

Bachelor Thesis

**Kwalitatief onderzoek naar de implementatie en inbedding van flexibele
bezoektijden binnen het Intensive Care Centrum**

Visies, behoeften en verwachtingen van IC-verpleegkundigen en intensivisten

**UNIVERSITY
OF TWENTE.**



Begeleiders Universiteit Twente

Dhr. prof. dr. J. van der Palen

Mw. dr. M. Brusse-Keizer

Begeleider Medisch Spectrum Twente

Mw. MSc. M. Bos-Burgmeijer

Enschede

Universiteit Twente

Faculteit Technische Natuurwetenschappen

Bachelor Gezondheidswetenschappen

N. van Diermen

S2633094

6-7-2023

Voorwoord

Voor u ligt het adviesrapport 'Kwalitatief onderzoek naar de implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden binnen het Intensive Care Centrum: visies, behoeften en verwachtingen van IC-verpleegkundigen en intensivisten'. Dit adviesrapport is geschreven in het kader van de bachelor thesis van de studie Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Het onderzoek is uitgevoerd in het Medisch Spectrum Twente binnen het Intensive Care Centrum MST van februari 2023 tot en met juli 2023.

Deze kwalitatieve studie is uitgevoerd om de voor- en nadelen, draagvlakoptimalisatie en randvoorwaarden te verkennen die gepaard gaan met de implementatie van flexibele bezoektijden binnen het ICC van MST. Door middel van interviews met zowel IC-verpleegkundigen als intensivisten is antwoord verkregen op de onderzoeksvraag. Daarnaast zijn adviezen opgesteld en is een implementatieplan geschreven.

In dit voorwoord wil ik van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Ten eerste wil ik mijn externe begeleidster, Mariska Bos-Burgmeijer, bedanken. Mariska heeft mij op een prettige, laagdrempelige manier begeleid. Haar manier van begeleiden heeft mij veel rust en vertrouwen gegeven tijdens het afstuderen. Ik heb veel ruimte van haar gekregen om het onderzoek uit te voeren. Daarnaast wil ik uiteraard beide interne begeleiders bedanken, Job van der Palen en Marjolein Brusse-Keizer. Beide begeleiders hebben mij geholpen in het proces en stonden klaar voor vragen.

Graag wil ik ook de medewerkers van de research IC bedanken voor hun hulp bij de nWMO aanvraag. Tot slot wil ik graag de collega's van het ICC bedanken. Dankzij hun bereidheid om geïnterviewd te worden, heb ik een adviesrapport kunnen opstellen. Zonder hen was dit natuurlijk niet gelukt.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Nena van Diermen
Hengelo, juni 2023

Samenvatting

Introductie: Uit onderzoek blijkt dat vijftig tot zeventig procent van de IC-patiënten klachten ervaart na opname, ook wel Post Intensive Care Syndroom (PICS) genoemd. Onderzoeken wijzen uit dat een flexibel bezoekbeleid mogelijk PICS kan voorkomen of reduceren, zowel bij patiënten als naasten. Echter hanteert het Intensive Care Centrum (ICC) van Medisch Spectrum Twente (MST) restrictieve bezoektijden, tweemaal daags drie kwartier. Aangezien er gebrek is aan recente wetenschappelijke inzichten, waarin rekening wordt gehouden met de afdelingscultuur, behoeften en weerstand van de zorgprofessionals binnen het ICC. Het doel van dit onderzoek is het evalueren van de mogelijkheden voor de implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden binnen het ICC van MST. Om dit te bereiken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *‘Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol bij de implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden, ten opzichte van de huidige restrictieve bezoektijden, binnen de afdeling ICC in MST?’*

Methoden: Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, waarbij de data is verzameld door middel van één-op-één interviews met IC-verpleegkundigen en intensivisten. De steekproef is, door middel van purposive sampling, samengesteld door de werkgroep bezoektijden van het ICC. De interviews zijn getranscribeerd met behulp van het programma MS Teams en vervolgens gecodeerd met ATLAS.ti 23.

Resultaten: Er zijn IC-verpleegkundigen (n=10) en intensivisten (n=2) geïnterviewd. Dit onderzoek heeft aangetoond dat er zowel nadelen, zoals privacy-inbreuk, als voordelen, zoals meer flexibiliteit voor naasten, gepaard gaan met flexibele bezoektijden. Restrictieve bezoektijden kunnen leiden tot onvervulde behoeften van de familie. Ook is gebleken dat restrictieve bezoektijden structuur bieden en discussies voorkomen. Weerstand tegen flexibele bezoektijden bij IC-zorgprofessionals ontstaat door controleverlies en angst voor discussies met familie. Volgens de respondenten zijn duidelijke afspraken en een beargumenteerde, met literatuur onderbouwde voorlichting cruciaal om weerstand te verminderen. Bij de implementatie van een flexibel bezoekbeleid dienen meerdere randvoorwaarden in acht te worden genomen, zoals duidelijke afspraken en effectieve communicatie.

Conclusie: Dit kwalitatieve onderzoek identificeert enerzijds belemmerende factoren, zoals de angst voor het uitstellen van werkzaamheden en een onbedoelde rol van familie als medebehandelaar. Anderzijds zijn er bevorderende factoren geïdentificeerd, zoals meer steun voor familie en patiënt, een positieve mentale beleving van de patiënt en meer flexibiliteit voor de familie.

Adviezen: Op basis van de resultaten wordt geadviseerd de bezoektijden uit te breiden naar 11:00u-12:00u en van 16:00u-20:00u. Het advies is om maximaal twee bezoekers per bezoekmoment toe te staan, zij mogen maximaal 60 minuten blijven drie keer per dag. Hierbij zijn vier innovaties geadviseerd: centrale, levendige wachtkamer voor familie, ICC-huiskamer met VR-technologie, digitaal post-IC-patiënten dagboek en een MST IC-dashboard. Na de implementatie wordt een evaluatiemoment geadviseerd na drie maanden. Bovendien wordt aanbevolen om de informatievoorziening omtrent het flexibel bezoekbeleid multidisciplinair, in meerdere talen en via meerdere informatiekanalen te verspreiden. Rondom de werkzaamheden wordt geadviseerd om werk- en bezoekafspraken te maken.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	6
2. Methoden	8
2.1 Onderzoeksdesign.....	8
2.2 Onderzoekspopulatie.....	8
2.3 Dataverzameling	8
2.4 Data-analysmethoden.....	8
2.5 Ethische verantwoording	9
3. Resultaten	10
3.1 Demografische gegevens	10
3.2 Ervaringen huidige, restrictieve bezoektijden.....	11
3.3 Ervaringen en verwachtingen flexibele bezoektijden	11
3.4 Randvoorwaarden en draagvlakvergroting flexibele bezoektijden	12
3.5 Adviezen en implementatie flexibele bezoektijden	13
3.5.1: Adviezen	13
3.5.2: Implementatie	14
4. Discussie en conclusie	15
4.1 Discussie	15
4.2 Sterktes en zwaktes	16
4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	16
4.4 Conclusie.....	16
4.5 Praktische implicaties	17
Referentielijst	18
Bijlagen	20
Bijlage 1: Interviewschema	20
Bijlage 2: Informed Consent.....	22
Bijlage 3: Codetabellen	24
Bijlage 3.1: Nadelen flexibele bezoektijden	24
Bijlage 3.2: Nadelen restrictieve bezoektijden.....	25
Bijlage 3.3: Voordelen flexibele bezoektijden	27
Bijlage 3.4: Voordelen restrictieve bezoektijden	29
Bijlage 3.5: Weerstand	30

Bijlage 3.6: Randvoorwaarden	31
Bijlage 4: Codeboom	34
Bijlage 5: MST IC-DASHBOARD	35
Bijlage 6: Six-pointed star model	36

1. Inleiding

In 2021 werden in Nederland 63.170 patiënten opgenomen op een intensive-care afdeling (IC)[1]. De gemiddelde duur van een IC-opname varieert van drie tot vier dagen. IC-patiënten worden opgenomen vanwege uiteenlopende aandoeningen, waarbij potentieel herstel van de disfunctionerende of falende vitale functie(s) kenmerkend is [2].

Een (ongeplande) opname op de IC heeft een ingrijpende impact op zowel de patiënt als naasten en brengt een crisis met zich mee die niet alleen het welzijn van de patiënt en naasten beïnvloedt, maar ook hun leven ingrijpend kan veranderen [3]. Uit onderzoek blijkt dat vijftig tot zeventig procent van de IC- patiënten nieuw ontstane of verergerde klachten blijft ervaren na ontslag welke vaak gepaard gaan met een verminderde kwaliteit van leven, ook wel het Post Intensive Care Syndroom (PICS) genoemd [4]. PICS leidt tot individuele, maatschappelijke en economische beperkingen [3]. De klachten kunnen lichamelijk, geestelijk als cognitief van aard zijn [5]. Er is een grote variatie in de ernst en diversiteit van de klachten die worden geassocieerd met PICS [4].

Literatuur laat zien dat IC-patiënten de voorkeur geven aan drie tot vier bezoeken momenten per dag, met elk een duur van 35 tot 55 minuten [6]. Daarnaast wordt aangegeven dat maximaal drie bezoekers per bezoekmoment gewenst is. Zorgprofessionals en naasten ervaren bezoektijden van 16:00-20:00 uur als het meest geschikt voor familiebezoek aan het bed bij de patiënt. De klinische implicaties die hiermee gepaard gaan, zijn dat bezoek van naasten op de IC flexibel en open moet zijn en dient er zorg op maat geleverd te worden. Bij opname wordt in overleg met de familie een plan opgesteld om het open bezoekbeleid af te stemmen op de beschikbaarheid van de familie [7].

Onderzoeken suggereren dat het uitbreiden van de bezoektijden mogelijk de gevolgen van IC-opname kan verminderen of voorkomen [6]. Het hanteren van flexibele bezoeken kan mogelijk bijdragen aan stressreductie en deliriumpreventie [8]. Bovendien is aangetoond dat flexibele bezoektijden een positief effect kunnen hebben op de stabiliteit en het evenwicht van fysiologische parameters van IC-patiënten [6]. Een flexibel bezoekbeleid draagt bij aan het creëren van een therapeutische omgeving waarin niet alleen de fysiologische stoornissen van de patiënt worden beperkt [6], maar ook een hoger niveau van gezondheid en tevredenheid van patiënten wordt bereikt [9]. Tevens leidt een flexibel bezoekbeleid tot meer patiënt- en familiegerichte zorg [5]. Volgens het onderzoek van Akbari zijn er meerdere redenen die aanduiden dat het invoeren van een flexibel bezoekbeleid binnen de IC van belang is. Patiënten voelen zich comfortabel wanneer naasten aanwezig zijn, waardoor het aantal cardiovasculaire complicaties vermindert. Daarnaast geeft een flexibel bezoekbeleid de patiënt een gevoel van veiligheid. Uit ditzelfde onderzoek is gebleken dat de aanwezigheid van familie en dierbaren cruciaal is voor de genezing [6]. Tot slot ervaren patiënten bezoek als een niet-stressvolle ervaring [6].

