

Overdragen middels de SBAR-methodiek

Een praktijkgericht onderzoek gericht op de vraag in hoeverre de SBAR-methodiek wordt toegepast tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht en wat er nodig is om de toepassing ervan te bevorderen.



Student: Wesley Faro
Studentnummer: 2113414
Eerste beoordelaar: Henk de Haas
Tweede beoordelaar: Tatiana Goijaerts

Onderwijsinstelling: Avans Hogeschool, Breda
Opleiding: Hbo-verpleegkunde, voltijd
Hbo bachelor scriptie, onderzoeksverslag
Eerste gelegenheid
Inleverdatum: 31 mei 2019

Overdragen middels de SBAR-methodiek

Een praktijkgericht onderzoek gericht op de vraag in hoeverre de SBAR-methodiek wordt toegepast tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht en wat er nodig is om de toepassing ervan te bevorderen.

Context en beoordelaars

Onderzoeksverslag, eerste gelegenheid
Opleiding: Hbo Verpleegkunde, voltijd
Inleverdatum: 31 mei 2019
Studiejaar: 4

Eerste beoordelaar: Henk de Haas
Tweede beoordelaar: Tatiana Goijaerts

Student/onderzoeker

Naam: Wesley Faro
Studentnummer: 2113414
E-mail: wesleyfaro1994@gmail.com

Opdrachtgever

Naam: Maartje Schouw
E-mail: mschouw@amphia.nl

Gegevens opleidingsinstelling

Avans Hogeschool, locatie Hogeschoollaan
Hogeschoollaan 1, 4818 CR, Breda

Peergroep

Naam: Dennis Dieleman
E-mail: sinned114@hotmail.com

Naam: Imke Visser
E-mail: i.visser3@student.avans.nl

Naam: Sabine Zijlmans
E-mail: smazijlm@avans.nl

Naam: Sarah Stam
E-mail: sarahstam@hotmail.com

Naam: Vera Theeuwes
E-mail: veratheeuwes@hotmail.com

Gegevens werkveld

Amphia Ziekenhuis, locatie Molengracht
Molengracht 21, 4818 CK, Breda

Omslagfoto: Veiga, z.d.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag “Overdragen middels de SBAR-methodiek”, dat in het kader van de afstudeerfase voor de opleiding tot hbo-verpleegkunde aan de Avans Hogeschool is uitgevoerd en opgesteld. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van 4 februari tot en met 31 mei 2019. Met dit onderzoek is achterhaald in hoeverre de SBAR-methodiek wordt toegepast tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht van de ochtend- naar de avonddienst en wat verpleegkundigen nodig hebben om de toepassing ervan te bevorderen. Dit is gedaan op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie in het Amphia ziekenhuis locatie Molengracht. Het onderzoeksthema is in overleg met opdrachtgever Maartje Schouw en begeleidend docent Tatiana Goijaerts tot stand gekomen. Aan de hand van een mixed method design is de onderzoeksvraag beantwoord en is dit onderzoeksverslag opgesteld.

Na vier intensieve maanden is het onderzoeksverslag dan eindelijk klaar. Ik heb enorm veel geleerd op professioneel gebied, maar ik heb ook zeker mijn persoonlijke competenties verder mogen ontwikkelen. Gedurende de uitvoering van het onderzoek zijn er meerdere personen die mij te hulp hebben gestaan en mij hebben gestuurd en gesteund. Hiervoor wil ik allereerst mijn opdrachtgever en begeleidend docent bedanken. Zij hebben mij immers de juiste handvatten en sturing gegeven om tot een concrete onderzoeksopzet te komen. Waarna zij mij vervolgens ook verder prettig hebben begeleid gedurende de uitvoering van het onderzoek. Ook wil ik mijn peergroep bedanken voor de samenwerking en de kritische feedback.

Daarnaast wil ik in het bijzonder Joris van Breugel, Kevin Faro, Joost Claassen, Roos Koevoets, Maurits Meeusen, Emma Turkenburg en Dorien Vermaat enorm bedanken voor de feedback en ondersteuning. En niet te vergeten, Mart Hazenbroek.

Veel leesplezier!

Wesley Faro

Breda, 29 mei 2019

Samenvatting

Inleiding

Gebreken in de communicatie tussen zorgprofessionals kunnen leiden tot potentiële schade aan de patiënt. Zo ook tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht. Een gestandaardiseerde overdrachtsmethodiek kan dit probleem ondervangen. Het Amphia ziekenhuis heeft daarvoor de SBAR-methodiek geïmplementeerd. Echter bleek de toepassing van de SBAR-methodiek niet optimaal op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie. Hierom is er onderzoek verricht op deze afdeling. De onderzoeksvraag is als volgt: "In hoeverre wordt de SBAR-methodiek toegepast door de verpleegkundigen werkzaam op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht van de ochtend- naar de avonddienst en wat is er volgens de verpleegkundigen op deze afdeling nodig om de toepassing van de SBAR-methodiek in dit overdrachtsmoment te bevorderen?"

Methode

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag is gebruik gemaakt van een mixed method design. De onderzoekspopulatie betrof de verpleegkundigen werkzaam op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie. Om inzicht te krijgen in hoeverre de SBAR-methodiek werd toegepast gedurende de verpleegkundige dienstoverdracht van de ochtend- naar de avonddienst, zijn twaalf observaties verricht. De data van de observaties is geanalyseerd en verwerkt in Excel. Na de observaties zijn interviews afgenomen met zeven verpleegkundigen die geobserveerd zijn. Dit is gedaan om de achterliggende factoren te achterhalen waarom de SBAR-methodiek momenteel niet volledig wordt toegepast en te achterhalen wat de verpleegkundigen nodig hebben om de toepassing van de SBAR-methodiek te bevorderen. De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd.

Resultaten

Gemiddeld werd 51.8% van de onderdelen binnen de SBAR-methodiek benoemd. De *Assessment* werd 58.7% volledig benoemd, de *Background* 27.9%, de *Assessment* 61.9% en de *Recommendation* 47.1%. In 20.5% van de observaties werden de eerste vijf onderdelen correct doorlopen. Tijdens de interviews gaven de respondenten aan dat de huidige dienstindeling, patiëntenpopulatie, gebrek aan animo, kennistekort tekort, privacy en een gebrekkig beleid beperkende factoren zijn om de SBAR-methodiek toe te passen.

Discussie

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is verhoogd door gebruik te maken van peerreview. Daarnaast zijn de verpleegkundigen voor zowel de observaties als de interviews geselecteerd op basis van beschikbaarheid in de periode van het onderzoek. Dit verlaagd zowel de externe validiteit van het kwantitatieve onderzoek als de generaliseerbaarheid van het kwalitatieve onderzoek.

Conclusie

De SBAR-methodiek wordt niet volledig toegepast gedurende de dienstoverdracht van de ochtend naar de avonddienst. Zowel de onderdelen als de structuur van de SBAR-methodiek werden tijdens geen enkele observatie volledig benoemd. Om de toepassing van de SBAR-methodiek te kunnen bevorderen zijn vaste afspraken nodig, extra kennis en eenduidige hulpmiddelen.

Inhoud

1	Inleiding	6
2	Methode	10
2.1	Onderzoeksdesign	10
2.1.1	Kwantitatief design	10
2.1.2	Kwalitatief design	10
2.2	Setting en onderzoekspopulatie	11
2.2.1	Setting	11
2.2.2	Onderzoekspopulatie	11
2.3	Dataverzameling	12
2.4	Data-analyse	13
2.5	Kwaliteitseisen	14
2.6	Ethische verantwoording	15
3	Resultaten	16
3.1	Resultaten observaties	16
3.1.2	Resultaten per onderdeel	16
3.1.2	Structuur SBAR-methodiek	18
3.2	Resultaten interviews	18
3.2.1	Achterliggende factoren	19
3.2.2	Wat is er nodig om de SBAR-methodiek te bevorderen?	21
4	Discussie	23
4.1	Methode	23
4.1.2	Meetinstrument	23
4.2	Uitvoering onderzoek	24
4.3	Resultaten	24
4.4	Data-analyse	27
5	Conclusie	29
6	Aanbevelingen	30
6.1	Aanbevelingen vanuit het onderzoek	30
6.2	Vervolgonderzoek	31
	Literatuurlijst	32

1 Inleiding

“Waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt – het kunnen er alleen veel minder zijn”
(Willems, 2007, p. 5).

Het in 1999 gepubliceerde onderzoek *To err is human* toont aan dat minimaal 44.000 Amerikaanse patiënten per jaar onnodig overlijden ten gevolge van vermijdbare medische fouten. Na de publicatie van dit onderzoek is de aandacht voor patiëntveiligheid internationaal toegenomen (Institute Of Medicine, 2000). Patiëntveiligheid gaat om het zo ver mogelijk beperken van potentieel vermijdbare schade en sterfte (Langelaan et al., 2017, p. 9). In het onderzoeksrapport *Monitor Zorggerelateerde schade in Nederlandse Ziekenhuizen* wordt beschreven dat in de Nederlandse ziekenhuizen in 2015 en 2016 circa 1.035 patiënten overleden door potentieel vermijdbare schade.

Met het landelijke actieprogramma *Sneller Beter* werd van oktober 2005 tot oktober 2008 de zorg en patiëntveiligheid in Nederland onder de loep genomen (Dückers, & Wagner, 2008). Het doel van dit programma was: “Het stimuleren van verbeteringen in de curatieve zorg op het gebied van transparantie, kwaliteit en doelmatigheid” (Dückers, & Wagner, 2008, p. 23). Daarnaast onderzocht Rein Willems in 2007 hoe de veiligheid in de zorg vergroot kon worden. Willems was de toenmalige president-directeur van Shell Nederland en ambassadeur voor het programma *Sneller Beter*. Shell werkt sinds begin 1990 met een internationaal systeem om de veiligheid van alle werkprocessen binnen Shell te kunnen managen. Deze expertise heeft Shell gedeeld met de zorgsector in Nederland. Op basis van de resultaten van dit onderzoek is een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) voor de zorg ontwikkeld, met als doel de patiëntveiligheid vergroten en verbeteren (Willems, 2004). Van 2008 tot 2012 hebben alle ziekenhuizen in Nederland een geaccrediteerd of gecertificeerd VMS geïmplementeerd. De ziekenhuizen werden hierbij ondersteund door het VMS Veiligheidsprogramma (VMSzorg, z.d.).

Communicatie tussen professionals wordt beschouwd als belangrijk potentieel vermijdbare schade (Langelaan et al., 2017). In *The High 5s Project Interim Report* (World Health Organisation [WHO], 2014) wordt aangetoond dat tekortkomingen in de communicatie kunnen leiden tot ernstige storingen in de patiëntveiligheid. Bevorderen van de communicatie is een van de standaarden van de Joint Commission International (JCI). De JCI is het keurmerk van The Joint Commission (TJC). De JCI is een internationaal accreditatiebureau dat de kwaliteit en veiligheid van zorg binnen zorginstelling identificeert en meet, en managementsystemen in de zorg accrediteert. Evenzeer toetst de JCI of een instelling aandacht heeft voor het blijvend verbeteren van werkprocessen (Van Etten, Suttorp, & De Vos, 2016). De standaarden van de JCI zijn gericht op verbetering van de directe patiëntenzorg en werkzaamheden die indirect met de kwaliteit en veiligheid van zorg in verbinding staan. De standaarden worden in het VMS van het ziekenhuis geïmplementeerd en bevatten internationale patiëntveiligheidsdoelen (International Patient Safety Goals [IPSG]). Onder de standaard *Bevorderen van de communicatie* vallen drie doelen: IPSG.2. Het ziekenhuis ontwikkelt en implementeert een proces om de effectiviteit van verbale en/of telefonische communicatie onder zorgverleners te bevorderen; IPSG.2.1. Het ziekenhuis ontwikkelt en implementeert een procedure voor het rapporteren van kritieke resultaten van diagnostische onderzoeken; en IPSG.2.2. Het ziekenhuis ontwikkelt en implementeert een procedure voor de overdrachtscommunicatie (Joint Commission International, 2013, p. 11).

In 2007 publiceerde de WHO een artikel over de communicatie tijdens de patiëntenzorg overdracht. In dit artikel wordt beschreven dat gebreken in de communicatie tijdens de patiëntenzorg overdracht kunnen leiden tot: “Ernstige verstoringen in de continuïteit van zorg, verkeerde behandeling en potentiële schade aan de patiënt” (WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007, p. 1). TJC omschrijft patiëntenzorg overdracht als het overdragen en accepteren van de

verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg, verwezenlijkt middels effectieve communicatie. Het is een proces waarbij patiënt specifieke informatie wordt overgedragen van de ene zorgverlener naar de andere of van het ene team van zorgverleners naar een ander, met als doel om de continuïteit en veiligheid van patiëntenzorg te verzekeren (The Joint Commission, 2017, p. 1). De patiëntenzorg overdracht kan verschillende vormen omvatten.

