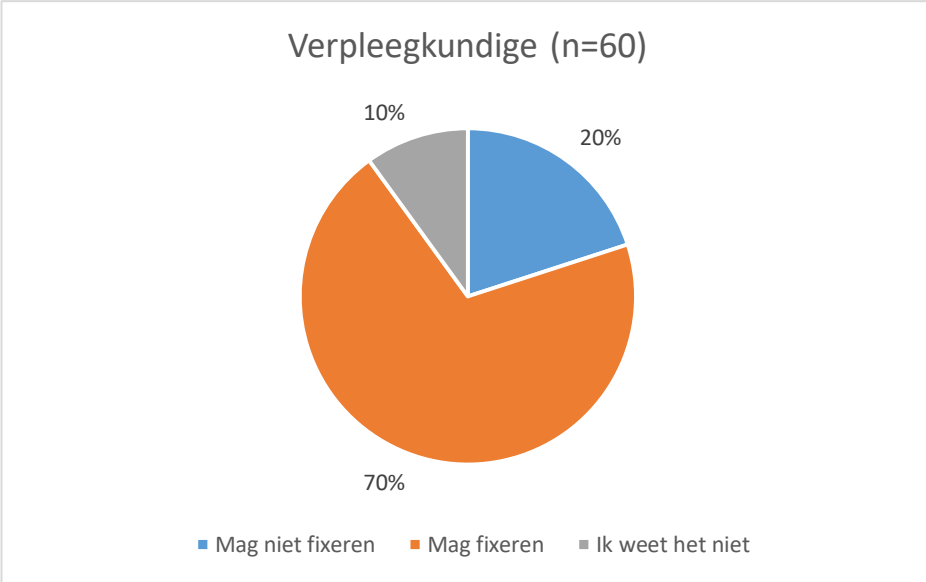
6. Wie mag volgens de huidige wetgeving fysieke fixatie toepassen?

Niet-ambassadeurs (n=60)

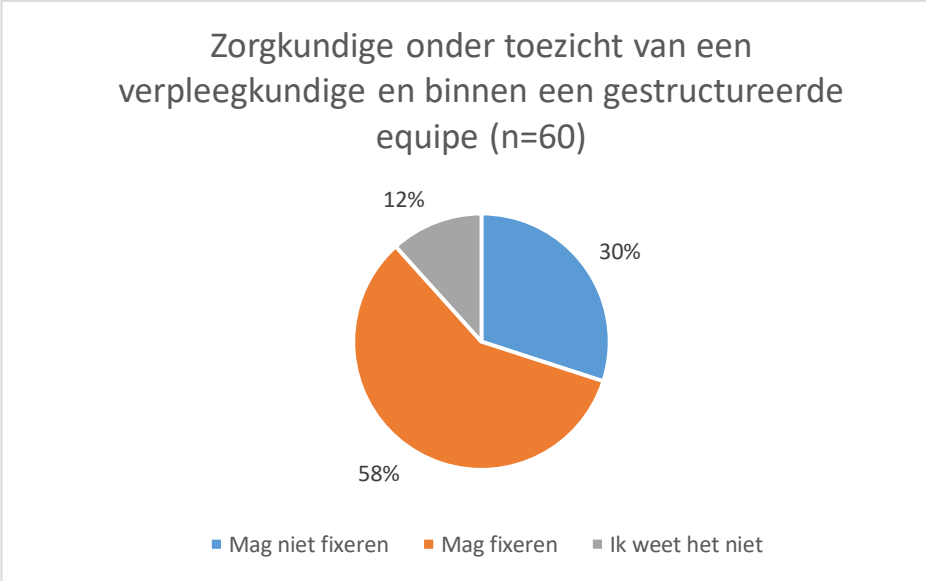


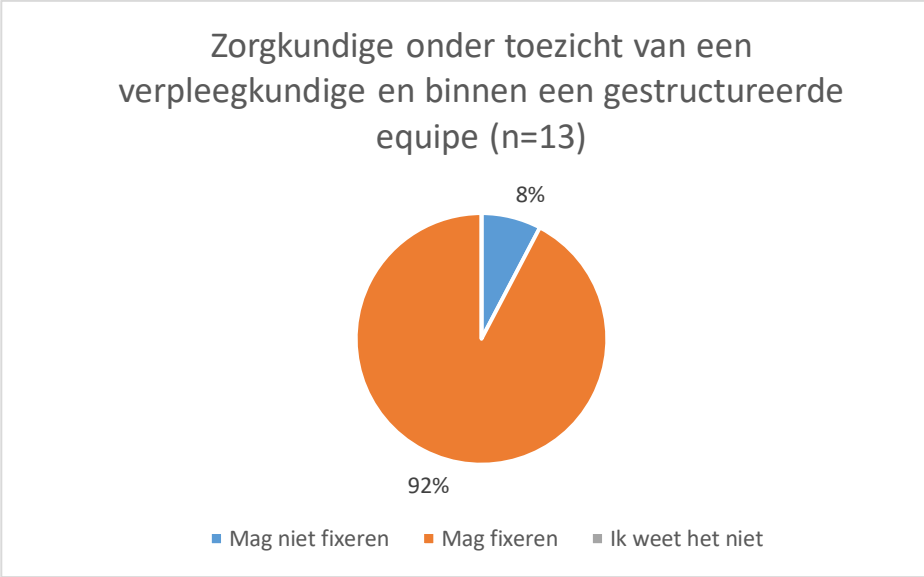
Ambassadeurs (n=13)

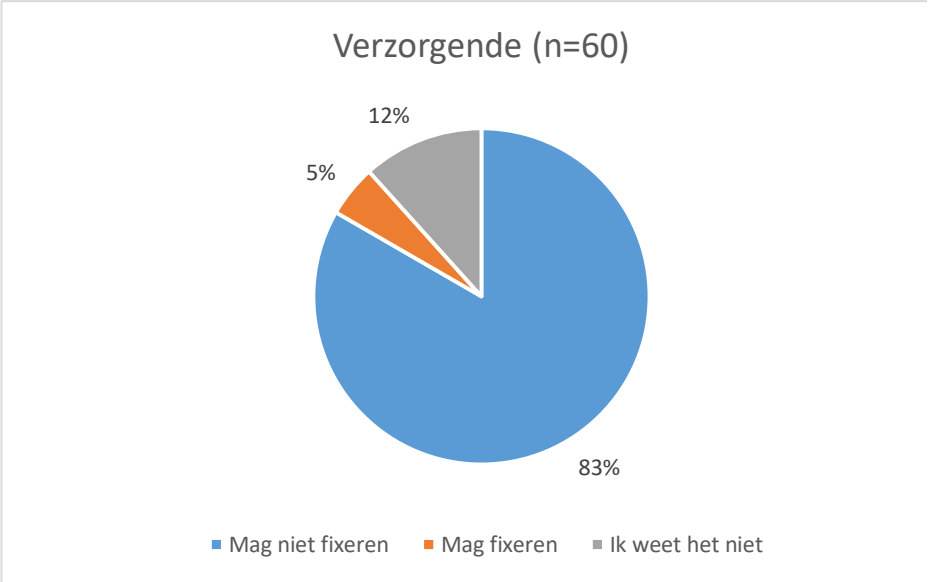


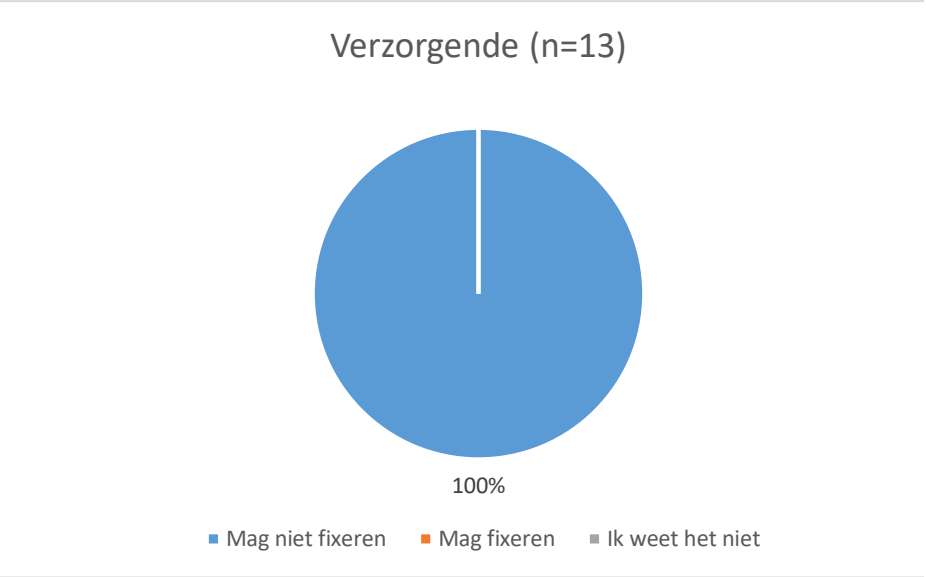

Verpleegkundige (n=60)
10%
20%
70%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet

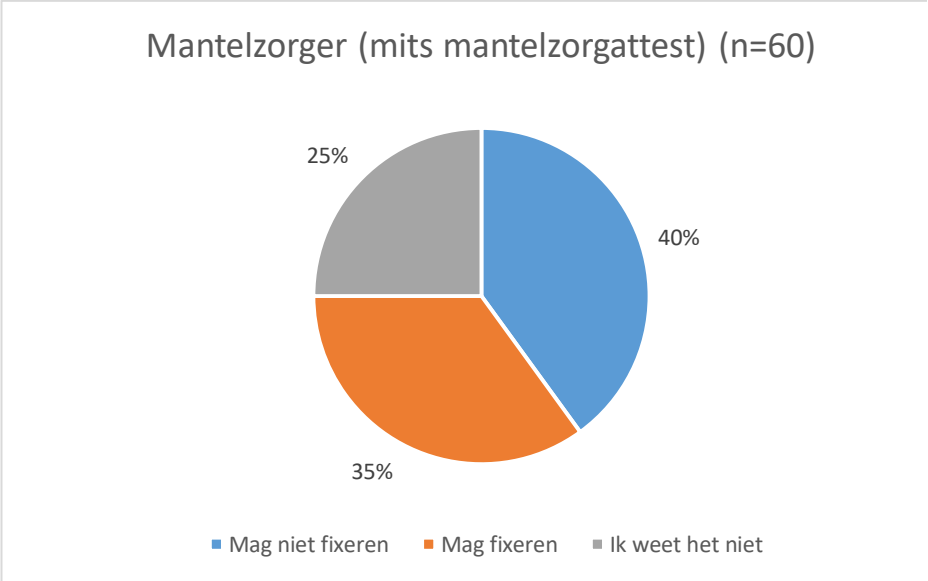

Verpleegkundige (n=13)
100%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet

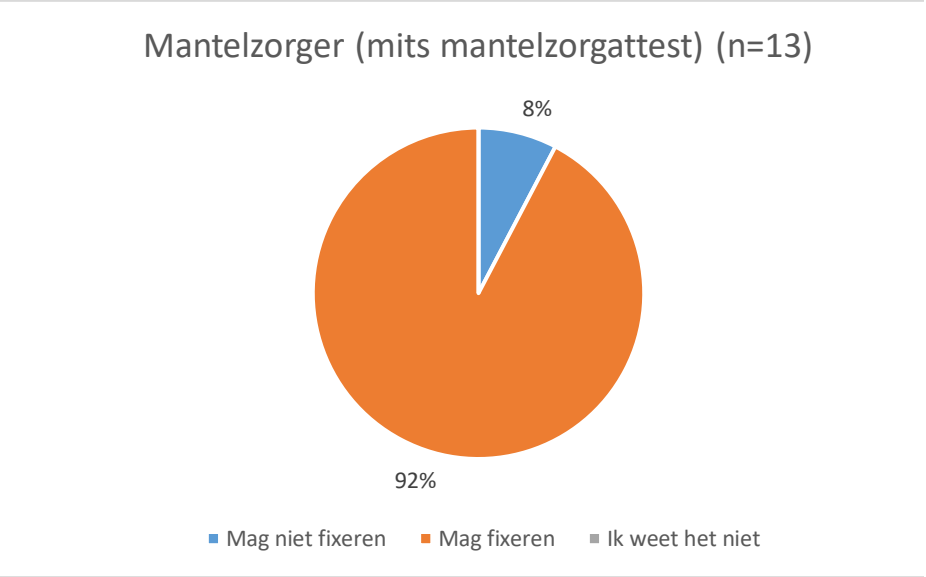

Zorgkundige onder toezicht van een verpleegkundige en binnen een gestructureerde equipe (n=60)
12%
30%
58%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet

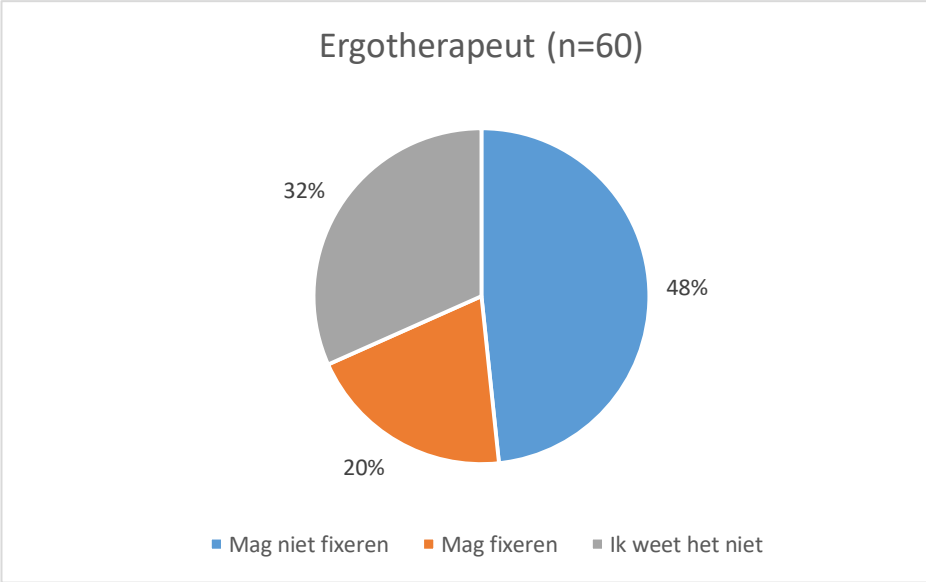

Zorgkundige onder toezicht van een verpleegkundige en binnen een gestructureerde equipe (n=13)
8%
92%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet

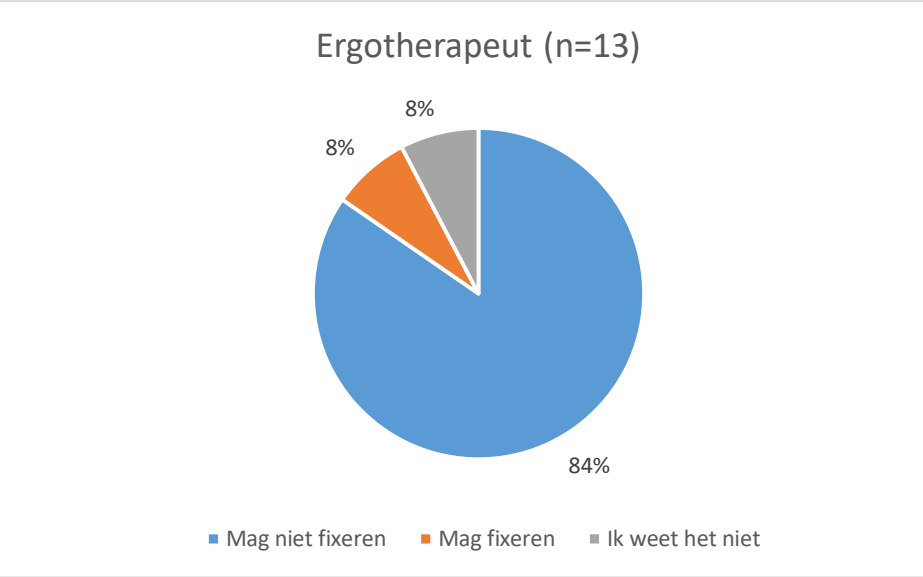

Verzorgende (n=60)
12%
5%
83%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet

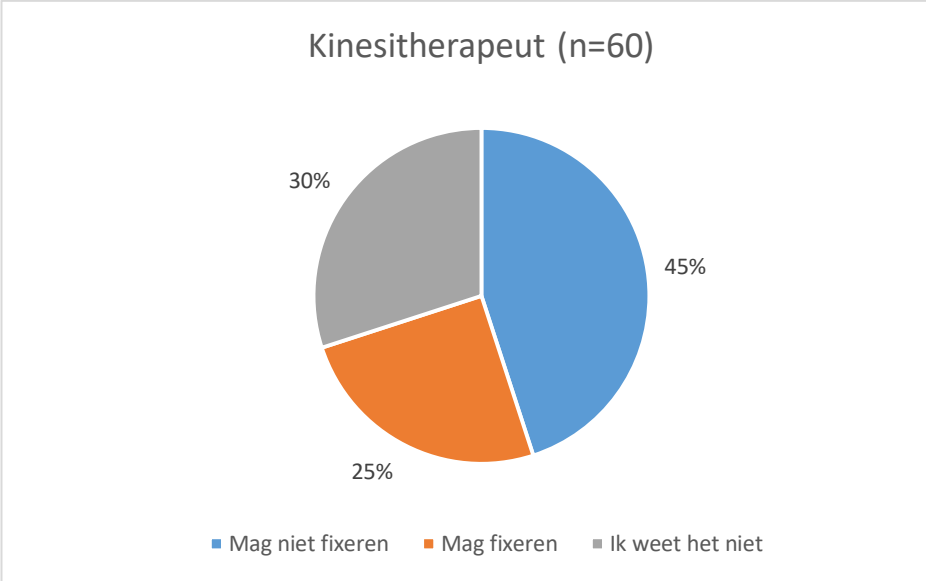

Verzorgende (n=13)
100%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet

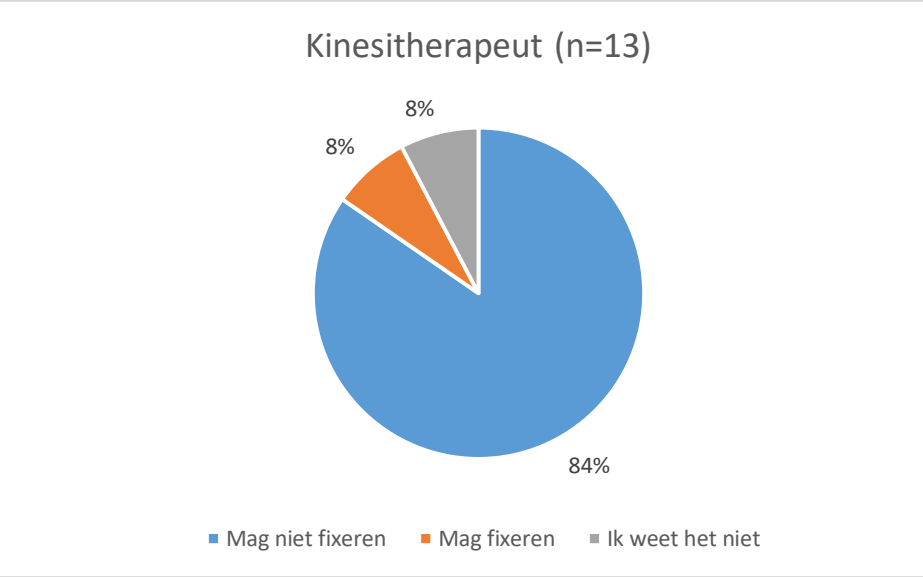

Mantelzorger (mits mantelzorgattest) (n=60)
25%
40%
35%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet


Mantelzorger (mits mantelzorgattest) (n=13)
8%
92%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet


Ergotherapeut (n=60)
32%
48%
20%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet

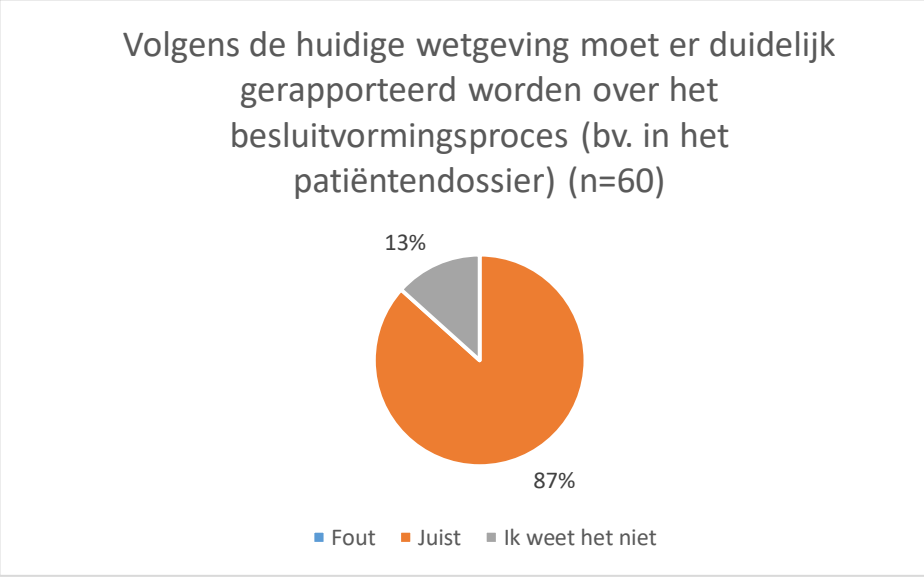

Ergotherapeut (n=13)
8%
8%
84%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet


Kinesitherapeut (n=60)
30%
45%
25%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet


Kinesitherapeut (n=13)
8%
8%
84%
Mag niet fixeren
Mag fixeren
Ik weet het niet

7. Volgens de huidige wetgeving moet er duidelijk gerapporteerd worden over het besluitvormingsproces (bv. in het patiëntendossier).

Niet-ambassadeurs (n=60)

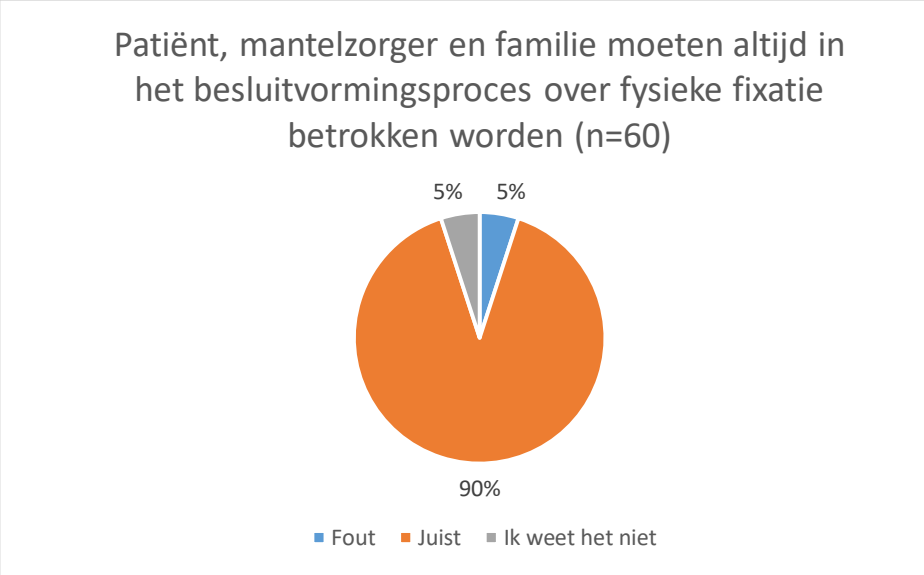


Ambassadeurs (n=13)

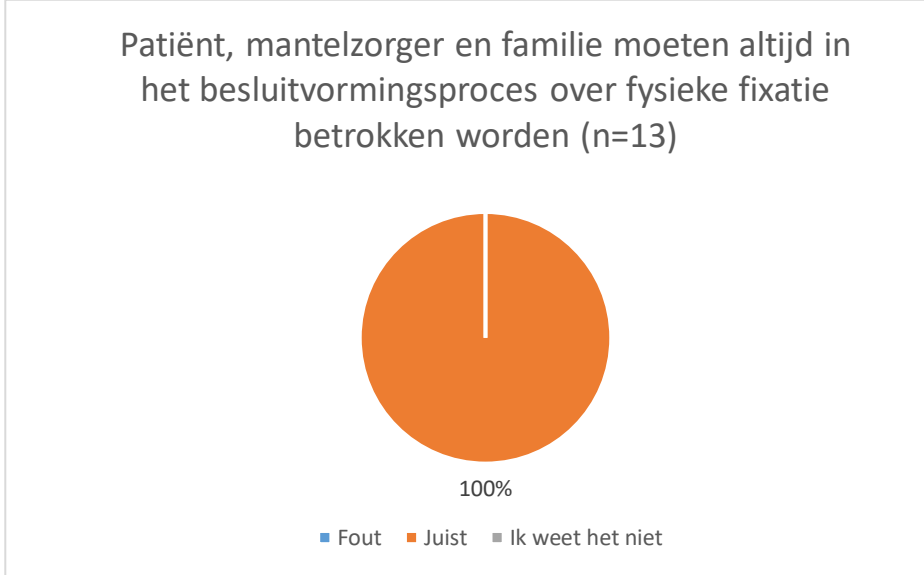


8. Patiënt, mantelzorger en familie moeten altijd in het besluitvormingsproces over fysieke fixatie betrokken worden.

Niet-ambassadeurs (n=60)



Ambassadeurs (n=13)



9. Beoordeel onderstaande stellingen:

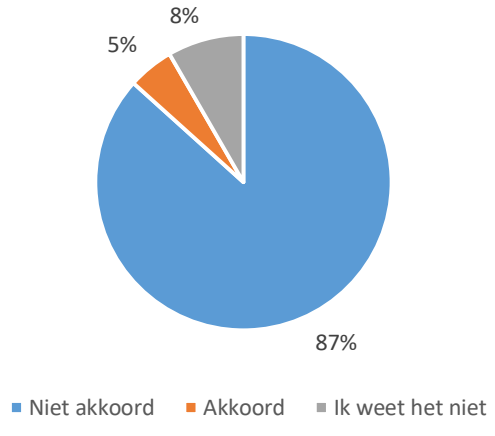
Niet-ambassadeurs (n=60)



Ambassadeurs (n=13)



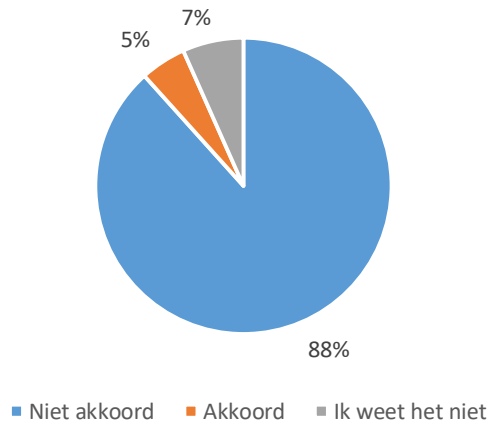
Indien er gefixeerd wordt moet er geen verhoogd toezicht zijn (n=60)



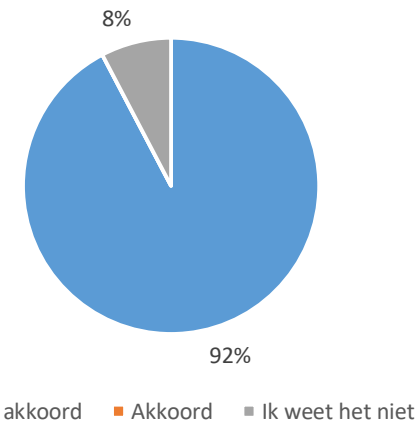
Indien er gefixeerd wordt moet er geen verhoogd toezicht zijn (n=13)



