

Onderzoeksverslag

Onderzoek naar de verpleegkundige overdracht binnen de verpleegafdelingen van een algemeen ziekenhuis

1-6-2015



Christelijke Hogeschool Ede

Kelly de Groot (131122)

Marianne Hemelaar-Vet (130639)

Jiska van der Sar (131084)

Armgard Vergunst (131110)

COLOFON

Titel: Onderzoeksverslag

Auteurs: Kelly de Groot (131122)
Marianne Hemelaar-Vet (130639)
Jiska van der Sar (131084)
Armgard Vergunst (131110)

Opdrachtgevers: VAR/VVB van ziekenhuis X

Docenten: Mevrouw T. (Tineke) de Groot
MSc Docent verpleegkunde
De heer H. (Henk) Chevalking
Docent verpleegkunde

Datum: 01-06-2015

© 2015 Christelijke Hogeschool Ede

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteurs.

VOORWOORD

Voor u ligt het onderzoeksverslag geschreven in opdracht van de Vereniging Verpleegkundige Beroepsgroep (VVB) in een algemeen ziekenhuis van Nederland. Het onderzoek is geschreven in het kader van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE). Dit onderzoek heeft plaatsgevonden van februari tot juni 2015 binnen een algemeen ziekenhuis.

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek gebaseerd op een literatuurstudie en heeft plaats gevonden onder de verpleegkundigen op tien verschillende verpleegafdelingen van ziekenhuis X.

In opdracht van de VVB is er onderzoek gedaan naar de verpleegkundige overdracht die plaats vindt tussen de verpleegafdelingen binnen ziekenhuis X.

In dit verslag zijn de uitkomsten van het onderzoek te lezen, waarbij aanbevelingen geschreven zijn aan de VVB.

Aan dit onderzoek hebben meerdere personen hun medewerking verleend. Graag willen we hen bedanken. Wij denken hierbij aan onze opdrachtgevers vanuit de VVB van ziekenhuis X en aan onze tutor, Tineke de Groot die ons begeleidde en kritische feedback gaf.

Verder willen wij onze beoordelaar vanuit de CHE, Henk Chevalking, dankzeggen. Tenslotte willen wij alle verpleegkundigen vanuit ziekenhuis X, die door middel van de interviews meegewerkt hebben aan het onderzoek, bedanken voor hun bijdrage.

Ten slotte willen wij de mensen die, op welke wijze dan ook een bijdrage hebben geleverd, bedanken voor hun medewerking.

Wij wensen u veel leesplezier,

Kelly de Groot

Marianne Hemelaar-Vet

Jiska van der Sar

Armgard Vergunst

Ede, Juni 2015

SAMENVATTING

AANLEIDING: In ziekenhuis X is geen eenduidig beleid met betrekking tot de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen. Voor de VVB is onvoldoende zichtbaar of de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen voldoet aan landelijke richtlijnen. Een niet volledige verpleegkundige overdracht heeft negatieve gevolgen voor de directe patiëntenzorg.

ONDERWERP: In dit onderzoeksverslag staat de volgende vraag centraal: *‘Hoe kan de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen binnen ziekenhuis X verbeterd worden aan de hand van in de literatuur vastgestelde richtlijnen en criteria?’*

DOELSTELLING: De doelstelling van het onderzoek is om een onderzoeksrapport te schrijven met daarin een analyse van de huidige situatie en aanbevelingen over hoe de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen verbeterd kan worden aan de hand van richtlijnen en criteria. Naar aanleiding van deze resultaten worden aanbevelingen gedaan hoe de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen verbeterd kan worden.

ONDERZOEKSMETHODE: In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. De hoofdvraag van het onderzoek wordt beantwoord door middel van literatuurstudie en het afnemen van semigestructureerde interviews.

RESULTATEN: Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat er verschillende methoden zijn om de verpleegkundige overdracht te structureren zodat onnodige fouten, heropname of overlijden, voorkomen kunnen worden. De respondenten hebben aangegeven dat de verpleegkundige overdracht verbeterd moet worden en dat er structuur gemist wordt bij het overdragen. Daarbij geven de respondenten aan dat dit verbeterd kan worden aan de hand van een checklist, richtlijn en samenvatting. Hierbij werd de SBAR-methode genoemd als voorbeeld.

CONCLUSIES: Verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan structuur in de verpleegkundige overdracht. Door het missen van structuur wordt er op hun eigen manier overgedragen en daardoor wordt informatie vergeten. De SBAR methode geeft een mogelijkheid tot structuur, omdat deze uitgebreid, concreet en volledig is. De verpleegkundigen ervaren daarnaast ruis tijdens het overdragen. Echter blijven de verpleegkundigen tijdens het overdragen reageren op telefoonoproepen en zoeken ze geen rustige plek op. In de literatuur staat aangegeven dat het hebben van ruis tijdens de overdracht nadelige effecten heeft op de verpleegkundige overdracht. Tevens geven verpleegkundigen aan dat het werken met twee systemen belemmerend werkt, hierdoor kunnen zij niet snel bij belangrijke patiënten gegevens. Voor het ziekenhuis is het daarentegen financieel nu nog niet mogelijk om één systeem te implementeren.

AANBEVELINGEN: Er zijn een drietal aanbevelingen geschreven die de verpleegkundige overdracht kunnen verbeteren. Allereerst bevelen de studenten aan om in het gehele ziekenhuis één methode te gebruiken voor de verpleegkundige overdracht. De SBAR methode kan hierbij gebruikt worden. Daarnaast zou er in het elektronisch patiëntendossier één en dezelfde plaats moeten komen waarin de verpleegkundige overdracht (terug) te lezen is. Vervolgens is er een aanbeveling om de ruis tijdens de verpleegkundige overdracht te verminderen. Daarna volgt er een aanbeveling voor toekomstig onderzoek.

In de literatuur staat vermeld dat het overdragen aan bed zorgt voor verbetering van de verpleegkundige overdracht. Echter is in ziekenhuis X op enkel twee verpleegafdelingen geëxperimenteerd met deze methode. Vanwege de privacy van de patiënt en uitslagen die nog niet meegedeeld zijn aan de patiënt is de methode niet meer in gebruik. De studenten bevelen ziekenhuis X aan om breder onderzoek te doen naar de kwaliteitsverbetering als er aan bed wordt overgedragen.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD.....	3
SAMENVATTING	4
1. INLEIDING	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Ziekenhuis X.....	9
1.3 Probleemstelling.....	10
1.4 Vraagstelling	10
1.5 Doelstelling.....	10
1.6 Verpleegkundige relevantie van dit onderzoek	11
2. METHODE	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Literatuuronderzoek.....	12
2.2.1 Zoekstrategie	12
2.3 Verantwoording onderzoeksmethodiek	13
2.3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	13
2.3.2 Methode dataverzameling	14
2.3.3 Methode data-analyse	14
2.4 Validiteit	15
2.4.1 Interne- en externe validiteit	15
2.4.2 Begripsvaliditeit.....	15
2.5 Betrouwbaarheid.....	15
2.6 Ethische overwegingen	16
3. RESULTATEN	17
3.1 Resultaten literatuuronderzoek	17
3.1.1 Doel van de Verpleegkundige overdracht	17
3.1.2 De verpleegkundige overdracht in internationaal perspectief.....	17
3.1.3 De verpleegkundige overdracht in Nederland	17
3.1.4 Richtlijnen	18
3.1.5 Methoden	19
3.2 Resultaten praktijkonderzoek	21

3.2.1 Methode	22
3.2.2 Twee systemen	22
3.2.3 Ruis	22
3.2.4 Tijd	23
3.2.5 Intensive Care	23
3.2.6 Overige belemmerende factoren ontvangen en zenden van de verpleegkundige overdracht	23
3.2.7 Succes bij ontvangen	24
3.2.8 Succes bij zenden	24
3.3 Resultaten uit literatuur- en praktijkonderzoek.....	24
3.3.1 Structuur	24
3.3.2 Aan bed overdragen	25
3.3.3 Eenduidig beleid	25
3.3.4 Algemene punten	25
3.3.5 Specifieke punten per afdeling	25
3.3.6 Overdrachtsmethode.....	25
4. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	27
4.1 Conclusie	27
4.1.1 Methode	27
4.1.2 Twee systemen	27
4.1.3 Ruis	27
4.1.4 Tijd	27
4.1.5 SEH.....	28
4.1.6. Aandachtspunten per afdeling	28
4.2 Aanbevelingen.....	28
4.2.1 Eén methode in het ziekenhuis	28
4.2.2 Ruis verminderen	29
4.2.3 Tijd	29
4.2.4 SEH.....	29
4.2.5 Overdragen aan het bed.....	29
5. DISCUSSIE	30
5.1 Doelstelling.....	30
5.2.1 Literatuuronderzoek	30

5.2.2 Praktijkonderzoek	30
5.4 Betrouwbaarheid.....	31
5.5 validiteit	31
6. LITERATUURLIJST	32
BIJLAGE A: Topiclijst	36
BIJLAGE B: Voorbeeld van labelschema	37
BIJLAGE C: Tabel aantal overdrachten	41
BIJLAGE D: Checklist AOA	42
BIJLAGE E : AMPLE methode	43
BIJLAGE F : ABCD methode.....	44
BIJLAGE G : Norma en xCare	45
BIJLAGE H: Afdeling-gebonden overdrachtspunten.....	48
BIJLAGE I: Format verpleegkundige overdracht ziekenhuis X.....	49

1. INLEIDING

Vanuit ziekenhuis X is de vraag gekomen om onderzoek te doen naar de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen; deze afdelingen zijn inclusief de Spoedeisende Hulp (SEH) en de Intensive Care (IC).

1.1 Aanleiding

De verpleegkundige overdracht is een essentieel onderdeel in het verpleegkundig proces. Friesen, White & Byers (2008) definiëren de verpleegkundige overdracht als volgt: *'Communication between the change of shift, communication between care providers about patient care, handoff, records, and information tools to assist in communication between care providers about patient care'*. Bij de mondelinge verpleegkundige overdracht gaat het daarnaast om essentiële patiënten informatie en volledige verpleegkundige verantwoordelijkheid voor patiënten, van de ene zorgverlener naar de andere (Friesen et al, 2008).

Uit onderzoek is gebleken dat er in de praktijk in ziekenhuizen vaak belangrijke informatie tussen wal en schip raakt tijdens het overdragen van de patiëntenzorg. Hierbij wordt aangegeven dat het probleem ontstaat omdat er geen gestandaardiseerde of gestructureerde methode beschikbaar is (The Joint Commission, 2010).

De World Health Organization (WHO) geeft aan dat het probleem, met betrekking tot de verpleegkundige overdracht, ontstaat doordat de communicatie tussen de zendende en ontvangende partij niet voldoende is. De gebrekkige overdracht ontstaat doordat de informatie niet begrepen wordt of omdat de informatie essentiële onderdelen mist. Deze hiaten in de communicatie kunnen ernstige verstoringen in de continuïteit van zorg, ongepaste behandeling en mogelijke schade aan de patiënt veroorzaken (WHO, 2007).

In Nederland is er in 2011 door V&VN een richtlijn ontwikkeld met betrekking tot de verpleegkundige overdracht. Hierin staat beschreven aan welke eisen deze overdracht moet voldoen. Deze eisen worden verder uitgewerkt in de literatuurstudie.

1.2 Ziekenhuis X

In verband met de privacy van de organisatie is de beschrijving van ziekenhuis X niet opgenomen.

De verpleegkundige overdracht wordt door de betreffende afdelingen van ziekenhuis X op verschillende wijzen uitgevoerd. Eén voorbeeld hiervan is dat de ene afdeling werkt met een digitaal patiëntendossier terwijl de andere afdeling nog gebruik maakt van de papieren patiëntendossiers.

Daarnaast geeft de opdrachtgever aan dat er een oorzakelijk verband lijkt te bestaan tussen het aantal Veilig Incident Meldingen (VIM) en een onvolledige overdracht.

De opdrachtgever van dit onderzoek is de Vereniging Verpleegkundige Beroepsgroep (VVB) vanuit ziekenhuis X. De VVB heeft als doelstelling om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de professionalisering van het verpleegkundig beroep te waarborgen (activiteitenplan VVB, 2013-2014).

De omvang van het probleem kan op verschillende niveaus bekeken worden, namelijk macro-, meso- en microniveau.

Macroniveau: Door de V&VN is er een landelijke richtlijn voor de verpleegkundige en verzorgende verslaglegging tot stand gekomen. Bij navraag bij de V&VN over het effect van deze richtlijn, was het niet mogelijk om een antwoord te krijgen, omdat de richtlijn nog niet

officieel geëvalueerd is (V&VN mail, 09-04-2015). Ziekenhuizen blijken niet vanzelfsprekend van deze richtlijn op de hoogte te zijn of er mee te werken. Dit blijkt uit navraag door de uitvoerders van het onderzoek bij het Leids Universitair Medisch Centrum in Leiden, het Ikazia ziekenhuis en het Maasstad ziekenhuis in Rotterdam waar zij stage gelopen hebben.

Mesoniveau: In ziekenhuis X is er geen eenduidig beleid tussen de verpleegafdelingen met betrekking tot de verpleegkundige overdracht. Door de opdrachtgevers is aangegeven dat er Veilig Incidenten Meldingen (VIM) gedaan zijn met betrekking tot de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen. Bij navraag bij de afdeling Kwaliteit en Veiligheid in ziekenhuis X is niet duidelijk naar voren gekomen om hoeveel VIM meldingen het gaat (Afdeling Kwaliteit en Veiligheid e-mail, 13-05-2015). Dit komt, omdat er geen splitsing gemaakt is tussen de verpleegkundige overdracht bij de wisseling van de verpleegkundige diensten of tussen de verpleegafdelingen. Daarnaast is er geen scheiding gemaakt bij de verpleegkundige overdracht tussen verpleegkundigen en artsen.