Een van de hiervoor genoemde vormen van patiëntenzorg overdracht is de verpleegkundige dienstoverdracht. In de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden is immers vastgelegd dat een verpleegkundige verantwoordelijk is voor de continuïteit van de verpleegkundige zorg. Desgelijks is de verpleegkundige verantwoordelijk voor het overdragen van taken en/of informatie en dient hierbij de kwaliteit en veiligheid van zorg te waarborgen (CGMV vakorganisatie voor christenen et al., 2015). Eveneens is het belang van de continuïteit van zorg door het overdragen van kennis en informatie van de patiëntenzorg vastgelegd in het nationale verpleegkundige beroepsprofiel (Schuurmans, Lambregts, Projectgroep V&V 2020, & Grotendorst, 2012). Volgens Margot van der Starre, directeur van de Nederlandse Vereniging van Nederlandse Ziekenhuizen (NVZ), zijn verpleegkundigen de oren en ogen van de patiëntveiligheid (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2012).

Groenhuis en Nieweg (2013b; 2013c) onderzochten de verpleegkundige dienstoverdracht. In dit onderzoek wordt beschreven dat de overdrachtsmethoden, locatie, tijd, deelnemers, structuur, inhoud en hulpmiddelen belangrijke aspecten van de overdracht zijn. De verpleegkundige overdracht kan mondeling, schriftelijk of een combinatie van beiden zijn. De locatie waar de overdracht plaatsvindt kan variëren, afhankelijk van de afdelingscultuur en de ligging van de afdeling. Doorgaans wordt de overdracht in een aparte ruimte of aan bed van de patiënt uitgevoerd. Het is van belang dat de verpleegkundigen voldoende tijd hebben voor de overdracht. De diensten dienen voldoende te overlappen, zodat de inkomende dienst de rapportage kan lezen en de overdracht van de uitgaande dienst kan aanhoren. Daarnaast is het van belang dat de inkomende en uitgaande verpleegkundigen dezelfde verwachtingen hebben ten aanzien van de overdracht en de informatie die daarin wordt uitgewisseld. De structuur tijdens de overdracht is belangrijk aangezien het ontbreken ervan kan leiden tot verwarring of het missen van relevante informatie. Hulpmiddelen, zoals elektronische formulieren, kunnen bijdragen aan de effectiviteit van de overdracht. Om continuïteit van zorg en patiëntveiligheid te waarborgen, is het van belang dat accurate en volledige informatie wordt overgedragen. Hierbij wordt een gestandaardiseerde aanpak aanbevolen. Beïnvloedende factoren die de effectiviteit en de efficiëntie van de verpleegkundige dienstoverdracht kunnen beïnvloeden zijn onder andere: verstoringen, zoals het aanspreken van verpleegkundigen tijdens de overdracht of geluid en rumoer uit de omgeving, lawaai, taalvaardigheid en menselijke factoren, zoals vermoeidheid aan het einde van de dienst (Groenhuis, & Nieweg, 2013a, p. 20).

Om de communicatie tijdens de patiëntenzorg overdracht te optimaliseren, achten de WHO en TJC het noodzakelijk dat zorgorganisaties een gestandaardiseerde aanpak voor de overdrachtscommunicatie implementeren (The Joint Commission, 2017; WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007). Een gestandaardiseerde aanpak voor de overdrachtscommunicatie elimineert de vraag hoe een overdracht moet worden uitgevoerd, doordat de spreker een vaste methodiek krijgt voor efficiënte communicatie tijdens de overdracht. Hierin wordt structuur aangeboden voor consistente identificatie en prioritering van de patiënten informatie (Cornell, Gervis, Yates, & Vardaman, 2014; Stewart, & Hand, 2017).

Een van de gestandaardiseerde communicatie technieken die binnen de gezondheidszorg en de literatuur toegenomen aandacht heeft gekregen, is de SBAR-methodiek (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*). In de jaren 90 is de SBAR-methodiek door het Amerikaanse leger ontwikkeld, zodat militairen in acute en stressvolle situaties adequaat en concreet te kunnen

communiceren (Shapiro, 2017). Om de communicatie in de zorg te verbeteren, is in 2002 door Doug Bonacum en Suzanne Graham van de Kaiser Permanente organisatie in Colorado, de SBAR-methodiek geïmplementeerd binnen de gezondheidszorg (Institute for Healthcare Improvement Cambridge, z.d.). De SBAR-methodiek wordt door TJC aanbevolen als hulpmiddel voor de overdrachtscommunicatie (WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007). Uit een systematische review blijkt dat de SBAR-methodiek een effectieve interventie is voor een gestandaardiseerde verpleegkundige dienstoverdracht. De methodiek is internationaal geïmplementeerd binnen de gezondheidszorg en wordt positief ontvangen door zorgprofessionals. De SBAR-methodiek is eenvoudig en effectief voor communicatie tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht (Stewart, & Hand, 2017). Het geeft de mogelijkheid om de focus op de communicatie te houden tijdens de overdracht en om de informatie stelselmatig te kunnen overdragen (Petersson, Hagel, & Westergren, 2015).

In 2007 is voor het VMS Veiligheidsprogramma de SBAR-methodiek naar het Nederlands vertaald. Hiervoor is een document opgesteld waarin de SBAR-methodiek in het Nederlands wordt uitgelegd en puntsgewijs wordt behandeld. In dit document staat dat in de *Situation* de situatie van de patiënt wordt toegelicht. Hierbij wordt ten eerste de afdeling, patiënt en kamernummer geïdentificeerd. Ten tweede wordt er in het kort iets verteld over het probleem, bijvoorbeeld wat het probleem is, wanneer het is begonnen of de ernst van het probleem. In de *Background* wordt de relevante informatie over de achtergrond van de patiënt verteld. Dit kan bestaan uit meerdere items: de opnamediagnose en de opnamedatum, een lijst van medicatie, voorgeschiedenis, allergieën en laboratoriumwaarden. Ook de meest recente observaties en metingen van de vitale functies worden dit gedeelte van de SBAR-methodiek vermeld. In de *Assessment* wordt de beoordeling over de huidige situatie van de patiënt beschreven. Ten slotte worden in de *Recommendation* aanbevelingen ten opzichte van de huidige situatie gegeven. Hier wordt uitgesproken wat er gedaan moet worden (VMSzorg, 2009).

In het kader van de patiëntveiligheid en de invoering van een VMS, heeft in 2013 het Bredase Amphia Ziekenhuis besloten om een andere manier van accreditatie te hanteren. Een accreditatie is een procedure waarbij een onafhankelijke partij een geschreven garantie geeft dat een proces, dienst, product of persoon voldoet aan specifieke eisen. De keuze voor de accreditatie organisatie ging uit naar de JCI aangezien deze organisatie met name gespecialiseerd is in een betere implementatie van veiligheidsdoelen op de werkvloer. Hier was in het bijzonder behoefte aan, omdat het management van het ziekenhuis met name op de implementatie en borging van het VMS knelpunten ondervond (Van Etten, Suttorp, & De Vos, 2016). Sinds 2017 is het Amphia Ziekenhuis in het bezit van een accreditatie van de JCI (Amphia Ziekenhuis, 2017).

Op basis van de IPSG zoals deze door de JCI zijn opgesteld, heeft de zorgkern kwaliteit en veiligheid in samenwerking met de raad van bestuur van het Amphia Ziekenhuis het beleid *Effectieve communicatie in Amphia* opgesteld. Het doel van dit beleid is om de effectiviteit van mondelinge en/of telefonische communicatie tussen zorgverleners te bevorderen (Amphia Ziekenhuis, persoonlijke communicatie, 12 februari 2019). In dit beleid is de SBARR-methodiek als communicatiehulpmiddel vastgesteld voor de communicatie tussen hulpverleners. Inhoudelijk komt deze methodiek overeen met de eerder genoemde SBAR-methodiek, met toevoeging van een extra onderdeel: *Repeat*. Tijdens de *Repeat*, herhaalt de zorgverlener die de informatie heeft ontvangen de gemaakte afspraken. Dit is ook het moment om eventuele vragen te stellen. In het beleid wordt aangegeven dat de *Repeat* met name wordt toegepast wanneer telefonisch of mondeling een opdracht wordt aangenomen, een behandeladvies ontvangen wordt of kritieke resultaten van diagnostische tests worden doorgegeven. De ontvanger van de informatie dient hierbij de informatie direct te noteren in het dossier, de informatie te herhalen en uit te voeren. Voor de communicatie tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht, verwijst het beleid naar het protocol *SBARR procedure in Amphia* (Amphia Ziekenhuis, persoonlijke communicatie, 13 februari 2019). Hierin wordt expliciet vermeld dat tijdens

de verpleegkundige dienstoverdracht gecommuniceerd dient te worden aan de hand van het formulier *SBARR overdracht intern* binnen het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit formulier is het beginscherm van het dossier van de patiënt. De informatie die in dit beginscherm is te zien, zijn de objectieve parameters en gegevens van de patiënt die verwerkt zijn in de SBAR-methodiek.

Met dit praktijkgericht onderzoek zal de verpleegkundige dienstoverdracht op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie worden onderzocht. Uit observaties van de opdrachtgever en signalen van verpleegkundigen blijkt namelijk dat de verpleegkundigen op afdeling 41 onvoldoende of niet aan de hand van de SBAR-methodiek communiceren gedurende de verpleegkundige dienstoverdracht. Ondanks het feit dat het protocol *SBARR procedure in Amphia* (Amphia Ziekenhuis, persoonlijke communicatie, 13 februari 2019) vermeldt dat de verpleegkundigen de SBAR-methodiek moeten aanhouden gedurende verpleegkundige dienstoverdracht. Afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie is een van de verpleegafdelingen van het Amphia Ziekenhuis locatie Molengracht in Breda. Deze afdeling heeft in totaal twintig bedden beschikbaar voor patiënten die opgenomen worden in verband met letsel ten gevolge van een trauma. Dit kan variëren van bijvoorbeeld een relatief eenvoudig sportletsel tot een groot en ernstig bedrijfs- of verkeersongeval. Meer dan de helft van de patiënten die op deze afdeling worden opgenomen zal een operatie moeten ondergaan. De ligduur van de patiënten op de afdeling varieert van 24 uur, tot enkele dagen, weken of maanden.

De doelstelling van dit praktijkgericht onderzoek is te achterhalen in hoeverre de verpleegkundigen op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie de SBAR-methodiek tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht toepassen en wat er nodig is om de toepassing van de SBAR-methodiek tijdens deze overdracht te bevorderen. Het bevorderen van de toepassing van deze gestandaardiseerde overdrachtsmethodiek, heeft als doel om de patiëntveiligheid te garanderen. Op basis van de resultaten die voortkomen uit dit praktijkgericht onderzoek, zullen er aanbevelingen voor de verpleegkundigen op afdeling 41 worden opgesteld. Deze aanbevelingen geven inzicht in wat er nodig is om de toepassing van de SBAR-methodiek tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht te bevorderen.

Om bovenstaande doelstelling te kunnen behalen is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

“In hoeverre wordt de SBAR-methodiek toegepast door de verpleegkundigen werkzaam op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht van de ochtend- naar de avonddienst en wat is er volgens de verpleegkundigen op deze afdeling nodig om de toepassing van de SBAR-methodiek in dit overdrachtmoment te bevorderen?”

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het praktijkgericht onderzoek is vormgegeven en hoe dit in de praktijk is uitgevoerd. Om dit gestructureerd en transparant te kunnen beschrijven, is de methode onderverdeeld in het onderzoeksdesign, de setting en de onderzoekspopulatie, de dataverzameling, de data-analyse, de ethische verantwoording en het tijdsplan van het onderzoek. De keuzes en overwegingen voor de hiervoor genoemde onderdelen van dit hoofdstuk, zijn in overleg met de opdrachtgever genomen. In dit hoofdstuk wordt er gesproken over de “peergroep”. Dit is een groep van medestudenten die iedere individueel een eigen onderzoek in de praktijk doen.

2.1 Onderzoeksdesign

Dit praktijkgerichte onderzoek was een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, een ‘mixed method’ onderzoek. Om te weten te komen in hoeverre de verpleegkundigen op afdeling de SBAR-methodiek tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht toepassen, is het kwantitatieve onderzoeksdesign gehandhaafd. Vervolgens is een kwalitatief onderzoeksdesign gebruikt om het tweede gedeelte van de onderzoeksvraag antwoord te krijgen. Daarnaast is kwalitatieve onderzoekdesign ook gebruikt om de resultaten van het kwalitatieve onderzoek te onderbouwen. Dit zal in paragraaf “2.1.2 kwalitatief design” verder worden toegelicht. Aangezien zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve gedeelte een eigen opzet hebben binnen het onderzoek, worden in de volgende onderdelen van dit hoofdstuk zowel het kwantitatieve- als kwalitatieve onderzoek individueel behandeld.

2.1.1 Kwantitatief design

Een kwantitatief onderzoek heeft als doelstelling: “Het toetsen van een hypothese en het bewijzen van oorzaak en gevolg binnen de gezondheidszorg” (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016, p. 195).

Het doel van het eerste gedeelte van de onderzoeksvraag is om inzicht te krijgen in hoeverre de verpleegkundigen op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie de SBAR-methodiek tijdens de overdracht toepassen. Om dit te kunnen realiseren, is een kwantitatief onderzoek gepast.