Naast de voordelen zijn er in de literatuur ook enkele nadelen gevonden met betrekking tot flexibele bezoektijden. Allereerst kan de zorgprofessional zich door de flexibele bezoektijden bedreigd of teleurgesteld voelen, omdat verpleegkundigen ervaren dat ze vaker worden gestoord tijdens werkzaamheden [10]. Ook wordt de constante stroom van vragen van bezoekers door zorgprofessionals als nadelig ervaren. Daarnaast kan de patiënt ervaren dat de familie een rol krijgt als medebehandelaar [11]. Tevens blijkt in de literatuur dat zorgprofessionals twijfelen aan de voordelen van flexibele bezoektijden [12]. Uit dit onderzoek is gebleken dat de verhoogde aanwezigheid van naasten de patiënt zou kunnen uitputten. Zorgprofessionals ervaren eveneens verlies van controle en een verhoogde werkdruk [12]. Vanwege de reguliere werkzaamheden, is het voor de zorgprofessionals niet mogelijk om op een breed tijdsvlak beschikbaar te zijn voor het voeren van gesprekken met elk familielid [12]. Factoren zoals het aantal jaren werkervaring, de personeelsbezetting en het aantal nachtdiensten dat verpleegkundigen per 15 dagen werkten voorspelden de houding en opvattingen van verpleegkundigen over de duur van familiebezoek [13].

Daarbij is het niet naleven van het bezoekbeleid afhankelijk van de houding van de zorgprofessional [14]. Echter, is nog niet onderzocht hoe zorgprofessionals om kunnen gaan met de nadelen die gepaard gaan met flexibele bezoektijden.

Het Intensive Care Centrum (ICC) van Medisch Spectrum Twente (MST) hanteert momenteel restrictieve bezoektijden, twee keer per dag gedurende 45 minuten op vaste tijdstippen. In de praktijk blijkt dat zorgprofessionals niet consequent zijn in het toestaan van (extra) bezoek buiten de reguliere bezoektijden. Hierdoor ontstaat een wisselend bezoekbeleid tussen families. Derhalve is er behoefte aan een flexibeler bezoekbeleid dat kan worden gehanteerd binnen het ICC van MST, waarbij de zorgprofessionals de voordelen van flexibele bezoektijden ondervinden en de mogelijkheden tot bezoektijden op maat worden geëvalueerd.

Probleemstelling

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat flexibele bezoektijden voordelen kunnen bieden voor IC- patiënten. Desondanks hanteert het ICC van MST nog steeds restrictieve bezoektijden. Wel is er behoefte aan verruiming van de bezoektijden, bij voorkeur gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten met aandacht voor de afdelingscultuur, de behoeften en de huidige weerstand van zorgprofessionals werkzaam binnen het ICC.

Doel en hoofd- en deelvragen

Het doel van dit onderzoek is het opleveren van een adviesrapport voor het ICC van MST, waarin de mogelijkheden voor de implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden binnen het ICC worden geëvalueerd. Om dit doel te bereiken is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

‘Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol bij de implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden, ten opzichte van de huidige restrictieve bezoektijden, binnen de afdeling ICC in MST?’

De deelvragen die worden behandeld om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn:

- *Welke voor- en nadelen gaan volgens de ICC-zorgprofessionals gepaard met het hanteren van flexibele bezoektijden ten opzichte van restrictieve bezoektijden binnen het ICC van MST?*
- *Hoe kan het draagvlak voor het implementeren en inbedden van flexibele bezoektijden binnen het ICC van MST onder zorgprofessionals worden vergroot?*
- *Welke randvoorwaarden zijn noodzakelijk voor een succesvolle implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden binnen het ICC van MST?*

2. Methoden

2.1 Onderzoeksdesign

Er werd een cross-sectioneel, kwalitatief onderzoek uitgevoerd, bestaande uit één-op-één semigestructureerde interviews.

2.2 Onderzoekspopulatie

Er werd gestreefd naar een doelgroep van zorgprofessionals werkzaam binnen het ICC van MST, welke voldeden aan de volgende in- en exclusiecriteria:

- *Inclusiecriteria*: zorgprofessionals betrokken bij de directe zorgverlening van patiënten die binnen het ICC van MST zijn opgenomen (geweest).
- *Exclusiecriteria*: zorgprofessionals in opleiding en leden van de werkgroep flexibele bezoektijden van het ICC.

2.3 Dataverzameling

Steekproef

De steekproef bestaat uit twaalf zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen het ICC van MST. De steekproef werd bepaald door de werkgroep bezoektijden van het ICC, door middel van een purposive sampling methode. Zorgprofessionals zijn geselecteerd op deelname op basis van functie, leeftijd, aantal jaren werkervaring, geslacht en ervaringen met restrictieve en flexibele bezoektijden.

Dataverzamelingmethoden

De data zijn verzameld door middel van het afnemen van interviews. Het interview werd opgedeeld in vier hoofdonderwerpen:

- Ervaringen huidige, restrictieve bezoektijden
- Ervaringen en verwachtingen flexibele bezoektijden
- Randvoorwaarden en draagvlakvergroting flexibele bezoektijden
- Adviezen en implementatie flexibele bezoektijden

Het doel hiervan was om de algemene meningen ten opzichte van het flexibele bezoekbeleid van de groep zorgprofessionals binnen het ICC van MST te inventariseren. Het gehanteerde interviewschema werd getest door middel van feedback van de werkgroep bezoektijden van het ICC, peerstudent en peer-zorgprofessional. Daarnaast is een proefinterview afgenomen met een peer-zorgprofessional. De interviews werden afgenomen tot datasaturatie was bereikt. Alle interviews werden audio-opgenomen en gelijktijdig getranscribeerd en gecontroleerd. De interviews werden één-op één uitgevoerd door één onderzoeker in de periode van april 2023 en tot en met mei 2023.

2.4 Data-analysmethoden

Analyse

Er heeft een thematische analyse van de data plaatsgevonden, met als doel de meningen, ervaringen en kennis van de IC-zorgprofessionals te onderzoeken. Een thematische analyse bestaat uit transcriberen, coderen en thematiseren. Het interpreteren en theoretiseren van het onderzoek wordt gedaan op basis van het gehele resultaat, waarbij een analyse wordt gemaakt van data 'wat is gezegd' [15-17]. Tijdens de thematische analyse werd gebruik gemaakt van inductief redeneren.

Transcripten

De interviews werden opgenomen met het programma MS Teams. Er is gekozen voor MS Teams, omdat de opname gelijktijdig getranscribeerd kon worden. Transcripties werden zorgvuldig bewerkt, zodat de inhoud niet te herleiden was tot deelnemers. Originale audiobestanden werden, na het uittypen van de transcripties, direct verwijderd.

Coderingen

Na het uitschrijven van de transcripten, werden coderingen aangebracht met behulp van het programma ATLAS.ti 23. De transcripties werden ingeladen en in tekstfragmenten (quotations) verdeeld. Vervolgens zijn er in deze tekstfragmenten structuren en codes toegekend en zijn de codes gegroepeerd in thema's/categorieën (groups). Daarna werden er codetabellen in ATLAS.ti 23 gevormd. De eerste twee interviews zijn door middel van researcher triangulatie gecodeerd. Deze interviews zijn gecodeerd door zowel de student als de begeleider Mariska Bos. Daarnaast zijn, na de researcher triangulatie, drie gecodeerde transcripten gecontroleerd en aangevuld indien nodig door begeleider Mariska Bos.

De uitkomsten van de interviews werden vertaald naar een implementatieplan en adviezen. Het implementatieplan is opgesteld aan de hand van het 'driefasenmodel' van Kurt Lewin. De adviezen zijn opgedeeld in implementatie, informatievoorziening en werkzaamheden en zijn opgesteld op basis van de meest voorkomende codes die tijdens de interviews naar voren kwamen.

2.5 Ethische verantwoording

5 april 2023 werd dit niet WMO-plichtig onderzoek goedgekeurd door de niet-WMO adviescommissie (K23-10).

Gedurende het onderzoek werd de declaratie van Helsinki in acht genomen. Alle verkregen data zijn met zorg en gecodeerd behandeld met inachtneming van de AVG om vertrouwelijkheid te waarborgen. De privacy van de participanten werd tijdens het onderzoek gewaarborgd, door de gegevens gecodeerd te bewaren, door middel van het toewijzen van een uniek onderzoeksnummer aan iedere respondent. Ook is in dit onderzoek de leeftijd en het aantal jaren werkervaring aangegeven in leeftijdsklassen. De participanten werden door de onderzoeker op volgorde genummerd. De sleutellijst, waarin de gecodeerde participanten kunnen worden herleid naar hun identiteit, is opgeslagen in een studiewerkmap in een afgesloten kast bij de research IC. Alleen de onderzoeker en de coördinatoren van de research IC hebben toegang tot deze sleutellijst. De digitale onderzoeksgegevens zijn opgeslagen op de T-schijf in de map van de research IC. Ook hiertoe hebben enkel de coördinatoren van de research IC toegang. De onderzoeksgegevens zullen gedurende 5 jaar worden bewaard.

Tot slot werd een interviewschema met open vragen geformuleerd (zie bijlage 1). Van alle deelnemende zorgprofessionals werd, na mondelinge en schriftelijke uitleg, een informed consent verkregen (zie bijlage 2). Respondenten konden op ieder gewenst moment, zonder het opgeven van een reden, de deelname aan het onderzoek beëindigen.