Microniveau: Voor de directe patiëntenzorg geeft een onvolledige verpleegkundige overdracht een probleem doordat er essentiële patiënten informatie gemist kan worden. Het heeft met name een nadelig effect op de efficiëntie en patiëntveiligheid (Nieweg, 2013). Daardoor is er een verhoogde kans op heropname, complicaties en overlijden (van Sluisveld, 2015).

1.3 Probleemstelling

In ziekenhuis X is geen eenduidig beleid met betrekking tot de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen. Voor de VVB is onvoldoende zichtbaar of de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen voldoet aan landelijke richtlijnen. Een niet volledige verpleegkundige overdracht heeft negatieve gevolgen voor de directe patiëntenzorg.

1.4 Vraagstelling

Hoofdvraag:

Hoe kan de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen binnen ziekenhuis X verbeterd worden aan de hand van in de literatuur vastgestelde richtlijnen en criteria?

Deelvragen:

1. Wat staat er in de literatuur over richtlijnen en criteria met betrekking tot de verpleegkundige overdracht tussen afdelingen binnen een algemeen ziekenhuis?
2. Hoe vindt op dit moment de verpleegkundige overdracht plaats tussen verpleegafdelingen binnen ziekenhuis X?
3. Hoe kan aan de hand van richtlijnen en criteria de verpleegkundige overdracht tussen de afdelingen verbeterd worden?

1.5 Doelstelling

In juni 2015 is er een onderzoeksrapport met betrekking tot de verpleegkundige overdracht in ziekenhuis X beschikbaar. Het rapport geeft een analyse van de huidige situatie en aanbevelingen over hoe de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen aan de hand van richtlijnen en criteria verbeterd kan worden. Het hanteren van richtlijnen en criteria kan mede zorgen voor eenduidigheid in het beleid met betrekking tot de verpleegkundige overdracht.

1.6 Verpleegkundige relevantie van dit onderzoek

De verpleegkundige overdracht is een essentieel onderdeel in het verpleegkundig proces.

Vanuit de beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN, 2015) wordt van de verpleegkundige verwacht om op de hoogte te zijn van de actuele richtlijnen en protocollen. Daarnaast wordt er verwacht dat de verpleegkundige er bij de overdracht op toe ziet dat de ontvangende verpleegkundige over de nodige deskundigheid beschikt zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft (artikel 1.2 en 3.2). De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) verplicht elke BIG geregistreerde professional om de kwaliteit van zorg die geleverd wordt aan de patiënt te verhogen. De verpleegkundige stelt de verpleegkundige overdracht op voor overplaatsing van de patiënt tussen de verpleegafdelingen. Deze overdracht is bestemd voor een andere afdeling, zorgsetting, thuiszorgmedewerkers en andere disciplines. De overdracht moet de continuïteit en de kwaliteit van de zorg waarborgen, zodat de informatie doorgegeven wordt, die nodig is om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten (V&VN, 2011).

2. METHODE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethodiek beschreven.

Het onderzoek bestaat uit twee delen, een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek.

De eerste deelvraag: *‘Wat staat er in de literatuur over richtlijnen en criteria met betrekking tot de verpleegkundige overdracht tussen afdelingen binnen een algemeen ziekenhuis?’* vormt het uitgangspunt van de literatuurstudie.

De tweede deelvraag: *‘Hoe vindt op dit moment de verpleegkundige overdracht plaats tussen verpleegafdelingen binnen ziekenhuis X?’* zal beantwoord worden door praktijkonderzoek.

De derde deelvraag: *‘Hoe kan aan de hand van richtlijnen en criteria de verpleegkundige overdracht tussen de afdelingen verbeterd worden?’* zal beantwoord worden door integratie van literatuurstudie en praktijkonderzoek.

Verder zal worden uitgelegd hoe de onderzoekspopulatie eruit ziet en hoe de data verzameld en geanalyseerd worden. Daarnaast is verantwoord op welke wijze de validiteit en betrouwbaarheid worden gewaarborgd.

Tot slot zullen ethische overwegingen worden verantwoord.

2.2 Literatuuronderzoek

Deelvraag 1 en een gedeelte van deelvraag 3 worden beantwoord middels literatuuronderzoek. In de literatuur zal gezocht worden naar definiëring van begrippen, richtlijnen, criteria, methodes, theorieën en/of modellen met betrekking tot de verpleegkundige overdracht.

Om de gevonden literatuur te analyseren op bruikbaarheid en relevantie, wordt er gebruik gemaakt van de inhoudsanalyse. Door middel van de begrippen, uit de vraagstellingen, wordt de literatuur bestudeerd (Verhoeven, 2011). Aan de hand van de volgende PICO wordt er literatuur gezocht.

Probleem = Patiënten in het ziekenhuis

Interventie = Verpleegkundige overdracht

Co-interventie = Verpleegkundige overdracht volgens een richtlijn

Outcome = Kwaliteit van zorg

2.2.1 Zoekstrategie

Er wordt op een aantal manieren naar literatuur gezocht, om op deze wijze betrouwbare en relevante literatuur te vinden. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van systematische literatuurstudie, om zo de juiste data te verkrijgen. Om Engelse literatuur te raadplegen wordt er gebruik gemaakt van Pubmed aan de hand van de Medical Subject Headings (verder genoemd MeSH-termen). Deze vormen een hiërarchisch classificatiesysteem van medische termen waarmee alle artikelen geïndexeerd worden.

Onderstaande begrippen die in de vraagstellingen staan, worden gebruikt als MeSH-term:

- Patiënten in het ziekenhuis (hospital patient);
- Verpleegkundige overdracht (nurse transfer, handoff, handover);
- Richtlijn (guideline, criteria);
- Checklisten en formulieren (checklists and forms);
- Kwaliteit van zorg (quality of care);
- Communicatie (communication).

Daarnaast wordt literatuur opgezocht via Invert, Academic Search, Google, Google Scholar en boeken. Bronnen worden beoordeeld op betrouwbaarheid door na te gaan in welke jaar deze zijn geschreven (maximaal 10 jaar oud) en of de bronnen zijn gebaseerd op het best beschikbare bewijs (evidence-based). Relevante informatie wordt verwerkt in dit onderzoek. Tijdens het literatuuronderzoek wordt door middel van de sneeuwbalmethode gekeken, welke andere bronnen aanvullende informatie bevatten over hetzelfde onderwerp (Erasmus University Rotterdam, 2015).

2.3 Verantwoording onderzoeksmethodiek

Om antwoord te kunnen geven op de deelvragen 2 en 3, is in dit onderzoek gekozen voor kwalitatief onderzoek. Met een kwalitatieve methode wordt er onderzoek uitgevoerd in de praktijk. De studenten zijn hierbij geïnteresseerd in de betekenis die onderzochte personen zelf aan situaties geven. Op deze wijze worden onderzoekseenheden (onderzochte personen) in de omgeving als geheel onderzocht (Verhoeven, 2011). Een kwalitatief onderzoek is er op gericht om een beeld te schetsen van verschillende gevoelens, gedachten en gedragingen van een specifieke groep op basis van een beperkt aantal interviews (Baarda, 2013). Daarnaast is kwalitatief onderzoek gericht op het verkrijgen van inzichten over het probleem. Het is niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens en er wordt geen causaal verband gezocht (de Vaus, 2013).

2.3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie is alle 1397 verpleegkundigen die werkzaam zijn in ziekenhuis X. Vanwege de beperkte tijd worden niet alle verpleegkundigen uit ziekenhuis X geïnterviewd en wordt er gebruik gemaakt van een steekproef (Baarda, 2013). Uit de onderzoekspopulatie wordt een representatieve steekproef genomen.

In overleg met de opdrachtgevers is er gekozen voor een steekproef uit verschillende verpleegafdelingen. Voor onderstaande verpleegafdelingen is gekozen om variatie te bewerkstelligen in de verschillende specialismes. Hele specialistische afdelingen, zoals de kinderafdeling, zijn uitgesloten. De SEH en de IC zijn geïnccludeerd in verband met de vele overdrachten naar de reguliere verpleegafdelingen.

De afdelingen die opgenomen worden in het onderzoek zijn:

1. Neurologie
2. Cardiologie
3. Interne geneeskunde
4. Acute Opname Afdeling (AOA)
5. Longgeneeskunde
6. Geriatrie
7. Orthopedie
8. Chirurgie
9. Intensive Care
10. Spoed Eisende Hulp

Van de hierboven genoemde afdelingen zullen twee verpleegkundigen per afdeling geïnterviewd worden. Dit resulteert in 20 respondenten.

Om de steekproef representatief te maken zijn er de volgende inclusie en exclusie criteria:

Inclusiecriteria:

Verpleegkundigen binnen ziekenhuis X, die

- Minimaal 5 jaar op de afdeling werkzaam zijn;
- Minimaal 24 uur per week werken;
- Regelmatig zender en ontvanger zijn van de verpleegkundige overdracht;
- Werkzaam zijn op de AOA moeten minimaal 5 jaar werkervaring hebben in ziekenhuis X. Dit is omdat deze afdeling in januari 2015 opgestart is.

Exclusiecriteria:

Verpleegkundigen binnen ziekenhuis X, die;

- Minder dan 5 jaar in ziekenhuis X werken;
- Minder dan 24 uur per week werken;
- Weinig met de verpleegkundige overdracht te maken hebben.

Bij het selecteren van de verpleegkundigen gaat de voorkeur uit naar verpleegkundigen die in hoge mate betrokken zijn bij de verpleegkundige overdracht. Hiervoor zijn de teamleiders van de desbetreffende afdelingen benaderd. Zij zijn op de hoogte gesteld van de criteria en mailen ons de contactgegevens van de respondenten die bij de criteria passen door.

2.3.2 Methode dataverzameling

De dataverzameling van het praktijkonderzoek zal plaats vinden door middel van interviews. Een interview is een vraaggerekte waarin de beleving van de respondenten voorop staan. Het heeft tot doel informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek is gekozen voor een semigestructureerd interview. Dit is een interview methode die grotendeels vastgestelde vragen heeft, maar ook ruimte geeft om door te vragen.

Om een semigestructureerd interview te houden is een topiclijst opgesteld (bijlage A). Bij het opstellen van de topiclijst is uitgegaan van de hoofd- en deelvragen en de literatuurstudie (Baarda, 2013). De topiclijst bestaat uit vooraf opgestelde vragen met daarbij behorende kernbegrippen die relevant zijn voor het onderzoek. Om de betrouwbaarheid van het interview te vergroten zal vooraf een proefinterview plaatsvinden met een verpleegkundige van ziekenhuis X. Hierdoor wordt er geoefend met het afnemen van een interview, waarbij er gelet wordt op de relevantie van de vragen van het interview en wordt er geoefend met het doorvragen (Baarda, 2013). Op basis van dit proefinterview kan de topiclijst aangepast worden tot de definitieve topiclijst. Alle interviews worden opgenomen door middel van digitale opnameapparatuur. Hiervoor zal voorafgaand aan het interview toestemming worden gevraagd aan de respondent.

2.3.3 Methode data-analyse

De informatie, die door middel van de interviews, verkregen wordt, zal volledig worden uitgetypt, worden geanalyseerd en verwerkt op een kwalitatieve wijze. De analyse en verwerking zullen volgens een combinatie van open- en selectief coderen worden uitgevoerd. Door middel van open coderen worden alle gegevens verzameld, zeer zorgvuldig gelezen en in fragmenten ingedeeld. De relevante fragmenten worden gelabeld en onderling vergeleken. Bij het selectief coderen worden gegevens

door een tweetal van de studenten geanalyseerd (Bijlage B). Hierin wordt er door een continue vergelijking nagegaan of en hoe bepaalde codes in het onderzoek een relatie hebben (Verhoeven, (2011).

2.4 Validiteit

“Met validiteit wordt bedoeld in welke mate het onderzoek vrij is van systematische fouten” (Verhoeven 2011). De validiteit van een onderzoek wordt verhoogd door de kwaliteit van het meetinstrument.

Om de validiteit van het meetinstrument zoveel mogelijk te waarborgen, zullen de vragen in de topiclijst gebaseerd worden op de literatuurstudie. Het houden van een proefinterview verhoogt de kwaliteit van het meetinstrument en daarmee de validiteit van het onderzoek. Tijdens de interviews zal steeds dezelfde topiclijst aangehouden worden.

2.4.1 Interne- en externe validiteit

Met interne validiteit wordt bedoeld of de studenten in staat zijn de juiste conclusies te trekken op basis van het meetinstrument en de selectie van de steekproef (Verhoeven, 2011). Om de interne validiteit te waarborgen zal de steekproefselectie plaatsvinden op basis van inclusie- en exclusiecriteria. Bij uitval van een gepland interview zullen de studenten naar mogelijkheden zoeken om het interview op een later tijdstip of met een andere verpleegkundige (die aan de gestelde criteria voldoet) te houden. De topiclijst zal bij elk interview op dezelfde wijze gebruikt worden.

Met externe validiteit wordt bedoeld of je de conclusies uit het onderzoek mag generaliseren (Verhoeven, 2011).