De SBAR-methodiek kent namelijk een gestructureerde vorm en inhoud die doorlopen moet worden. In de praktijk kan gemeten worden of de verpleegkundigen zich aan deze structuur houden. Dit is gedaan aan de hand van een observatieformulier waarin de SBAR-methodiek is verwerkt. Middels dit observatieformulier is geobserveerd in hoeverre de verpleegkundigen de stappen van de SBAR-methodiek toepassen.

2.1.2 Kwalitatief design

Een kwalitatief onderzoek heeft als doelstelling: “Het exploreren, begrijpen of inzicht geven in een facet van de gezondheidszorg en hypothese vormen” (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016, p. 195).

Voor het tweede gedeelte van dit onderzoek heeft er een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden in de fenomenologische traditie. De fenomenologische onderzoeksmethode onderzoekt de essentie van ervaringen rondom een bepaald fenomeen (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016, p. 200).

Middels een semigestructureerd interview zijn er twee vragen beantwoord. Allereerst was de vraag wat de verpleegkundigen als achterliggende factoren ervaren waarom de SBAR-methodiek niet volledig wordt toegepast tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht. Daarnaast is er aan de verpleegkundigen gevraagd wat zij nodig hebben om de toepassing van de SBAR-methodiek tijdens de overdracht te bevorderen.

2.2 Setting en onderzoekspopulatie

In dit onderdeel wordt toegelicht in welke setting het onderzoek plaats heeft gevonden. Daarnaast wordt er aan de hand van inclusie- en exclusie criteria beschreven welke populatie geselecteerd is voor het onderzoek.

2.2.1 Setting

Afdeling 41 van het Amphia Ziekenhuis, locatie Molengracht in Breda, is de afdeling waar zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve gedeelte betrekking op hebben. Deze verpleegafdeling heeft in totaal twintig bedden beschikbaar voor patiënten die opgenomen worden in verband met letsel ten gevolge van een trauma. Dit kan variëren van bijvoorbeeld een relatief eenvoudig sportletsel tot een groot en ernstig bedrijfs- of verkeersongeval. Meer dan de helft van de patiënten die op deze afdeling worden opgenomen zal een operatie moeten ondergaan. De ligduur van de patiënten op de afdeling varieert van 24 uur, tot enkele dagen, weken of maanden.

Gedurende de ochtenddienst zijn er vier verpleegkundigen werkzaam op de afdeling, gedurende de avonddienst drie en gedurende de nachtdienst twee verpleegkundigen. Uitgaande van een volledig bezette afdeling is de verdeling van patiënten onder de verpleegkundige als volgt: Ochtenddienst: Een verpleegkundige per vijf patiënten; Avonddienst: Een verpleegkundige zorgt voor acht patiënten, de andere twee zorgen individueel voor 6 patiënten; Nachtdienst: Een verpleegkundige per tien patiënten.

2.2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft de verpleegkundige werkzaam op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie. De aanbevelingen die uit het zijn voortgekomen, zullen een grotere slagingskans hebben wanneer de verpleegkundigen die onderdeel uitmaken van het vaste team worden onderzocht. Zij zijn namelijk representatief voor de onderzoekspopulatie aangezien zij voldoen aan de inclusie- en exclusiecriteria (Tabel 1). Het vaste team bestaat uit veertien verpleegkundigen. De kans voor het aantal te verrichten observaties is vergroot door naast de verpleegkundigen van het vaste team ook de trainee-verpleegkundigen mee te nemen in het onderzoek. Zij komen overeen met de gestelde inclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie. Trainees zijn gediplomeerd verpleegkundigen die gedurende twee jaar om het half jaar op een andere afdeling werkzaam zijn om ervaring op te doen binnen het ziekenhuis. Hierdoor zijn zij voor een bepaalde periode onderdeel van het vaste team. Belangrijk is dat alleen trainees die al drie maanden werkzaam zijn op de afdeling geobserveerd mochten worden, omdat zij anders onvoldoende ingewerkt zijn op de afdeling. In totaal zijn er vier trainees werkzaam op afdeling 41. Hiermee telt de totale onderzoekspopulatie voor het kwantitatieve onderzoek zeventien verpleegkundigen. Leerlingen en stagiaires zijn niet meegenomen in het onderzoek, omdat aangenomen werd dat leerlingen en stagiaires de SBAR-methodiek nog niet of niet volledig beheersen aangezien zij nog in opleiding zijn. Daarnaast zijn flexmedewerkers, verpleegkundigen van een uitzend- of detacheringsbureau en verpleegkundigen die werkzaam zijn op een andere afdeling en incidenteel invallen op afdeling 41 uitgesloten. Zij zijn niet representatief voor de onderzoekspopulatie. Tot slot zijn de onderzoeker van dit praktijkgericht onderzoek en de opdrachtgever niet meegenomen. Aangezien zij bias konden veroorzaken door gewenst gedrag te vertonen omdat zij bekend waren met het onderzoek en de meetinstrumenten.

Tabel 1*Inclusie en exclusie criteria*

Inclusie	Exclusie
Gediplomeerd verpleegkundigen niveau 4, 5 of 6 werkzaam op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie	Flexmedewerkers, leerlingen, stagiaires, de onderzoeker zelf, verpleegkundigen van een uitzend- of detacheringsbureau, verpleegkundigen van een afdeling die invallen op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie
Minimaal drie maanden werkzaam zijn op de afdeling, in full- of parttime dienstverband.	

Voor de observaties zijn twaalf verpleegkundigen geselecteerd. Dit is gedaan op basis van beschikbaarheid van de verpleegkundigen in de periode van 6 april tot en met 21 april 2019, waarin de observaties plaatsvonden. Dit is een vorm van selectieve steekproef is waarbij willekeurige respondenten geselecteerd worden op praktische bruikbaarheid (Tubbing, 2014). Aangezien het niet haalbaar was om in de beperkte onderzoeksperiode twaalf verpleegkundigen te kunnen interviewen, is ook voor de interviews een selectieve steekproef gehouden. De steekproef bestond uit zeven verpleegkundigen, nadat datasaturatie was bereikt. Aangezien deze verpleegkundigen ook zijn geobserveerd, waren zij direct representatief voor de onderzoekspopulatie. De keuze voor de verpleegkundigen die geïnterviewd zijn, is gemaakt aan de hand van hoe zij op het weekrooster waren ingepland in de week van 28 april tot 5 mei 2019.

2.3 Dataverzameling

Observaties

Voor het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek zijn directe en gestructureerde observaties in de praktijk uitgevoerd. Observerend onderzoek is gekozen om een correcte weergave van de realiteit beschrijven, zodat relaties en verbanden gezocht kunnen worden die op het eerste gezicht verborgen waren achter individuele observaties en metingen (De Jong et al., 2016, p. 102).

Als meetinstrument is gebruik gemaakt van een observatieformulier. Het formulier bestond uit een volledige weergave van de SBAR-methodiek met daarin alle 25 onderdelen die aan bod dienen te komen tijdens een overdracht (Bijlage C). Het observatieformulier is opgesteld in samenwerking met de opdrachtgever van dit onderzoek. Aangezien het protocol SBARR procedure in Amphibia expliciet verwijst naar het formulier *SBARR overdracht intern* als communicatiehulpmiddel tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht, is deze SBAR-methodiek leidend geweest voor de observatiepunten die in het observatieformulier zijn opgenomen. Daarnaast is de SBAR zoals deze beschreven staat in het protocol *SBARR procedure in Amphibia* opgenomen in het observatieformulier. Dit overzicht van de SBAR-methodiek hangt ook als zakkaartje aan iedere verrijdbare computer op de afdeling. Het formulier in EPIC en de SBAR-methodiek uit het protocol zijn samengevoegd tot een geheel. Dit is in samenwerking gegaan met de opdrachtgever. De verpleegkundigen zijn minimaal een week voorafgaand aan de observaties mondeling op de hoogte gesteld en geïnformeerd dat observaties plaats gingen vinden op de afdeling. Om gewenst gedrag te beperken, is alleen benoemd dat de verpleegkundige dienstoverdracht geobserveerd werd en niet dat specifiek de toepassing van de SBAR-methodiek. Een volledig verholde observatie was lastig aangezien de observaties direct bij de overdracht van de verpleegkundige werden uitgevoerd en er voorafgaand aan de observatie toestemming gevraagd werd aan de verpleegkundige of de observatie uitgevoerd mocht worden. De observaties zijn uitgevoerd door één persoon. Op basis van de geïncludeerde verpleegkundigen, is er een keuze maken om een verpleegkundige dienstoverdracht bij te wonen. Er is vermeld aan de verpleegkundige dat de observatie uitgevoerd ging worden. Wanneer de verpleegkundige van start ging met de dienstoverdracht begon de observatie. De observaties vonden plaats tijdens de wisseling van de ochtenddienst naar de avonddienst. Hier is voor gekozen aangezien tijdens deze dienstwissel de meeste verpleegkundigen aanwezig zijn. De observaties zijn uitgevoerd in de teampost van de verpleegkundigen, de gang en op de kamer bij de patiënt.

Voor iedere overdracht is een nieuw observatieformulier gebruikt. Op dit formulier werd het nummer van de verpleegkundige, de datum en de hoeveelheid aan over te dragen patiënten genoteerd. De verpleegkundige werd voorafgaand aan de overdracht om toestemming gevraagd om geobserveerd te worden. Alle twaalf verpleegkundigen die geobserveerd zijn hebben hier terplekke mondeling toestemming voor gegeven. Om de juistheid van de inhoud van de overdracht te controleren, werden na afloop van de observatie de onderdelen van de SBAR-methodiek gecontroleerd in het patiëntdossier. Dit is van belang aangezien niet altijd alle onderdelen van de SBAR-methodiek van toepassing zijn voor iedere patiënt. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld geen zuurstof toegediend krijgt, is dit niet van toepassing en wordt dit dus niet benoemd. Tijdens de observatie werd altijd “niet benoemd” aangekruist. Indien na controle in het patiëntendossier het onderdeel niet van toepassing bleek te zijn, werd dit alsnog aangepast op het observatieformulier door “niet van toepassing” aan te kruisen.

Interviews

Voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek zijn er semigestructureerde interviews afgenomen onder de verpleegkundigen die zijn geobserveerd. De verpleegkundige die is geïnterviewd wordt hierna aangeduid als “respondenten”. De zes respondenten zijn face-to-face geïnterviewd op basis van een semigestructureerd interview. De interviews vonden plaats in een aparte ruimte op individueel niveau, zodat de respondent zich niet beperkt zou voelen in haar antwoorden. Een interview is een kwalitatieve vorm van dataverzameling, waarbij de informanten de gelegenheid krijgen hun verhaal te vertellen (De Jong et al., 2016, p. 183). Door interviews af te nemen onder de geobserveerde verpleegkundigen, zijn achterliggende factoren achterhaald waarom de SBAR-methodiek volgens de respondenten gedurende de overdracht niet volledig wordt toegepast. Het achterhalen van deze factoren had twee functies. Enerzijds om inzicht te kunnen geven waarom de verpleegkundigen op dit moment de SBAR-methodiek niet volledig toepassen. Anderzijds bieden deze achterliggende factoren perspectief voor het bevorderen van de SBAR-methodiek. Daarnaast is met het interview achterhaald wat er volgens de verpleegkundigen nodig is om de toepassing van SBAR-methodiek tijdens de overdrachten te bevorderen.

Om de resultaten van het kwantitatieve onderzoek te bespreken tijdens het interview, is er gekozen voor een semigestructureerd interview. Met een semigestructureerd interview staan de thema's en vragen in grote lijnen vast, maar heeft de verpleegkundige zelf ook ruimte voor eigen inbreng en interpretatie van thema's (De Jong et al., 2016, p. 184). De semistruktuur tijdens de interviews wordt gebaseerd op een topiclijst die opgesteld wordt aan de hand van thema's vanuit de literatuurstudie en de onderzoeksresultaten van het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek. De topiclijst is gedurende het onderzoek bijgesteld, aangezien tijdens de eerste drie interviews de topiclijst niet volledig bleek te zijn. De topiclijst is bijgevoegd in de bijlagen (Bijlage D). De interviews hebben plaatsgevonden in een aparte ruimte in het Amphia Ziekenhuis in Breda op locatie Molengracht. De locatie werd terplekke vastgelegd aangezien een ruimte op de afdeling altijd beschikbaar is. Er werd voor een aparte ruimte gekozen aangezien hier het interview afgenomen kon worden zonder dat hier andere mensen bij aanwezig zijn. Van de interviews zijn geluidsopnames gemaakt. Zodat de interviewer zich kon focussen op het gesprek en het interview achteraf teruggeluisterd kon worden voor de data-analyse. Hier werd vooraf toestemming voor gevraagd aan de verpleegkundigen. Alle verpleegkundigen hebben hiervoor akkoord gegeven.

2.4 Data-analyse

Kwantitatief onderzoek

Voor de verwerking en analyse van de gegevens uit het kwantitatieve onderzoek, is er gebruik gemaakt van Excel. Aangezien het observatieformulier uit drie antwoordmogelijkheden bestond, zijn de resultaten op nominaal meetniveau: wel benoemd, niet benoemd en niet van toepassing. Nominaal

meetniveau houdt in dat de getallen of waarden geen betekenis hebben als rekeneenheid (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2016).