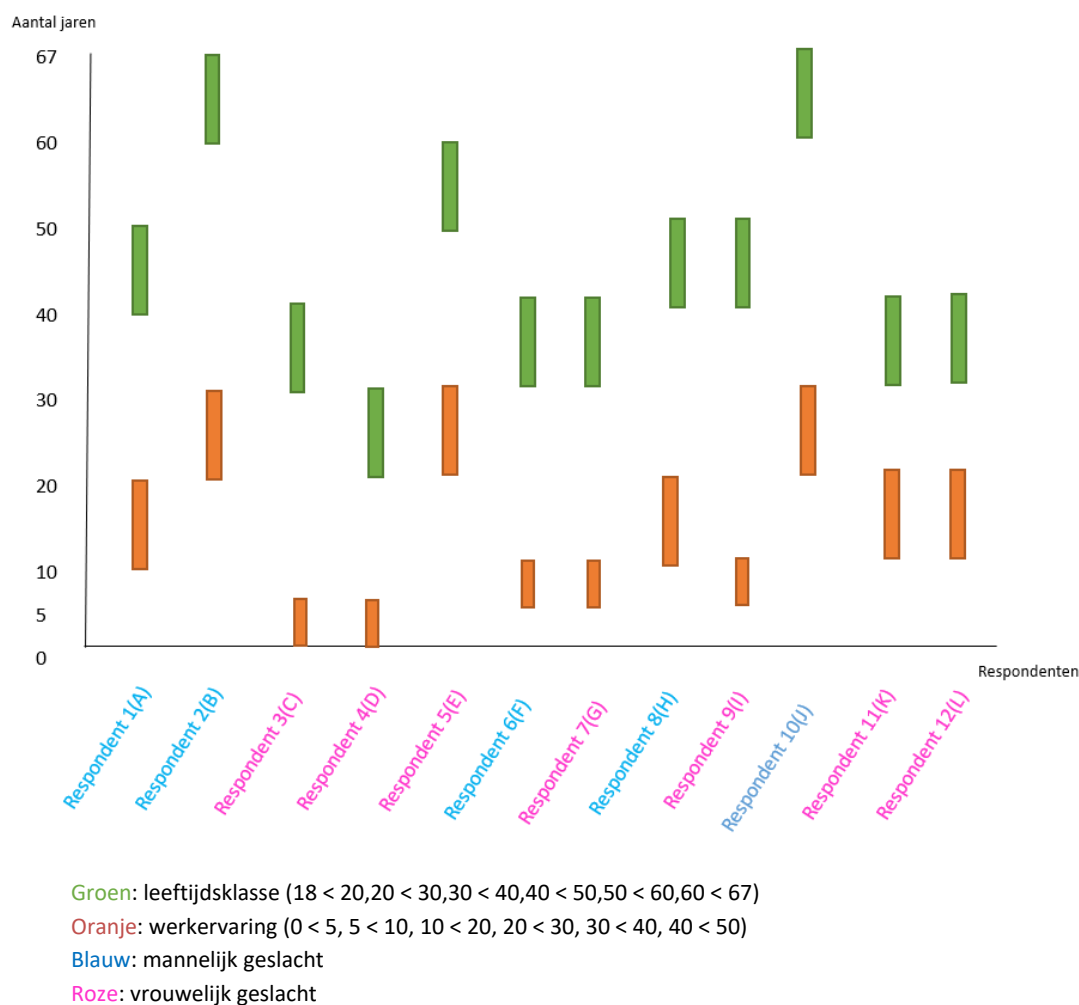
3. Resultaten

3.1 Demografische gegevens

Twaalf zorgprofessionals zijn geïnterviewd, waarvan tien IC-verpleegkundigen en twee intensivisten. Er zijn vijf mannelijke respondenten geïnterviewd (41,7%). De gemiddelde leeftijd van de respondent is 43 jaar, waarbij de gemiddelde leeftijd van de mannen 50 jaar is en van de vrouwen gemiddeld 39 jaar. De respondent heeft gemiddeld 13 jaar werkervaring, waarbij de mannen gemiddeld 17 jaar werkervaring hebben en de vrouwen gemiddeld 10 jaar. De demografische gegevens zijn weergegeven in grafiek 1.

De interviews duurden gemiddeld 22 minuten. Het kortste interview duurde 12 minuten en het langste interview 32 minuten. Door middel van interviews zijn de voor- en nadelen, redenen van weerstand en oplossingen en randvoorwaarden verkregen. In de resultatensectie staan de meest voorkomende codes. Overige codes zijn te vinden in bijlage 3. In bijlage 4 is een codeboom te vinden met de bevorderende en belemmerende factoren, innovaties en adviezen.

Grafiek 1: Demografische gegevens respondenten



3.2 Ervaringen huidige, restrictieve bezoektijden

Het meest genoemde nadeel van restrictieve bezoektijden is dat ze niet voldoen aan de behoeften van de familie. Respondent 12: *“Voornamelijk dat er echt wel behoefte is aan langer, meer en andere tijden. Ik denk met name die andere tijdstippen. We hebben ruimte die we daarin wat meer zouden kunnen bieden. Er is echt wel behoefte om vaker en meer en ook wel langer op bezoek te komen.”* Daarnaast hanteren verpleegkundigen geen eenduidig beleid in het toestaan van bezoek buiten de aangegeven tijden, wat resulteert in gebrek aan uniforme informatievoorziening richting naasten. Bovendien wordt het ochtend bezoeken als onpraktisch ervaren door familieleden die ver weg wonen en werd door twee zorgprofessionals opgemerkt dat er nog werkzaamheden plaatsvinden rondom patiënten verzorging. Respondenten stellen ook vast dat patiënten beperkte bezoektijden als nadelig ervaren. Daarnaast blijkt uit de interviews dat patiënten soms geen bezoek krijgen, omdat de bezoektijden voor de naasten niet haalbaar zijn. Respondent 3: *“Een nadeel is dat er niet altijd bezoek is, omdat de tijden niet uitkomen”*. Binnen de huidige, restrictieve bezoektijden ontbreekt flexibiliteit, gezien er geen rekening wordt gehouden met de behoeften van de patiënt. Verpleegkundigen geven aan dat er per zorgprofessional verschil is in het toelaten van bezoek buiten de bezoektijden. Hoewel zorgprofessionals afwijkingen van bezoektijden onderling met elkaar moeten afstemmen, blijkt dat dit in de praktijk vaak niet gebeurt. Dit leidt tot een toename van discussies met zowel de verpleging als de families en zorgt voor verontwaardiging bij families onderling.

Daarentegen voelt de familie geen verplichting om continu aanwezig te zijn bij de patiënt. Bovendien zijn er, buiten de restrictieve bezoektijden, afwijkende bezoektijden mogelijk voor families die dat wensen. Daarnaast wordt de patiënt beschermd in de dagstructuur. Respondent 4: *“Ook een stukje bescherming voor de patiënt qua structuur in de dag.”* De patiënt heeft voldoende rust en zorgprofessionals ervaren weinig discussies met familie, aangezien zij de familie kunnen wijzen op de bestaande afspraken. Ook zorgt het voor een vast overlegmoment met de familie. Restrictieve bezoektijden bieden structuur, duidelijkheid en zijn afgebakend. Respondent 1: *“Het geeft structuur en het geeft ook dermate structuur dat je ook de afspraken met de familie kan maken van kom tijdens het bezoeken langs.”* Hierdoor kunnen zorgprofessionals hun werkzaamheden om de bezoeken heen plannen. Respondent 6: *“Want je kunt nu heel makkelijk gewoon alles eromheen plannen. Je weet dan is het bezoek. Dus we zorgen ervoor dat de patiënten op die momenten geen andere onderzoeken hebben of dat de fysio komt”*.

3.3 Ervaringen en verwachtingen flexibele bezoektijden

Uit interviews blijkt dat flexibele bezoektijden nadelige effecten kunnen hebben voor naasten, zoals onrust en angst voor een onbedoelde rol als medebehandelaar. Respondent 1: *“Ik merkte wel bij andere IC's dat het de familie soms zo gedecompenseerd maakte, door de overvloed van informatie. Dat ze eigenlijk een soort van medebehandelaar werden van de patiënt, onbewust en ongewild.”* Daarnaast wordt als nadeel gezien dat familieleden onaangekondigd langskomen en het daardoor mogelijk is dat zij langer moet wachten op informatie van de verpleegkundige. Bovendien gaven respondenten aan dat overmatig en langdurig bezoek van familieleden nadelig kan zijn voor de patiënt, aangezien dit mogelijk ten koste gaat van de benodigde rust. Daarnaast heerst er angst voor privacy-inbreuk bij de patiënten en geven patiënten niet altijd aan dat ze geen bezoek (meer) willen. Respondent 3: *“Terwijl je bij de patiënt merkt dat ze soms eigenlijk na een half uur wel genoeg hebben van het bezoek.”* Verpleegkundigen zien belemmering van de werkzaamheden als grootste nadeel. Respondent 4: *“Ik denk dat je minder goed door kan met de werkzaamheden, dat dat stagneert.”* Zij zijn bezorgd dat flexibele bezoektijden misbruikt worden door naasten, wat kan leiden tot toename van discussies. Daarnaast ervaren verpleegkundigen bezoek als vervelend, vanwege vele vragen en hoge verwachtingen die de familie heeft van de verpleging.

Anderzijds zijn er ook meerdere voordelen uit de interviews gebleken. Het meest genoemde voordeel van flexibele bezoektijden is dat familieleden zelf de bezoektijden kan indelen, dit bevordert rust en flexibiliteit voor de familie. Respondent 6: *“Het bezoek komt wanneer zij willen komen. Niet wanneer wij willen”*. Daarnaast draagt een flexibel bezoekbeleid bij aan een positieve psychologische beleving van de patiënt. Respondent 6: *“Als de patiënt angstig is of onrustig of verward, waarbij wij vreemd zijn en het familielid toch wel herkenbaar is en vaak toch wel herkend ook wordt en ik denk dat als die hier bijvoorbeeld bij het uit bed gaan erbij zijn, omdat dat een stukje rust geeft.”* Bezoek biedt de patiënt steun en kan het bijdragen aan de preventie van PICS. Ook leidt een flexibel bezoekbeleid tot een betere anamnese van de patiënt. Respondent 1: *“We kunnen beter het hiaat aan informatie wat je kijk, je kunt natuurlijk familie bellen, maar in gesprek met familie over anamneses, krijg je vaak meer patiëntencontact en patiënteninformatie.”* Daarnaast ontvangt de zorgprofessional meer informatie over de patiënt door de aanwezigheid van familie, zijn er meer overlegmomenten mogelijk met de familie en komen de families niet allen tegelijk.

3.4 Randvoorwaarden en draagvlakvergroting flexibele bezoektijden

In de interviews is naar voren gekomen dat het randvoorwaardelijk is om duidelijke afspraken te maken en te hanteren. Dit vereist heldere communicatie met de zorgprofessionals, de naasten en de patiënt. Bovendien is uit de interviews gebleken dat er behoefte is aan een eenduidig bezoekbeleid. Daarnaast moet er ruimte zijn voor overleg met zorgprofessionals om af te wijken van de gehanteerde bezoektijden. Respondent 1: *“Je moet heel duidelijke afspraken maken.”* Ook is het randvoorwaardelijk dat er tijdens zorgmomenten geen familie is toegestaan op de kamer. Het contact met de familie moet verlopen via de aangewezen contactpersonen en er moeten werkafspraken worden gemaakt, zoals het in overleg afwijken van bezoektijden. Volgens de interviews is een vooraf afgestemde evaluatie randvoorwaardelijk voor succesvolle implementatie van een flexibel bezoekbeleid. Het is tevens noodzakelijk duidelijke kaders op te stellen voor het implementeren van een flexibel bezoekbeleid. Deze kadering dient bij te dragen aan het handhaven van het bezoekbeleid. Bovendien is het verspreiden van het flexibel bezoekbeleid onder alle betrokken disciplines een randvoorwaarde. Respondent 3: *“Over drie maanden gaan we evalueren.”* Respondenten gaven aan dat het essentieel is de informatie voor naasten omtrent het flexibel bezoekbeleid via de informatiefolder en website te verspreiden. Op de IC-deuren moet een poster komen waar de bezoektijden en regels rondom bezoek vermeld staan. Ook is het vereist dat de informatiefolder in meerdere talen wordt aangeboden en de informatievoorziening wordt onderbouwd en beargumenteerd met literatuur voor zowel naasten als zorgprofessionals.