2.4.2 Begripsvaliditeit

Verschillende begrippen binnen dit onderzoek zullen door middel van literatuurstudie verduidelijkt worden. Met het opstellen van de interviews is bij elke vraag nagegaan of dit bijdraagt aan het onderzoek.

De van toepassing zijnde begrippen zullen voorafgaand aan de interviews verhelderd worden, zodat gemeten wordt wat de studenten willen weten (Verhoeven, 2011).

2.5 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid houdt in dat de metingen binnen het onderzoek vrij zijn van toevallige fouten (Baarda, 2013). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten, zal er een proefinterview plaatsvinden met een verpleegkundige van ziekenhuis X. Dit wordt gedaan om na te gaan of de topiclijst volledig en eenduidig is en of de personen, die het interview gaan afnemen de juiste technieken beheersen.

Daarnaast zullen de interviews in tweetallen worden afgenomen. Het interview zal opgenomen worden door middel van geluidsopname zodat de interviews volledig kunnen worden uitgetypt en geanalyseerd. Bij het analyseren van de interviews is in tweetallen gewerkt. De labels en coderingen zijn door elkaar gecontroleerd en bekritiseerd. Bij elke vraag wordt nagedacht door de studenten of dit relevant is bij de vraagstelling. De literatuur is maximaal 10 jaar oud en is gevonden met behulp van de eerder genoemde zoektermen.

2.6 Ethische overwegingen

‘Ethische aspecten zijn morele principes, normen en waarden die ons leiden in onze morele keuzes betreffende ons gedrag en onze betrekkingen met anderen’ (Blumberg et al., 2005)

In dit onderzoek wordt rekening gehouden met de volgende ethische aspecten:

- De respondenten zullen vanwege privacy redenen niet bij name genoemd worden in de uitwerking.
- Vooraf zal toestemming worden gevraagd om de interviews op te nemen en de audio opnames zullen niet langer dan noodzakelijk worden bewaard.
- De respondenten worden vooraf geïnformeerd dat zij te allen tijde de mogelijkheid hebben om zich geheel of gedeeltelijk uit deelname aan het onderzoek terug te trekken.

3. RESULTATEN

3.1 Resultaten literatuuronderzoek

Uitgangspunt van de literatuurstudie is de beantwoording van de deelvraag: *‘Wat staat er in de literatuur over richtlijnen en criteria met betrekking tot de verpleegkundige overdracht tussen afdelingen binnen een algemeen ziekenhuis?’*

3.1.1 Doel van de Verpleegkundige overdracht

Het doel van de verpleegkundige overdracht is om de verpleegkundige te voorzien van nauwkeurige informatie over de patiënt, behandeling, huidige conditie en de laatste veranderingen. De verpleegkundige overdracht moet nauwkeurig zijn om de veiligheid van de patiënten te waarborgen (Joint Commission, in Olvera, 2010). De verpleegkundige overdracht moet worden gezien als een dynamisch en voortschrijdend proces. Daarnaast onderscheidt de verpleegkundige overdracht zich van andere communicatie over de patiënt door het feit dat bij de verpleegkundige overdracht de verantwoordelijkheid wordt overgedragen (Nieweg, 2013). Het geven van onvolledige informatie kan leiden tot bijwerkingen, vertragingen in de behandeling/ diagnose en ongepaste behandelingen (Smeulders, 2014). Deze factoren verhogen het risico van een heropname en de kans op overlijden (van Sluisveld, 2015).

3.1.2 De verpleegkundige overdracht in internationaal perspectief

De WHO (2007) geeft aan dat problemen met de verpleegkundige overdracht een internationaal probleem is. Daarnaast geven zij aan dat er niet één specifiek element is waardoor de problemen met de verpleegkundige overdracht verholpen kunnen worden. Voor een deel zijn de problemen met betrekking tot de verpleegkundige overdracht voortgekomen uit de manier waarop de verpleegkundigen opgeleid zijn in communicatieve vaardigheden. Andere factoren zijn het ontbreken van goede rolmodellen en het hebben van een gezondheidszorg die de autonomie en individuele prestaties bevordert en beloont.

De verpleegkundige overdrachten worden vaak beschreven als informeel, ongestructureerd en foutgevoelig (Lee, 2015). Uit een retrospectief onderzoek van Pezzolesi et al. bleken 334 incidenten gerelateerd aan de verpleegkundige overdracht. De meest voorkomende oorzaken waren slechte of onvolledige overdrachten (45 procent) en helemaal geen overdracht (29 procent) (Nieweg, 2012). Daarbij wordt wereldwijd door ziekenhuizen aangegeven dat het een gebrek is om geen richtlijn te hebben voor de verpleegkundige overdracht (Lee, 2015).

3.1.3 De verpleegkundige overdracht in Nederland

Op jaarbasis vinden er in Nederland ongeveer 300.000 verpleegkundige overdrachten tussen afdelingen binnen een ziekenhuis plaats (Duijvendijk, in Hoebe, 2013). De afgelopen decennia is de gezondheidszorg meer en meer specialistisch en complex geworden. De toegenomen kennis, technologische ontwikkelingen en de verwachte tekorten aan professionals leiden tot de komst van nieuwe beroepsbeoefenaars in de zorg. Een eerste inventarisatie onder HBO-Verpleegkunde studenten liet zien dat er te weinig aandacht in de opleiding besteed wordt aan de mondelinge overdracht. Dit betekent dat stagiaires en nieuwe medewerkers de mondelinge overdracht informeel leren via socialisatie op de afdeling. Daardoor zijn de bestaande gedragspatronen ingeslepen en moeilijk te veranderen (Nieweg en Groenhuis, 2012).

Volgens zowel het oude als het nieuwe Beroepsprofiel is de verpleegkundige verantwoordelijk voor de continuïteit van de verpleegkundige zorg. Overdragen en rapportage zijn hiervoor belangrijke vereisten (V&VN, 2015). Conform de beroepscode (de Witte e.a., 2007) let de verpleegkundige bij het overdragen van taken aan anderen erop dat de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening gewaarborgd is. Dat maakt het optimaliseren van overdrachtscommunicatie van groot belang.

Door gebrek aan structuur tijdens de verpleegkundige overdracht ontstaat er overbelasting van informatie, een lange overdracht en beperkte tijd voor vragen (Johnson, 2012). De mogelijkheid om vragen te stellen zorgt al voor een verbetering van de communicatie bij de verpleegkundige overdracht (WHO, 2007). Er is aangetoond dat 15% van de bijwerkingen, fouten en (bijna) ongevallen het gevolg zijn van een onvolledige overdracht (Jagsi et al, in Yee, 2009). Memoire geeft aan dat wanneer niet alle essentiële informatie bij een verpleegkundige overdracht genoemd wordt, bepaalde zaken niet begrepen worden. Deze hiaten in de communicatie kunnen grote gevolgen hebben voor de continuïteit van zorg en zorgen voor een onjuiste behandeling en brengen mogelijke schade aan de patiënt (Olvera, 2010). Daarnaast wordt aangegeven dat bij onderbreking van de verpleegkundige overdracht, de continuïteit en kwaliteit van de overdracht negatief beïnvloed wordt. Tevens duren veel verpleegkundige overdrachten onnodig lang, waardoor verpleegkundigen gedurende lange tijd niet beschikbaar zijn voor de afdeling en directe patiëntenzorg. Een langdurige verpleegkundige overdracht heeft ook invloed op de hoeveelheid tijd die beschikbaar is om de werklust te coördineren (Scovell, 2010).

Uit onderzoek blijkt dat het efficiënter is als de patiënt bij de verpleegkundige overdracht aanwezig is. Hierdoor is de patiënt het middelpunt van de verpleegkundige overdracht en kan indien nodig de informatie aanvullen (Olvera, 2010).

3.1.4 Richtlijnen

In 2011 is er door Johnson e.a. een literatuur- en observatiestudie uitgevoerd die betrekking heeft op de verpleegkundige overdracht. Als resultaat van dit onderzoek zijn er criteria opgesteld waar een verpleegkundige overdracht minimaal aan moet voldoen. Hierin is wel een flexibele aanpassing voor specialismen of afdeling mogelijk. Nieweg (2013) heeft deze overdracht aangepast tot de gegevens die minimaal aanwezig moeten zijn bij een verpleegkundige overdracht. Dezelfde punten heeft de V&VN genoemd in de richtlijn die in 2011 is uitgebracht.

- Patiëntenidentificatie: naam, geboortedatum;
- Medische gegevens: diagnose, relevante klinische voorgeschiedenis, opnamereden, klachten, behandeling en huidige toestand;
- Behandelend arts;
- Waarschuwingen: reanimatiestatus, valgevaar, afwijkende medicatie (tijden) e.d.;
- Zorgplanning;
- Zorgplan: huidige observaties, verpleegkundige diagnoses, interventies, afspraken en onderzoeken, ontbrekende en afwijkende resultaten, huidconditie en behandeling, de wondstatus met bijbehorende behandeling en vochtbalans;
- Zorgresultaten;
- Verwachte ontslagdatum, transferplanning.

3.1.5 Methoden

Er zijn verschillende methoden om over te dragen. De hieronder genoemde methoden verbeteren wereldwijd de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht in verschillende ziekenhuizen (Malekzadeh, (2013).

3.1.5.1 SBAR/ iSoBar

Een veelvoorkomende methode in de literatuur is de Situation Background Assessment Recommendation methode. De SBAR-methode komt oorspronkelijk uit Amerika en is vertaald naar de Nederlandse situatie (VMS, 2013). De SBAR-methode bevat een handleiding die gebruikt kan worden in de dagelijkse toepassing bij de verpleegkundige overdracht.

Situation: identificeer de patiënt; waarom is de patiënt opgenomen;
Background: voorgeschiedenis, lab uitslagen, onderzoeksresultaten;
Assessment: beoordeling of de behandeling aanslaat en de conditie van de patiënt;
Recommendation: continuïteit van zorg.

Een voordeel van de SBAR-methode is, dat het een concrete checklist is die door de verpleegkundigen makkelijk te onthouden is. In de SBAR-methode staat duidelijk beschreven wat er gecommuniceerd moet worden en door wie (VMS, 2013).

Een extra variant van de SBAR-methode is de iSoBar waarin elementen als *identification* en *observation* zijn toegevoegd (Porteous et al, 2009).

Identification: identificatie van jezelf en van de patiënt;
Observation: recente vitale metingen en klinische beoordeling

Uit een pilot onderzoek waarbij de ene groep tweede jaars leerling-verpleegkundigen gebruik maakte van de SBAR-methode en de andere groep tweede jaars leerling-verpleegkundigen niet, is gebleken dat de SBAR-methode de verpleegkundige overdracht verbetert (Collings, 2014). De verbetering kwam onder andere doordat de verpleegkundigen meer vertrouwen hadden in de verpleegkundige overdracht en meer structuur hadden. Daarnaast werd de kwaliteit van de overdracht en de patiëntveiligheid door de continuïteit van zorg verbeterd.

3.1.5.2 I PASS the BATON

I PASS the BATON betekent Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety concerns, Background, Action, Timing, Ownership and Next.

Deze methode houdt in dat de verpleegkundige zich introduceert aan de patiënt en de patiënt identificeert. Daarnaast vertelt de verpleegkundige de voornaamste klachten, vitale functies, symptomen en de diagnose. Vervolgens wordt de huidige situatie, medicatie- en behandelbeleid benoemd. Onderwerpen zoals valpreventie, afwijkende lab uitslagen en allergieën komen aan de orde. Tevens wordt de voorgeschiedenis, eerdere medische problemen, medicatie en familie geschiedenis vermeld. Om de continuïteit te waarborgen worden de vereiste acties en beweegredenen genoemd. Hierbij wordt rekening gehouden met het niveau van urgentie en de verpleegkundige die hiervoor verantwoordelijk is. Als laatste wordt het behandelplan van de opname overgedragen (Sandlin, 2007).

Het voordeel van deze methode is dat het helpt de verpleegkundige overdracht te standaliseren en zorgt voor patiëntveiligheid (Rawlings,2011). Ondanks dat deze methode gemakkelijk te leren is, is deze langdradig van stuk. Hierdoor is deze methode in acute situaties niet handig (Yeh & DeName,2009). Zorgverleners kunnen informatie vergeten omdat ze niet meer weten waar de afkortingen voor staan. Deze methode wordt vooral bij chirurgische patiënten gebruikt (Rawlings,2011).

3.1.5.3 5-P model

Het 5-P model staat voor: Patient, Plan, Purpose, Problems en Precaution. Deze methode houdt in dat de patiënt geïdentificeerd wordt, het huidige zorgplan besproken wordt met daarbij de doelstellingen en klinische bevindingen. Daarnaast worden de afwijkende bevindingen, pijnscores en vitale functies ook benoemd. Tevens wordt de preventie van valgevaar, isolatie en allergiën vermeld (Sandlin, 2007). Wanneer deze methode op de juiste manier gebruikt wordt, geeft het voldoende informatie voor een succesvolle verpleegkundige overdracht. Wanneer de verpleegkundige haast heeft, is het mogelijk dat de 5-p's vergeten worden. Daarnaast biedt het geen mogelijkheid om jezelf te introduceren en het stellen van vragen (Yeh & DeName, 2009).

3.1.5.4 ICCCO

Het ICCCO model staat voor: Identification, Care risks, Clinical history, Clinical status en Outcome.