De SBAR-methodiek kent vier verschillende hoofdthema's: *Situation, Background, Assessment en Recommendation*. Per hoofdthema is een tabel opgesteld met daarin een weergave van de onderdelen die benoemd moeten worden binnen dat thema. In deze tabellen is weergegeven hoe vaak een onderdeel in totaal wel of niet benoemd is geweest en of deze wel of niet van toepassing was. Dit is gedaan door in Excel de gegevens van de observatielijst over te nemen en deze gegevens bij elkaar op te tellen. Uiteindelijk is het totaal van de onderdelen per hoofdthema berekend. Deze totalen zijn weergegeven in cijfers en percentages. De percentages van het totaal van de onderdelen dat wel of niet benoemd was binnen het hoofdthema, is gebaseerd op het aantal onderdelen dat wél van toepassing was binnen dat hoofdthema. Dit is gedaan aangezien dit een realistischere weergave geeft van hoe de SBAR-methodiek is toegepast, aangezien alleen onderdelen benoemd hoeven te worden als deze van toepassing zijn. Ook is er weergegeven hoe vaak een onderdeel wel of niet van toepassing was. Het totaal hiervan is ook weergegeven in cijfers en percentages. Deze percentages zijn gebaseerd het totaal van de observaties (n=39) vermenigvuldigd met het totaal aantal onderdelen binnen het hoofdthema. De uitkomst hiervan staat namelijk gelijk aan de hoeveelheid onderdelen die in totaal van benoemd konden worden binnen het hoofdthema. Daarnaast is berekend in hoeveel procent van de overdrachten de juiste structuur is doorlopen. Deze percentages zijn met Excel berekend.

Er is gekozen voor tabellen aangezien volgens Jansen et al. (2016) tabellen een geordende visuele samenvatting van gegevens weergeven. Dit is van belang aangezien de lezer van dit onderzoek op deze manier beter kan nagaan in hoeverre de SBAR-methodiek wordt toegepast. Deze visuele weergave van de resultaten is meegenomen naar de interviews, om voor de verpleegkundigen inzichtelijk te maken in hoeverre de SBAR-methodiek daadwerkelijk wordt toegepast tijdens de dienstoverdracht.

Kwalitatief onderzoek

Voor het kwalitatieve onderzoek is de data op basis van de semigestructureerde interviews geanalyseerd. Een semigestructureerd interview hangt doorgaans samen met de analyse-structuur 'coderen'. Coderen wordt als een van de belangrijkste hulpmiddelen voor de analyse van kwalitatief onderzoek gezien. Er zijn drie stadia in het coderen: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2005). Allereerst zijn de opgenomen interviews direct na het interview letterlijk uitgetypt (transcriberen). Het transcript is vervolgens ingedeeld in tekstfragmenten. Letterlijke betekenissen die verbaal of non-verbaal zijn geuit en samenhang vertonen zijn gecodeerd. Hiermee zijn kernwoorden (codes) aan de tekstfragmenten gekoppeld. De codes zijn vastgelegd in de kantlijn van het transcript. Kortom, met coderen worden simpelweg labels (codes) aan het tekstfragment gehangen, door een 'hoofdthema' aan een tekstfragment toe te wijzen (Dingemanse, 2017). Nadat tekstfragmenten waren voorzien van codes, is nagegaan welke relevante codes samenhang vertonen. Aansluitend werden deze codes die een onderling verband tonen middels axiaal coderen geclusterd onder een overkoepelend thema (Boeije, 2005). Er is middel member check bij de respondent nagegaan of de interpretatie van de gegevens correct was (Bijlage I). Tot slot werd door verbanden en samenhang tussen begrippen te leggen, gezocht naar de essentie van de boodschap in het interview. Dit is het laatste gedeelte van de codering en wordt 'selectief coderen' genoemd (Boeije, 2005). De bevindingen zijn beschreven in de resultaten van het onderzoek. De transcripten zijn te vinden in Bijlage E. En het codeboek is weergegeven in Bijlage F.

2.5 Kwaliteitseisen

De betrouwbaarheid van het kwantitatieve onderzoek is verhoogd aangezien de verschillende observaties door één persoon zijn uitgevoerd. De observaties zijn altijd tijdens de overdracht tussen

de ochtend- en de avonddienst gehouden. Deze vorm van betrouwbaarheid wordt intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid genoemd (De Jong et al., 2016, p. 142). De validiteit van het meetinstrument is verhoogd door de indruk- en inhoudsvaliditeit te testen. Volgens De Jong et al. (2016) wordt er met indrukvaliditeit bedoeld dat het meetinstrument lijkt te meten wat gewenst wordt te meten. En met inhoudsvaliditeit wordt nagegaan of de inhoud van het meetinstrument representatief is voor de werkelijkheid die gemeten wordt. Het meetinstrument is beoordeeld op indruk- en inhoudsvaliditeit, aangezien het observatieformulier is beoordeeld door de opdrachtgever en peergroep. Aan hen is gevraagd of de aspecten van het meetinstrument daadwerkelijk de toepassing van de SBAR-methodiek tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht meten. Zowel de opdrachtgever als de leden van de peergroep waren bekend met de SBAR-methodiek en voeren regelmatig zelf een dienstoverdracht uit.

Middels triangulatie van methode (mixed-method) is er gestreefd om de geloofwaardigheid van het kwalitatieve onderzoek te verhogen. Ook is de geloofwaardigheid van het onderzoek verhoogd door respondenten hun eigen tekstfragmenten te laten lezen met bijbehorende coderingen. Hen is gevraagd om de interpretatie van gegevens te controleren op waarheid en herkenbaarheid. In totaal hebben twee respondent beoordeeld. Daarnaast is saturatie van gegevens bereikt en is de data van het kwalitatieve onderzoek inzichtelijk gemaakt door transcripten en het codeboek in te voegen in de bijlagen van het onderzoek. De consistentie van gegevens is middels peerreview voorafgaand en tijdens het onderzoek verhoogd. Andere onderzoekers uit de peergroep hebben de topiclijst beoordeeld en resultaten van het onderzoek kritisch bestudeerd en feedback gegeven. Tevens is de neutraliteit van het kwalitatieve onderzoek verhoogd middels peerreviews en member checking.

2.6 Ethische verantwoording

De verpleegkundigen zijn een week voorafgaande het onderzoek geïnformeerd over het onderzoek. Indien een verpleegkundige bezwaar had en geen deel uit wenst te maken van het onderzoek, kon dit binnen één week mondeling of per e-mail worden aangeven. Voor de interviews is een e-mail opgesteld en verstuurd naar de respondenten. Deze e-mail bevatte informatie over het doel van de interviews en toelichting dat de interviews opgenomen werden (Bijlage J). Geen enkele verpleegkundige had bezwaar op het participeren binnen het onderzoek. Ook zijn de verpleegkundigen op de hoogte gesteld dat hun anonimiteit in het onderzoek gewaarborgd is. Alle vertrouwelijke informatie en gegevens die de verpleegkundige heeft gegeven ten behoeve van het onderzoek, is niet gebruikt voor andere doeleinden dan het onderzoek.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden zowel de resultaten van de observaties van de verpleegkundige dienstoverdracht als de interviews met de verpleegkundigen beschreven. Allereerst worden de resultaten van de observaties behandeld en daarna de resultaten van de interviews.

3.1 Resultaten observaties

Gedurende de periode van 6 april tot en met 21 april 2019 is de verpleegkundige dienstoverdracht tussen de ochtend- en avonddienst geobserveerd. De observaties vonden plaats op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie van het Amphia Ziekenhuis, locatie Molengracht. De overdracht werd gedaan op de teampost, op de gang en aan bed bij de patiënt. In totaal zijn twaalf verpleegkundigen geobserveerd, onder wie drie trainee-verpleegkundigen en negen verpleegkundigen van het vaste team. Van deze verpleegkundigen heeft ieder gemiddeld drie patiënten overgedragen. Er 39 overdrachten in totaal verricht. Bijlage G geeft weer welke verpleegkundigen geobserveerd zijn, op welke datum en hoeveel patiënten een verpleegkundige heeft overgedragen tijdens de observatie. Daarnaast is weergegeven welke verpleegkundigen deel uit maken van het vaste team en welke trainee zijn.

3.1.2 Resultaten per onderdeel

Situation

De *Situation* (Tabel 2.1) is verdeeld in zeven onderdelen. De onderdelen “geslacht van de patiënt” (1), “naam van de patiënt” (2), “opname-indicatie” (4), “specialisme” (5) en “opnamedatum” (6) werden in meer dan 50% van de overdrachten wel benoemd. Onderdeel “specialisme” (5) is enkel van toepassing indien een patiënt niet voor het chirurgisch specialisme was opgenomen. In een enkele observatie is dit onderdeel van toepassing geweest en is deze wel benoemd. De *Situation* is 58.7% volledig benoemd indien de onderdelen van toepassing waren.

Tabel 2.1

Situation

Onderdeel		Wel benoemd	%	Niet benoemd	%	Wel van toepassing	%	Niet van toepassing	%
Situation	1. Geslacht patiënt	37	94.9%	2	5.1%	39	100%	0	0.0%
	2. Naam patiënt	37	94.9%	2	5.1%	39	100%	0	0.0%
	3. Geboortedatum patiënt	13	33.3%	26	66.7%	39	100%	0	0.0%
	4. Opname indicatie	27	69.2%	12	30.8%	39	100%	0	0.0%
	5. Specialisme	1	100%	0	0.0%	1	2.6%	38	97.4%
	6. Opnamedatum	20	51.3%	19	48.7%	39	100%	0	0.0%
	7. Verwachte ontslagdatum	3	7.7%	36	92.3%	39	100%	0	0.0%
	Totaal	138	58.7%	97	41.3%	235	86.1%	38	13.9%

Background

De *Background* (Tabel 2.2) is verdeeld in vier onderdelen. Alle vier de onderdelen zijn in minder dan 50% benoemd gedurende de observaties. Het onderdeel “behandelbeleid” (8) is tijdens alle 39 overdrachten niet benoemd. Van de 39 overdrachten is in totaal 27.9% *Background* wel benoemd indien de onderdelen van toepassing waren.

Tabel 2.2**Background**

	Onderdeel	Wel benoemd	%	Niet benoemd	%	Wel van toepassing	%	Niet van toepassing	%
Background	8. Behandelbeleid	0	0.0%	39	100%	39	100%	0	0.0%
	9. Medische voorgeschiedenis	9	23.1%	30	76.9%	39	100%	0	0.0%
	10. Beloop opname	17	45.9%	20	54.1%	37	94.9%	2	5.1%
	11. Bijzonderheden ten aanzien van de actieve medicatie	17	43.6%	22	56.4%	39	100%	0	0.0%
	Totaal	43	27.9%	111	72.1%	154	98.7%	2	1.3%

Assessment

De *Assessment* (Tabel 2.3) is verdeeld in elf onderdelen, waarvan onderdeel “stoma’s” (19) in alle 39 overdrachten niet van toepassing is geweest. De onderdelen “actuele problemen” (12), “beoordeling van de patiënt” (13), “EWS >4 besproken” (14), “lijnen” (16), “drains” (17) en “wondbeleid” (21) werden meer dan 50% wel benoemd. Het onderdeel “EWS >4 besproken” was een enkele keer van toepassing geweest en wel benoemd. Daarnaast is het onderdeel “drains” drie van de 39 keer wel van toepassing geweest en wel benoemd. In totaal is 61.9% van de *Assessment* volledig benoemd indien de onderdelen van toepassing waren.

Tabel 2.3**Assessment**

	Onderdeel	Wel benoemd	%	Niet benoemd	%	Wel van toepassing	%	Niet van toepassing	%
Assessment	12. Actuele problemen	35	89.7%	4	10.3%	39	100%	0	0.0%
	13. Beoordeling van de patiënt	35	89.7%	4	10.3%	39	100%	0	0.0%
	14. EWS >4 besproken	1	100%	0	0.0%	1	2.6%	38	97.4%
	15. Vitale functies besproken	12	30.8%	27	69.2%	39	100%	0	0.0%
	16. Lijnen	24	66.7%	12	33.3%	36	92.3%	3	7.7%
	17. Drains	3	100%	0	0.0%	3	7.7%	36	92.3%
	18. Zuurstof toediening	3	33.3%	6	66.7%	9	23.1%	30	76.9%
	19. Stoma's	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	39	100%
	20. Wonden	17	48.6%	18	51.4%	35	89.7%	4	10.3%
	21. Wondbeleid	18	51.4%	17	48.6%	35	10.3%	4	89.7%
	22. Dieetorders	3	37.5%	5	62.5%	8	20.5%	31	79.5%
	Totaal	151	61.9%	93	38.1%	244	56.9%	185	43.1%

Recommendation

De *Recommendation* (Tabel 2.4) is verdeeld in drie onderdelen. De onderdelen “gemaakte afspraken” (24) en “vrijheid beperkende interventies” (25) zijn in meer dan 50% van de overdrachtmomenten benoemd indien deze onderdelen van toepassing waren. In totaal is 47.1% van de *Recommendation* volledig uitgevoerd gedurende de verpleegkundige dienstoverdracht.