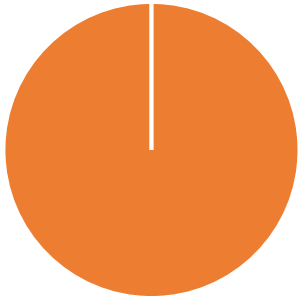
Als hulpverlener mag ik altijd de vrijheid van een wilsonbekwame persoon beperken (n=60)



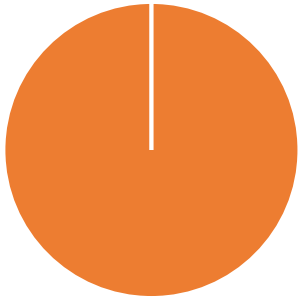
Als hulpverlener mag ik altijd de vrijheid van een wilsonbekwame persoon beperken (n=13)



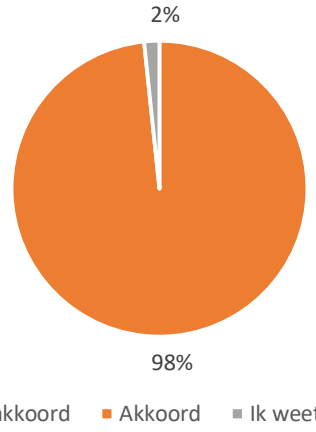
Indien er gefixeerd wordt dien ik rekening te houden met het comfort van de persoon (n=60)



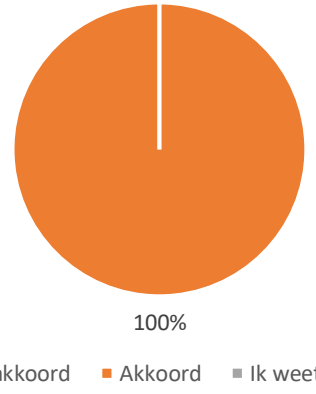
Indien er gefixeerd wordt dien ik rekening te houden met het comfort van de persoon (n=13)



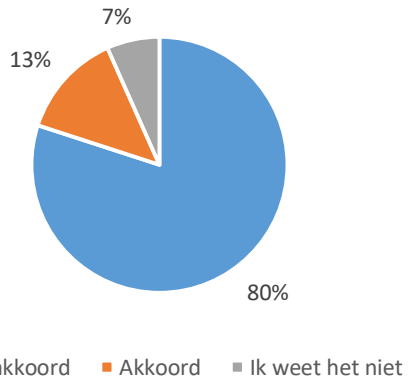
Indien er gefixeerd wordt dien ik tijdig de zorgsituatie te evalueren (n=60)



Indien er gefixeerd wordt dien ik tijdig de zorgsituatie te evalueren (n=13)



Indien er geen risico is op lichamelijke gevolgen mag ik altijd en onmiddelijk fixatiemaatregelen toepassen (n=60)



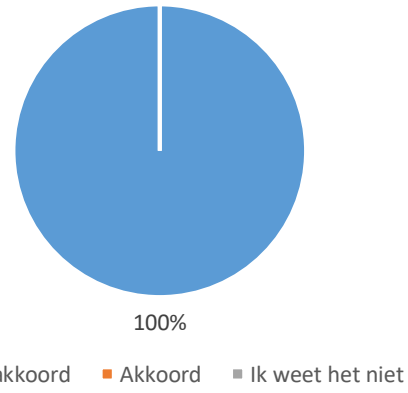
Indien er geen risico is op lichamelijke gevolgen mag ik altijd en onmiddelijk fixatiemaatregelen toepassen (n=13)



Om iemand te fixeren mag ik eender welk materiaal gebruiken (n=60)



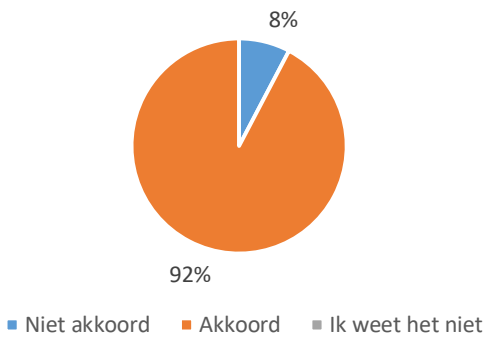
Om iemand te fixeren mag ik eender welk materiaal gebruiken (n=13)



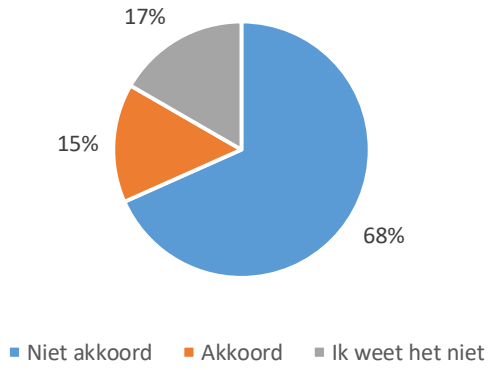
Door de zelfredzaamheid van patiënt en mantelzorger te ondersteunen kan ik er voor zorgen dat de kans op fysieke fixatie vermindert (n=60)



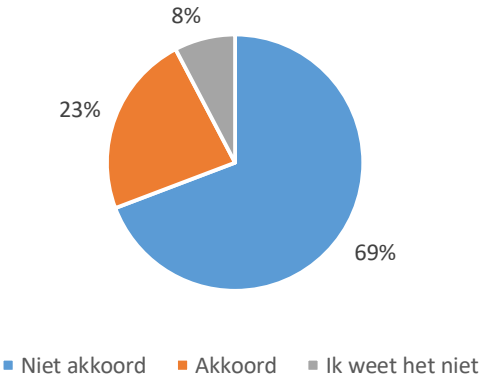
Door de zelfredzaamheid van patiënt en mantelzorger te ondersteunen kan ik er voor zorgen dat de kans op fysieke fixatie vermindert (n=13)



Indien een alternatief voor fixatie niet werkt, dien ik altijd over te gaan tot fysieke fixatie (n=60)

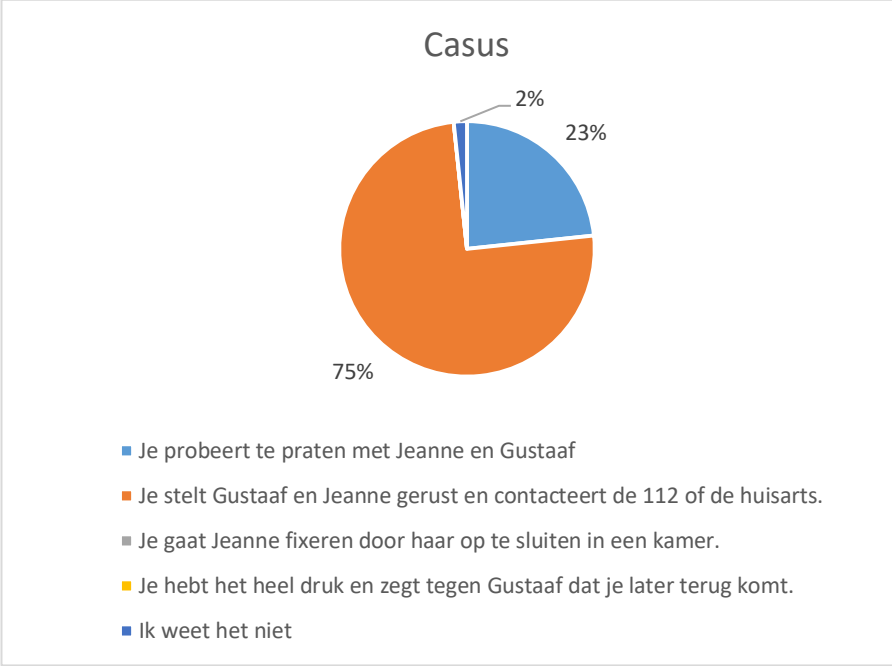


Indien een alternatief voor fixatie niet werkt, dien ik altijd over te gaan tot fysieke fixatie (n=13)

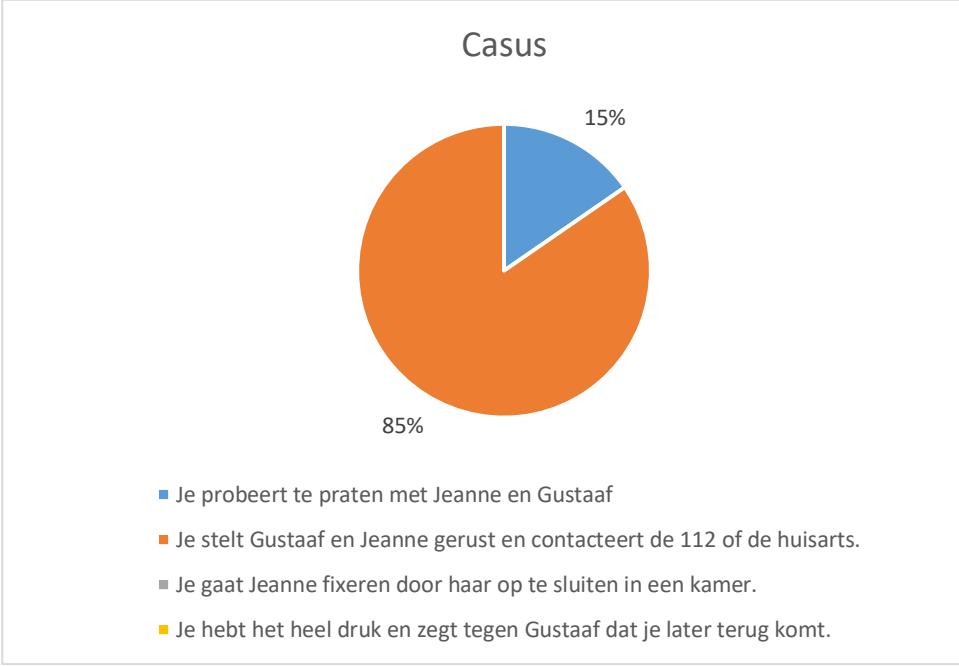


10. Casus

Niet-ambassadeurs (n=60)