Deze methode houdt in dat de patiënt geïdentificeerd wordt waarna de klinische risico's, voorgeschiedenis en huidige toestand van de patiënt wordt benoemd. Daarnaast wordt de klinische status, het zorgplan en de resultaten benoemd. De methode eindigt met het overdragen van de doelen en resultaten van de te verlenen zorg (Johnson, 2012). De voordelen van deze methode zijn: verpleegkundigen zijn op de hoogte van alle patienten op de afdeling, de patiënten staan centraal in de overdracht, zorgt voor een goede verpleegkundige overdracht bij acute situaties en tevredenheid bij de verpleegkundigen. Daarnaast kost deze methode niet meer tijd dan nodig en geeft een samenvatting van de overdracht waardoor het voor alle verpleegkundigen inzichtelijk is (Johnson, Sanchez, Zheng, 2013).

3.1.5.6 SHARQ

Binnen de SHARQ-methode komen de Situation, History, Assessment, Recommendation en Questions aan bod.

Hierin wordt allereerst de situatie benoemd en daarna de voorgeschiedenis, eventuele allergieën en thuismedicatie van de patiënt. Tevens wordt de huidige medicatie, vochtbalans en de algehele toestand van de patiënt besproken. Daarna wordt de verwachte ontslagdatum en resultaten benoemd. Aan het einde van de methode is er de mogelijkheid om vragen te stellen (Sandlin, 2007). Deze methode is bondig, geeft mogelijkheid tot het stellen van vragen en bevat de belangrijkste punten voor een verpleegkundige overdracht. Daarnaast is er mogelijkheid tot het beoordelen van de veiligheid en de lab uitslagen. Daar tegenover geeft deze methode geen herinnering van introductie en geeft het geen ruimte om patiënteninformatie te beschrijven zoals naam, leeftijd, geslacht (Yeh & De Name, 2009).

3.2 Resultaten praktijkonderzoek

Aan het onderzoek hebben tien verschillende verpleegafdelingen meegewerkt, waarvan per verpleegafdeling twee verpleegkundigen geïnterviewd zijn. Eén verpleegkundige heeft zich afgemeld voor een gepland interview in verband met het ruilen van een dienst. Hier is een andere verpleegkundige voor in de plaats gekomen die binnen de criteria viel.

De deelvraag die binnen het praktijkonderzoek beantwoord wordt, luidt: *‘Hoe vindt op dit moment de verpleegkundige overdracht plaats tussen verpleegafdelingen binnen ziekenhuis X?’*

Hoe vaak en wanneer verpleegkundige overdrachten ontvangen en verzonden worden, verschilt per afdeling (zie bijlage C). De vraag ‘hoe vaak ontvangen en zenden jullie overdrachten’, werd door zeven van de 20 respondenten concreet beantwoord.

De respondenten geven unaniem aan dat de verpleegkundige overdracht mondeling plaats vindt in een kantoor of teamkamer. Op de SEH is er een periode geweest waarin de verpleegkundige overdracht plaats vond bij de patiënt. Deze methode is echter niet doorgezet omdat niet alle informatie bij de patiënt besproken kon worden.

Op de IC en Neurologie wordt in aanwezigheid van de patiënt overgedragen en deze manier van werken wordt als prettig ervaren. De informatie die niet in aanwezigheid van de patiënt besproken kan worden, wordt besproken in een aparte ruimte.

‘Nou, omdat de patiënt ook mag weten wat er over hem gezegd wordt... Nou, de patiënt vindt dat naar mijn idee wel gewoon prettig. Ja, het is niet leuk als een patiënt op de afdeling komt en dan is het ‘ja, hallo, we gaan even overdragen, we gaan het even over u hebben. Dat komt niet aardig over.’ Verpleegkundige ziekenhuis X, 29 april 2015, 20: 72, 78-80

Bij de verpleegkundige overdracht is de zendende en ontvangende verpleegkundige aanwezig en eventueel een leerling-verpleegkundige of stagiaire. Indien het druk is op de SEH kan het voorkomen dat er wordt overgedragen door een arts-assistent. Twee respondenten vinden het een succes dat de arts-assistent overdraagt, omdat de arts-assistent soms meer bij de zorg betrokken is en bij het opnameproces van de patiënt.

‘Als er zeg maar een patiënt van een andere afdeling hier komt dan is er een korte overdracht aan patiënt z’n bed en eventueel specifieke aanvullingen die doen we in de teamkamer.’ Verpleegkundige ziekenhuis X, 29 april 2015 20:68-70

Een deel van de respondenten op de geriatrie- en longafdeling maakt naast de mondelinge overdracht gebruik van het Norma-systeem, dit is een Elektronisch Patiëntendossier (bijlage F). Op de Cardiologie, IC en Neurologie wordt door een gedeelte van de respondenten in Norma een samenvatting geschreven voor de verpleegkundige overdracht, vier respondenten ervaren het schrijven van een samenvatting als een succesfactor. Zes respondenten zien graag een samenvatting in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD).

Een succes vind ik zelf, dat er een korte samenvatting gemaakt wordt, wat de opname reden was, ja dat is wel makkelijk als dat gedaan is. Ja dat vind ik wel een succes. Verpleegkundige ziekenhuis X, 15 april 2015. 13: 117-119

3.2.1 Methode

Uit de interviews is gebleken dat alleen de AOA een methode, in de vorm van een checklist, gebruikt om over te dragen (bijlage D). Naast het gegeven dat de checklist een succes is om over te dragen, geeft één respondent aan dat zij de checklist te uitgebreid vind. De respondenten van de Interne Geneeskunde geven aan het prettig te vinden om aan de hand van de checklist de overdracht te ontvangen.

Op de SEH wordt aan de hand van de artsenbrief overgedragen. Indien deze brief nog niet geschreven is, wordt de Allergies, Medicine, Past, Last meal, Event-methode (AMPLE) gebruikt (bijlage E). Voor de verpleegkundige overdracht van de SEH naar de IC wordt de Airway, Breathing, Circulation, Disability-methode (ABDC) gebruikt (bijlage F). Op de andere afdelingen wordt geen methode gebruikt bij de verpleegkundige overdracht.

De respondenten geven aan een eigen manier ontwikkeld te hebben om over te dragen. Dit heeft tot gevolg dat er te uitgebreid wordt overgedragen (3 respondenten) of informatie gemist wordt (17 respondenten). Voorbeelden hiervan zijn: nog geen afgesproken beleid (3 respondenten) en medicatieformulieren worden niet meegegeven bij de verpleegkundige overdracht (5 respondenten).

'Er is niet echt een vaste criteria voor, dat je er een lijstje bij pakt en dan denkt, dan heb ik alles gezegd. Dat doe je eigenlijk ook een beetje uit de losse pols, van nou ja dit weet ik en dit is het. Ik vind het geen goede methode, maar, daar gaat het nu niet over. Het zou beter kunnen, zeker weten!'

Verpleegkundige ziekenhuis X, 21 april 2015 17: 62-65

'Nou ja ik denk wel dat 10% van de opnames nog wel gevraagd moet worden, dingen nagevraagd moeten worden of nagekeken in de computer wat niet overgedragen is. Of als het niet volledig was.'

Verpleegkundige ziekenhuis X, 13 april 2015 1: 158-160

'Zelf denk ik dan, maar dat is elke verpleegkundige, die denkt dat die volledig zijn en dat ze alles hebben verteld, volgens mij zegt iedereen dat wel een beetje, maar dat is niet zo, want ik ervaar het ook zo dat qua anderen niet zo, nee het is niet zo.'

Verpleegkundige ziekenhuis X, 22 april 2015. 10: 390-392

Om de gemiste informatie alsnog te krijgen wordt Norma en xCare geraadpleegd of met de desbetreffende afdeling contact opgenomen. Twaalf respondenten vinden het een verbetering als er een structuur in de verpleegkundige overdracht is.

3.2.2 Twee systemen

Binnen ziekenhuis X wordt gewerkt met twee verschillende EPD systemen namelijk: Norma en xCare (zie bijlage G). Acht respondenten vinden het werken met twee verschillende systemen belemmerend voor het ontvangen van de verpleegkundige overdracht en drie respondenten vinden dit bij het zenden. Het werken met twee systemen kost veel tijd en verlaagt daardoor de kwaliteit van zorg. Twee respondenten geven aan dat er op verschillende manieren in systemen worden gewerkt zoals het rapporteren in verschillende tabbladen.

3.2.3 Ruis

Zowel bij de zendende respondenten (4 respondenten) als ontvangende respondenten (6 respondenten) wordt ruis bij de verpleegkundige overdracht ervaren. Voorbeelden die respondenten gaven zijn: drukte in de teamkamer, telefoonoproepen en vragen die tussendoor gesteld worden. De kwaliteit van zorg wordt hierdoor verminderd doordat de verpleegkundigen de lijn van hun verhaal

kwijt raken en hun overdracht minder volledig wordt. Wat als gevolg heeft dat verpleegkundige handelingen en taken niet, dubbel of niet op de juiste manier uitgevoerd worden.

3.2.4 Tijd

Tevens zijn er een aantal factoren die te maken hebben met tijd rondom de overdracht. Door de verpleegkundigen wordt in overleg een tijdstip afgesproken om de patiënten overdracht uit te voeren. Eén respondent vertelde dit een kwaliteitsverbetering te vinden, omdat hierdoor verpleegkundige handelingen aangepast konden worden op een bepaald tijdstip. Terwijl vier respondenten aangeven dat het wel eens voorkomt te moeten wachten op de verpleegkundige, omdat het druk is of het niet bekend is dat er een overname zou zijn. Eén respondent gaf aan dit veranderd te willen zien zodat zij geen tijd verliest met wachten. Daarnaast komt het voor dat de patiënt niet klaar is voor overname. Eén respondent zegt zelf niet altijd op tijd te kunnen zijn voor de overdracht. Zes respondenten benoemen dat er weinig tijd is voor het ontvangen van de overdracht, twaalf respondenten vinden dat er weinig tijd is voor het verzenden van de overdracht en één respondent geeft aan meer tijd te willen voor de verpleegkundige overdracht.

3.2.5 Intensive Care

Wanneer een patiënt opgenomen wordt op de IC wordt er een mondelinge overdracht gegeven. In geval van acute situaties is het niet altijd mogelijk om rustig over te dragen, waardoor drie respondenten aangeven niet goed te weten wanneer zij kunnen overdragen en één respondent zich hierdoor verloren voelt. Een andere respondent voelt zich juist gehoord bij de overdracht naar de IC, omdat ze open staan voor de zienswijze en het gevoel van de respondent.

'Maar als je iemand naar de IC gaat brengen, wat ik zelf altijd heel erg merk is, er gaat altijd een arts-assistent mee. Hun gaan gelijk handelen want ze vangen die patiënt op en terecht hoor, want hun gaan gelijk handelen, en terecht hoor, je voelt je echt een beetje verloren, en die patiënt die, ja je hebt wel het idee ik wil wat vertellen enzo, maar eigenlijk het gaat er altijd zo snel, ik mis altijd wel een beetje de ruimte. En sommige collega's zeggen dan wel eventjes van kom maar eventjes weetje wel, maar soms gaat het ook gewoon door door door, ik snap het want het is acuut, dan mis je het wel is dat je je verhaal kwijt kan.'
Verpleegkundige ziekenhuis X, 22 april 2015. 10, 99-105

De overdracht die vanuit de IC wordt gegeven, wordt door een deel (6 respondenten) van de respondenten als positief ervaren dit komt, omdat de IC een duidelijke samenvatting geeft (3 respondenten).

3.2.6 Overige belemmerende factoren ontvangen en zenden van de verpleegkundige overdracht

Tijdens de verpleegkundige overdracht blijkt dat acht respondenten vinden, dat de zendende verpleegkundige de patiënt niet goed in kaart gebracht heeft. Hierbij geven zeven respondenten aan dat er punten gemist worden tijdens de verpleegkundige overdracht. Drie respondenten geven aan dat ze door het missen van informatie een verkeerde benaderingswijze hebben voor patiënten die bijvoorbeeld autisme hebben. Volgens de respondenten kan het op de SEH druk en chaotisch zijn. Door de drukte kan de SEH verpleegkundige niet altijd haar eigen patiënt overdragen, waardoor een andere SEH verpleegkundige genooddaakt is om de patiënt over te dragen van haar collega. Volgens de respondenten heeft dit tot gevolg dat de SEH verpleegkundige informatie vergeet over te dragen.

Een kwart van de respondenten mist een samenvatting in het EPD of een artsensbrief vanuit de SEH. Daarnaast is niet altijd de reden van overplaatsing tussen de verpleegafdelingen duidelijk en missen twee respondenten bij het overplaatsen de persoonlijke eigendommen van de patiënt. Eén respondent gaf aan dat bij het zenden van de overdracht niet altijd een artsensbrief klaar is en dat er geen NRRB beleid afgesproken is.

3.2.7 Succes bij ontvangen

Om een compleet beeld te krijgen van de overdracht binnen ziekenhuis X, zijn de respondenten gevraagd naar de succesfactoren bij het ontvangen en zenden van de verpleegkundige overdrachten. Van de respondenten vinden zeven respondenten het een succes dat de informatie van de patiënten digitaal staat en drie respondenten vinden dat ze een duidelijke mondelinge overdracht ontvangen. De duidelijke mondelinge overdracht komt doordat de verpleegkundigen die de patiënten overnemen, punten en uitleg overgedragen krijgen waar specifiek op gelet moet worden.