Tabel 2.4*Recommendation*

	Onderdeel	Wel benoemd	%	Niet benoemd	%	Wel van toepassing	%	Niet van toepassing	%
Recommendation	23. Concrete opdrachten voor ontvangende verpleegkundige	16	41.0%	23	59.0%	39	100%	0	0.0%
	24. Gemaakte afspraken	20	51.3%	19	48.7%	39	100%	0	0.0%
	25. Vrijheid beperkende interventies	5	55.6%	4	44.4%	9	23.1%	30	76.9%
	Totaal	41	47.1%	46	52.9%	87	74.4%	30	25.6%

Op basis van de verwerking van de resultaten zijn de onderdelen binnen de SBAR-methodiek gemiddeld 51.8% volledig benoemd. De *Assessment* is gemiddeld gezien het meest volledig uitgevoerd (61.9%), vervolgens de *Situation* (58.7%), daarna de *Recommendation* (47.1%) en tot slot de *Background* (27.9%). In Tabel 3 is samenvattend in percentages weergegeven in hoeverre de SBAR-methodiek is toegepast tijdens de observaties.

Tabel 3*Toepassing SBAR-methodiek*

SBAR	Wel benoemd	Niet benoemd	Wel van toepassing	Niet van toepassing
Situation	58.7%	41.3%	86.1%	13.9%
Background	27.9%	72.1%	98.7%	1.3%
Assessment	61.9%	38.1%	56.9%	43.1%
Recommendation	47.1%	52.9%	74.4%	25.6%
Totaal	51.8%	48.2%	73.9%	26.1%

3.1.2 Structuur SBAR-methodiek

De momenten waarop de verpleegkundigen gedurende de overdracht onderdelen van de SBAR-methodiek hebben benoemd is bijgehouden op het observatieformulier. Dit is gedaan door in het vakje “wel benoemd” cijfers te noteren. Deze cijfers representeren het moment waarop de verpleegkundige een onderdeel heeft benoemd. In bijlage H zijn alle resultaten van de observatieformulieren weergegeven. Kijkende naar de resultaten van al de observaties worden in 94.1% van de overdrachten de eerste twee onderdelen op de juiste momenten structureel benoemd. De eerste drie onderdelen worden in 33.3% van de overdrachten op het juiste moment structureel benoemd. In 25.6% van de overdrachten worden de eerste vier onderdelen op de juiste momenten structureel benoemd. En in 20.5% van de overdrachten zijn de eerste vijf onderdelen structureel juist benoemd. In de observaties waarbij de eerste vijf onderdelen structureel juist benoemd zijn, is het onderdeel “specialisme” (5) overgeslagen aangezien deze niet van toepassing was. Dus bij deze observaties is het onderdeel “opnamedatum” (6) het vijfde onderdeel geworden. In totaal zijn er vijf onderdelen structureel juist doorlopen. De overige onderdelen zijn willekeurig op andere momenten of niet benoemd.

3.2 Resultaten interviews

Gedurende de periode van 29 april tot en met 3 mei 2019 hebben zeven verpleegkundigen die zijn geobserveerd in het kwantitatieve onderzoek (hierna te noemen “respondenten”) middels een interview hun meningen en ervaringen gedeeld. De interviews zijn afgenomen in een aparte ruimte aan de hand van een topiclijst. De topics zijn opgesteld om antwoord te kunnen krijgen op de vragen: “Wat zijn volgens de verpleegkundigen de achterliggende factoren waardoor de SBAR-methodiek niet volledig wordt toegepast tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht?” en “wat is er volgens de

verpleegkundigen nodig om de SBAR-methodiek te bevorderen tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht?”. Het antwoord op de eerste vraag zal het eerste deel van de hoofdvraag onderbouwen en de tweede vraag geeft antwoord op het tweede gedeelte van de hoofdvraag. In de bijlagen (Bijlage F) is het codeboek weergegeven. Dit codeboek is het resultaat van de analyse van de transcripten (Bijlage E) van de interviews. Tijdens één interview is er een interruptie geweest (Bijlage E, transcript 5). Dit was volgens de respondent niet negatief van invloed op het interview.

3.2.1 Achterliggende factoren

Alle respondenten benoemden meerdere achterliggende factoren waarom zij de SBAR-methodiek niet volledig toepassen of waarom het naar hun mening door andere verpleegkundigen op de afdeling niet wordt toegepast tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht. Door de antwoorden van de respondenten met elkaar te vergelijken en overeenkomsten te zoeken in de tekstfragmenten van de respondenten, zijn er zes primaire factoren opgesteld die ervoor zorgen dat de verpleegkundigen de SBAR-methodiek niet volledig toepassen: patiëntenpopulatie, dienstindeling, gebrek animo, kennistekort, privacy en gebrekkig beleid. Deze primaire factoren worden op deze en de volgende twee pagina's toegelicht en ondersteund met tekstfragmenten uit de interviews.

Dienstindeling

De huidige dienstindeling werd volgens het merendeel van de respondenten gezien als belangrijkste factor waarom de SBAR-methodiek momenteel niet volledig wordt toegepast tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht. De dienstindeling bestaat uit de huidige situatie van gebruiken en gewoonten rondom het overdragen ten gevolge van hoe de dienst is ingedeeld. Deze dienstindeling houdt in dat de inkomende verpleegkundigen beginnen met het lezen van de patiëntendossiers als zij op de afdeling komen en starten met de dienst. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat er totaal geen overdracht of een onvolledige overdracht wordt gegeven als de inkomende verpleegkundige klaar is met het lezen van de patiëntendossiers, aldus respondent twee:

“Ja in principe is het de bedoeling dat we dan volledig overdragen. Uhm.. maar dat gebeurt niet altijd omdat we altijd best wel lang inlezen ... ik draag dan ook alleen maar de bijzonderheden over.”

Het geven van een overdracht aan een inkomende verpleegkundige wordt door respondenten als dubbelop of onnodig beschouwd wanneer er al is ingelezen. Volgens een aantal respondenten geven de inkomende verpleegkundigen vaak aan dat zij geen overdracht nodig hebben als zij zich volledig hebben ingelezen. Indien de inkomende verpleegkundige de patiëntendossiers heeft ingelezen worden alleen bijzonderheden overdragen of wordt er geen overdracht gegeven. Eén respondent gaf aan dat de onderdelen in de *Assessment* de dingen zijn die relevant zijn om tijdens een overdracht te bespreken. Dit zijn namelijk de ontwikkelingen van die dag of de meest actuele beoordeling van de patiënt. Het volgende voorbeeld werd door respondent zes gekenschetst:

“Het behandelbeleid, medische voorgeschiedenis. Ja. Kijk dan kom je ook weer terug op waarom dat minder benoemd is.. Is omdat mensen zich daar op hebben ingelezen, waardoor wij het weer niet gaan zeggen zeg maar.”

Ook blijkt dat de huidige dienstindeling ervoor zorgt dat er te weinig tijd is voor een volledige overdracht. Eén respondent gaf aan dat de huidige dienstindeling een werkafpraak is. Geen van de andere respondenten heeft tijdens het interview deze afdelingsregel opgemerkt of ernaar verwezen als oorzaak of achterliggende factor om de SBAR-methodiek niet volledig toe te passen gedurende de verpleegkundige dienstoverdracht.

Patiëntenpopulatie

Meerdere respondenten gaven aan dat zij de SBAR-methodiek niet toepassen als de inkomende verpleegkundige bekend is met de patiënt. De respondenten gaven verschillende redenen waarom de patiënt bekend kan zijn bij de inkomende verpleegkundige. Er zijn veel patiënten die lang op de afdeling liggen. Daarnaast zijn er veel verpleegkundigen die veel op de afdeling werken. Dit samen maakt dat de verpleegkundigen de patiënten veel zien en hierdoor bekend zijn met de patiënten. Aan deze verpleegkundigen worden dan alleen bijzonderheden overgedragen, de *Background* wordt niet benoemd of er wordt geen overdracht gegeven. Respondent twee gaf het volgende voorbeeld:

“Als iemand hier vaak werkt, veel dagen werkt en ze kennen de patiënten. Dan ga ik niet weer helemaal vertellen “oh, femurfractuur dit en dat”, dat sla ik dan weer over. Dus dan ga je echt alleen naar weer toch weer bijzonderheden denk ik.”

Een andere reden waarom een verpleegkundige bekend kan zijn met de patiënt is omdat een patiënt medisch klaar is en ligt te wachten op een vervolgplekje. Eén respondent gaf aan dat zij zich bezwaard voelt om een volledige overdracht te geven aan een verpleegkundige die bekend is met de patiënten, aldus respondent drie:

“Ik vind het gewoon lastig om dan gewoon weer opnieuw alles te gaan vertellen. Als ik weet dat een medewerker de patiënt gewoon kent. Ja, dat vind ik lastig. Dat ik me vaak dan als een uh, last zie ofzo ... Dat vind ik vaak veel te. Uh, hoe zeg je dat. Ja dat doe ik gewoon liever niet eigenlijk.”

Gebrek animo

Ook benoemde een klein aantal respondenten dat de SBAR-methodiek niet van toepassing is tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht. Zij vinden de SBAR-methodiek voornamelijk van toepassing bij contact met een arts tijdens een acute situatie. Andere respondenten herkennen het gebrek aan animo bij collega verpleegkundigen. De “afdelingscultuur” werd één keer als reden benoemd waarom niemand de SBAR-methodiek volledig toepast. Hiermee wordt bedoeld dat als niemand het toepast het ook niet wordt gedaan. Daarnaast wordt door één respondent aangegeven dat de SBAR-methodiek niet wordt toegepast omdat zij zich bezwaard voelt als de uitgaande verpleegkundige al bekend is met de patiënten. Respondent zeven gaf een toelichting op de afdelingscultuur:

“Uhm ja, een beetje afdelingscultuur ... Want we zijn allemaal in principe van die schapjes die elkaar volgen. Want hè, dat zie je wel.”

Respondenten die nieuw zijn op de afdeling gaven aan zich aan te passen aan de gebruiken en gewoonten op de afdeling. Zij staan wel open voor de toepassing van de SBAR-methodiek. Maar omdat de SBAR-methodiek niet wordt toegepast door collega verpleegkundigen op de afdeling tijdens de dienstoverdracht, passen zij het ook niet toe.

Kennistekort

Meerdere respondenten gaf aan dat zij te weinig kennis hebben over de SBAR-methodiek, waardoor zij ook niet goed weten hoe deze toegepast moet worden. Daarnaast suggereren enkelen dat de collega verpleegkundigen onvoldoende kennis hebben over deze methodiek. Zij geven aan dat het hierdoor mogelijk niet toegepast wordt. Respondent vier benoemde hierbij het volgende:

“Het wordt gewoon niet gebruikt op deze afdeling. De helft weet nog niet eens wat het is. En ik zou zeggen, ik wist zelf ook niet dat dat onder Assessment viel.”

Privacy

Een aantal respondenten gaf aan dat zij zich beperkt voelen tot het uitvoeren van de SBAR-methodiek als zij dit op een meerpersoons kamer moeten doen. Zij geven aan dat zij regelmatig aan bed van de patiënten overdragen, maar dat zij hierin momenteel geremd worden aangezien de afdeling momenteel meerdere meerpersoons kamers heeft. Respondent zes gaf het volgende aan:

“Maar ik vind het lastig om dat op een meerdere persoons kamer te doen ... Wilt die patiënt dat wel?”

Gebrekkig beleid

Eén respondent gaf aan dat er momenteel geen eenduidig beleid is omtrent het overdragen via de SBAR-methodiek. Hiermee werd aangegeven dat door het gebrek aan beleid ook de SBAR-methodiek niet wordt toegepast. Respondent vier benoemde het volgende:

“Maar er zit totaal geen structuur in, op dit moment. ... volgens mij is er gewoon geen eenduidig beleid over hoe we overdragen, dat is er niet ... Er is geen eenduidig beleid.”

3.2.2 Wat is er nodig om de SBAR-methodiek te bevorderen?

Alle respondenten gaven meerdere antwoorden op wat zij nodig hebben om de toepassing van de SBAR-methodiek tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht te bevorderen. Na de analyse van de relevante tekstfragmenten zijn de volgende drie hoofdthema's tot stand gekomen om de toepassing van de SBAR-methodiek te kunnen bevorderen: vaste afspraken, kennis en hulpmiddelen. Deze hoofdthema's worden op deze en de volgende pagina toegelicht en ondersteund met tekstfragmenten uit de interviews.

Vaste afspraken

Het merendeel van de respondenten gaf aan voornamelijk vaste afspraken nodig te hebben om de toepassing van de SBAR-methodiek te kunnen bevorderen tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht. Zij geven hierbij aan dat het noodzakelijk is dat het team achter deze afspraken staat en dat iedereen zich aan deze afspraken moet houden. Onderstaande citaat is gegeven door respondent zeven:

“Ja vaste richtlijnen. Dat we er ook allemaal aan houden. Want nu doet iedereen een beetje zijn ding.”