Ambassadeurs (n=13)



10.5 Resultaten procesevaluatie multicomponent-programma online bevraging

Website: www.fixatiearmezorg.be					
	Nooit	Eenmalig	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks
Hoe vaak bezocht? (n=10)	0	5	5	0	0
	Ja	Neen			
Verspreid binnen organisatie? (n=10)	7	3			
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Akkoord	Volledig mee akkoord	Ik kan dit niet beoordelen
Is duidelijk en logisch opgebouwd. (n=10)	0	0	8	2	0
Verhoogt mijn bewustzijn rondom de problematiek van fixatie. (n=10)	0	0	7	3	0
Ondersteunt mij in mijn dagelijkse praktijk. (n=10)	0	1	8	1	0
Sociale media (Facebook en Twitter)					
	Nooit	Eenmalig	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks
Hoe vaak sociale media bezocht? (n=10)	5	4	1	0	0
	Ja	Neen			
Sociale media verspreid binnen organisatie? (n=5)	3	2			
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Akkoord	Volledig mee akkoord	Ik kan dit niet beoordelen
Verhoogt mijn bewustzijn rondom de problematiek van fixatie. (n=5)	0	0	3	1	1
Ondersteunt mij in mijn dagelijkse praktijk. (n=5)	0	0	3	1	1
Geeft mij extra informatie over de laatste ontwikkelingen omtrent fixatie in de thuiszorg. (n=5)	0	0	3	1	1
Promotiefilmpje					
	Ja	Neen			
Promotiefilmpje bekeken? (n=10)	9	1			
	Ja	Neen			
Promotiefilmpje binnen je organisatie gebruikt? (n=9)	6	3			

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Akkoord	Volledig mee akkoord	Ik kan dit niet beoordelen
Verhoogt mijn bewustzijn rondom de problematiek van fixatie. (n=9)	0	1	3	4	1
Motiveert mij om mee te werken aan een fixatiearme thuiszorg. (n=9)	0	0	5	3	1
Motiveert mijn collega's om mee te werken aan een fixatiearme thuiszorg. (n=9)	0	0	4	2	3
Flyer					
	Nooit	**Eenmalig**	**Maandelijks**	**Wekelijks**	**Dagelijks**
Hoe vaak flyer gebruikt? (n=10)	2	3	5	0	0
	Ja	**Neen**			
Flyer binnen je organisatie gebruikt?	7	1			
	Helemaal niet akkoord	**Niet akkoord**	**Akkoord**	**Volledig mee akkoord**	**Ik kan dit niet beoordelen**
Verhoogt het bewustzijn van de mantelzorger, familie en de patiënt rondom de problematiek van fixatie. (n=8)	0	0	6	2	0
Ondersteunt mij om een open gesprek aan te gaan over fixatie met de patiënt, mantelzorger en de familie. (n=8)	0	0	5	3	0
Bespreken van fysieke fixatie aan de hand van de flyer is in de praktijk haalbaar. (n=8)	0	0	6	2	0
Samenvatting van de praktijkrichtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg'					
	Nooit	**Eenmalig**	**Maandelijks**	**Wekelijks**	**Dagelijks**
Hoe vaak samenvatting gebruikt? (n=10)	1	5	4	0	0
	Ja	**Neen**			
Samenvatting binnen je organisatie gebruikt? (n=9)	8	1			
	Helemaal niet akkoord	**Niet akkoord**	**Akkoord**	**Volledig mee akkoord**	**Ik kan dit niet beoordelen**

Verhoogt mijn bewustzijn rondom de problematiek van fixatie. (n=9)	0	1	6	2	0
Ondersteunt mij in het omgaan met de vraag naar fixatie in de thuiszorg. (n=9)	0	1	5	2	1
Helpt mij om de zorgsituatie te analyseren en een doordacht besluit te maken. (n=9)	0	4	3	1	1
Is haalbaar om te gebruiken in mijn praktijk. (n=9)	0	4	4	0	1
Is een handig werkinstrument. (n=9)	1	3	5	0	0
Is voor mij begrijpelijk. (n=9)	0	2	6	1	0
Fysieke fixatiefiche					
	Ja	**Neen**			
Fysieke fixatiefiche bekeken? (n=10)	7	3			
	Ja	**Neen**			
Fysieke fixatiefiche binnen je organisatie gebruikt? (n=7)	5	2			
	Helemaal niet akkoord	**Niet akkoord**	**Akkoord**	**Volledig mee akkoord**	**Ik kan dit niet beoordelen**
Is voor mij toegankelijk. (n=7)	0	0	5	2	0
Ondersteunt mij als ambassadeur. (n=7)	0	0	5	2	0
Helpt mij om de zorgsituatie te documenteren. (n=7)	0	0	4	2	1
Helpt mij om het besluitvormingsproces te documenteren. (n=7)	0	0	4	2	1
Is duidelijk. (n=7)	0	0	5	2	0
Is volledig. (n=7)	0	2	5	0	0
Tutorial van de praktijkrichtlijn					
	Ja	**Neen**			
Tutorial bekeken? (n=10)	8	2			
	Ja	**Neen**			

Tutorial binnen je organisatie gebruikt? (n=8)	6	2			
	Helemaal niet akkoord	**Niet akkoord**	**Akkoord**	**Volledig mee akkoord**	**Ik kan dit niet beoordelen**
Verhoogt mijn bewustzijn rondom de problematiek van fixatie. (n=8)	0	0	4	4	0
Ondersteunt mij in mijn dagelijkse praktijk. (n=8)	0	1	3	4	0
Motiveert mij om de praktijkrichtlijn te gebruiken. (n=8)	0	1	3	4	0
Loont de moeite om te bekijken. (n=8)	0	0	4	4	0
Is duidelijk. (n=8)	0	0	4	4	0
Tutorial van het stroomdiagram					
	Ja	**Neen**			
Tutorial bekeken? (n=10)	5	5			
	Ja	**Neen**			
Tutorial binnen je organisatie gebruikt? (n=5)	4	1			
	Helemaal niet akkoord	**Niet akkoord**	**Akkoord**	**Volledig mee akkoord**	**Ik kan dit niet beoordelen**
Ondersteunt mij in mijn dagelijkse praktijk. (n=5)	0	0	3	2	0
Motiveert mij om het stroomdiagram te gebruiken. (n=5)	0	0	3	2	0
Verduidelijkt hoe je het stroomdiagram dient te gebruiken. (n=5)	0	0	3	2	0
Loont de moeite om te bekijken. (n=5)	0	0	3	2	0
Is duidelijk. (n=5)	0	0	3	2	0
Opleiding ambassadeur fixatiearme thuiszorg					
	Helemaal niet akkoord	**Niet akkoord**	**Akkoord**	**Volledig mee akkoord**	**Ik kan dit niet beoordelen**
Heeft ervoor gezorgd dat ik mij meer bewust ben van de problematiek van fixatie. (n=10)	0	0	7	3	0
Heeft mij ondersteund als ambassadeur. (n=10)	0	1	6	3	0

Heeft mij gemotiveerd om de praktijkrichtlijn te gebruiken. (n=10)	0	2	6	2	0
Heeft ervoor gezorgd dat ik andere zorgverstrekkers kan ondersteunen in het toepassen van de praktijkrichtlijn. (n=10)	0	1	7	1	1
Heeft ervoor gezorgd dat ik een vertrouwensrelatie kan opbouwen met de patiënt, mantelzorger en de familie. (n=10)	0	1	5	1	3
Heeft ervoor gezorgd dat ik feedback kan geven aan mijn collega's. (n=10)	0	0	7	3	0
Heeft ervoor gezorgd dat ik kan omgaan met weerstand van collega's tegen het verminderd gebruik van fysieke fixatie. (n=10)	0	0	7	2	1
Heeft ervoor gezorgd dat ik kan omgaan met weerstand bij de patiënt, mantelzorger en de familie. (n=10)	0	1	6	0	3

1ste intervisie fixatiearme thuiszorg					
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Akkoord	Volledig mee akkoord	Ik kan dit niet beoordelen
Heeft ervoor gezorgd dat ik inzicht kreeg in alternatieven voor fixatie. (n=10)	0	1	5	3	1
Heeft ervoor gezorgd dat ik de wetgeving van fysieke fixatie beter begreep. (n=10)	0	0	6	3	1
Heeft mij gemotiveerd en geïnspireerd als ambassadeur fixatiearme thuiszorg. (n=10)	0	2	5	2	1
Heeft mij geholpen om mijn rol als ambassadeur uit te oefenen. (n=10)	0	2	5	2	1