De respondenten hebben meerdere oorzaken voor weerstand tegen flexibele bezoektijden benoemd. Verpleegkundigen ervaren angst voor discussies met familieleden over bezoektijden. Zij zijn bezorgd dat bezoek niet wil vertrekken voordat het bezoekmoment voorbij is, families de bezoekduur met elkaar gaan vergelijken of de kamer niet willen verlaten als er werkzaamheden uitgevoerd moeten worden. Daarnaast heerst er ook angst voor controle verlies rondom de werkzaamheden en de onrust in het team die hiermee gepaard gaat. Respondent 11: *“Ik denk dat er de angst is dat je heel veel discussie gaat krijgen op de afdeling met de familie.”* In de interviews zijn verschillende oplossingen aangehaald om de weerstand te verminderen. Een veel genoemde oplossing is het maken en naleven van duidelijke afspraken met betrekking tot het flexibele bezoekbeleid. Respondent 12: *“Nou met name denk ik door duidelijk hele duidelijke afspraken te maken en een goed beleid uit te zetten en dat ook goed te communiceren.”* Daarnaast dient het IC-team een voorlichting te krijgen over het flexibele bezoekbeleid, waarbij een wetenschappelijke argumentatie van belang is. Betrokkenen moeten zich gehoord voelen en er moet een weloverwogen besluit worden genomen met meerderheid van stemmen.

3.5 Adviezen en implementatie flexibele bezoektijden

3.5.1: Adviezen

De adviezen zijn opgedeeld in drie categorieën: implementatie, informatievoorziening en werkzaamheden. De adviezen zijn gebaseerd op de interviews en het theoretisch raamwerk.

Implementatie

1. Het flexibel bezoekbeleid
 - a. Bezoektijden van 11:00-12:00u en 16.00-20.00u.
 - b. Maximaal 2 bezoekers toegestaan op de kamer.
 - c. Maximaal 60 minuten bij de patiënt aan bed per bezoekmoment.
 - d. Maximaal drie bezoekmomenten per dag (6 bezoekers).
 - e. Evaluatiemoment na 3 maanden door middel van enquêtes en focusgroep.
2. Innovaties
 - a. Centrale, levendige wachtkamer inrichten voor familie.
 - b. ICC-huiskamer met VR technologie.
Bezoek kan in de huiskamer terugtrekken en door middel van VR ervaren hoe een IC-opname is om meer bewustzijn te creëren.
 - c. Digitaal post IC- patiënten dagboek.
Patiënt en naasten kunnen hun gevoelens en gedachten opschrijven in het digitale IC-patiënten dagboek om mentale heling te bevorderen. Het dagboek dient ook gebruikt te kunnen worden op de verpleegafdeling en heeft een koppeling met HiX.
 - d. MST IC-dashboard ontwikkelen (zie bijlage 5 voor voorbeeld).

Informatievoorziening

1. Flexibel bezoekbeleid mondeling, schriftelijk en digitaal toelichten.
2. Flexibel bezoekbeleid (tijden en regels) multidisciplinair verspreiden via informatiefolder, poster op afdelingsdeuren, website, social media, intranet, IC-whatsappgroep en in het kernteamoverleg.
3. Informatiefolder in Nederlands, Engels en Duits aanbieden.
Bezoekers die geen kennis hebben van de Nederlandse, Engelse of Duitse taal, kunnen de informatiefolder vertalen naar de gewenste taal middels een vertaalapp.

Werkzaamheden

1. Werkafspraken
 - a. Telefonisch contact tussen naasten en zorgprofessionals verloopt via contactpersonen.
 - b. Zorgprofessionals geven tijdens bezoek enkel informatie aan contactpersonen.
Contactpersonen zijn verantwoordelijk om de informatie te delen met naasten.
 - c. Samenwerking met MST-beveiliging verbeteren.
 - d. Contact opnemen met MST-beveiliging bij onveilig gevoel.
2. Bezoekafspraken
 - a. Geen familie aanwezig op de kamer tijdens zorgmomenten.
 - b. Familie verwijzen naar centrale wachtkamer indien nodig.
 - c. Start opname informatiefolder meegeven aan familie.
 - d. Start opname bezoekbeleid mondeling toelichten aan familie.
 - e. In overleg met zorgprofessionals is afwijken van bezoektijden mogelijk.
 - f. Bezoek wijzen op beleid als zij onaangekondigd buiten bezoektijden komen.
 - g. Bezoek wijzen op beleid als zij met meer dan 2 personen op bezoek komen.
 - h. Bezoek wijzen op beleid als zij langer dan 60 minuten bij patiënt aan bed blijven.
 - i. Familie laten participeren door poster invullen, muziekvoorkeur aangeven bij zorgprofessionals en foto's meenemen.

3.5.2: Implementatie

Door middel van het 'driefasenmodel' van Kurt Lewin wordt een implementatieplan opgesteld voor de implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden binnen het ICC van MST. Er is voor dit model gekozen, omdat dit model weerstandreductie stimuleert. Het model bestaat uit drie fasen: unfreezing, moving en refreezing [18].

1. *Unfreezing*

In de eerste stap moet verschil kenbaar worden gemaakt tussen het huidige gedrag en gewenste gedrag van de betrokkenen. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor informatie. Het doel van deze fase is IC-zorgprofessionals loskweken uit de huidige situatie en hen laten inzien dat verbetering mogelijk is. Het is hierbij van belang dat de zorgprofessionals inzicht krijgen in de voordelen van de flexibele bezoektijden ten opzichte van de huidige, restrictieve bezoektijden. Om dit te bereiken kan er een uitleg worden gegeven over de redenen waarom een flexibel bezoekbeleid gehanteerd zou moeten worden, middels een quiz, voorlichting of klinische les. Daarnaast kan er onder de collega's een informatiebrief gedeeld worden met de voordelen van flexibele bezoektijden voor zowel patiënt en familie als de zorgprofessionals. Ook is het hierbij van belang dat de redenen van weerstand en de angst die er onder collega's heerst wordt verminderd, dit kan worden gedaan door een webinar die wordt gegeven door een IC waar flexibele bezoektijden worden gehanteerd en zij uit ervaring delen wat de gevolgen zijn van flexibele bezoektijden [19].

2. *Moving*

In de fase 'moving' komen de betrokkenen in contact met de nieuwe situatie. Gedurende deze fase kan de pilotfase 'flexibele bezoektijden' van start gaan. De werkgroep bezoektijden van het ICC is verantwoordelijk voor het opzetten van de pilot. In deze fase wordt het flexibel bezoekbeleid drie maanden getest. Het is hierbij van belang dat elke zorgprofessional leert omgaan met onverwachts bezoek binnen de vernieuwde bezoektijden. Aan het eind van deze fase, kan de pilot worden geëvalueerd middels een enquête en focusgroep onder betrokkenen. De focusgroep zal moeten bestaan uit een representatieve afvaardiging van de IC-zorgprofessionals, naasten en patiënten. Om te beoordelen of de evaluatie positief is, zal er gebruik gemaakt worden van het 'six-pointed star' model (zie bijlage 6). De zes factoren planning, reikwijdte, budget, risico, middelen en kwaliteit zijn belangrijk voor het meten van het succes van een vernieuwing. De planning wordt als succesvol beschouwd als het IC-team binnen de pilot gebruik maakt van de flexibele bezoektijden. De reikwijdte is een succesvolle factor als alle betrokken disciplines kennis hebben van de bezoektijden en deze ook hanteren. Het budget is een succesvolle factor op voorwaarde dat er budget wordt vrijgemaakt om de innovaties te kunnen realiseren binnen het ICC van MST, dit is een lange termijn factor en hoeft niet succesvol afgerond te zijn voor de evaluatie van de pilot. De factor risico's is succesvol als er geen risico's ontstaan door flexibele bezoektijden omtrent de zorg van patiënten, werkzaamheden en gezondheid van patiënten en/of zorgprofessionals. De middelen zijn een succesvolle factor als zowel materiële middelen als menselijke middelen beschikbaar zijn. De kwaliteit is een succesfactor, als de kwaliteit van werk van zorgprofessionals hetzelfde blijft of verbeterd, de kwaliteit van leven van patiënten hetzelfde blijft of verbeterd en aan de kwaliteitseisen van de zorg wordt voldaan [20].

3. *Refreezing*

Na een positieve evaluatie van de pilotfase, kan de implementatie van flexibele bezoektijden geoptimaliseerd worden en het flexibel bezoekbeleid verankerd worden in het beleid van het ICC van MST. Het is hierbij van belang dat het beleid wordt aangepast, indien nodig, aan de hand van de evaluatie en wordt geborgd. Het borgen van het flexibel bezoekbeleid kan gerealiseerd worden door handhaving en uitvoering van het beleid door zorgprofessionals en bewaking. Zorgprofessionals dienen bezoekers te wijzen op het beleid en bewaking te contacteren als het beleid niet gehandhaafd wordt. Daarnaast moet het beleid multidisciplinair verspreid worden en moet de afdeling het uitdragen middels tekst op de IC-deuren en posters.

4. Discussie en conclusie

4.1 Discussie

In deze kwalitatieve studie zijn diverse nadelen van restrictieve bezoektijden naar voren gekomen. Zorgprofessionals gaven aan dat restrictieve bezoektijden kunnen leiden tot onvervulde behoeften van de familie, wat resulteert in onduidelijkheid en een gebrekkige informatievoorziening. Dit resultaat spreekt eerder onderzoek tegen, waaruit naar voren kwam dat verpleegkundigen een positieve houding hebben ten opzichte van restrictieve bezoektijden en bezoek als negatief ervaren. Verder is uit dit eerder onderzoek gebleken dat verpleegkundigen pessimistisch denken over de effecten van bezoek [21]. Deze bevinding komt niet overeen met de huidige studie, waarin gesuggereerd wordt dat zorgprofessionals ook positieve gevolgen ervaren van bezoek, zoals stressreductie en meer steun voor de patiënt. Een mogelijke verklaring hiervoor, is dat dit onderzoek is afgerond in 1998 en verpleegkundigen destijds een andere houding hadden ten opzichte van (de gevolgen van) bezoekers. Daarnaast heeft dit huidige onderzoek aangetoond dat restrictieve bezoektijden structuur bieden, discussies voorkomen en de dagstructuur van de patiënten en zorgprofessionals beschermen. Deze bevinding komt overeen met eerdere onderzoeksresultaten, waaruit bleek dat flexibele bezoektijden de werkzaamheden van zorgprofessionals kunnen ontwrichten [22]. Tevens is in deze kwalitatieve studie aangetoond dat er geen eenduidig beleid wordt gehanteerd door verpleegkundigen voor het toestaan van bezoek buiten de aangegeven tijden, wat resulteert in gebrek aan uniforme informatievoorziening richting families. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van eerder onderzoek, waarin is gebleken dat de meeste verpleegkundigen bezoek van naasten niet beperken, ongeacht of er een restrictief bezoekbeleid gehandhaafd dient te worden [23].