Bij het maken van deze afspraken zal er gekeken moeten worden gekeken naar de inhoud van SBAR-methodiek. Een aantal respondenten gaf namelijk aan niet alle onderdelen van de SBAR-methodiek van toepassing zijn bij patiënten die bekend zijn bij de verpleegkundigen. Volgens een aantal respondenten biedt het maken van de afspraken een verandering in de afdelingscultuur, waardoor iedere verpleegkundige op dezelfde manier moet overdragen. Hier is behoefte aan, aangezien momenteel niet alle verpleegkundigen openstaan voor een SBAR-methodiek. Een aantal respondenten geeft aan dat als er afgesproken wordt dat er overgedragen moet worden via de SBAR-methodiek, dit ook vanzelf wordt gedaan. Hierop gaf respondent vier het volgende aan.

“Het is gewoon een cultuur op een afdeling die dan veranderd moet worden en dat er een afspraak komt, iedereen draagt over volgens de SBAR punt, weet je wel.”

Eén keer wordt er aangegeven dat de respondent de SBAR-methodiek beter zal toepassen als er alleen eenpersoons kamers zijn. Dit in verband met de privacy van de patiënten.

Kennis

Een klein deel van de respondenten benoemde behoeften te hebben aan extra kennis over de SBAR-methodiek. Hierbij gaven zij aan dat zij ook een rolmodel nodig hebben die een voorbeeldfunctie neemt in het uitvoeren van de SBAR-methodiek tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht en waarbij verpleegkundigen terecht kunnen met vragen over de toepassing van de SBAR-methodiek. Respondent drie gaf de volgende toelichting:

“Extra voorlichting, denk ik ook wel dat dat handig is. ... Iemand binnen de afdeling als aanspreekpunt, waarbij je ook terecht kan voor vragen bijvoorbeeld.”

Hulpmiddelen

Enkele respondenten geven aan dat zij hulpmiddelen nodig hebben om de toepassing van de SBAR-methodiek te kunnen bevorderen. Dit zijn volgens de respondenten zakkaartjes, een aftekenlijst of een computer. Als voorbeeld gaf respondent zeven onderstaande aan:

“Even heel kort van uh, wat wil je benoemen. En dat is desnoods dat je iets doet wat je kan afvinken. Dat je dat kan hebben. Op de afdeling.”

4 Discussie

In dit hoofdstuk wordt een kritische reflectie op het onderzoeksverslag gegeven. Sterke en zwakke punten betreffende de voorbereiding van het onderzoek, de uitvoering en uitwerking ervan worden beschreven.

4.1 Methode

Voor zowel de observaties als de interviews is er een selecte steekproef gebruikt. Dit is gedaan door te kijken wanneer de verpleegkundigen ingeroosterd waren in de periode waarin de observaties en interviews zijn uitgevoerd. Deze vorm van steekproef kan mogelijk bias veroorzaken hebben betreffende de externe validiteit van het kwantitatieve onderzoek. De generaliseerbaarheid van het kwalitatieve onderzoek is beperkt aangezien niet alle verpleegkundigen zijn geïnterviewd die zijn geobserveerd. Daarnaast hebben slechts drie respondent member check uitgevoerd. Waarvan twee respondenten per e-mail een reactie hebben gegeven en de andere mondeling heeft aangegeven dat het goed was. Ten gevolge van het beperkte aantal member checks kan de geloofwaardigheid van het kwalitatieve onderzoek negatief beïnvloed zijn. Wel is er datasaturatie tijdens de interviews opgetreden wat de geloofwaardigheid van gegevens verhoogd. Er is zijn in totaal twaalf verpleegkundigen geobserveerd, aangezien in de periode waarin de observaties plaatsvonden geen andere verpleegkundigen werkzaam waren. De keuze voor het aantal interviews is bepaald tot datasaturatie was bereikt. In totaal waren dit zeven interviews. Tot slot zijn alle respondenten binnen beide onderzoeken homogeen met de kenmerken van de onderzoekspopulatie. De kracht van deze onderzoekszet is de combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Door de resultaten van de interviews is het mogelijk om een onderbouwing te geven op waarom de SBAR-methodiek momenteel niet volledig wordt toegepast. Dit is van belang aangezien er op deze manier gerichte aanbevelingen gedaan kunnen worden naar de afdeling om de SBAR-methodiek te bevorderen. Naast dat de verpleegkundigen gericht konden aangeven wat zij nodig hebben, kan de SBAR-methodiek eventueel worden bevorderd als de achterliggende factoren worden gereduceerd.

4.1.2 Meetinstrument

Observatieformulier

De onderdelen van de SBAR-methodiek die zijn weergegeven in het protocol *SBARR procedure in Amphia* en het formulier *SBARR overdracht intern* in het elektronisch patiëntendossier (EPD) zijn samengevoegd. De keuze voor het samenvoegen van deze twee SBAR-methodieken is gebaseerd op het feit dat de weergave van de SBAR-methodiek in het EPD weergegeven niet volledig is. Onderdelen die ontbraken waren: geslacht, naam, geboortedatum en behandelbeleid. Deze onderdelen worden wel weergegeven in de SBAR-methodiek in de het protocol *SBARR procedure in Amphia*. Onderdelen die zijn toegevoegd zijn echter wel op hetzelfde scherm weergegeven in het EPD, maar niet in de weergave van de SBAR-methodiek. Hierdoor kan een verpleegkundige wel de inhoud van de onderdelen inzien en benoemen, maar ontbreken deze in de structuur van de SBAR-methodiek. Daarnaast is de weergave van de onderdelen van de SBAR-methodiek in het EPD niet volledig gestructureerd en is in overleg met de opdrachtgever hier een eigen structuur in aangebracht op het observatieformulier. Aangezien het meetinstrument niet volledig overeenkomt met het formulier in het elektronisch patiëntendossier (EPD), waar verpleegkundigen protocollair gezien via over moeten dragen, is de constructvaliditeit van het meetinstrument niet volledig gegarandeerd. Het uiteindelijke observatieformulier is vergeleken met verschillende weergaven van de SBAR-methodiek uit de literatuur en is goedgekeurd door de opdrachtgever (Stewart, & Hand, 2017; Wang, Liang, Blazeck, & Greene, 2015; VMSzorg, 2009). Een probleem bij de vergelijking van het observatieformulier met de SBAR-methodiek uit de literatuur is dat de onderdelen en de structuur binnen SBAR-methodiek nooit op dezelfde manier is vormgegeven. In eerste instantie was het dan ook de bedoeling om het observatieformulier te vergelijken met die van VMSzorg (VMSzorg, 2009). Echter bleek deze SBAR-

methodiek bij nader inzien opgesteld te zijn voor contact met een arts of andere discipline en niet voor de verpleegkundige dienstoverdracht. Uiteindelijk is het observatieformulier vergeleken met de SBAR-methodiek zoals deze is weergegeven in het protocol *SBARR procedure in AMPHIA*.

Topiclijst

De topiclijst bevat een aantal topics die niet volledig in relatie staan met de onderzoeksvraag. Er werd namelijk verondersteld dat de informatie die gegeven zou worden tijdens de interviews op de gestelde topics wel indirect relevante informatie zouden opleveren voor het onderzoek. Dit was echter niet het geval. Irrelevante topics zijn: belang vanuit de literatuur, mening over gestandaardiseerde overdrachtsmethodiek en reactie op de resultaten. Achteraf gezien was een gestructureerd interview of een vragenlijst mogelijk afdoende geweest om de vragen van het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek te beantwoorden. Hiermee had de tijd efficiënter ingedeeld en benut kunnen worden.

4.2 Uitvoering onderzoek

Observaties

De overdrachten vonden plaats op verschillende plekken, namelijk het kantoor, de gang en op de kamer van de patiënt. De overdrachten gingen vaak erg snel, waardoor in een hoog tempo aantekeningen gemaakt moesten worden. Door deze tijdsdruk kunnen er mogelijk onderdelen vergeten zijn of verkeerd genoteerd. Hierdoor is de interne validiteit niet volledig gegarandeerd. Er is geprobeerd dit probleem zo veel mogelijk te ondervangen door na de observaties de gegevens te controleren in het EPD van de betreffende patiënt. Naarmate er meer observaties werden gedaan ontstond er meer handigheid in het invullen van de observatieformulieren. Een trainingsperiode voor het bijhouden van het observatieformulier is wenselijk voor een eventueel vervolg onderzoek.

Interviews

Tijdens meerdere interviews is diep ingegaan op de huidige situatie van overdragen, waarom dit zo gedaan wordt en wat de respondent ervan vindt. Hoewel hier irrelevante informatie uit is voortgekomen, is een deel van de informatie wel bruikbaar geweest voor het onderzoek. Dit was mogelijk niet benoemd wanneer minder uitgebreid was stil gestaan bij deze topics. De relevante topics zijn gedurende alle interviews aan bod gekomen. Vervolgens werd datasaturatie voor de relevante topics na zeven interviews bereikt.

4.3 Resultaten

De resultaten van de observaties zijn weergegeven in tabellen om een transparante weergave te kunnen geven van de uitkomsten van de observaties. Het is hierbij van belang om te weten of een onderdeel wel of niet van toepassing was, en of deze dan wel of niet benoemd is geweest. Dit is in overleg met de opdrachtgever als belangrijk beschouwd, aangezien dit een realistischere weergave van de toepassing van de SBAR-methodiek geeft als alleen wordt gekeken naar de onderdelen die wel van toepassing waren tijdens de overdracht. Op basis van deze gegevens kan worden gesteld dat de onderdelen van de SBAR-methodiek niet volledig zijn benoemd tijdens de observaties. In totaal is 51.8% van de onderdelen binnen de SBAR-methodiek volledig benoemd. De *Assessment* is het meest volledig benoemd (61.9%). Dit komt volgens één respondent omdat de *Assessment* de belangrijkste informatie bevat over de huidige situatie van een patiënt. Dit wordt geïnterpreteerd als de bijzonderheden die overgedragen worden. Wanneer verpleegkundigen patiënten kennen wordt informatie die niet veranderd in de loop van de tijd, zoals de medische voorgeschiedenis, niet benoemd (Birmingham, Buffum, Blegen, & Lyndon, 2014). Uit de resultaten van de observaties blijkt dan ook dat de medische voorgeschiedenis nooit benoemd wordt. De medische voorgeschiedenis is onderdeel van de *Background*. Dit onderdeel is 27.9% volledig benoemd. De *Situation* is de introductie van de patiënt en is 58.7% volledig benoemd. Dit is een opvallende discrepantie aangezien dit onderdeel voornamelijk informatie behandelt die ook onveranderd blijft. Klaarblijkelijk is de identificatie van een patiënt wel belangrijk voor de verpleegkundigen tijdens een verpleegkundige

dienstoverdracht. De *Recommendation* is 47.1% volledig benoemd. Ook dit is opvallend aangezien in dit onderdeel vrijwel geen informatie behandeld wordt die al bekend kan zijn bij de inkomende verpleegkundige. Hier worden namelijk concrete opdrachten gegeven of de gemaakt afspraken van die dag besproken.

Bovendien is de structuur van de SBAR-methodiek nooit volledig aangehouden. In slechts 20.5% van de geobserveerde overdrachten werden de eerste vijf onderdelen structureel op het juiste moment benoemd. Waarom de structuur niet wordt aangehouden wordt door de resultaten van de interviews onderbouwd. Respondenten geven bijvoorbeeld aan dat zij alleen bijzonderheden overdragen, de Background niet benoemen of niet overdragen. Impliciet geven de respondenten hiermee aan dat niemand dezelfde structuur aanhoudt. Daarnaast wordt de essentie van de SBAR-methodiek gemist als de structuur niet wordt aangehouden. De opzet van de SBAR-methodiek zorgt er namelijk voor dat de overdrachten eenduidig zijn en geen informatie gemist kan worden. Het aanhouden van een eenduidige structuur tijdens alle overdrachten reduceert potentieel vermijdbare schade aan de patiënt (Shahid & Thomas, 2018; The Joint Commission, 2017). Het verminderen van potentiële schade ten gevolgen van gebreken in de communicatie is tenslotte het doel van de implementatie van de SBAR-methodiek in het beleid van het Amphia ziekenhuis.

Respondenten benoemen verschillende factoren waarom de SBAR-methodiek momenteel niet of onvolledig wordt toegepast gedurende de verpleegkundige dienstoverdracht. Dit zijn de huidige dienstindeling, patiëntenpopulatie, animo en de factoren kennis, privacy en beleid. Voornamelijk de huidige dienstindeling en de patiëntenpopulatie op de afdeling worden vaak benoemd als achterliggende factoren. Het is mogelijk dat de factoren patiëntenpopulatie, dienstindeling en animo onderling met elkaar in verband staan. Het inlezen van patiëntendossiers en de patiëntenpopulatie resulteren samen in het feit dat verpleegkundigen voldoende informatie hebben over een patiënt waardoor er, volgens de respondenten, geen behoefte meer is aan een volledige overdracht of dat er niet overgedragen wordt. Indien een verpleegkundige de patiënten kent wordt er minder overgedragen, dit wordt ook in het onderzoek van Giske, Melås en Einarsen (2018) beschreven. Volgens één respondent worden de relevante onderdelen voor een overdracht behandeld in de *Assessment*. Birmingham, Buffum, Blegen en Lyndon (2014) constateren ditzelfde fenomeen in hun onderzoek. Zij geven ook aan dat de medische voorgeschiedenis al bekend is bij de verpleegkundige als zij al vaker voor de patiënt heeft gezorgd. Ook wordt er door een aantal respondenten aangegeven dat de huidige dienstindeling ervoor zorgt dat er te weinig tijd is om een volledige overdracht te kunnen geven. Uit de literatuur blijkt dat er voldoende tijd moet zijn om een volledige overdracht te kunnen geven (Groenhuis & Nieweg, 2013c). Opvallend is dat een overdracht via de SBAR-methodiek volgens Müller et al. (2018) minder tijd in beslag neemt.