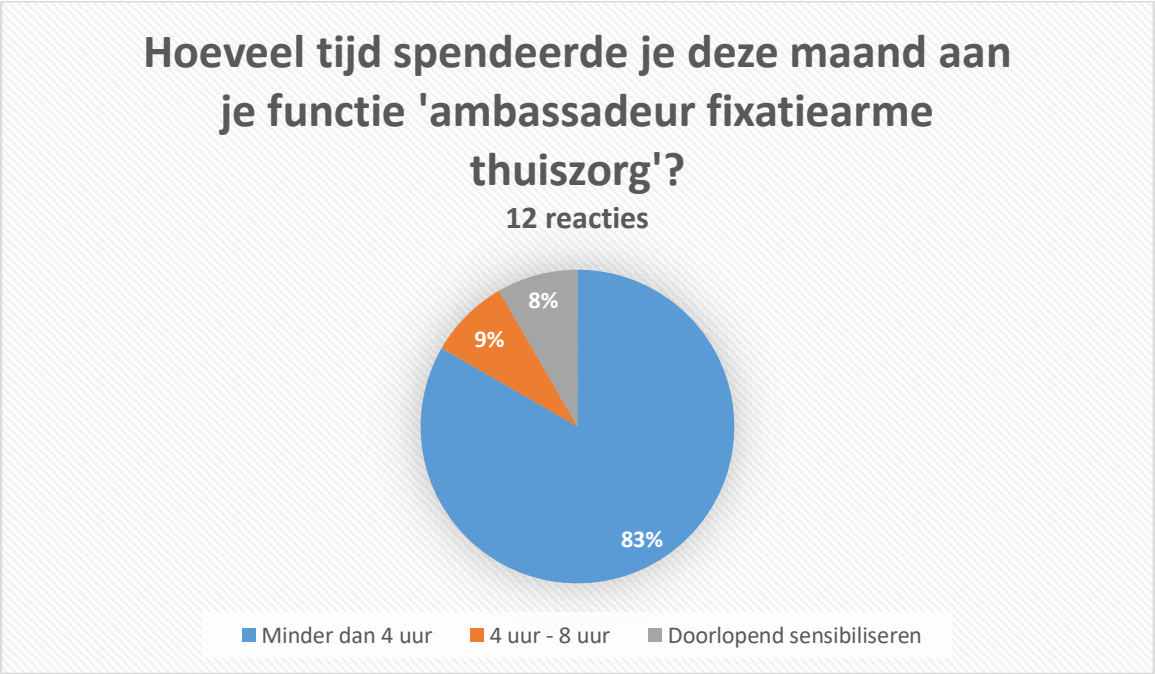
Was relevant omdat er ervaringen gedeeld konden worden. (n=10)	1	0	4	4	1

2de intervisie fixatiearme thuiszorg					
	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Akkoord	Volledig mee akkoord	Ik kan dit niet beoordelen
Ondersteunde mij als ambassadeur. (n=10)	0	1	6	1	2
Heeft ervoor gezorgd dat ik inzicht kreeg in alternatieven voor fixatie. (n=10)	0	1	5	2	2
Heeft ervoor gezorgd dat ik feedback kan geven aan mijn collega's. (n=10)	0	1	6	1	2
Heeft ervoor gezorgd dat ik kan omgaan met weerstand van collega's tegen het verminderd gebruik van fysieke fixatie. (n=10)	0	0	6	1	3
Heeft ervoor gezorgd dat ik kan omgaan met weerstand bij de patiënt, mantelzorger en de familie. (n=10)	0	0	5	0	5
Was relevant omdat er ervaringen gedeeld konden worden. (n=10)	0	0	4	4	2

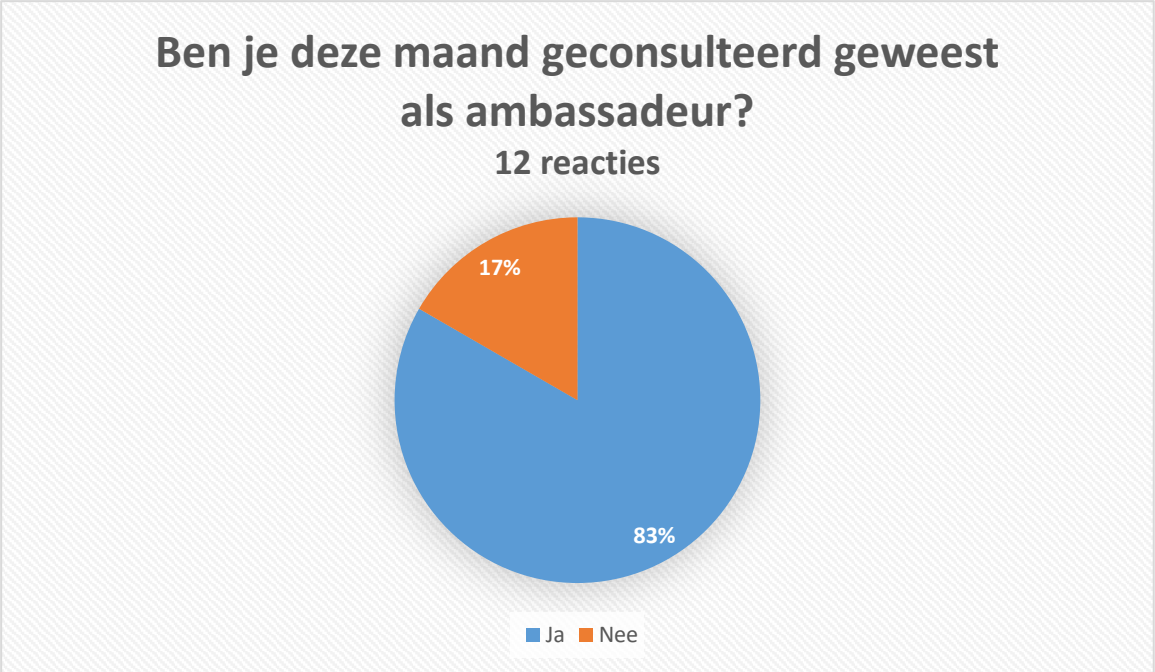
10.6 Verwerking procesevaluatie context

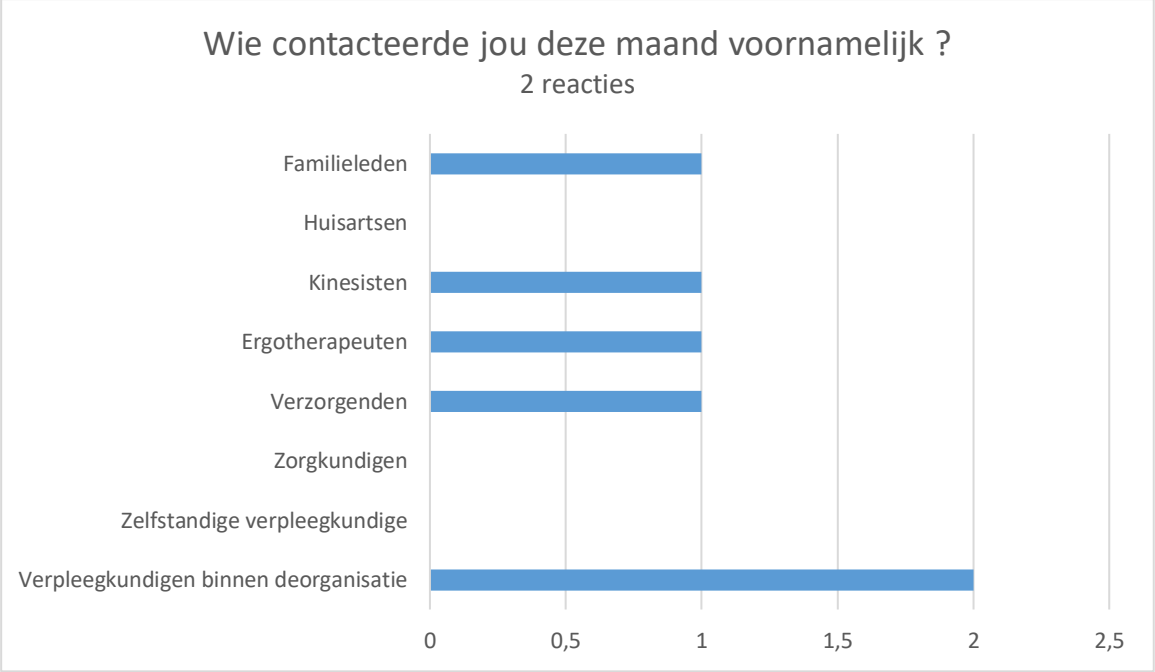
Aantal deelnemers: 12

Telefonisch contact: juli en augustus 2018






Ben je deze maand geconsulteerd geweest als ambassadeur?
12 reacties
17%
83%
Ja
Nee


Wie contacteerde jou deze maand voornamelijk ?
2 reacties
Familieleden
Huisartsen
Kinesisten
Ergotherapeuten
Verzorgenden
Zorgkundigen
Zelfstandige verpleegkundige
Verpleegkundigen binnen deorganisatie
0
0,5
1
1,5
2
2,5

Omschrijf de voornaamste problemen waar je als ambassadeur, deze maand, ondersteuning bood aan je collega's

2 reacties

Is het wel of geen fixatie? Is fixatie nodig? is vallen een probleem?
Een huisarts die fixatie adviseert