De respondenten benoemden privacy-inbreuk, overmatig langdurig bezoek en het verstoren van de rust van patiënten als nadelen van flexibele bezoektijden. Daarentegen gaven de zorgprofessionals aan dat flexibele bezoektijden bijdragen aan een positieve mentale beleving voor de patiënt, een betere anamnese, meer overlegmogelijkheden tussen familie en zorgprofessional en een toename van flexibiliteit voor de familie. Deze resultaten komen overeen met onderzoek uit 2022, waarin naar voren kwam dat flexibele bezoektijden bijdragen aan vermindering van angst en stress, verbeterde informatievoorziening en herstel van de patiënt [24]. De huidige studie heeft laten zien dat weerstand onder IC-zorgprofessionals in MST wordt veroorzaakt door angst van misbruik van flexibele bezoektijden, wat kan leiden tot toename van discussies. Tevens zijn zorgprofessionals bezorgd dat werkzaamheden worden uitgesteld en er veel tijd verloren gaat aan het beantwoorden van vragen. Deze uitkomsten komen overeen met resultaten van eerder onderzoek van Gurley, wat heeft aangetoond dat verpleegkundigen flexibele bezoeken als opdringerig en tijdrovend ervaren [25]. Daarnaast heeft de huidige studie aangetoond dat afspraken en een beargumenteerde, met literatuur onderbouwde voorlichting essentieel zijn om de weerstand te reduceren. Respondenten gaven aan dat het flexibel bezoekbeleid ondersteund moet worden door IC-zorgprofessionals.

Een opvallend resultaat uit deze kwalitatieve studie is dat zorgprofessionals aangaven dat begrip van familie door middel van wetenschappelijke literatuur en inzicht in de gezondheidssituatie van de patiënt cruciaal is om conflicten met familie rondom bezoek(tijden) te voorkomen en verminderen. IC-zorgprofessionals gaven aan dat ze verwachten dat het begrip van de naasten toeneemt, als zij meer bewustzijn ontwikkelen voor de situatie van de patiënt. Dit resultaat is opvallend, gezien dit nog niet bekend is in andere studies. Met als doel deze bevinding mee te nemen in de implementatie zijn de ICC-huiskamer met VR-technologie, het digitaal post IC-dagboek en MST IC-dashboard geadviseerd.

In deze studie is gebleken dat meerdere randvoorwaarden noodzakelijk zijn voor het implementeren van het flexibel bezoekbeleid. Dit omvat duidelijke afspraken en hantering en effectieve communicatie tussen zorgprofessionals onderling, zorgprofessionals en patiënten en zorgprofessionals en naasten. Daarnaast moet een eenduidig bezoekbeleid en veiligheid worden gewaarborgd voor patiënt en

zorgprofessional. Ook heeft dit onderzoek laten zien dat familie niet is toegestaan op de kamer tijdens zorgmomenten en er werkafspraken gemaakt moeten worden, zoals afwijken van bezoektijden in overleg. Ook is aangetoond dat het flexibel bezoekbeleid multidisciplinair verspreid moet worden via verschillende informatiekkanalen, zoals de informatiefolder. Dit wordt onderbouwd door onderzoek van Henneman, waarin is gebleken dat de informatiebehoefte van gezinnen worden verzadigd door middel van informatieboekjes [26]. De adviezen, die op basis van de huidige studie zijn geformuleerd, hangen samen met eerdere studies die uitwezen dat patiënten gemiddeld drie tot vier keer per dag bezoek willen ontvangen [6] en bezoektijden van 16.00-20.00u aangeboden moeten worden aan naasten (13). Echter, spreekt het huidige onderzoek eerder onderzoek tegen, waaruit naar voren kwam dat drie bezoekers maximaal gewenst is voor de patiënt [6].

4.2 Sterktes en zwaktes

Een sterkte van deze kwalitatieve studie is dat het gehanteerde interviewschema is beoordeeld door de werkgroep bezoektijden van het ICC, een peerstudent en een peer-zorgprofessional. Bovendien is er een proefinterview uitgevoerd met een peer-zorgprofessional. Deze uitgebreide validatieprocedure verhoogt de kwaliteit van het interviewschema. In dit onderzoek is de steekproef samengesteld door de werkgroep bezoektijden van het ICC en is er gebruik gemaakt van purposive sampling. Dit is een zwakte omdat de steekproef afhankelijk is van een subjectief oordeel van de werkgroep bezoektijden van het ICC en hierdoor een verhoogde kans ontstaat op researcher en sampling bias [27]. Gevolg hiervan is dat de steekproef vertekend kan zijn [28]. Daarentegen gaan er ook meerdere voordelen gepaard gaan met purposive sampling. De in- en exclusiecriteria kunnen gewaarborgd blijven en het leidt tot waardevolle kwalitatieve data [16]. De steekproef bestaat uit twaalf zorgprofessionals. Een sterkte van het onderzoek is een representatieve opgestelde steekproef, wat de externe validiteit bevordert. De verpleegkundigen zijn opgedeeld in zes representatieve groepen, per groep zijn twee verpleegkundigen geïnterviewd. De steekproef van de intensivisten is ook representatief samengesteld. Daarnaast is er gekozen voor 12 interviews, omdat uit onderzoek is gebleken dat gemiddeld na 12-13 interviews datasaturatie is bereikt [29]. Het toepassen van de toegepaste researcher triangulatie is een sterkte van het huidige onderzoek, omdat de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt vergroot. Hierdoor wordt potentiële bias verkleind. Meerdere onderzoekers kunnen een hoger niveau van conceptueel denken bevorderen. Dit resulteert in een hoger abstractieniveau van de analyse. Daarnaast zijn meerdere onderzoekers beter in het standaardiseren van coderingen, het verbeteren van de nauwkeurigheid van het coderingsproces en het vermijden van vooroordelen, omdat zij de interpretaties van elkaar kunnen controleren [30].

4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een volgend verkennend onderzoek kan worden uitgevoerd na de pilotimplementatie van flexibele bezoektijden binnen het ICC. Daarnaast zou vervolgonderzoek zich kunnen focussen op de implementatie van familiegerichte zorg binnen het ICC. Tijdens dit onderzoek kan gekeken worden naar de mogelijkheden om familiegerichte zorg, denk hierbij aan families die helpen met de verzorging en mobilisatie, te implementeren binnen het ICC van MST. Ook zou er vervolgonderzoek uitgevoerd kunnen worden naar de manier waarop IC-zorgprofessionals een prettige werksfeer kunnen behouden, ondanks de nadelen die gepaard gaan met flexibele bezoektijden.

4.4 Conclusie

De implementatie van flexibele bezoektijden vergt draagvlakvergroting onder IC-zorgprofessionals. Vervolgens is een implementatie in pilotvorm van drie maanden aan te raden, met afsluitend een evaluatie. Daaropvolgend kan het flexibel bezoekbeleid worden ingebed, waarbij vier innovaties geïmplementeerd moeten worden: centrale, levendige wachtkamer voor familie, ICC-huiskamer met VR-technologie, digitale post IC-dagboek en een MST IC-dashboard. Belemmerende factoren die gepaard gaan met de implementatie zijn angst voor het uitstellen van werkzaamheden door

zorgprofessionals, privacy-inbreuk en een onbedoelde rol van familie als medebehandelaar. Daarnaast wordt het wegsturen van familie, angst voor toename van discussies en te veel en/of te lange aanwezigheid van bezoek als belemmerende factoren gezien. De bevorderende factoren die zijn gevonden zijn meer steun, positieve mentale beleving van de patiënt en meer flexibiliteit voor de familie. Daarnaast bevordert het meer aandacht voor de patiënt, is er een betere anamnese, zijn er meer overlegmomenten mogelijk met de familie en kan het bijdragen aan de preventie van PICS.

4.5 Praktische implicaties

Het implementeren van flexibele bezoektijden vereist inzet van IC-zorgprofessionals om een eenduidig, flexibel bezoek beleid te hanteren. Dit brengt de noodzaak van effectieve communicatie met zich mee. Heldere communicatie rondom het bezoekbeleid tussen alle betrokkenen, zorgprofessionals, naasten en patiënten, is van belang om flexibele bezoektijden succesvol te implementeren en in te bedden. Coördinatie en afstemming binnen het IC-team en tussen betrokken disciplines dient effectief te zijn om de kwaliteit van patiëntenzorg te waarborgen en conflicten met naasten te voorkomen.

Referentielijst

1. Basisgegevens IC units 2021. 2021 Accessed. Available from: <https://www.stichting-nice.nl/datainbeeld/public>.
2. Bakker J, Damen J, van Zanten AR, Hubben JH. [Admission and discharge criteria for intensive care departments]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2003;147(3):110-5.
3. van der Weijden E. NADEREN VANAF DE ZIJLIJN.
4. Wolters A, Schuckman M. [Not Available]. *Tijdschr Bedr Verzekeringsgeneeskd.* 2021;29(1):6-9. doi: 10.1007/s12498-020-1306-x.
5. Kosinski S, Mohammad RA, Pitcher M, Haezebrouck E, Coe AB, Costa DK, et al. What Is Post-Intensive Care Syndrome (PICS)? *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;201(8):P15-p6. doi: 10.1164/rccm.2018P15.
6. Akbari R, Karimi Moonaghi H, Mazloun SR, Bagheri Moghaddam A. Implementation of a flexible visiting policy in intensive care unit: A randomized clinical trial. *Nurs Crit Care.* 2020;25(4):221-8. doi: 10.1111/nicc.12499.
7. Hart A, Hardin SR, Townsend AP, Ramsey S, Mahrle-Henson A. Critical care visitation: nurse and family preference. *Dimens Crit Care Nurs.* 2013;32(6):289-99. doi: 10.1097/01.DCC.0000434515.58265.7d.
8. Nassar Junior AP, Besen B, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* 2018;46(7):1175-80. doi: 10.1097/ccm.0000000000003155.
9. Kotfis K, van Diem-Zaal I, Williams Roberson S, Sietnicki M, van den Boogaard M, Shehabi Y, et al. The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Crit Care.* 2022;26(1):200. doi: 10.1186/s13054-022-04077-y.
10. Khaleghparast S, Joolae S, Ghanbari B, Maleki M, Peyrovi H, Bahrani N. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units. *Glob J Health Sci.* 2015;8(6):267-76. doi: 10.5539/gjhs.v8n6p267.
11. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care.* 2014;23(4):316-24. doi: 10.4037/ajcc2014980.
12. Ning J, Cope V. Open visiting in adult intensive care units - A structured literature review. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020;56:102763. doi: 10.1016/j.iccn.2019.102763.
13. Athanasiou A, Papathanassoglou ED, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family visitation in greek intensive care units: nurses' perspective. *Am J Crit Care.* 2014;23(4):326-33. doi: 10.4037/ajcc2014986.
14. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(6):366-74. doi: 10.1016/j.iccn.2008.04.004.
15. Claufield: Wat is een thematische analyse (thematic analysis)? 2022 Accessed. Available from: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/thematische-analyse/>.
16. I. Holloway KG. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare.* Wiley-Blackwell; 2016.
17. Creswell P. *Qualitative inquiry and research design.* 4th ed. Sage Publications, Inc; 2017.
18. Kleijn R. *Verandermanagement.* 2020.
19. Schats. *Invloed van leiderschap op veranderbereidheid van zorgprofessionals.* Radboud Universiteit, 2019. p.66 Database provider:
20. Howard L, Farnaz G, Pradeep Kumar J, Pinar O. A statistical analysis of the effects of Scrum and Kanban on software development projects. *Robotics and Computer-Integrated Manufacturing.* 2017;43:59-67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcim.2015.12.001>.
21. Plowright CI. Intensive therapy unit nurses' beliefs about and attitudes towards visiting in three district general hospitals. *Intensive Crit Care Nurs.* 1998;14(6):262-70. doi: 10.1016/s0964-3397(98)80686-1.
22. Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care.* 1993;2(3):238-45.

23. Simon SK, Phillips K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current practices regarding visitation policies in critical care units. *Am J Crit Care*. 1997;6(3):210-7.
24. Eugênio CS, Haack T, Teixeira C, Rosa RG, Souza EN. Comparison between the perceptions of family members and health professionals regarding a flexible visitation model in an adult intensive care unit: a cross-sectional study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2022;34(3):374-9. doi: 10.5935/0103-507X.20220114-pt.
25. Gurley MJ. Determining ICU visiting hours. *Medsurg Nurs*. 1995;4(1):40-3.
26. Henneman EA, McKenzie JB, Dewa CS. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 1992;1(3):85-93.
27. Buetow S, Zawaly K. Rethinking researcher bias in health research. *J Eval Clin Pract*. 2022;28(5):843-6. doi: 10.1111/jep.13622.
28. Berndt AE. Sampling Methods. *J Hum Lact*. 2020;36(2):224-6. doi: 10.1177/0890334420906850.
29. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med*. 2022;292:114523. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114523.
30. Boeije HR. *Analysis in Qualitative Research*. SAGE Publications; 2009.240.

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewschema

Inleiding

Dag, mijn naam is Nena van Diermen. Ik ben derdejaars gezondheidswetenschappenstudent aan de Universiteit Twente en ik doe onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij de implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden binnen het ICC van MST. Wat is uw naam?

Wat fijn dat u wil meewerken aan het onderzoek. Om de deelname officieel vast te leggen zou ik u graag willen vragen een formulier te ondertekenen, waarin u aangeeft dat u voldoende op de hoogte bent van wat deelname inhoudt. In dit formulier staat onder andere dat u toestemming geeft voor het gebruiken van uw antwoorden, maar dat wij deze vertrouwelijk zullen behandelen. Dat betekent dat wij alle gegevens over uw naam en die van andere personen weglaten in de uitwerking van de resultaten. Als u ermee akkoord gaat wordt er een audio-opname van het interview gemaakt. Deze opname en transcripten worden veilig opgeslagen binnen MST. Het interview wordt woord-voor-woord uitgeschreven, maar dit zal volledig anoniem zijn. De audio-opname wordt verwijderd zodra de transcripten zijn uitgeschreven. Het transcript bevat dus geen herleidbare gegevens naar de respondent, zoals namen. Het interview duurt ongeveer 30 minuten. U kunt op elk moment stoppen met het interview. Gaat u hiermee akkoord met het informed consent en heeft u nog vragen? Goed, dan zet ik nu de opname aan.

Audio opname wordt gestart en respondent wordt gevraagd om toestemming te herhalen

Dus u gaat akkoord met het informed consent en met de opname van het gesprek?

Zoals gezegd is het doel van mijn onderzoek het ontdekken van de belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij de inzet van flexibele bezoektijden binnen het ICC. Om dit te kunnen bepalen ga ik verschillende vragen stellen.

Is het zo duidelijk? Heeft u op dit moment nog vragen aan mij?

Dan ga ik nu beginnen met het werkelijke interview.

Kern

Algemene vragen

- Wat is uw leeftijd?
 - (20 t/m 29, 30 t/m 39, 40 t/m 49, 50 t/m 59, 60 t/m 67)
- Hoe veel aantal jaren bent u in dienst binnen het ICC?
 - (0 t/m 4, 5 t/m 9, 10 t/m 19, 20 t/m 29, 30 t/m 39, 40 t/m 49)

Dan volgen er nu enkele vragen over uw ervaring met de huidige bezoektijden.

Ervaring huidige bezoektijden

- Wat is uw ervaring met de huidige bezoektijden?
- Welke voordelen gaan er volgens u gepaard met de huidige bezoektijden?
- Welke nadelen gaan er volgens u gepaard met de huidige bezoektijden?
- Welke signalen krijgt het ICC van patiënten die opgenomen liggen/hebben gelegen?
 - Welke signalen krijgt het ICC van familie van patiënten?

Implementatie flexibele bezoektijden

- Heeft u ervaring met de inzet van flexibele bezoektijden binnen het ICC?

- Welke voordelen denkt u dat er gepaard gaan met de implementatie van flexibele bezoektijden?
- Welke nadelen denkt u dat er gepaard gaan met de implementatie van flexibele bezoektijden?
- Wegen volgens u de voordelen op tegen de nadelen?
- Welke gevolgen zou de implementatie kunnen hebben op uw werkzaamheden?
- Heeft u zelf weerstand tegenover de inzet van flexibele bezoektijden?
 - Oorzaken?
 - En hoe ervaart u dit bij uw collega's?
 - Hoe denkt u dat de weerstand afgenomen kan worden?
 - Wat is uw mening over bezoektijden van bijvoorbeeld 15.00u-20.00u?
 - Wat is volgens u de gewenste situatie rondom het bezoekbeleid?
 - Hoe moet de informatievoorziening rondom het flexibele bezoekbeleid eruitzien voor de zorgprofessionals?
 - Hoe moet de informatievoorziening rondom het flexibele bezoekbeleid eruitzien voor de familie?

Zorg op maat

- Denkt u dat er behoefte is aan een gepersonaliseerd bezoekbeleid per patiënt?
- Moet er onderscheid worden gemaakt in bezoektijd per patiënt?
 - Zo ja, op welke manier moet er onderscheid gemaakt worden?
 - Gezondheid
 - Wensen familie

Randvoorwaarden

- Welke randvoorwaarden zijn voor jou belangrijk om de implementatie van flexibele bezoektijden te laten slagen?

Afsluitende vraag

- Wat is uw advies voor het implementeren van flexibel bezoekbeleid?

Afsluiting

Bedankt voor dit interview. Ik heb veel gehoord over de belemmerende en bevorderende factoren die u ziet bij de implementatie van flexibele bezoektijden. De resultaten ga ik combineren met die van uw collega's die ik ook interview. Heeft u nog aanvullingen of vragen?

Opname uit

Bijlage 2: Informed Consent

Informatie over deelname aan wetenschappelijk onderzoek op de Intensive Care naar een flexibel bezoekbeleid

Deze informatie is voor de zorgprofessional

Geachte heer/mevrouw,

U bent momenteel werkzaam op het intensive care centrum van Medisch Spectrum Twente (MST).

1. Algemene informatie en doel van het onderzoek

Dit onderzoek wordt enkel uitgevoerd binnen het ICC van MST. De interviews worden uitgevoerd door de onderzoeker Nena van Diermen. Het doel van dit onderzoek is het opleveren van een adviesrapport voor het ICC van MST waarin de mogelijkheden worden geëvalueerd voor de implementatie en inbedding van flexibele bezoektijden.

2. Achtergrond van het onderzoek

Het ICC van MST hanteert op dit moment restrictieve bezoektijden (2x per dag 45 minuten op vaste tijdstippen). Echter zien en horen we dat andere IC-afdelingen in Nederland andere bezoektijden hanteren. Zij bieden of een breder tijdsvlak aan of een langere periode per dag waarop familie op bezoek kan komen.

Wens van de werkgroep bezoektijden van het ICC is om een flexibeler aanbod bezoeken aan te bieden aan naasten van onze patiënten. De vraag is echter hoe we dit het best kunnen doen. Daarom zoeken we ditmaal ook expliciet naar wetenschappelijke input welke we kunnen gebruiken voor de implementatie. Dit willen we verkrijgen door het interviewen van IC-zorgprofessionals.

3. Wat meedoen inhoudt

Meedoen aan het onderzoek houdt in dat er eenmalig een interview met u wordt afgenomen. Dit interview zal ongeveer een half uur duren.

4. Mogelijke bijwerking, risico's

In het geval van een datalek zullen wij u hiervan op de hoogte stellen.

5. Mogelijke voor- en nadelen

U hebt als deelnemer de mogelijkheid om uw mening te laten horen ten behoeve van een advies rondom flexibele bezoektijden op het intensive care centrum.

6. Als u niet wilt meedoen met het onderzoek

Uw toestemming tot deelname aan dit onderzoek is geheel op vrijwillige basis. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

7. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden een aantal gegevens van u bewaard en gebruikt. Het gaat om gegevens zoals geslacht, leeftijdsklasse, werkervaring en een uitgeschreven interview. Originele audiobestanden worden van het apparaat verwijderd. Om uw privacy te beschermen krijgen deze gegevens een code. Alleen met een sleutel van deze code is het mogelijk gegevens naar u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in het MST en is alleen inzichtelijk voor de onderzoeker en de

researchcoördinatoren. De gegevens blijven in het MST en worden door de onderzoeker van de Universiteit Twente in het MST gecodeerd.

De gegevens zullen 5 jaar bewaard blijven.