De SBAR-methodiek behandelt onderdelen die de verpleegkundigen kunnen lezen in het patiëntendossier of waar de verpleegkundige al van op de hoogte is na het werken van andere diensten. Dit is volgens The Joint Commission (TJC) een probleem als het gaat om de overdrachtscommunicatie tussen zorgprofessionals. Er kunnen namelijk verkeerde onderlinge verwachtingen zijn in wat er overgedragen moet worden en wat er al bekend is bij de inkomende verpleegkundige (The Joint Commission, 2017). Mogelijk dat de uitgaande verpleegkundige essentiële informatie vergeten is te documenteren en deze informatie dus niet overgedragen wordt als er veracht wordt dat dit is ingelezen. Dit kan resulteren in het niet overdragen van essentiële informatie en hiermee kunnen potentiële bedreigingen voor de patiëntveiligheid ontstaan.

Een aantal respondenten geeft aan niet zeker te weten of de SBAR-methodiek van toepassing is voor de verpleegkundige dienstoverdracht en dat er nagegaan moet worden welke onderdelen wel of niet van toepassing zijn. Dit zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat de verpleegkundigen de patiënten al kennen door de huidige patiënten populatie of na het inlezen van de patiëntendossiers. In de

literatuur is te vinden dat mondelinge verpleegkundige overdrachten van belang zijn maar dat de inhoud afgestemd moet worden op de behoeften van een team (Groenhuis & Nieweg, 2013a; Staggers & Blaz, 2012). Het is mogelijk dat dit ook voor de inhoud van de SBAR-methodiek van toepassing is. Dit is echter niet terug te vinden in de literatuur. Het kan zijn dat de afdelingsregel de oorzaak is van de huidige dienstindeling. Dit is echter in slechts één interview als factor aangegeven. De overige respondenten gaven andere factoren aan als aanleiding waarom zij de SBAR-methodiek niet volledig toepassen. Hoe dan ook, de SBAR-methodiek wordt momenteel niet of niet volledig toegepast en dit is een beperking voor veel verpleegkundigen. Er werd namelijk tijdens de interviews duidelijk dat iedereen het op een eigen manier doet en daardoor niemand de SBAR-methodiek gebruikt. Dit zorgt er mogelijk voor dat de collega's elkaar ook onderling niet motiveren om de SBAR-methodiek toe te passen. Het feit dat verpleegkundigen zich bezwaard voelen om over te dragen via de SBAR-methodiek als de inkomende verpleegkundige bekend is met de patiënt, zegt mogelijk iets over de afdelingscultuur of de aanspreekcultuur op de afdeling. De factoren privacy, kennis tekort en het gebrek aan een eenduidig beleid zijn beperkt benoemd. Deze factoren zijn wel meegenomen aangezien zij overeenkomen met de onderwerpen die respondenten aangeven om de toepassing van de SBAR-methodiek te kunnen bevorderen.

Bevorderen SBAR-methodiek

Om de toepassing van de SBAR-methodiek te bevorderen geven de verpleegkundigen een aantal mogelijke oplossingen. Ten eerste geven zij aan dat zij vaste afspraken nodig hebben. Hierbij wordt aangegeven dat het belangrijk is dat het team achter het besluit staat van deze afspraken en dat iedereen zich aan deze afspraken moet houden. Deze afspraken moeten gaan over de inhoud van de SBAR-methodiek. Blijkbaar zijn niet alle onderdelen van toepassing voor alle patiënten. Daarnaast geven respondenten aan dat als er afgesproken wordt dat de SBAR-methodiek toegepast moet worden, dat zij het vanzelf gaan doen. Shahid en Thomas (2018) benoemen in hun onderzoek dat de implementatie van een gestructureerd communicatiehulpmiddel een cultuuromslag vereist. Alle zorgprofessionals moeten bereid zijn om een gestructureerde overdrachtsmethodiek toe te passen en om dit vol te blijven houden. Ook achten zij het noodzakelijk dat personeel getraind wordt in het toepassen van een gestructureerde overdrachtsmethodiek. Opvallend is dat het gebrek aan vaste afspraken of een eenduidig beleid slechts één keer wordt benoemd als achterliggende factor. Deze contradictie is wellicht ontstaan doordat de respondenten voornamelijk een omschrijving gaven van de huidige manier van overdragen waardoor meer praktische factoren werden aangegeven. De behoefte aan vaste afspraken of een vast beleid ligt in de lijn der verwachtingen. Het protocol voor de verpleegkundige dienstoverdracht schiet namelijk te kort. De uitleg of toelichting over hoe een verpleegkundige moet overdragen is enigszins summier. Daarnaast wordt er niet direct aangegeven dat de verpleegkundigen via de SBAR-methodiek moeten overdragen.

Ten tweede geven respondenten aan dat extra kennis nodig is. Het belang van training volgens Shahid en Thomas (2018) voor het toepassen van een gestructureerde overdrachtsmethodiek, sluit aan bij de behoefte aan extra kennis wat een klein aantal respondenten benoemde tijdens de interviews. Een aantal respondenten gaf namelijk aan dat zij zelf niet volledig op de hoogte waren van de inhoud of dat zij constateerde dat collega verpleegkundigen onvoldoende kennis hebben.

Ten derde geven de respondenten aan dat zij behoefte hebben aan hulpmiddel. De behoefte aan hulpmiddelen is merkwaardig aangezien deze wel aanwezig zijn op de afdeling. Naast dat er een weergave van de SBAR-methodiek is geïmplementeerd in het EPD, hangen er ook zakkaartjes aan de computers met daarop een weergave van de SBAR-methodiek. Echter komen deze hulpmiddelen niet met elkaar overeen en is de SBAR-methodiek in het EPD onoverzichtelijk en onvolledig. Het gebrek aan eenduidigheid van hulpmiddelen biedt perspectief voor verbetering of een vervolgonderzoek. Het gebrek aan eenduidigheid zou een oorzaak kunnen zijn dat verpleegkundigen de hulpmiddelen niet gebruiken.

Samenvatting

Samenvattend kan worden gesteld dat de SBAR-methodiek momenteel niet volledig wordt toegepast gedurende verpleegkundige dienstoverdracht. In geen enkele observatie werden namelijk alle onderdelen benoemd en daarnaast werd de structuur van de SBAR-methodiek niet volledig doorlopen. Dat de SBAR-methodiek niet volledig wordt doorlopen heeft volgens de respondenten verschillende factoren. De huidige patiëntpopulatie en de dienstindeling zijn de twee belangrijkste beperkingen. Verpleegkundigen zijn vaak al voldoende op de hoogte van een patiënt waardoor er geen behoefte meer is aan een volledige overdracht. Vervolgens wordt er voornamelijk gefocust op het overdragen van prioriteiten en relevante informatie. Daarnaast worden factoren kennistekort, privacy en een gebrekkig beleid als belemmerend ervaren om de SBAR-methodiek toe te passen.

Om de toepassing van de SBAR-methodiek te bevorderen moeten er vaste afspraken komen en is het hierbij van belang dat het team gezamenlijk achter dit besluit staat. Ook moeten er eenduidige hulpmiddelen komen en hebben de verpleegkundigen behoefte aan extra kennis over de toepassing van de SBAR-methodiek.

4.4 Data-analyse

Observaties

De beschrijving van de aangehouden structuur is eenvoudig beschreven in de resultaten, aangezien het als lastig werd ervaren om hier een duidelijke weergave van te kunnen geven. Aangezien er 39 overdrachten hebben plaatsgevonden en de onderdelen variërend van toepassing waren, was het niet eenvoudig om een eenduidige weergave te maken voor de aangehouden volgorde van de onderdelen. Dit probleem is ondervangen door te verwijzen naar de bijlagen. De verwerking van de resultaten van de observaties is met Excel gedaan. Hier is voor gekozen aangezien de nominale gegevens geen uitgebreide statistische analyse behoeven.

Het was de vraag of de SBAR-methodiek “niet volledig” toegepast kan worden. De SBAR-methodiek kent namelijk een structuur die doorlopen moet worden met daarin onderdelen die benoemd moeten worden, zodat alle informatie consequent en structureel overgedragen wordt. In dit onderzoek wordt gesproken over het “niet volledig” toepassen van de SBAR-methodiek. Maar het “niet volledig” toepassing van de SBAR-methodiek staat vrijwel gelijk aan het “niet toepassen” van de SBAR-methodiek. Aangezien juist het structureel doorlopen en het benoemen van alle onderdelen van de SBAR-methodiek ervoor zorgt dat een overdracht structureel is en niets kan worden vergeten. In de literatuur is echter niet terug te vinden wat de voorwaarden zijn voor het doorlopen van een SBAR-methodiek. Er is gekozen voor “niet volledig” aangezien dit meer antwoord geeft op de hoofdvraag. Door het te omschrijven als “niet volledig” is er ruimte om na te gaan wat er dan wel benoemd wordt en hoe dit wordt gedaan.

Interviews

Doordat er veel tijd gestoken is in de vragen die niet relevant zijn voor de onderzoeksvraag, zijn de interviews en de transcripten behoorlijk uitgebreid. Het coderen van de tekstfragmenten is deels deductief van aard, aangezien er doelgericht werd gezocht naar achterliggende factoren en acties om de toepassing van de SBAR-methodiek te kunnen bevorderen. Er moet worden toegelicht dat tijdens de interviews veelal werd gesproken over “de overdracht” en niet direct over het toepassen van de SBAR-methodiek gedurende de verpleegkundige dienstoverdracht van de ochtend- naar de avonddienst. Indien een respondent aangaf dat een overdracht onvolledig of niet was gedaan, werd dit geïnterpreteerd als het niet volledig of niet toepassen van de SBAR-methodiek. Hier is voor gekozen aangezien er aangenomen werd dat een onvolledige overdracht gelijk staat aan een onvolledige overdracht via de SBAR-methodiek. Dit is een beperking voor de geloofwaardigheid van dit onderzoek.

aangezien de respondenten niet altijd expliciete uitingen hebben gedaan over de toepassing van de SBAR-methodiek. Wel is de context van het onderzoek tijdens de interviews aangegeven. Hierin werd aangegeven dat het onderzoek zich richt op de overdracht van de ochtend- naar de avonddienst.

5 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie gegeven op de onderzoeksvraag: “In hoeverre wordt de SBAR-methodiek toegepast door de verpleegkundigen werkzaam op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht van de ochtend- naar de avonddienst en wat is er volgens de verpleegkundigen op deze afdeling nodig om de toepassing van de SBAR-methodiek in dit overdrachtsmoment te bevorderen?”

Er kan worden geconcludeerd dat de SBAR-methodiek momenteel niet volledig wordt toegepast gedurende de dienstoverdracht van de ochtend naar de avonddienst. Dit wordt bevestigd door de respondenten tijdens de interviews. Zij geven aan dat de huidige dienstindeling, patiëntenpopulatie, gebrek aan animo en de factoren privacy, kennistekort en een gebrekkig beleid achterliggende factoren zijn waarom de SBAR-methodiek momenteel niet volledig wordt toegepast tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht. Zowel de onderdelen als de structuur van de SBAR-methodiek werden tijdens geen enkele observatie volledig benoemd. Gemiddeld werd 51.8% van de onderdelen binnen de SBAR-methodiek benoemd. De *Assessment* werd 58.7% volledig benoemd, de *Background* 27.9%, de *Assessment* 61.9% en de *Recommendation* 47.1%. De volgorde binnen deze onderdelen wordt niet volledig aangehouden. In 20.5% van de observaties werden de eerste vijf onderdelen die van toepassing waren tijdens de overdracht structureel op het juiste moment benoemd.

Om de toepassing van de SBAR-methodiek te kunnen bevorderen tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht moeten er verschillende acties worden ondernomen. Het maken van vasten afspraken staat hierin centraal. Er moet worden afgesproken dat er middels de SBAR-methodiek wordt overgedragen en hoe de inhoud van de SBAR-methodiek vormgegeven moet worden. Verpleegkundigen moeten open staan om de SBAR-methodiek toe te passen en elkaar kunnen aanspreken of motiveren om deze toe te passen. Dit zorgt ervoor de verpleegkundigen de SBAR-methodiek sneller toe zullen passen. Eveneens dienen eenduidige hulpmiddelen te worden ingezet om de uitvoering van de SBAR-methodiek te ondersteunen. Tot slot is er behoefte aan extra kennis.