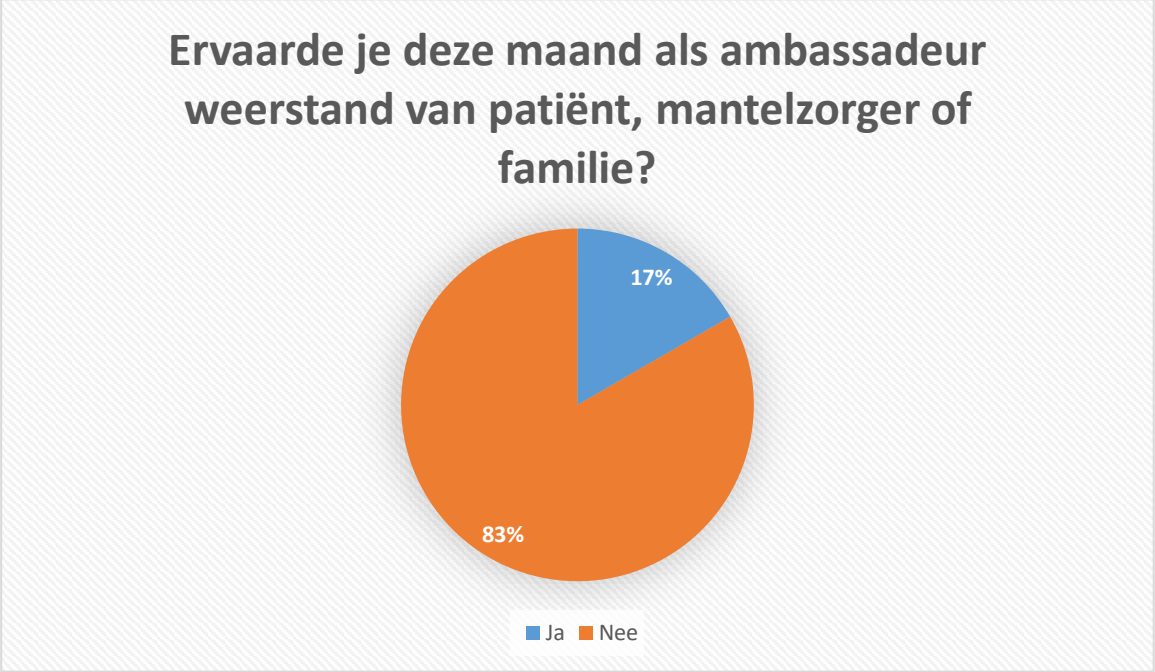




Wat voor soort weerstand ervaarde je deze maand van je collega's?

2 reacties

Bezorgde collega's, ze willen dat hun zorgvrager veilig is. Dat gaat van deuren vast doen tot een aangepaste rolstoel.
Geen interesse of met het advies wordt niets gedaan



Wat voor soort weerstand ervaarde je deze maand van patiënt, familie of mantelzorger?

2 reacties

Hulp aanvaarden door de cliënt
Mantelzorgers die niet bewust zijn van de gevaren van fixatie.

Hoe ging je als ambassadeur deze maand om met weerstand van de patiënt, mantelzorger of familie?

2 reacties

Overleg met partner, huisarts, familie, Zorgloket, sociale dienst ZH en WZC
In gesprek gaan. Afspraken maken dat er tijdens onze aanwezigheid niet gefixeerd wordt.



Beschrijf de barrières die je deze maand bij zorgverleners ervaarde voor het gebruik van de praktijkrichtlijn

3 reacties

Wie mag wel of niet fixatie uitvoeren.
Stroomdiagram is niet duidelijk bij gebruik.
Stroomdiagram moeilijk in gebruik door onlogische volgorde

Beschrijf factoren die je deze maand hebben geholpen bij het gebruik van de praktijkrichtlijn (bv.: heeft een hulpmiddel je meer inzicht gegeven in de praktijkrichtlijn?)

9 reacties

Bewustwording omtrent fixatie
De tutorial praktijkrichtlijn
Het stroomdiagram en de praktijkrichtlijn zijn duidelijk en overzichtelijk en dus een goed hulpmiddel voor iedereen.
De informatie i.v.m. de sensoren die binnenhuis kunnen gebruikt worden vond ik heel interessant

Beschrijf factoren die je deze maand hebben geholpen bij het implementeren van de praktijkrichtlijn in je organisatie (bv.: Hoe heb je collega's kunnen motiveren in het gebruik van de richtlijn? Hoe heb je de richtlijn verspreid binnen de organisatie?)

11 reacties

Bespreking tijdens team - vorming dient nog georganiseerd te worden

Toelichting aan collega's

Via mail ,uitleg gegeven

Het stroomdiagram en de praktijkrichtlijn zijn duidelijk en overzichtelijk en dus een goed hulpmiddel voor iedereen.

Ik ben met de verzorgende aan het bespreken of er al dan niet fixatie gebruikt wordt bij onze cliënten. Met hen de verschillende vormen van fixatie besproken die als evident worden aanzien (omwille van veiligheid) . Op het ogenblik bleek er geen gebruik van fixatie te zijn maar we hebben voorbeelden uit het verleden aangehaald en hoe we hier eventueel kunnen mee omgaan. De verzorgenden zijn ingelicht dat indien zij fixatie ervaren binnen de thuiszorg, dit met de eventuele mantelzorgers eerst zullen opnemen en het nadien met mij zullen bespreken zodat ik eventueel een gesprek met de mantelzorgers kan hebben rond fixatiearme thuiszorg.

Nvt

Elke verzorgende volgt verplicht de opleiding verzorgende handelingen. Dit is een prima kans om hierbij het fixatie-arm beleid toe te lichten

1)tijdens patiëntenbespreking praktijkrichtlijn voorgesteld. Positieve feedback gekregen. 2)samenzitten met de ambassadeurs binnen wgk om te bespreken hoe we implementatie gaan waar maken.

Tijdens supervisiemoment in kleine groepjes is de praktijkrichtlijn overlopen

Momenteel nog in opstart fase, toelichting binnen een team en daarna op geselecteerde pt stroomdiagram uitgewerkt

Beschrijf factoren die je deze maand hebben geholpen bij het ondersteunen van je collega's in het gebruik van de praktijkrichtlijn

9 reacties

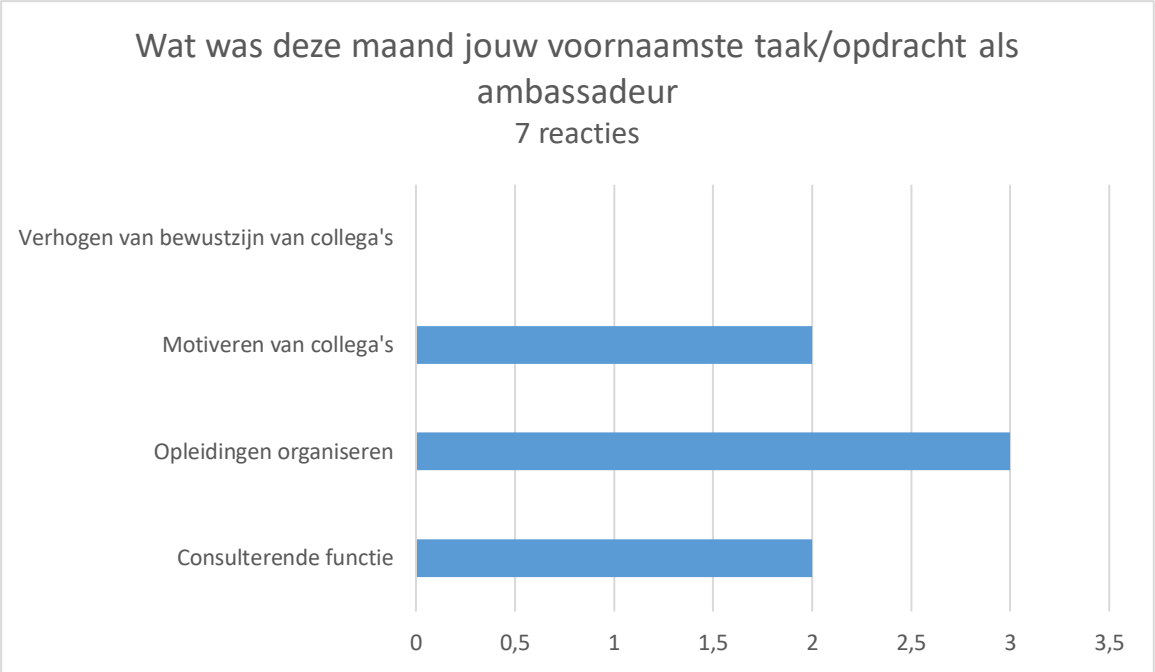
Zoveel mogelijk stimuleren van zelfredzaamheid