Wanneer alle verpleegkundige taken vóór de verpleegkundige overdracht uitgevoerd zijn en wanneer er op de zendende afdeling gestart is met de behandeling, wordt dit door twee respondenten als succes ervaren.

3.2.8 Succes bij zenden

De respondenten geven aan dat het een succes is als de patiënt gereed is voor overname naar een andere afdeling (1 respondent), de lab uitslagen bekend zijn (1 respondent), er duidelijk overleg is voor een tijdstip van overname (1 respondent) en als de verantwoordelijke verpleegkundige zijn/haar eigen patiënt overdraagt (2 respondenten).

3.3 Resultaten uit literatuur- en praktijkonderzoek

Deelvraag 3 die hierin beantwoord zal worden luidt: *‘Hoe kan aan de hand van richtlijnen en criteria de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen verbeterd worden?’*

3.3.1 Structuur

In de interviews is aangegeven dat het wenselijk zou zijn als er meer structuur in de verpleegkundige overdracht zou komen. De structuur zou volgens de respondenten veranderd kunnen worden door een checklist, richtlijn, standaard overdrachtsformulier (18 respondenten) of stappenplan met vijf standaard punten (3 respondenten). De respondenten gaven aan dat hierdoor eenduidigheid en één beleid rondom de verpleegkundige overdracht ontstaat.

De Marinis et al. (2010) geeft aan dat (slechts) 40 procent van de verpleegkundige activiteiten vastgelegd wordt in de rapportage. Dit suggereert dat schriftelijk rapportage alleen, geen adequaat instrument is voor de verpleegkundige overdracht. Uit de interviews komt naar voren dat het wenselijk is, als er mondeling en schriftelijk wordt overgedragen. Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat een combinatie van schriftelijke en mondelinge overdracht efficiënt moet zijn, accurate informatie moet bieden, ‘face-to-face’ interactie moet creëren en fungeren als back-up voor incomplete verslaglegging (Nelson & Massey, in Nieweg 2013). Daarnaast wordt aangegeven dat wat mondeling overgedragen wordt lang niet altijd schriftelijk is vastgesteld. Dit leidt tot fouten en komt de continuïteit van zorg niet ten goede.

Daarnaast wordt er door de respondenten aangegeven dat het gebruik van een rustige kamer, de ruis voor een groot deel zal wegnemen. Tevens wordt aangegeven dat het hebben van meer tijd voor de verpleegkundige overdracht effect heeft op de kwaliteit van zorg. Hierdoor kan volgens de respondenten meer en effectiever overgedragen worden. Nieweg (2013) geeft aan dat de beperkte hoeveelheid tijd die besteed wordt aan de verpleegkundige overdracht, een bekend probleem is. Daarnaast zorgt efficiënt overdragen er voor dat andere activiteiten naast de verpleegkundige overdracht gedaan kunnen worden.

3.3.2 Aan bed overdragen

McMurray et al. (2010) merkt op dat het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht aan bed leidt tot patiëntgerichte zorg en de continuïteit van zorg hierdoor wordt verbeterd (in Johnson, 2013). Chaboyer et al. (2008) geeft hierbij aan dat aan bed overdragen bijdraagt aan de patiënttevredenheid en patiëntveiligheid. Uit de interviews blijkt dat er op twee verpleegafdelingen geëxperimenteerd is met het overdragen aan bed, maar vanwege privacy en gevoelige informatie van de patiënt was deze methode niet haalbaar.

3.3.3 Eenduidig beleid

Uit de interviews is naar voren gekomen dat er met twee verschillende EPD systemen gewerkt wordt, namelijk: Norma en xCare. Daarnaast wordt op de IC nog gewerkt met het papieren patiëntendossier. Wanneer de verpleegkundige de patiënt gaat overdragen kan het zijn dat bij de mondeling overdracht patiëntinformatie te binnen schieten die nog niet in het EPD vermeld staan. Deze belangrijke informatie kan vergeten worden wat effect heeft op de continuïteit van zorg (Johnson, 2013). Respondenten geven aan dat de verpleegkundige overdracht zou verbeteren, door met één systeem te werken. Daarnaast gaven vier respondenten aan, dat het wenselijk zou zijn als er op één en dezelfde plek in het EPD de rapportage en de samenvatting geschreven wordt. Hierdoor hoeft er niet lang gezocht te worden naar relevante patiënten informatie.

3.3.4 Algemene punten

Door de respondenten is aangegeven dat de volgende punten tijdens een verpleegkundige overdracht aan bod dienen te komen: reden van opname, voorgeschiedenis, behandeling (wat al gedaan is en wat er nog moet gebeuren), laatste controles, risicofactoren, (thuis) medicatie, reanimatiebeleid, contactpersoon en thuissituatie. Daarnaast geven de respondenten aan dat de familie niet altijd op de hoogte gesteld wordt van de overplaatsing.

3.3.5 Specifieke punten per afdeling

Naast de algemene punten die wenselijk zijn in de verpleegkundige overdracht, geven de respondenten voor hun eigen afdeling nog specifieke punten aan (bijlage H).

3.3.6 Overdrachtsmethode

Vanuit de literatuur en de algemene- en specifieke punten voor de verpleegkundige overdracht, zijn verschillende methoden mogelijk die de overdracht kunnen verbeteren.

De volgende methoden kunnen in ziekenhuis X van toepassing zijn: SBAR, I PASS the BATON, SHARQ en de richtlijn van de V&VN 2011. Door 15 procent van de respondenten is de SBAR genoemd als voorbeeld methode voor het verbeteren van de verpleegkundige overdracht.

Vanuit de literatuur komt naar voren dat het bevorderlijk werkt wanneer de verpleegkundigen betrokken worden bij de verandering van de verpleegkundige overdracht. Hierdoor kunnen de beste resultaten bereikt worden. De verpleegkundigen ervaren dat hun mening serieus wordt genomen, waardoor de verandering meer kans heeft om duurzaam stand te houden (Nieweg, 2013)

4. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

4.1 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt vanuit de resultaten van het literatuur- en praktijkonderzoek een antwoord geven op de hoofdvraag die als volgt luidt:

Hoe kan de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen binnen ziekenhuis X verbeterd worden aan de hand van in de literatuur vastgestelde richtlijnen en criteria?

4.1.1 Methode

Het is opvallend dat 90 procent van de respondenten behoefte heeft aan een checklist, richtlijn of standaard overdrachtsformulier om de verpleegkundige overdracht te structureren. Tot nu toe dragen de verpleegkundigen over op hun eigen manier, en geven tegelijkertijd aan dat vanaf andere afdelingen niet altijd volledig overgedragen wordt. Blijkbaar wordt er door de eigen manier van overdragen informatie gemist tijdens de verpleegkundige overdracht. De behoefte aan structuur wordt bevestigd in de literatuur. Hierin is veel terug te vinden over methodes die betrekking hebben op de verpleegkundige overdracht en het positieve effect op de verpleegkundige overdracht. De SBAR methode, die in het praktijkonderzoek ook genoemd is, valt hierin op. Deze internationale methode is uitgebreid en tegelijkertijd concreet en volledig.

Verder kan gesteld worden dat, als er een gestructureerde verpleegkundige overdracht zou zijn, de overdracht effectiever en efficiënter plaats zou vinden. Hierdoor zou er direct meer tijd zijn om over te dragen.

4.1.2 Twee systemen

Ondanks dat de verpleegkundigen aangaven het een belemmering te vinden om met twee systemen te werken is het niet realistisch om dit op korte termijn te veranderen. Het is op dit moment niet mogelijk om de implementatie naar één systeem te bekostigen.

Tegelijkertijd worden de systemen niet eenduidig gebruikt, waardoor misschien niet alleen informatie gemist wordt, omdat het niet overgedragen is, maar ook dat de informatie niet duidelijk terug te vinden is. Verpleegkundigen zien graag een samenvatting op een vaste plek in het EPD.

4.1.3 Ruis

Tijdens de verpleegkundige overdracht wordt door verpleegkundigen ruis ervaren. Hier valt een tegenstrijdigheid op. Aan de ene kant wordt de ruis als belemmering ervaren en aan de andere kant blijven de verpleegkundigen overdragen op plekken waar er ruis is. De literatuur bevestigt deze gevolgen van ruis tijdens de verpleegkundige overdracht. Naast het feit dat er informatie gemist wordt als gevolg van ruis, kan het ook tot gevolgen hebben dat de verpleegkundige de patiënt niet goed in kaart kan brengen.

4.1.4 Tijd

Het niet goed kunnen overdragen van informatie kan veroorzaakt worden, doordat de verantwoordelijke verpleegkundige geen tijd heeft om haar eigen patiënt over te dragen.

Verpleegkundigen zijn tevreden over de verpleegkundige overdracht vanaf de IC. Deze tevredenheid komt voort uit het feit dat er tijd genomen wordt voor de overdracht en omdat er gelegenheid is tot vragen stellen.

4.1.5 SEH

Uit de interviews blijkt dat de verpleegkundigen op de SEH tevreden zijn over de manier waarop zij overdragen. Echter blijkt dat de afdelingen die de verpleegkundige overdracht vanaf de SEH ontvangen, niet tevreden zijn over de manier van overdragen. Verpleegkundigen benoemen dat de manier van overdragen voor belemmeringen zorgt. Verpleegkundigen noemen hierbij dat het chaotisch en rumoerig is op de afdeling en de artsbrief ontbreekt. Daarnaast benoemen de verpleegkundigen van de andere afdelingen dat niet altijd op de SEH bekend is wie de verantwoordelijke verpleegkundige van de patiënt is. Ook wordt er overgedragen door andere collega's in plaats van de verpleegkundige die verantwoording draagt voor de patiënt.

4.1.6. Aandachtspunten per afdeling

Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de verpleegkundigen, specifieke punten hebben voor de verpleegkundige overdracht (Bijlage H). Het blijkt dat deze specifieke punten nu niet of pas na navragen overgedragen worden. De verpleegkundigen geven aan dat dit zorgt voor vertraging in het overnemen van de zorg of dat er geen rekening gehouden wordt met de specifieke punten.

4.2 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies kunnen de volgende aanbevelingen de verpleegkundige overdracht verbeteren.

4.2.1 Eén methode in het ziekenhuis

Aanbevolen wordt om de SBAR methode in het ziekenhuis te gaan gebruiken bij de verpleegkundige overdracht. Doordat de SBAR methode op dit moment al gebruikt wordt in acute situaties, is de methode bekend in het ziekenhuis en heeft daarom de voorkeur. Daarnaast hebben verschillende respondenten specifieke punten aangegeven die zij terug willen zien in de verpleegkundige overdracht. Een combinatie van de SBAR methode en de genoemde punten is door de uitvoerders van het onderzoek in een format geplaatst. Dit format is specifiek ontwikkeld voor het ziekenhuis X (Bijlage I).

Omdat niet elke verpleegkundige de mogelijkheid heeft gehad om invloed te hebben op het format, is het wenselijk om deze verpleegkundigen te laten reageren om tot een definitieve versie te komen van een format voor de verpleegkundige overdracht.

Vervolgens zou het definitieve format geïmplementeerd kunnen worden, om in het gehele ziekenhuis tot een eenduidig beleid met betrekking tot de verpleegkundige overdracht te komen.

Daarbij is het wenselijk dat er van elke afdeling één verpleegkundige verantwoordelijk is voor de implementatie van de SBAR methode op de eigen afdeling.

Het wordt aangeraden om het implementatie traject regelmatig te monitoren en te evalueren.

Een andere aanbeveling met betrekking tot de methode is dat de verpleegkundige overdracht op één vaste plek in het EPD opgeslagen wordt. Hierdoor wordt het zoeken naar de relevante informatie in tijd beperkt, waardoor de tijd voor de verpleegkundige overdracht efficiënter wordt benut.

4.2.2 Ruis verminderen

Een aanbeveling is om de ruis tijdens de verpleegkundige overdracht weg te nemen en daardoor de kans op fouten tijdens de verpleegkundige overdracht te verminderen. Hier zijn zowel de zendende als ontvangende verpleegkundigen verantwoordelijk, om een rustige ruimte te creëren tijdens de verpleegkundige overdracht.

4.2.3 Tijd

Wanneer er meer tijd voor de verpleegkundige overdracht vrij gemaakt wordt, is de kans op fouten minder aanwezig. Wij bevelen de verpleegkundigen aan hun eigen patiënten tijdens een verpleegkundige overdracht te delegeren naar een collega, zodat er tijd genomen wordt voor de verpleegkundige overdracht. Daarbij moet er tijdens de verpleegkundige overdracht meer gelegenheid zijn tot het stellen van vragen.

4.2.4 SEH

Doordat er verschillende verwachtingen over de verpleegkundige overdracht tussen de SEH en de andere verpleegafdelingen zijn, adviseren wij de SEH en de andere afdelingen om met elkaar in gesprek te gaan. Door te kijken naar de verwachtingen van beide kanten kan er meer eenduidigheid komen. Deze eenduidigheid komt de verpleegkundige overdracht ten goede.

4.2.5 Overdragen aan het bed

Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat het overdragen aan bed centraal staat in een patiëntgerichte zorgomgeving en zorgt voor een verbetering van de verpleegkundige overdracht. Deze verbetering ontstaat doordat de patiënt zo deel is van zijn eigen overdracht en eventueel op- of aanmerkingen kan geven, waardoor fouten voorkomen kunnen worden. Vanuit de praktijk is benoemd dat er op een tweetal afdelingen geprobeerd is om aan bed over te dragen, maar dat vanwege privacy van de patiënt of wanneer uitslagen van een onderzoek nog niet bekend zijn gemaakt, niet haalbaar is. De studenten bevelen ziekenhuis X aan om onderzoek te doen naar de vraag of de verpleegkundige overdracht aan het bed tot verbetering van de verpleegkundige overdracht kan leiden.

5. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt geëvalueerd in hoeverre het doel van dit onderzoek bereikt is, of de juiste methode gebruikt is en in welke mate de resultaten vergelijkbaar zijn met het literatuuronderzoek dat is uitgevoerd. Daarnaast wordt de bruikbaarheid van de aanbevelingen geëvalueerd. Als laatste wordt kritisch teruggekeken op het onderzoek met betrekking tot de validiteit en betrouwbaarheid.

5.1 Doelstelling

De doelstelling voor dit onderzoek was: In juni 2015 is er een onderzoeksrapport met betrekking tot de verpleegkundige overdracht in ziekenhuis X beschikbaar. Dit rapport geeft een analyse van de huidige situatie en aanbevelingen over hoe de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen aan de hand van richtlijnen en criteria verbeterd kan worden. Dit kan mede zorgen voor eenduidigheid in het beleid met betrekking tot de verpleegkundige overdracht.

Door middel van literatuurstudie en de uitvoering van praktijkonderzoek is dit onderzoeksrapport, met daarin een analyse van de huidige situatie en aanbevelingen, ook daadwerkelijk tot stand gekomen.

Wanneer ziekenhuis X de aanbevelingen opvolgt, kan er een stap gezet worden in de richting van een eenduidig beleid.

5.2 Methode

5.2.1 Literatuuronderzoek

Voor het onderzoek is er verschillende literatuur geraadpleegd. De verpleegkundige overdracht is een centraal onderdeel van het verpleegkundig proces. Het viel op dat er weinig literatuur in de verschillende databases over de verpleegkundige overdracht tussen afdelingen beschikbaar is. De literatuur die gevonden is, ging voornamelijk over de verpleegkundige overdracht tussen diensten. Mogelijk is hier informatie uitgehaald die niet helemaal relevant is voor de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen.

5.2.2 Praktijkonderzoek

Vanwege de beperkte tijd heeft er een steekproef plaats gevonden waarbij uiteindelijk twintig respondenten hebben meegedaan. Mogelijk is de hoeveelheid respondenten niet representatief voor alle verpleegkundigen van ziekenhuis X.

Voorafgaand aan het afnemen van de interviews zijn de teamleiders, van de desbetreffende afdelingen, benaderd via de mail. De teamleider heeft zelf de verpleegkundigen benaderd en heeft via de mail terug gekoppeld welke verpleegkundige mee wil werken aan het onderzoek. Het zou kunnen zijn dat de verpleegkundigen enige druk ondervonden van de teamleider om mee te doen aan het onderzoek. Daarnaast zou het zo kunnen zijn dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Mogelijk is dit van invloed geweest op de betrouwbaarheid van de resultaten.

5.3 Bruikbaarheid van de aanbevelingen

De aanbevelingen sluiten zoveel moge

lijk aan op de bevindingen uit het onderzoek. Daarnaast is geprobeerd om deze praktisch en haalbaar te formuleren. De aanbevelingen die uit de resultaten en conclusies naar voren zijn gekomen zijn gedeeltelijk op korte termijn te realiseren door ziekenhuis X. Hier wordt onder verstaan het verminderen van ruis tijdens de verpleegkundige overdracht, meer tijd vrij maken voor de overdracht en dat de dialoog tussen de verpleegafdelingen en de SEH wordt aangegaan.

Voor het daadwerkelijk implementeren van een eenduidige methode in het gehele ziekenhuis kunnen, op langere termijn, werkgroepen worden ingezet om de verpleegkundigen over de methode bij te scholen en bij het proces van implementatie te betrekken.

Resultaten vergeleken met de literatuur

De beantwoording van deelvraag 3 komt voort uit het praktijkonderzoek wat geïntegreerd is met de literatuurstudie. De grootste tegenstrijdigheid hierin is dat op twee afdelingen de verpleegkundige overdracht niet efficiënter werd bij de overdracht aan bed. Deze bevindingen ondersteunen dus niet de onderzoeksresultaten uit de literatuurstudie.

5.4 Betrouwbaarheid

Het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden door middel van interviews. Tijdens twee interviews was er sprake van ruis in de omgeving, waardoor niet alle uitspraken, via de geluidsopname, van de respondenten goed verstaanbaar waren. De interviewers hebben deze problematiek echter weten te ondervangen door gebruik te maken van de aantekeningen die gemaakt waren tijdens het interview.

Tijdens het afnemen van de interviews was er één respondent die de vragenlijst aan de hand van de topiclijst onvoldoende begreep. De interviewers zijn daarom van de vragenlijst afgeweken en hebben de vragen meer toegelicht. Daarnaast was één vraag van de vragenlijst niet duidelijk voor de respondenten. Als gevolg hiervan is door de interviewers afgeweken van de vragenlijst en is de vraag op een andere manier gesteld. Dit kan de betrouwbaarheid beïnvloeden.

Tijdens het onderzoek heeft één respondent zich afgemeld voor een interview. Op zeer korte termijn is een vervangende respondent bereid gevonden. Deze respondent heeft zich niet op het interview kunnen voorbereiden, terwijl de andere respondenten van te voren wisten waar het interview over zou gaan.

5.5 validiteit

Tijdens het praktijkonderzoek zijn de semigestructureerde vragen in een aantal gevallen aangepast. De oorzaak van de aanpassing was dat de vragen niet goed werden begrepen. Om beter aan te sluiten bij de respondent zijn de vragen op niveau aangepast. Het onderwerp 'de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen, IC en SEH' werd niet door iedereen op dezelfde manier opgevat, waardoor de verpleegkundige overdrachten van- en naar de CCU, OK en ambulance in een aantal interviews benoemd zijn.

Wat betreft de externe validiteit is het onderzoek te generaliseren naar het gehele ziekenhuis. Om tot een echt eenduidig beleid te komen zullen echter wel alle afdelingen moeten worden betrokken en niet alleen de tien in het onderzoek betrokken afdelingen. Onderhavig onderzoek zou goed bruikbaar kunnen zijn voor andere ziekenhuizen, omdat er in elk ziekenhuis verpleegkundige overdrachten tussen afdelingen plaats vinden. Daarnaast geeft de literatuur aan dat de verpleegkundige overdracht wereldwijd problemen geeft.

6. LITERATUURLIJST

Artikelen

Chaboyer, W., & Blake, S. (2008). Information sharing, knowledge transfer and patient safety. *Nursing in Critical Care*, 13, 3, 121-123.

De Marinis, M., Preda, M., Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., . . . Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' *Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. Journal of Clinical Nursing*, 19 (11-12), 1544-52. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x

Johnson, M., & Cowin, L. (2013). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 21, 121-129. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01438.x

Johnson, M., Jefferies, D., Nicholls, D. (2012). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 5, 462-470. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02059.x.

Lee, H., Cumin, D., Devcich, D., Boyd, M. (2015). Expressing concern and writing down: an experimental study investigating transfer of information at nursing handover. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (1), 160-168. doi: 10.1111/jan.12484.

Malekzadeh, J., Reza Mazlum, S., Etezadi, T., Tasseri, A. (2013). A standardized shift handover protocol: improving nurses' safe practice in intensive care units. *Tabriz University of Medical Sciences*, 3, 2, 177-185 doi: 10.5681/jcs.2013.022.

Nieweg, R. (2012). Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid. *Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 10, 5, 21-23.

Nieweg, R., Degeling, A., Eelsing, J., Kort, A., Groenhuis, M., (2012). *Verpleegkundige overdracht: een ondergeschoven kindje in de opleiding!?* Onderwijs en Gezondheidszorg, 36, 6, 24-25 .

Nieweg, R., Groenhuis, M. (2013). Een literatuuroverzicht (2): verpleegkundige overdracht. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 4 (2013!)

Nieweg, R., Groenhuis, M., (2013). Verpleegkundige overdracht tussen diensten. Een overzicht van de literatuur (1). *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 123, 2, 52 – 56.

Olvera, L., Campbell Bliss, M. (2010) Perfecting the patient handoff. *Nursing for Women Health* 14, 6, 496-504.

<https://dub109.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgqJbzfmnU5BG5DAAhWtiMYg2&folderid=flkLzFxFz30eUP2moW5i3pQ2&attindex=3&cp=-1&attdepth=3&n=38425228>

Porteous, J., Stewart-Wynne, E., Connolly, M., Crommelin, F. (2009). *iSoBAR-a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative*. Medical Journal of Australia, 190 (11), 152.

Gevonden op <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/11/isobar-concept-and-handover-checklist-national-clinical-handover-initiative>

Sandlin,D.(2007). Improving Patient Safety by Implementing a Standardized and Consistent Approach to Hand-Off Communication. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22, 4, 289-292.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2007.05.010>

Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard*, 27 (48),43-50 <http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.27.35.e9581>

Sluisveld van, N., Hesselink, G., Hoeven van der, J., Westert, G., Wollersheim, H., Zegers, M. (2015). Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Medicine*, 41, 589-604. doi:10.1007/s00134-015-3666-8.

Smeulders,M., Lucas,C., Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review). *The Cochrane Collaboration*, 1. doi:10.1002/14651858.CD009979.pub2.

Witte, de, J., Berkers, N., Visser, G. (2007). Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 2,

Yeh, J., DeName, K.(2009). Patient handoffs in obstetrics and gynaecology: a vital link in patient safety. *Clinical medicine: Women's Health* 2009;2, 17-27

Boeken

Baarda, D, Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. (tweede druk). Houten: Wolters-Noordhoff.

Friesen, M.A., White, S.V. & Byers, J.F. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Hoeben,A., Donkers,E., Elling,R., Frijlink, H., Groen, M., Hogen, R. Van., . . . Schermer,K. (2013). *Communicatie Compleet*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers (162-164).

Rubrech, J. & Stuyling de Lange, G. (2010). *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Vaus, D. de. (2013). *Research Design in Social Research*. London: Sage.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (vierde druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Yee,K.C., Jorm,C., Kaneen,T. (2009). *OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*. Sydney: ACSQHC

Internetbronnen

Collins,G.(2014). *Using simulation to develop handover skills*. Nursing Times. Geraadpleegd op 26 maart 2015 van, <http://www.nursingtimes.net/Journals/2014/02/18/d/o/a/190214-Using-simulation-to-develop-handover-skills.pdf>

Eerste hulp en reanimatie (2012). AMPLE methode. Geraadpleegd op 13 mei 2015 van, ikehbo.nl/eerste-hulp/ample.php

Erasmus University Rotterdam (2015). *Sneeuwbalmethode*. Geraadpleegd op 23 februari 2015 van, http://www.eur.nl/ub_informatievaardigheden/e_learning/wetenschappelijke_informatie_zoeken_sociale_wetenschappen/zoeken/via_verwijzingen/sneeuwbalmethode/

E.M.D. van Eaton (2010). *Handoff improvement: We need to understand what we trying to fix*. Geraadpleegd op 27 februari 2015 van, <http://www.handover.eu/upload/library/gv2g0z55seiol04iqcvai.pdf>

Ziekenhuis X (2012) ziekenhuis X open voor iedereen. Geraadpleegd op 20 maart 2015 van, bron kan niet weergegeven worden vanwege privacy redenen.

Johnson, M., Sanchez,P., Zheng,C.,(2013). Transforming clinical handover in nursing. *South Western Sydney Local Health District* Geraadpleegd op 27 mei 2015 van, http://www.uws.edu.au/canr/our_research/patient_safety/transforming_clinical_handover_in_nursing

Nieweg, R., Groenhuis, M., (2013). Flexibele standaardisatie mondelinge overdracht. Geraadpleegd op 20 mei 2015 van, <https://www.hanze.nl/assets/kcarbeid/Documents/Public/handleidingflexibelestandaardisatiemondelingeoverdrachtleeversie.pdf>

Rijksoverheid (z.d) Registratie in big register van beroepen. Geraadpleegd op 15 februari 2015 van, <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/personeel-in-de-zorg/registratie-in-big-register-van-beroepen>

Verpleegkundige en verzorgende Nederland (V&VN), (sept. 2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Utrecht. Geraadpleegd op 5 februari 2015 van, <http://www.nu91-leden.nl/uploads/8%20sept%202011.pdf>

Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland (V&VN), (Januari, 2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en verzorgenden*. Geraadpleegd op 5 februari 2015 van, <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=wdC6vB0v5mQ%3d&tabid=1454>

Veiligheidsmanagementsysteem (VMS zorg), (2013). *SBAR-methode*. Geraadpleegd op 23 februari 2015, van, http://www.vmszorg.nl/page/vms_inline?nodeid=4624&subjectid=6728

World Health Commission (2007) *Communication during patient hand-overs*. Patient Safety Solution
Geraadpleegd op 25 februari 2015 van,
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

Niet gepubliceerde bronnen

Hendriksen, A. & Hertog R. den. (2014). *Wetenschapsmethodologie* (verslag researchdesign). Minor,
Christelijke Hogeschool Ede, Ede-Wageningen.

Heuvel van, G. (2013-2014) *Activiteitenplan VVB*. Ziekenhuis X: plaatsnaam. Geraadpleegd op 13
februari 2015.

BIJLAGE A: Topiclijst

Doel:

Een rapport leveren waarin een analyse is weergegeven van de huidige situatie en aanbevelingen geeft over hoe de verpleegkundige overdracht tussen de verpleegafdelingen, aan de hand van richtlijnen en criteria verbeterd kan worden.