Bijlage A: contactgegevens voor MST

Onderzoeker en interviewer:

Nena van Diermen, student Gezondheidswetenschappen Universiteit Twente

Onderzoeker:

Mariska Bos-Burgmeijer, verpleegkundig onderzoeker IC, Grip nummer 8595, M.Burgmeijer@mst.nl

Researchcoördinatoren:

Tim Krol, research coördinator, Grip nummer 6812, researchic@mst.nl

Martin Rinket, research coördinator, Grip nummer 7531, researchic@mst.nl

Functionaris Gegevensbescherming MST:

Mevr. mr. P.J.F. van Paridon-Boerrigter

Tel. (053) 487 20 00

E-mail: privacy@mst.nl

Bijlage B: Toestemmingsformulier voor deelnemer

Ik geef toestemming voor deelname aan het onderzoek

Naam deelnemer: _____

Ik heb de informatiebrief voor deelname aan het onderzoek gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om de deelname aan dit onderzoek te overwegen.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik of deze persoon geen reden te geven.

Ik weet dat sommige mensen de gegevens kunnen zien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief.

Ik geef toestemming om de gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan door de onderzoeker en interviewer van de Universiteit Twente.

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens 5 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Handtekening: _____ Datum: __ / __ / __

Bijlage 3: Codetabellen

Bijlage 3.1: Nadelen flexibele bezoektijden

Bijlage 3.1.1: Nadelen flexibele bezoektijden familie

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B(2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Familie moet soms lang wachten op informatie van ypk	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie wordt onbewust medebehandelaar Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Families krijgen ook de situatie mee van patienten op de andere kamers Gr=2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Totals	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5

Bijlage 3.1.2: Tabel nadelen flexibele bezoektijden patiënt

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B(2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Controlefunctie privacy Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Door bezoek heeft patient geen rust Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Er wordt door flexibele bezoektijden meer gedacht in het belang van de familie in plaats van het belang van de patient Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie kan met te veel en te lang op bezoek komen Gr=4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	4
• Inbreuk op privacy Gr=2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Patient vindt het niet altijd fijn dat er familie aanwezig is Gr=2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totals	4	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	1	11

Bijlage 3.1.3: Tabel nadelen flexibele bezoektijden zorgprofessional

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B(2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Belemmering werkzaamheden	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5
• Bezoek kan op een ongunstig tijdstip plaatskomen	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
• Bezoek voelt zich verplicht continu op bezoek te komen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
• Bezoek wordt lastig/vervelend ervaren Gr=2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
• Complexiteit Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Conflicten met familie Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie wil de kamer niet uit	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Het is lastig dat bezoek vaak uren op bezoek wil blijven	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Het is moeilijk om bezoek weg te sturen als het bezoekuur nog niet voorbij is	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Meerdere keren dezelfde uitleg geven Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Misbruik maken van flexibele bezoektijden Gr=2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
• Verbale agressie Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Verpleegkundige is drukker met familie dan met de patient	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totals	8	0	2	4	0	1	1	1	0	2	0	0	19

Bijlage 3.2: Nadelen restrictieve bezoektijden

Bijlage 3.2.1: Nadelen restrictieve bezoektijden familie

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B (2) Gr=37	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=35	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Als niet iedereen van de familie op bezoek kan komen, dan geeft dat onrust Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Andere afweging familie-vpk Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Buitenlandse culturen worden strenger gewezen op de bezoektijden Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
• Er worden nog werkzaamheden uitgevoerd tijdens het ochtend bezoekomoment Gr=2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
• Familie geeft aan dat ze voor het overlijden meer op bezoek hadden gewild Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie moet alles draaien om op bezoek te kunnen Gr=1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie moet vaker naar ziekenhuis omdat bezoektijd en familiegesprek niet op elkaar is afgestemd Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
• Familie moet zich houden aan vaste bezoekomomenten Gr=1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Families vinden bezoektijden onpraktisch Gr=5	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	5
• Geen eenduidigheid toelaten bezoek Gr=2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
• Geen mogelijkheid tot participatie van de familie Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
• Niet altijd mogelijk voor familie om op bezoek te komen Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Niet eenduidige informatie richting familie Gr=2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Niet flexibel voor familie Gr=6	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	2	6
• Niet voldaan aan behoefte familie Gr=6	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	6
• Vaste bezoeken geven stress bij de familie Gr=1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totals	5	4	3	0	2	2	0	0	3	2	5	7	33

Bijlage 3.2.2: Nadelen restrictieve bezoektijden patiënt

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B (2) Gr=37	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=35	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Bezoektijden zijn te krap Gr=14	0	1	1	4	0	1	2	1	2	0	1	1	14
• De toestand van de patiënt bepaalt de flexibiliteit rondom bezoektijden Gr=2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Soms komt bezoek niet omdat de bezoektijden niet uitkomen Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totals	1	2	2	4	0	1	2	1	2	0	1	1	17

Bijlage 3.2.3: Nadelen restrictieve bezoektijden zorgprofessional

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B (2) Gr=37	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=35	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Alle vragen van familie komen op hetzelfde moment Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
• Bezoek blijft langer dan de bezoektijden Gr=1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
• Patiënten met verschillende bezoektijden leidt tot discussies Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totals	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3

Bijlage 3.2.3: Nadelen restrictieve bezoektijden algemeen

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B (2) Gr=37	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=35	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
* Gebrek aan bezoekmoment in de middag Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
* Huidige bezoektijden zijn niet geschikt voor alle patienten Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
* Interferentie van dagstructuur Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
* Restrictieve bezoektijden zijn niet van deze tijd Gr=3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
* Verschil tussen verpleegkundigen in toelaten bezoek buiten de bezoektijden Gr=5	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Totals	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	11

Bijlage 3.3: Voordelen flexibele bezoektijden

Bijlage 3.3.1: Voordelen flexibele bezoektijden familie

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B (2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Bezoek en familiegesprek kan gecombineerd worden Gr=2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
• Bezoek kan meer verwerken door flexibele bezoektijden Gr=1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Bezoek kan zelf bezoektijden indelen Gr=4	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4
• Familie heeft meer mogelijkheden Gr=3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
• Familie meer tevreden Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familiegerichte zorg Gr=1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
• Flexibele bezoektijden zijn gastvrijer Gr=1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
• Meer flexibiliteit voor families Gr=2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
• Meer gastvrijheid Gr=1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
• Meer rust als familie zelf bezoektijd kan kiezen Gr=1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Meer tijd voor bijpraten families Gr=1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
• Minder stress bij familie Gr=1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totals	2	3	0	1	1	3	2	1	1	3	1	1	19

Bijlage 3.3.2: Voordelen flexibele bezoektijden patiënt

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B (2) Gr=37	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=35	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=26	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Bezoek geeft de patiënt steun Gr=2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
• Bezoektijden moeten worden afgestemd op behoefte patiënt Gr=1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
• Delierpreventie Gr=1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
• Meer aandacht voor de patiënt Gr=2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Meer kans dat bezoek kan komen Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Minder delirante patiënten Gr=1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Passend vanuit de behoefte van de patiënt Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Patientenzorg wordt niet belemmerd door flexibele bezoektijden Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
• Positieve psychobeleving patiënt Gr=8	2	0	1	0	0	1	0	0	3	1	0	0	8
Totals	2	0	3	4	0	2	1	1	4	1	0	0	18

Bijlage 3.3.3: Voordelen flexibele bezoektijden zorgprofessional

	Transcript geïnterview A(1)	Transcript geïnterview B (2)	Transcript geïnterview C(3)	Transcript geïnterview D(4)	Transcript geïnterview E(5)	Transcript geïnterview F(6)	Transcript geïnterview G(7)	Transcript geïnterview H(8)	Transcript geïnterview I(9)	Transcript geïnterview J(10)	Transcript geïnterview K(11)	Transcript geïnterview L(12)	Totals
• Betere anamnese en informatie van familie over patient	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Door bezoek hoeft verpleegkundige minder aandacht te geven aan patient	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Een vast middagmoment beïnvloed werkzaamheden MDO nauwelijks Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Families komen verspreid	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
• Flexibele bezoektijden belemmeren de dagstructuur niet van verpleegkundigen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Flexibele bezoektijden hebben geen grote invloed op werkzaamheden	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Makkelijker overleggen Gr=1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Meer overlegmogelijkheden	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Meer steun aan familie en patient Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
• Minder bellen van patient	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
• Minder discussie met familie	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
• Minder starheid van zorgprofessionals Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Totals	3	4	0	1	0	0	1	0	4	0	0	0	13

Bijlage 3.4: Voordelen restrictieve bezoektijden

Bijlage 3.4.1: Voordelen restrictieve bezoektijden familie

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B(2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Bezoektijden worden verruimd voor familie als zij daarnaar vragen Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie heeft de gelegenheid om twee keer per dag te komen Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie voelt zich niet verplicht hele tijd bij de patiënt te zijn Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
• In overleg zijn andere bezoektijden mogelijk Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Totals	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	4

Bijlage 3.4.2: Voordelen restrictieve bezoektijden patiënt

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B(2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Patiënt wordt beschermd in dagstructuur Gr=3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3
• Rust voor de patiënt Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Totals	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	4

Bijlage 3.4.3: Voordelen restrictieve bezoektijden zorgprofessional

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B(2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Geen discussies met familie Gr=2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Huidige bezoektijden zijn makkelijk te handhaven Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
• Rust voor de verpleegkundige Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
• Vastoverlegmoment met familie Gr=2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Verpleegkundige kan haar werkzaamheden om de bezoeken heen plannen Gr=2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Totals	2	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	8

Bijlage 3.4.4: Voordelen restrictieve bezoektijden algemeen

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B(2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Afgebakende bezoektijden Gr=5	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
• Bezoektijden zijn geclusterd Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Duidelijke richtlijnen zorgen voor minder discussie Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Duidelijkheid Gr=7	0	0	2	1	0	0	1	0	0	1	1	1	7
• Patiënt ligt er netjes bij Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
• Planning is gewaarborgd Gr=3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
• Structuur door bezoektijden Gr=6	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	6
Totals	3	0	5	2	2	1	1	1	1	3	3	3	24

Bijlage 3.5: Weerstand

Bijlage 3.5.1: Weerstand oorzaken

	Transcript geïnterviewde A(1)	Transcript geïnterviewde B(2)	Transcript geïnterviewde C(3)	Transcript geïnterviewde D(4)	Transcript geïnterviewde E(5)	Transcript geïnterviewde F(6)	Transcript geïnterviewde G(7)	Transcript geïnterviewde H(8)	Transcript geïnterviewde I(9)	Transcript geïnterviewde J(10)	Transcript geïnterviewde K(11)	Transcript geïnterviewde L(12)	Totals
• Angst om politieagent te moeten spelen Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Angst om werkzaamheden uit te voeren als familie er is Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
• Angst onder verpleegkundigen dat bezoekers van verschillende patiënten de bezoektijd met elkaar gaan vergelijken Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Angst voor discussies met familieleden over de bezoektijden Gr=4	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	4
• Angst voor verbreken van regels Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Angst voor verlies controle Gr=2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
• Flexibele bezoektijden zijn heel druk belastend voor de patient Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
o Groot team en veel meningen Gr=1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
o Niet iedereen spreekt zijn mening uit Gr=1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Onrust in het team Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Totals	1	0	1	2	4	1	1	0	1	0	1	2	14