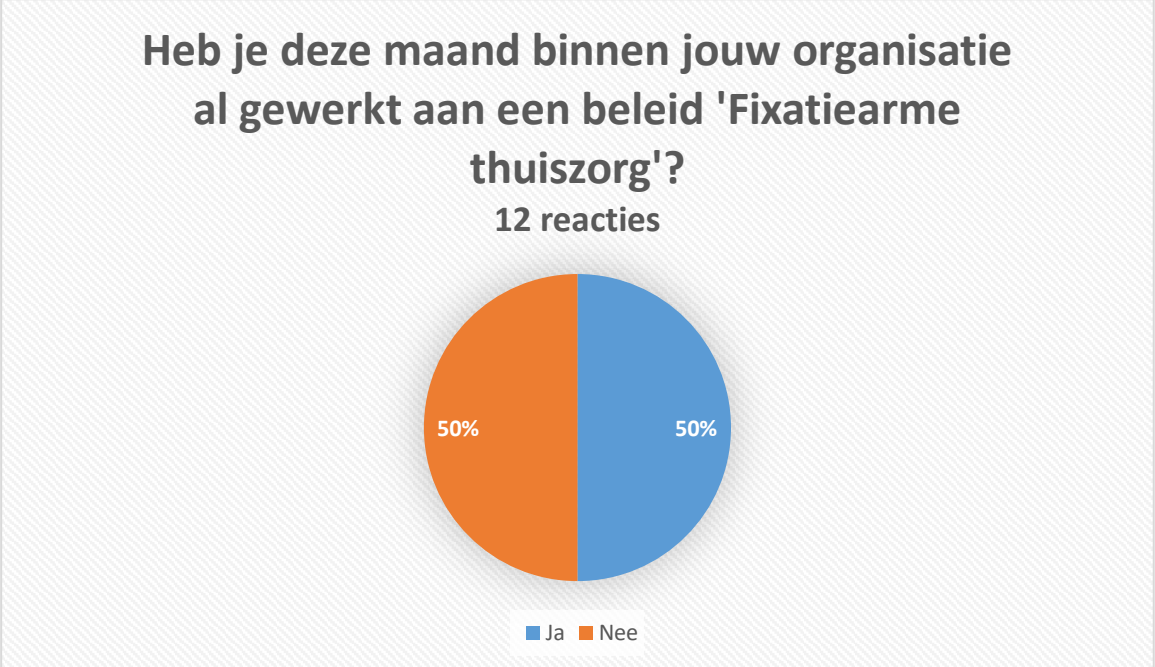
De tutorial praktijkrichtlijn

Het stroomdiagram en de praktijkrichtlijn zijn duidelijk en overzichtelijk en dus een goed hulpmiddel voor iedereen.

Elke werkvergadering wordt er stilgestaan bij het onderwerp zodat het een evidentie wordt voor de verzorgenden om er bij stil te staan

Zelf het gebruik van stroomdiagram uittesten d.m.v. casus Dit verliep niet zo vlot.





Welke stappen heb je deze maand binnen jouw organisatie al ondernomen om het beleid fixatiearme thuiszorg vorm te geven?

6 reacties

Wij hebben vanuit de organisatie infomomenten georganiseerd via familiegroep en een info moment in één van de deelgemeentes

Toelichting aan collega's

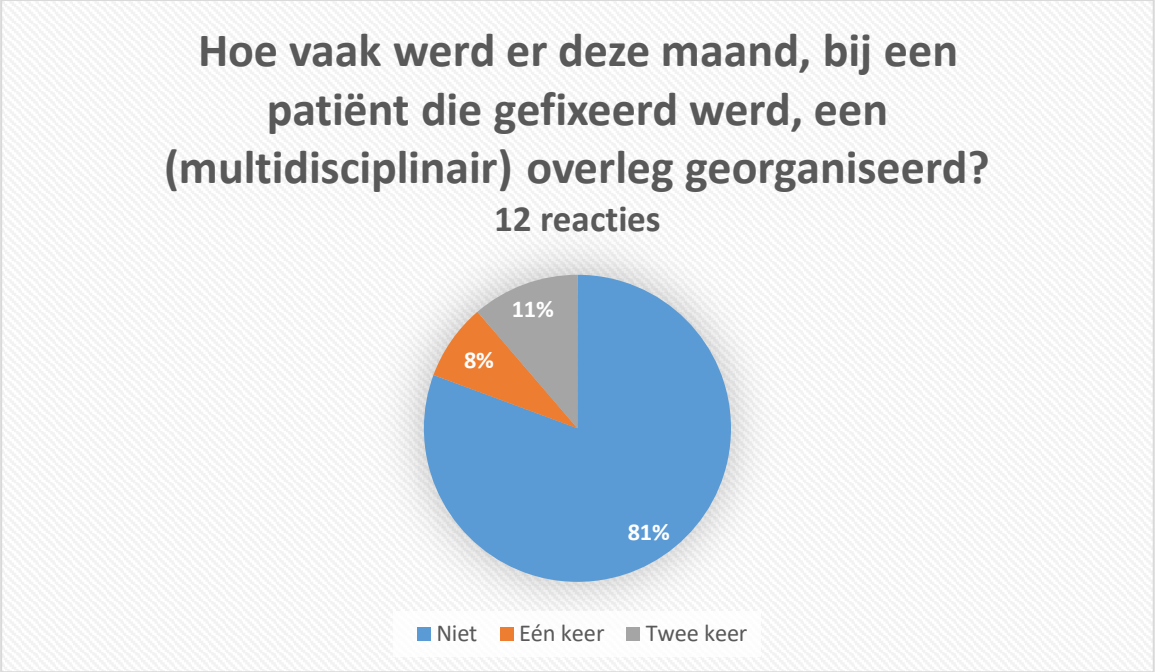
De info van het fixatie-arm beleid opnemen in de verplichte vorming/vademecum/werkmap/...

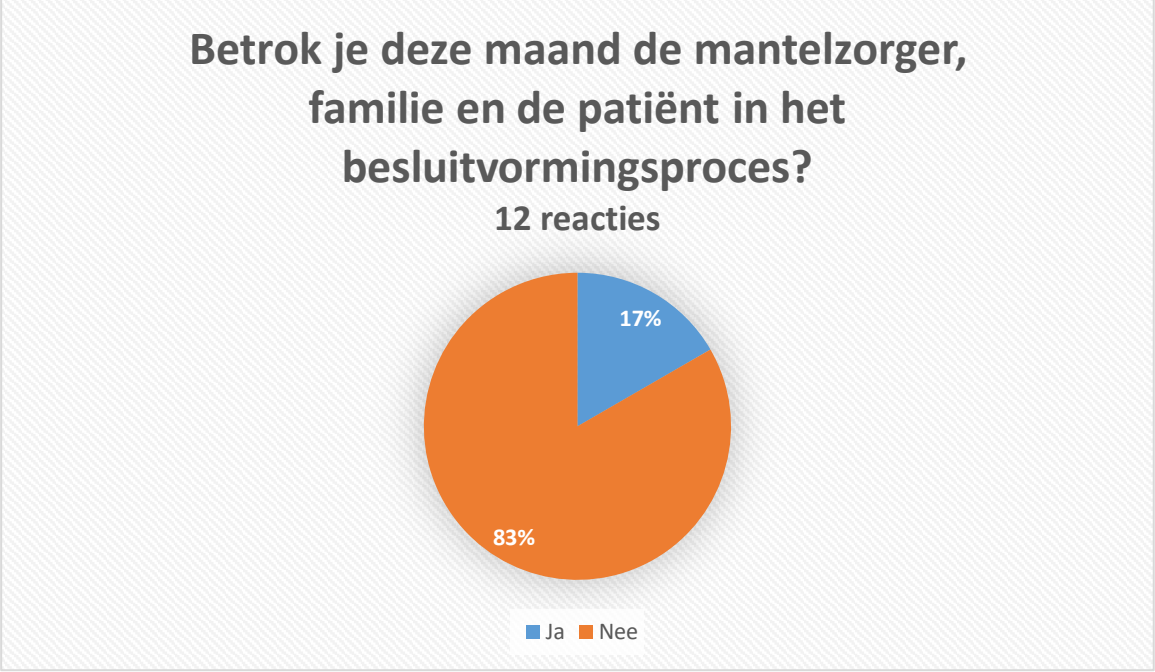
1)tijdens patiëntenbespreking praktijkrichtlijn voorgesteld. 2)oplijsten van situaties waar nu fixatie effectief wordt toegepast 2)samenzitten met de ambassadeurs binnen wgk om te bespreken hoe we implementatie gaan vorm geven. En vervolgdatum en inhoud van volgende samenkomst vastgelegd.

3)zelf stroomdiagram gebruikt . 4)afspraak met collega van de afdeling gemaakt om het stroomdiagram te gebruiken adhv casus en eventuele opmerkingen op te lijsten.

Supervisiemomenten

Team bijgeschoold, bewustwording van fixatie binnen de thuiszorg





Hoe betrok je deze maand de mantelzorger, familie en de patiënt in het besluitvormingsproces?

2 reacties

Duiding, overleg ism Zorgloket

Tijdens het zorgoverleg, tijdens een huisbezoek

Hoe is dit juist verlopen?

2 reacties

Samenwerking met Zorgloket
Opbotsen tegen vooroordelen en weerstand. Compromissen sluiten, afspraken maken.

Wat heb je als ambassadeur binnen jouw context nog nodig om je functie te kunnen uitoefenen?

12 reacties

Meer kennis opbouwen voor andere sectoren
Ondersteuning bij probleemsituaties, vooral rond het wettelijke.
Info om om te kunnen gaan met weerstand van de mantelzorger. De zorgpartners vinden het moeilijk om alternatieven van fixatie aan te kunnen bieden Bv sluiten van de deur. De mantelzorger is verantwoordelijk, maar het wordt van de verzorgende verwacht. Indien de verzorgende het niet doet, stopt soms de hulp.
Meer theoretische kennis ,ik heb een gemis
Voldoende ondersteuning, zowel opleiding als van hoger hand de mogelijkheid om hier mee om te gaan
Meer bekendheid en aanvaarding
Het zou fijn zijn indien alle zorgverleners met de neus in de zelfde richting stonden (huisarts, verpleegkundigen,...)
Meer alternatieven om aan te bieden
Het uitwerken van een beleid rond fixatie

Duidelijke richtlijnen binnen de organisatie, voorbeelden en uitleg voor alternatieven, duidelijk document om pt en familie te laten ondertekenen wanneer fixatie al dan niet moet toegepast worden, best uniform over alle organisaties heen