Deelvragen:

Hoe vindt op dit moment de verpleegkundige overdracht plaats tussen verpleegafdelingen, SEH en IC binnen ziekenhuis X?

Hoe kan aan de hand van richtlijnen en criteria de verpleegkundige overdracht tussen de afdelingen verbeterd worden?

1. Hoe vaak zenden en ontvangen jullie overdrachten?
 - Naar welke afdelingen
2. Welke methode wordt er op dit moment gebruikt voor de verpleegkundige overdracht op de afdeling waar u werkt?
 - Bij geen gebruik van een methode: vraag door
 - Bij wel gebruik van een methode: ga door naar de volgende vraag
3. Hoe vindt op dit moment de verpleegkundige overdracht plaats op de afdeling?
 - Mondeling/ schriftelijk
 - Plaats van overdracht
 - Met welke personen
 - Tijdstip
4. Wat zijn op dit moment de succes- en belemmerende factoren **bij het ontvangen** van een verpleegkundige overdracht?
 - Wat doet dit met kwaliteit van zorg?
5. Wat zijn de succes- en belemmerende factoren **bij het zenden** van een verpleegkundige overdracht?
 - Wat doet dit met kwaliteit van zorg?
6. Hoe kan de verpleegkundige overdracht verbeterd worden?
 - Specifiek per afdeling
7. Welke aanvullingen heeft u nog die u niet benoemd heeft en die kunnen bijdragen aan het onderzoek?

BIJLAGE B: Voorbeeld van labelschema

Nr.	Citaat	Label	Concept
19	Ja, naja vanaf de SEH hebben we wel gemiddeld denk ik 1 opname per dag, maar van andere afdelingen. Ja gebeurt het dan denk ik misschien 1 keer in de week dat hun een neurologische patiënt hebben. En dat wij die dan krijgen of dat wij een patiënt hebben, die we overplaatsen naar de interne. Maar dat gebeurt niet dagelijks.	Vanaf SEH 1 opname per dag 1 overname per week geven of ontvangen	Aantal overdrachten
25	Meestal krijgen wij de opnames vanaf de IC, die dan eerst daar zijn opgenomen en dan voor verdere behandeling op de neurologie komen. En ah, af en toe gebeurt het is dat wij een patiënt van de interne hebben, die wij dan overplaatsen, maar ja, dat gebeurt niet heel veel.	Opnames vanaf IC Af en toe van de interne	Verschillende afdelingen
32	Ja, mondeling. En wat er dan de afgelopen dagen gebeurt is, ja dat kunnen ze gewoon zelf in de rapportage lezen. En de IC schrijft af en toe.. Ja, dat is ook een mondelinge overdracht. .. Naja wat er gebeurt is kan je ook terug lezen in het dossier.	Mondelinge overdracht Informatie in het dossier terug te lezen	Methode van overdragen
39	Dan is meestal de opnamereden, wat er gebeurt is, uhm, eventueel medicijnen en behandeling.	Informatie die doorgegeven wordt bij overdracht	Methode van overdragen
50	Als het van een andere afdeling is.. vanaf de SEH is het eigenlijk alleen mondeling. En uhm. schriftelijk dat je af en toe een samenvatting in het EPD zet. Of dat ze gewoon terug kunnen lezen wat er gebeurt is weet je wel. Als er van hier af vandaan een patiënt, wordt overgenomen door de interne, dan willen ze gewoon lezen wat er gebeurt is, gewoon alle rapportages terug lezen. Dus daar doe je niet meer speciaal een goede overdracht voor schrijven.	Vanaf SEH mondeling Af en toe een samenvatting in EPD Rapportages terug lezen	Methode van overdragen
68	Nou, nee. Als er zeg maar een patiënt	Korte overdracht aan	Plaats van overdragen

	van een andere afdeling hier komt dan is er een korte overdracht aan patiënt z'n bed en uhm. eventueel specifieke aanvullingen die doen we in de teamkamer.	bed Aanvullingen in de teamkamer	
72	de patiënt ook mag weten wat er over hem gezegd wordt. Als er wordt verteld, nou u bent op de interne opgenomen en dit en dit is het verloop. Ja, dat wordt gewoon bij de patiënt verteld. Hele specifieke soms, dingen zoals medicatie weet je wel, wat te ingewikkeld is voor de patiënt, nah, dat wordt wel eens in de team post gedaan.	Verloop vertellen bij de patiënt Specifieke dingen zoals medicatie in team post	Methode van overdragen
78	Nou, de patiënt vind dat uhm, naar mijn idee wel gewoon prettig.	Patiënt ervaart het overdragen als prettig	Effect op overdragen aan bed?
87	Ja, de verpleegkundige van de afdeling... Oh, meestal met z'n tweeën.	Verpleegkundige, met z'n tweeën	Betrokken personen
101	Nee, dat is er maar net aan als wij bijvoorbeeld 's morgens te horen krijgen, je moet een patiënt overdragen of er komt een patiënt hier. Dan is het maar net aan de afdeling hoe laat hun dat uitkomt. .. Meestal het liefst of voor het bezoeken of na het bezoeken. Dat is maar.. Dat kan iedere keer verschillend zijn. Daar zijn geen vaste tijden voor.	Overdracht voor of na het bezoeken Iedere keer verschillend	Tijdstip overdragen
113	Belemmerend kan ik niet zo 1, 2, 3 zeggen. Wat wel fijn is inderdaad, dat je wel vaste tijden hebt. Weet je wel, we komen 'm om 1 uur brengen. Dat is fijn, dus dat dan de interne de overdracht geeft aan ons om 1 uur.	Vaste tijden	Succes factoren ontvangende overdracht
121	Ja, de SEH is nog wel eens belemmerend want SEH schrijft ons wel dat ze veel moeten bellen als we een patiënt moeten halen en dan komen wij en dan hebben hun, begrijpelijk, maar dan zijn hun op dat moment zo druk dat ze eigenlijk geen tijd hebben om de patiënt over te dragen en dan denk ik ja, ik moet nu komen en dan sta ik hier vervolgens nog tien minuten te wachten. Ja, dat vind ik niet.. uhm.. nee. Dat vind ik	De verpleegkundige moet komen van SEH Wachten op overdracht en patiënt	Belemmerende factoren ontvangende overdracht

	belemmerend. Ja. Dat kost mij dan ook weer tien minuten van mijn tijd.		
129	Nou, in de mondelinge overdracht mis ik dan eigenlijk niet zo veel want als je iets mist, kan je het gewoon terugzoeken in het verpleegkundige dossier. Dus als ik een patiënt van de interne krijg en zij vergeten bijvoorbeeld iets over te dragen, bijvoorbeeld over de medicijnen. Naja dan kijk ik even in het medicijnsysteem	Niet zoveel missen in de mondelinge overdracht Teruglezen in het medicijnsysteem	Succesfactoren ontvangende overdracht
149	wel van die vaste tijden. Dat vind ik goed van de verpleegkundige zorg, want je weet gewoon oké om die tijd komen ze 'm brengen dus dan kan ik er rekening mee houden. Dus dat is wel erg fijn.	Vaste tijden voor verpleegkundige overdracht	Kwaliteit van zorg
151	En voor de verpleegkundige zorg, van de SEH dat vindt ik wel eens lastig, dat ik dan denk, dat ik nu moet komen en dan doe ik dat en dan krijg ik alsnog op dat moment die overdracht niet en dan moet ik daar weer wachten. Nou ja dat vind ik vervelend voor de verpleegkundige zorg. Want dan had ik net zo goed hier op de afdeling nog wat anders kunnen doen.	Wachten op de verpleegkundige overdracht Nog wat anders op de afdeling kunnen doen	Kwaliteit van zorg
158	Nou, ik denk niet dat de patiënt het echt door heeft, nee.	Geen uitwerking op de patiënt	Kwaliteit van zorg
161	Ja, het gebeurt soms nog wel eens dat je een patiënt komt brengen dat het.. dan ga ik toch weer een beetje met die vaste tijden mee, dat andere afdelingen dat.. dat je zegt nou, ik ben nu met deze patiënt hier en dan is het van 'ow ow, wie is dat? Weet ik niks van'. En dan denk ik van.. nou dat gebeurt hier ook wel eens.. maar dan denk ik van nou.. dat is wel eens vervelend.. ik kom hier een patiënt voor jullie brengen dus jullie horen ervan te weten	Patiënt brengen op vaste tijden Ontvangende afdeling hoort te weten dat de patiënt komt	Belemmerende factoren zendende overdracht
169	Wat bevorderend werkt is als het in ieder geval, uhm. als de verpleegkundige de kennis heeft over het specialisme.	Kennis over het specialisme	Succesfactoren zendende overdracht

174	Nou ik denk dat het misschien wel goed is als.. Ja. Richtlijn.. Richtlijn klinkt een beetje zwaar. Maar, misschien als er een protocol in het ziekenhuis is waarop staat daar.. die.. die vijf punten bij wijze van, die horen in zo'n overdracht, zodat in het ziekenhuis alles gelijk is.	Richtlijn In het ziekenhuis alles gelijk	Kwaliteitsverbetering
179	Nou is het naar de SEH en IC wel een beetje anders, maar met de verpleegafdelingen zou dat misschien goed zijn.	SEH en IC andere manier van overdragen	Kwaliteitsverbetering
184	Ja waar misschien in staat van goh, vijf punten, dat zijn standaard punten die overdraagt. Bijvoorbeeld medicijnoverzicht, opname reden, dat soort dingen.	Vijf punten die overgedragen worden Medicijnoverzicht, opname reden	Kwaliteitsverbetering
197	En dat heeft ook geen zin om op de richtlijn te zetten, want dat is per afdeling weer anders. Het zouden dan gewoon wat algemenere dingen moeten zijn. Die specifieke dingen, ja, dat is aan de verpleegkundige zelf om dat nog te vermelden of niet.	Algemene dingen Specifieke dingen moet verpleegkundige zelf vermelden	Kwaliteitsverbetering

BIJLAGE C: Tabel aantal overdrachten

	Aantal verpleegkundige overdracht die per week gezonden worden	Aantal verpleegkundige overdrachten die per week ontvangen worden
Chirurgie	3	21
Chirurgie	Geen idee	21
SEH	210	Geen idee
SEH	315	420
Neurologie	1	7
Neurologie	2	20
Geriatric	Geen idee	6
Geriatric	2	3
Cardiologie	5	Geen idee
Cardiologie	14	18
IC	11	12
IC	9	10
AOA	28	56
AOA	42	42
Orthopedie	2	21
Orthopedie	Geen idee	Geen idee
Interne	4	2
Interne	2	28
Long	4	28
Long	0,5	14

Toelichting:

Deze gegevens zijn van twee verpleegkundigen per afdeling. Hierbij is het gemiddelde van een week opgegeven. Resultaten kunnen afwijken van de gegevens van de teamleider.

De opmerking 'geen idee' betekent dat de verpleegkundige geen idee had hoeveel overdrachten er per week waren.

BIJLAGE D: Checklist AOA

PROTOCOL

Checklist bij overname van Acute Opname Afdeling naar verpleegafdeling:

Auteur	
Afdeling	Acute Opname Afdeling
Autorisatie door	
Bestemd voor	Verpleegkundigen A4, B4, AOA
Status / Versie	Definitief 1.0
Geldig tot	01-01-2018

Patiënten sticker

- ☐ Reden van de opname.
- ☐ Eerste afspraken vanaf SEH + voortgang daarvan.
- ☐ Gedane onderzoeken radiologie en functieonderzoeken met zo mogelijk uitslagen hiervan.
- ☐ De tot nu toe gevormde diagnose.
- ☐ Lab/kweken.
- ☐ Behandelplan/ beleid: Complete planning tot aan VOD moet zijn gemaakt. Het beleid moet afgerond zijn; afspraken voor onderzoeken en/of consulten moeten reeds ingepland zijn.
- ☐ Anamnese volledig ingevuld.
- ☐ Verpleegkundige scores.
- ☐ Multidisciplinair communicatieblad ingevuld:
 - Thuisituatie.
 - Verwachte zorgvraag na ontslag.
 - Transfer al ingeschakeld? Point verstuurd?
- ☐ Patient in Point verhuisd naar ontvangende afdeling?
- ☐ Betrokken disciplines.:
 - ☐ Screening fysio
 - ☐ Screening diëtiëk.
- ☐ Consulten.
- ☐ Kandidaat voor het multidisciplinaire overleg?
- ☐ Vochtbalans input en output/ vochtbeperking
- ☐ Drains/katheter/sonde.
- ☐ Voeding: Dieet/ intake/SNAQ.
- ☐ Mobiliteit: voortgang mobiliteit/ hulpmiddelen.
- ☐ Eventuele wondbehandeling.
- ☐ Actuele medicatie.
- ☐ Vitale functies/ EWS.
- ☐ Voorlopige ontslagdatum.
- ☐ Folder meegegeven van verpleegafdeling, is bij opname AOA verstrekt.

BIJLAGE E : AMPLE methode

Letter	Betekenis	Uitleg
A	Allergies	Heeft het slachtoffer een allergie voor iets?
M	Medicine	Welke medicijnen gebruikt het slachtoffer?
P	Past	Is er in het verleden iets gebeurd?
L	Last meal	Wanneer heeft het slachtoffer voor het laatst gegeten?
E	Event	Wat is er gebeurd voor het letsel of ziek worden?

BIJLAGE F : ABCD methode

A= Airway oftewel Ademweg

Handelingen met als doel om de wervelkolom te immobiliseren en tevens de luchtweg van de patiënt vrij te houden.

B= Breathing oftewel ademhaling

Beoordeling of patiënt in staat is om zelfstandig te ademen. Maatregelen die gedaan zijn indien de patiënt niet in staat was om zelfstandig te ademen worden hierin benoemd.

C= Circulation oftewel circulatie

De doorbloeding van het lichaam, waaronder bloeddruk en hartslag. Door hartfalen, hartstilstand, ritmestoornissen, shock en/of ernstige bloedingen kan de circulatie aangetast worden.

D= Disability oftewel bewustzijn

Bewustzijnscontrole mogelijk veroorzaakt door hersenletsel, vergiftigingen, hartproblemen, suikerziekte, beroerte of shock.

Door middel van de ABCD methodiek wordt het letsel, al dan niet levensbedreigend, systematisch geïnterviewd en behandeld. De urgentie van de patiënt wordt op een objectieve en eenduidige manier bepaald, waardoor er juiste prioriteiten gesteld kunnen worden aan de patiëntenzorg.

BIJLAGE G : Norma en xCare

NORMA

Binnen ziekenhuis X zijn voor de verpleegkundigen twee systemen rondom de klinische gegevens van de patiënt, namelijk Norma en xCare. Van beide systemen zal er beschreven worden, welke responderende afdelingen het gebruiken, wat er te vinden is in het systeem en de punten waarbij respondenten aangeven te rapporteren of een samenvatting zeggen te schrijven.

Norma is een Elektronisch Patiëntendossier waarin door verpleegkundigen van de reguliere afdeling wordt gerapporteerd. Zie figuur 1. Hierin is het beginscherm weergegeven. Normaal gesproken staan hier de patiëntgegevens getoond.

The screenshot displays the 'Norma' patient management system interface. At the top, a menu bar includes 'Bestand', 'Patiënt', 'Correspondentie', 'Werklijsten', 'EMD', 'Gebruiker', 'Beheer', and 'Help'. Below this, a search bar contains fields for 'Naam:', 'Geboortedatum:', 'Patiëntnummer:', 'BSN:', and 'Huisarts:'. A navigation pane on the left lists various icons for patient management. The main area is titled 'Zoek patiënt' and includes links for 'Nieuwe patiënt', 'NAW controleren', 'Leeg scherm', 'Opslaan', 'Wijzig foto', and 'Voeg toe aan werkljst'. The form contains several input fields: 'Patiëntnummer:', 'BSN:', 'Naam:', 'Voornaam:', 'Adres:', 'Postcode:', 'Geboortedatum:', 'Geslacht:', 'Woonplaats:', 'Leeftijd:', 'Meerling:', 'Volgorde:', 'Tussenvoegsel:', 'Voorletters:', 'Huisnummer:', 'Land:', 'Telefoonnummer:', and 'E-mail:'. There are also checkboxes for 'Meerling:' and 'Volgorde:'. On the right, there is a placeholder for a patient photo. Below the main form, there are two sections: 'Extract' with a tab for 'Opmerking' and a text area, and 'Verzekeraar' with fields for 'Wijzig', 'Verzekeraar:', 'Soort polis:' (with radio buttons for 'Restitutie' and 'Natura'), and 'Polisnummer:'. The Windows taskbar at the bottom shows the system clock as 12:19 on 15-05-2015.

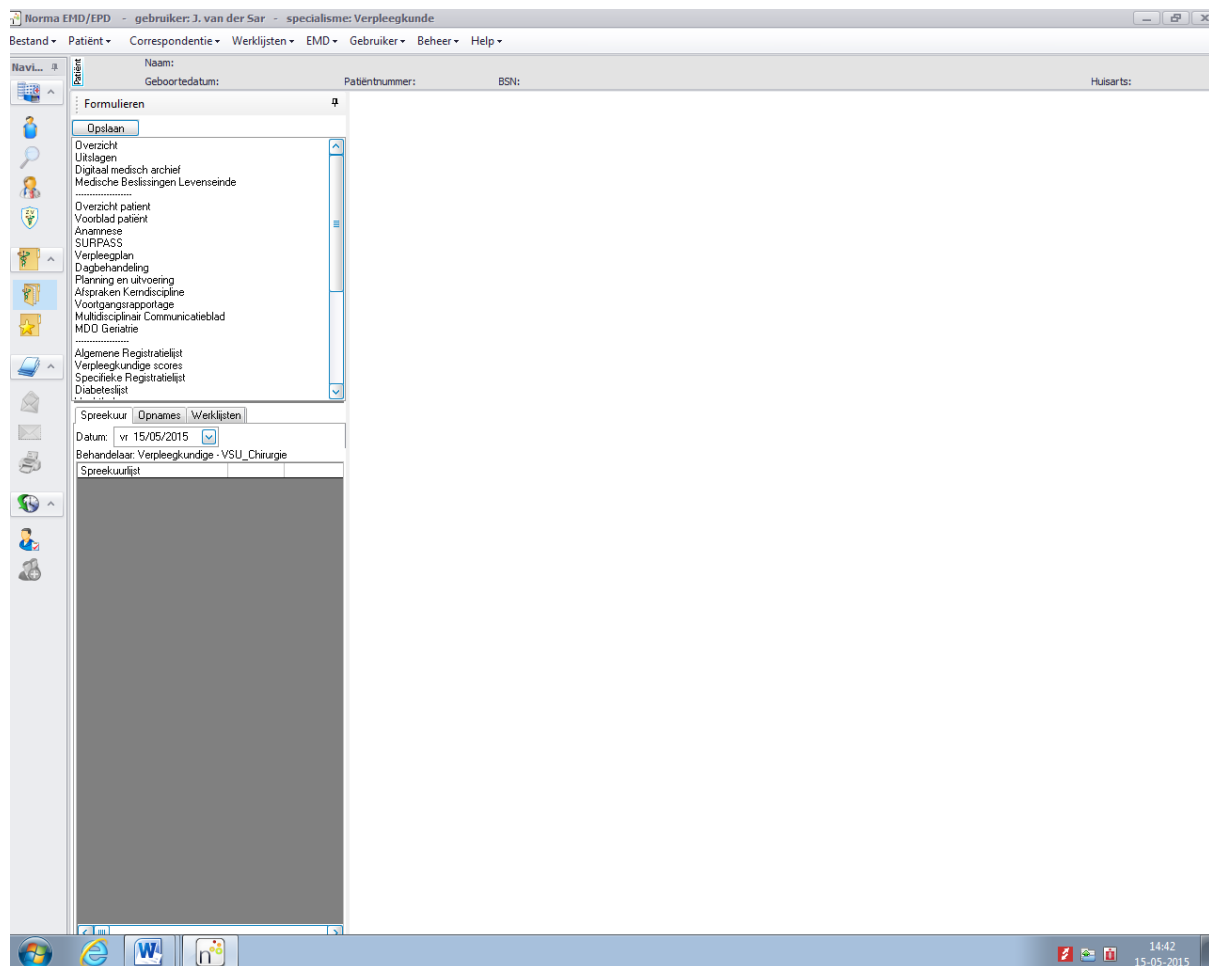
Figuur 1: Norma, het beginscherm.

In figuur 2 staat links op de pagina de tabbladen die in Norma zichtbaar worden als er ingelogd is.

De verpleegkundigen van de reguliere afdelingen rapporteren volgens de SOAP-methode in het tabblad: *Voortgangsrapportage*. De artsen (exclusief de cardiologen) rapporteren in het tabblad: *Afspraken kerndisciplines*. In het tabblad *Uitslagen*, worden de lab uitslagen van de patiënt weergegeven.

De verpleegafdelingen gebruiken *Planning en uitvoering* om taken te noteren die moeten gebeuren zoals: venflon prikken, wegen, Xthorax plannen. In de Planning en uitvoering zijn twee tabbladen: 1 en 2. In tabblad 1 zijn punten genoteerd die uit de anamnese zijn gekomen. Een aantal voorbeelden hiervan zijn de mobiliteit van de patiënt, infuusbeleid, hoe vaak de controles gedaan moeten worden, etc. In tabblad 2 is een soort agenda weergegeven waarin taken voor de verpleegkundige worden afgesproken. Een aantal voorbeelden hiervan zijn: 10:00 gaat dhr. X voor endoscopie, Point aanvraag doen voor de thuiszorg, etc.

In het tabblad Multidisciplinair Communicatieblad kunnen alle betrokken disciplines van de patiënten rapporteren. In dit tabblad kan ook een samenvatting of andere belangrijke informatie van de verpleegkundige vermeld worden.



Figuur 2: Norma, de tabbladen.

XCARE

xCare is eveneens een Elektronisch Patiëntendossier voor verpleegkundigen van de SEH. Artsen maken ook gebruik van xCare door onder andere verslagen van onderzoeken erin te zetten.

De verpleegkundigen kunnen hier ook de lab uitslagen zien en de verslagen van de artsen. Verder is er veel andere informatie te vinden over de patiënten. Ook worden in xCare patiënten opgenomen en ontslagen.

The screenshot displays the 'xCare Patient' application window. The title bar reads 'ZIS - xCare 2014 [SAR01/XFWP]'. The menu bar includes 'Actie', 'Bewerken', 'Toon', 'Patiënt', 'Overzichten', 'Diversen', 'Venster', and 'Help'. The toolbar contains various icons for file operations and patient management. The main window is divided into several tabs: 'Personalia', 'Opname', 'Afspraak', 'Vernichting', 'Aangragen', 'Laboratorium', 'Beeldvorming', 'Dossier', and 'Digitaal Archief'. The 'Personalia' tab is active, showing a form with the following sections:

- Persoonsgegevens**: Roepnaam, Geboortenaam, Partner, Contactpersoon, Telefoon.
- Adresgegevens**: Adres, Plaats, Land, Telefoon, ☐ Afwijkend adres.
- Identificatie**: BSN, Datum verificatie, ☐ Definitief, Document, Nummer.
- Huisartsgegevens**: Naam, Adres, Tel, E-mail, Fax.
- Apotheekgegevens**: Naam, Adres, Tel, E-mail, Fax.
- Actuele Hoofdverzekering**: Instelling, Inschijfnr, Datum Cov, Geldig van, Klasse, ☐ Actueel contract, ☐ Principeel niet verzekerd.
- Actuele Bijverzekering**: Instelling, Inschijfnr, Datum Cov, Geldig van, Klasse.
- Dossiersoort**: (Empty field)

The bottom of the window features a status bar with 'NUM' and 'SCRL' buttons. The taskbar at the bottom shows the Windows Start button, Internet Explorer, Microsoft Word, and the xCare Patient icon. The system clock indicates 12:20 on 15-05-2015.

BIJLAGE H: Afdeling-gebonden overdrachtspunten

Longafdeling	Zuurstof, streefsaturatie, reanimatie- en behandelbeleid, ademhaling systeem, controles, OK, urineproductie, respiratoir, circulair, uitscheiding, onderzoeken en uitslagen
Orthopedie	Bij ouderen mensen: Delirium Observatie Screening (DOS score), valrisico en geheugenproblemen In het algemeen: geestelijk welbevinden en aan welke kant de patiënt geopereerd wordt
Chirurgie	Reden van opname, hemodynamisch stabiel, tensies, huidige situatie van de patiënt, hoe de patiënt was, behandelplan (bijv. Gegeven medicijnen en wanneer), infuus, contactgegevens, voorgeschiedenis en verpleegproblemen Wond: hoe is de verzorging en het beloop van de wond Stoma: niveau van zelfzorg en beleving van de patiënt
AOA	Controles, medicijnen (wat is er gegeven en wat niet), beleid (wat moet er nog gebeuren), reanimatie en specifieke voorgeschiedenis
Geriatric	Verwardheid, is er een eenpersoonskamer nodig, mobiliteit, voedingspatroon, cognitie, apraktisch, dementie en lichamelijk kunnen
Interne	Hoe is het met de patiënt, hoe is de thuissituatie, infuus, medicatie, katheter à demeure (CAD) en waar moet je opletten
Cardiologie	NRNB beleid en welke medicatie gekregen

BIJLAGE I: Format verpleegkundige overdracht ziekenhuis X

S Situatie	Patiëntidentificatie	Naam, geboortedatum, geslacht, thuissituatie, eigendomsspullen van de patiënt
B Achtergrond	Medische gegevens	Opnamereden, diagnose, relevante klinische voorgeschiedenis, (thuis) medicatie, klachten, behandeling en huidige toestand
	Behandelend arts Waarschuwingen	NRNB beleid, valgevaar, afwijkende medicatie en tijden
A Beoordeling	Zorgplan	Huidige observaties, verpleegkundige diagnoses, afspraken en onderzoeken, ontbrekende en afwijkende resultaten en de wondstatus met bijbehorende behandeling.
	Mobiliteit Metingen	Hulpmiddelen qua lopen en transfer Vochtbalans, vitale functies, streefsaturatie, zuurstof gebruik, DOS ¹ -score, infuus, druppelstand infuus, katheter, maagsonde
R Continuïteit van zorg	Psychosociaal functioneren	Op het gebied van verwerken van de opname
	Eerste contactpersoon Gezondheidsinstandhouding Ontslag Vragen en/of opmerkingen	Op de hoogte gesteld van overplaatsing Zelfredzaamheid met betrekking tot de ADL en voeding Verwachte ontslagdatum, transferplanning

¹ Delier Observatie Score