Bijlage 3.5.2: Weerstand verminderen

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B(2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
o Beroep doen op empathie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
• Betrokkenen zich gehoord laten voelen (2) Gr=2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
o Communicatie en mogelijkheden tot communiceren belang aspect voor weerstand	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Duidelijke afspraken maken en hanteren (2) Gr=27	6	3	1	4	1	2	2	0	3	1	2	2	27
o Gewoon implementeren Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
• Goede beargumentatie (2)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
o Luisteren naar de angsten van de verpleging	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
o Trial and error Gr=2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
• Veiligheid personeel en patient garanderen (2) Gr=2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Voorlichting (2) Gr=3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
o Weloverwogen besluit met meerderheid van stemmen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Totals	9	3	2	6	1	4	2	1	5	2	5	4	44

Bijlage 3.6: Randvoorwaarden

Bijlage 3.6.1: Randvoorwaarden algemeen

	Transcript geïnterview A(1)	Transcript geïnterview B(2)	Transcript geïnterview C(3)	Transcript geïnterview D(4)	Transcript geïnterview E(5)	Transcript geïnterview F(6)	Transcript geïnterview G(7)	Transcript geïnterview H(8)	Transcript geïnterview I(9)	Transcript geïnterview J(10)	Transcript geïnterview K(11)	Transcript geïnterview L(12)	Totals
• Belang van de patient staat voorop Gr=2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
• Betrokkenen zich gehoord laten voelen Gr=2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
• Bezoek moet worden weggestuurd als er werkzaamheden worden uitgevoerd op de kamer Gr=2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Bezoekduur op basis van belasting patient en familie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Bezoekuren moeten ook in afstemming met de patient zelf	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Communicatie Gr=11	0	0	4	2	1	0	1	1	0	0	0	0	11
• Duidelijke afspraken maken en hanteren Gr=27	6	3	1	4	1	2	2	0	3	1	2	2	27
• Duidelijke informatievoorziening Gr=3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
• Eenduidig bezoekbeleid Gr=4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
• Flexibel bezoekbeleid duidelijk communiceren Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Flexibel bezoekbeleid moet door afdeling gedragen worden	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Goede bergargumentatie Gr=2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
• Hantering Gr=4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
• In overleg kan er afgeweken worden van de bezochtijden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
• Meer creativiteit en flexibiliteit voor uitzonderingen bezoek	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
• Onderbouwing Gr=2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
• Overleggen Gr=2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Patient staat centraal Gr=2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
• Strakke coordinatie vereist	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Verpleegkundigen moeten serieus genomen worden	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Vertegenwoordiging van verpleging en artsen akkoord met beleid Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
• Verwachtingen uitspreken	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Voor-en-tegens communiceren	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Vooraf afgestemd evaluatiemoment Gr=2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
• Voorlichting Gr=3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
• Werkafspraken Gr=2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Totals	17	3	11	11	5	3	5	1	5	3	6	12	82

Bijlage 3.6.2: Randvoorwaarden familie

	Transcript geïnterviewde A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewde B (2) Gr=38	Transcript geïnterviewde C (3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Contact verloopt via de contactpersonen Gr=3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3
• Familie aanspreken als zij met meer dan 2 bezoekers komen Gr=1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie informeren over nut doseren van bezoektijden Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie moet inzicht krijgen in bezoekbehoefte van patient Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Familie moet via een folder geïnformeerd worden over de regels maar ook de voor- en nadelen van bezoek voor de patient Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Families aansturen Gr=1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
• Tijdens zorgmomenten geen familie toegestaan op de kamer Gr=3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3
Totals	1	0	1	3	1	1	2	0	1	0	1	0	11

Bijlage: 3.6.3: Randvoorwaarden implementatie

	Transcript geïnterviewde C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewde D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewde E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewde F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewde G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewde H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewde I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewde J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewde K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewde L(12) Gr=50	Totals
• Bezoek mag niet interfereren met de zorg en dagelijkse routines	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
• Bezoek maximaal 1 uur aanwezig Gr=1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
• Bezoektijd na middagoverdracht Gr=2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
• Bezoektijden afbakenen Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
• Bezoektijden moeten door alle disciplines gedragen worden	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Bijstellen indien nodig Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Duidelijke kaders voor het implementeren van een flexibel bezoekbeleid Gr=5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5
• Eerst implementeren in pilot	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
• Er moeten vaste afspraken en regels komen waaraan iedereen zich heeft te houden	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
• Evaluatie is randvoorwaardelijk	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	6
• Flexibel bezoekbeleid multidisciplinair verspreiden	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4
• Geen bezoek voor 11 uur Gr=1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
• Ic-personeel meenemen in besluitvorming Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Segmentele bezoektijden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totals	3	0	3	3	2	1	0	1	3	6	29

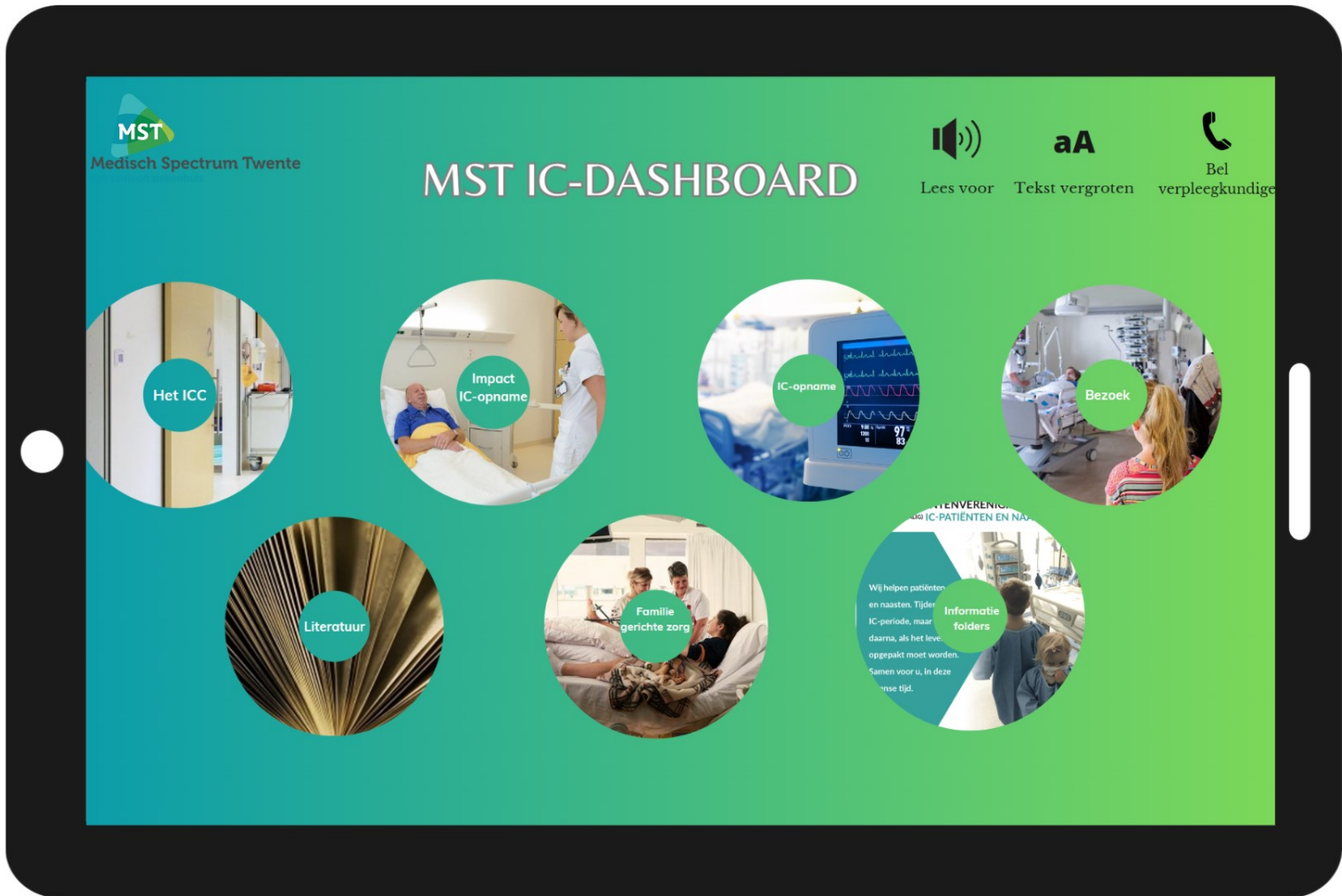
Bijlage 3.6.4: Randvoorwaarden informatie

	Transcript geïnterviewd. e A(1) Gr=90	Transcript geïnterviewd. e B (2) Gr=39	Transcript geïnterviewd. e C(3) Gr=68	Transcript geïnterviewd. e D(4) Gr=52	Transcript geïnterviewd. e E(5) Gr=36	Transcript geïnterviewd. e F(6) Gr=36	Transcript geïnterviewd. e G(7) Gr=27	Transcript geïnterviewd. e H(8) Gr=21	Transcript geïnterviewd. e I(9) Gr=46	Transcript geïnterviewd. e J(10) Gr=32	Transcript geïnterviewd. e K(11) Gr=35	Transcript geïnterviewd. e L(12) Gr=50	Totals
• Er is behoefte aan een communicatiemodel waardoor zorg op maat geleverd kan worden Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Er moeten afspraken worden gemaakt met de familie over de bezoektijden Gr=1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Flexibele bezoektijden moeten vermeld worden in patientenfolder Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Informatiefolder in meerdere talen aanbieden Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3
• Informatievoorziening familie via informatiefolder en Gr=1	0	0	0	1	1	1	0	2	1	0	2	1	9
• Informatievoorziening moet met literatuur onderbouwd worden Gr=4	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4
• Informatievoorziening naar familie moet mondeling en in allerlei talen Gr=1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Informatievoorziening via deuren Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Informatievoorziening via patientenportaal Gr=1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Informatievoorziening via poster Gr=3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3
• Transparante informatievoorziening Gr=2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Uitleg over flexibele bezoektijden toevoegen in patientenfolder Gr=2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
• Uitleggen aan familie dat ze tijdens onderzoeken de kamer uitmoeten Gr=1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
• Voldoende informatie Gr=1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Totals	4	0	5	4	3	2	2	5	1	0	2	3	31

Bijlage 4: Codeboom



Bijlage 5: MST IC-DASHBOARD



Bijlage 6: Six-pointed star model