6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen beschreven die door het onderzoek tot stand zijn gekomen. Deze aanbevelingen zijn omschreven op micro-, meso- en macroniveau. Microniveau betreft aanbevelingen naar de verpleegkundigen toe die werkzaam zijn op afdeling 41 Chirurgie en Traumatologie. De aanbevelingen voor de afdeling en de teamleiders zijn op mesoniveau. Tot slot worden er aanbevelingen op macroniveau gedaan. Deze aanbevelingen zijn toegespitst op het management van het ziekenhuis en beleidsmakers. Ook wordt er een aanbeveling gedaan voor een eventueel vervolgonderzoek.

6.1 Aanbevelingen vanuit het onderzoek

1. *Veranderen afdelingscultuur en bevorderen animo (micro)*

Uit de literatuur blijkt dat het implementeren van een gestructureerde overdrachtsmethodiek een cultuuromslag vereist. De reden hiervoor is dat verpleegkundigen bereid moeten zijn om met een dergelijke methodiek te werken en het vol moeten houden om hiermee te blijven werken. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat niet iedere verpleegkundige momenteel hiervoor openstaat. Het is hierom aan de verpleegkundigen aan te bevelen om open te staan voor het toepassen van de SBAR-methodiek tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht. Het is namelijk van essentieel belang dat er gestructureerd wordt overgedragen om potentiële schade aan de patiënt te beperken. Deze aanbeveling kan worden gerealiseerd door tijdens een volgend werkoverleg de toegevoegde waarde van de SBAR-methodiek gedurende de verpleegkundige dienstoverdracht toe te lichten. Weerstand vanuit de verpleegkundigen of discussiepunten kunnen mee worden genomen naar het ontwikkelingsproces voor het maken van vaste afspraken.

2. *Overdrachtscommunicatie integreren in de werkgroep en vaste afspraken maken (meso)*

Binnen het team zijn een aantal verpleegkundigen actief binnen de werkgroep van de JCI. Omdat de JCI de invoering van een gestandaardiseerde overdrachtsmethodiek noodzakelijk acht, is het aan te bevelen om binnen deze werkgroep actief bezig te zijn met de overdrachtscommunicatie tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht en de gestandaardiseerde overdrachtsmethodiek. Aanbevolen wordt om tijdens de bijeenkomsten van deze werkgroep tijd in te plannen voor het bespreken van de overdrachtscommunicatie en de toepassing van de SBAR-methodiek gedurende de verpleegkundige dienstoverdracht. Tijdens deze bijeenkomsten zullen er afspraken gemaakt moeten worden over hoe de SBAR-methodiek toegepast moet worden op de afdeling, aangezien de behoefte aan een volledige overdracht afneemt na het inlezen van de patiëntendossiers of bij bekende patiënten. Er moeten vaste afspraken worden gemaakt zodat ook bij de bekende patiënten en de patiënten die zijn ingelezen volgens een vaste structuur wordt overgedragen. Daarnaast is het aan te bevelen om privacy gevoelige informatie niet te bespreken aan het bed van de patiënt. Hierbij wordt aangeraden om de privacygevoelige informatie te bespreken in een aparte ruimte en de beoordeling van de patiënt aan bed te doen. Bij het maken van deze afspraken is het van belang dat de verpleegkundigen binnen het vaste team achter de gemaakte afspraken staan.

3. *Geven van scholing en trainen in het toepassen van de SBAR-methodiek (meso)*

De verpleegkundigen hebben behoefte aan extra kennis over de SBAR-methodiek in de breedste zin van het woord. Dit blijkt uit de reacties van een aantal verpleegkundigen gedurende de interviews. Extra kennis kan eenvoudig worden verschaft door een verplichte e-learning module in te stellen in het leerplein van het Amphia over de SBAR-methodiek. De invoering van de e-learning module moet door de teamleider worden gerealiseerd. Daarnaast wordt aanbevolen om de verpleegkundigen te trainen in het toepassen van de SBAR-methodiek. Dit kan worden gedaan door de verpleegkundigen wekelijks te toetsen op het toepassen van de SBAR-methodiek tijdens een verpleegkundige dienstoverdracht. De verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de werkgroep van de JCI zijn

hiervoor geschikt. Door het toetsen van de verpleegkundigen op het toepassen van de SBAR-methodiek, kan er worden nagegaan wat aandachtspunten zijn en waar verbeterpunten zitten. Ook zal het herhaaldelijk toetsen en oefenen met de SBAR-methodiek ervoor zorgen dat verpleegkundigen vertrouwd raken met de SBAR-methodiek waardoor het toepassen ervan gemakkelijker gaat.

4. Ontwikkel eenduidige hulpmiddelen (meso)

Voor de uitvoeringen van de SBAR-methodiek is het belangrijk dat er voldoende ondersteunende hulpmiddelen aanwezig zijn op de afdeling, zodat de verpleegkundige iets heeft om de SBAR-methodiek accuraat toe te kunnen passen. Aangeraden wordt om de huidige hulpmiddelen nader te bestuderen en eenduidigheid te creëren betreffende de inhoud van deze hulpmiddelen.

5. Protocol evalueren en bijstellen (macro)

Momenteel is het protocol rondom de toepassing van de SBAR-methodiek tijdens de verpleegkundige dienstoverdracht beperkt. De zorgkern “Kwaliteit en Veiligheid” is verantwoordelijk voor dit protocol en zal het huidige protocol kritisch moeten evalueren en eventueel bijstellen. De teamleider van de afdeling of de verpleegkundige die zich bezighoudt met het aanpassen van de protocollen wordt gevraagd om deze zorgkern te benaderen en het probleem voor te leggen.

6.2 Vervolgonderzoek

Met oog op de nieuwbouw van het Amphia Ziekenhuis, is aan te bevelen om een vervolgonderzoek uit te voeren wanneer het team de transfer heeft gemaakt naar de nieuwe afdeling. Aangezien de afdeling een andere indeling krijgt en er alleen eenpersoons patiëntenkamers komen, kunnen mogelijk nieuwe belemmerende factoren ontstaan of zullen huidige factoren afnemen. Voor dit vervolgonderzoek is het aan te bevelen een trainingsperiode voor de onderzoeker in te plannen om handigheid te krijgen in het invullen van de observatieformulieren. Daarnaast is het aan te bevelen om de focus tijdens de interviews te houden op het specifieke overdrachtmoment waar onderzoek naar gedaan wordt. Dit voorkomt bias in de interpretatie van gegevens.

Literatuurlijst

- Amphia Ziekenhuis. (2017, 4 juli). Veilige zorg Amphia beloond met JCI keurmerk | Amphia Ziekenhuis. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.amphia.nl/over-ons/nieuws/2017/07/04/veilige-zorg-amphia-beloond-met-jci-keurmerk>
- Avans Hogeschool. (2019, 19 februari). Gezondheidszorg. Geraadpleegd op 23 februari 2019, van <https://xplora.avans.nl/introductie/vakgebieden/gezondheidszorg/index>
- Avans Hogeschool. (2018, 16 augustus). Zoeken met kaluga. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://xplora.avans.nl/introductie/kaluga---catalogus/index>
- Birmingham, P., Buffum, M. D., Blegen, M. A., & Lyndon, A. (2014). Handoffs and Patient Safety. *Western Journal of Nursing Research*, 37(11), 1458-1478. doi:10.1177/0193945914539052
- Boeijs, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', V&VN. (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Geraadpleegd op 13 februari 2019, van https://www.nursing.nl/PageFiles/13935/001_1420709885774.pdf
- Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2014). *Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding*. *Medsurg nursing*, 23(5), 334-343. Geraadpleegd op 18 februari 2019, van <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ebaf828a-c461-49e0-ae8a-a0e435411515%40pdc-v-sessmgr03>
- Dassen, T. W. N., Keuning, F. M., Jansen, G. J., & Jansen, W. S. (2016). *Lezen en beoordelen: Van onderzoekspublicaties* (7^e druk). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Glorieux, M., Vandenbroele, H., & Visser, M. (2016). *Inleiding Wetenschappelijk Onderzoek Voor Het Gezondheidsonderwijs* (6e geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dingemanse, K. (2017, 14 maart). *Uitien stappenplan voor het coderen van interviews*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/>
- Dückers, M., & Wagner, C. (2008). *Evaluatie Sneller Beter pijler 3: Het interne vliegwiel De stand van zaken in de eerste acht ziekenhuizen na twee jaar deelname*. Geraadpleegd op 14 februari 2019, van <https://nvl004.nivel.nl/nivel-2015/sites/default/files/bestanden/Evaluatie-Sneller-Beter-pijler%203-het-interne-vliegwiel-2007.pdf>
- Giske, T., Melås, S. N., & Einarsen, K. A. (2018). The art of oral handovers: A participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e767-e775. doi:10.1111/jocn.14177
- Groenhuis, M. & Nieweg, R. (2013a). *Flexibele standaardisatie mondelinge overdracht*. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.hanze.nl/assets/kc-arbeid/Documents/Public/handleidingflexibelestandaardisatiemondelingeoverdrachtleeversie.pdf>
- Groenhuis, M. & Nieweg, R. (2013b). *Een overzicht van de literatuur (1): Verpleegkundige overdracht tussen diensten*. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.hanze.nl/assets/kc-arbeid/Documents/Public/verpleegkundigeoverdrachtussendiensten.pdf>
- Groenhuis, M. & Nieweg, R. (2013c). *Een overzicht van de literatuur (2): Verpleegkundige overdracht tussen diensten*. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.hanze.nl/assets/kc-arbeid/Documents/Public/verpleegkundigeoverdracht.pdf>

- Institute for Healthcare Improvement Cambridge. (z.d.). *SBAR Communication Technique*. Geraadpleegd op 18 februari 2019, van <http://www.ihl.org/Topics/SBARCommunicationTechnique/Pages/default.aspx>
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Geraadpleegd op 18 februari 2019, van https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
- Joint Commission International. (2013). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. Geraadpleegd op 7 februari 2019, van <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>
- Langelaan, M., Broekens, M. A., De Bruijne, M. C., De Groot, J. F., Moesker, M. J., Porte, P. J., . . . Wagner, C. (2017). *Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016: Dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van https://nvl004.nivel.nl/nivel-2015/sites/default/files/bestanden/Rapport_Monitor_Zorggerelateerde_Schade_2017.pdf
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202
- Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (Reds.). (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming* (4^e geheel herziene druk). Amsterdam: Boom Lemma
- Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A. (2015). *The situation, background, assessment and recommendation (SBAR) model for communication between health care professionals: A clinical intervention pilot study*. *International journal of caring sciences*, 8(3), 530-535. Geraadpleegd op 18 februari 2019, van <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=6ee5dd49-bb5c-4411-91c2-eea12a1cd134%40pdc-v-sessmgr06>
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020, & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 3*. Geraadpleegd op 13 februari 2019, van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Safety in Health*, 4(1). doi:10.1186/s40886-018-0073-1
- Shapiro, J. (2017). *SBAR: A Better Way to Communicate*. Geraadpleegd op 18 februari 2019, van <https://www.podiatrym.com/pdf/2016/12/Shapiro117web.pdf>
- Staggers, N., & Blaz, J. W. (2012). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 247-262. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06087.x
- Stewart, K. R., & Hand, K. A. (2016). *SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review*. *Medsurg nursing*, 26(5), 297-305. Geraadpleegd op 18 februari 2019, van <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=7e507a64-5f63-461c-ac16-b8d978642107%40sessionmgr101>
- The Joint Commission. (2017). *Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert*, (58), 1–6. Geraadpleegd op 18 februari 2019, van [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FINAL_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FINAL_(1).pdf)
- Tubbing, L. (2014, 16 augustus). *Steekproef bepalen*. Geraadpleegd op 27 mei 2019, van <https://deafstudeerconsultant.nl/afstudeertips/onderzoeksmethoden/steekproef-bepalen/>

- Van Etten, R., Suttorp, O., & De Vos, M. (2016). *Notitie Kwaliteit en Veiligheid*. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.amphia.nl/-/media/Files/Amphia---Notitie-Kwaliteit-en-Veiligheid-Amphia-2016---2020.pdf?la=nl-NL>
- Veiga, R. (z.d.) *Relay baton* [Foto]. Geraadpleegd op 22 februari, van <http://theapateam.blogspot.com/2015/04/afbeelding-op-omslag.html>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2012, 20 april). *Verpleegkundigen: Oren en ogen van patiëntveiligheid!*. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/1161/Verpleegkundigen-oren-en-ogen-vanpatiëntveiligheid>
- VMSzorg. (z.d.). *Programma VMS*. Geraadpleegd op 8 februari 2019, van <https://www.vmszorg.nl/vms-veiligheidsprogramma/>
- VMSzorg. (2009, 3 februari). *Communicatie tussen hulpverleners volgens het SBAR-proces*. Geraadpleegd op 7 februari 2019, van https://www.vmszorg.nl/wpcontent/uploads/2017/06/tool_SBAR_tool.pdf
- Wang, W., Liang, Z., Blazeck, A., & Greene, B. (2015). Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Education Today*, 35(7), 881-887. doi:10.1016/j.nedt.2015.02.010
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). *Communication During Patient Hand-overs*. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1-4. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
- Willems, R. (2004). *Hier werk je veilig, of je werkt hier niet: Sneller Beter - De veiligheid in de zorg*. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/rapport_rein_willems_2004.pdf
- World Health Organisation. (2014). *The high 5s project: Interim report*. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf