

eHealthinterventies om de
verpleegkundige overdracht tussen
ziekenhuizen en VVT-instellingen
te ondersteunen

een systematische literatuurstudie

R.E. Smit
D.E. van Vliet

eHealthinterventies om de verpleegkundige overdracht tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen te ondersteunen

een systematische literatuurstudie

R.E. Smit
D.E. van Vliet

Colofon

Deze publicatie is tot stand gekomen in opdracht van het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool Groningen.

Auteurs

Nienke Smit
Dennis van Vliet

Academie voor Verpleegkunde
Petrus Driessenstraat 3
9714 CA Groningen

© 2020 R.E. Smit, D.E. van Vliet

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

Samenvatting

Aanleiding: Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd naar de overdacht van patiëntengegevens van kwetsbare ouderen is gebleken dat zorgaanbieders de veldnormen van een goede overdracht onvoldoende naleven. Dit kan leiden tot ontbrekende en onvolledige informatie, tegenstrijdige informatie en onjuiste informatie tijdens een overdracht, met als gevolg een verstoring in de continuïteit van zorg.

Vraagstelling: Welke eHealthinterventies kent de wetenschappelijke literatuur om de verpleegkundige overdracht tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen te ondersteunen?

Doelstelling: Na een onderzoeksperiode van twintig weken is inzicht verkregen in welke evidence-based eHealthinterventies er zijn ten aanzien van een goede zorgoverdracht tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen, om het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek een kader te bieden van welke interventies momenteel onderzocht zijn en zorginstellingen een aanbeveling te kunnen geven over het inzetten van deze interventies.

Methode: Er is op systematische wijze een literatuurstudie uitgevoerd. Er is in het onderzoek gebruik gemaakt van de volgende databanken: CINAHL, Medline, Nursing and Allied Health Collection en PubMed. De focus van het onderzoek lag op eHealthinterventies voor de verpleegkundige overdracht. Met de juiste zoektermen werd een passende zoekstring opgesteld. De belangrijkste zoektermen waren "patient transfer", "nursing handover", "computerised" en synoniemen hiervan. Om studies te includeren zijn criteria opgesteld. De artikelen werden geselecteerd wanneer zij voldeden aan de inclusiecriteria. Deze zijn kritisch beoordeeld via een redactionele en methodologische beoordeling.

Resultaten: De zoekstrategie leverde in totaal 2035 artikelen op. Na het beoordelen van de artikelen op titel, abstract, volledige tekst, redactionele volledigheid en methodologische kwaliteit zijn vijf studies geïnccludeerd. Deze studies zijn gebruikt voor het beantwoorden van onderzoeksvraag. Hieruit zijn drie groepen interventies gekomen, te weten standaardbrieven gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier, e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier en inzage in het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis.

Discussie: Inzage in het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis is niet voldoende om VVT-instellingen te kunnen voorzien van een volwaardige overdracht. Standaardbrieven gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier kunnen de overdracht wel doeltreffend ondersteunen, mits er helderheid is over welke informatie VVT-instellingen overgedragen willen krijgen en de overdragende verpleegkundigen de brieven van duidelijke en juiste informatie voorzien. Aanvullend kan e-messaging worden ingezet om de communicatie tussen zorginstellingen verder te ondersteunen op het gebied van efficiëntie en veiligheid. Belangrijk hierbij is dat e-messaging in voldoende mate aansluit op de dagelijkse werkzaamheden.

Conclusie: Op basis van efficiëntie, kwaliteit, veiligheid en financiën, en uit het oogpunt van de Nederlandse context kan geconcludeerd worden dat e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier de voorkeur heeft om ingezet te worden ter ondersteuning van de verpleegkundige overdracht.

Aanbevelingen: Het lectoraat wordt aanbevolen een interventieonderzoek te starten naar het inzetten e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier om de verpleegkundige overdracht tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen te ondersteunen. Ziekenhuizen en VVT-instellingen wordt aanbevolen de overdracht van zorg tussen hen met elkaar te evalueren. Wanneer het wenselijk is of nodig blijkt om deze overdracht te optimaliseren, wordt aanbevolen om toepassing van e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier te overwegen.

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Hoofdstuk 1. Doelstelling, vraagstelling en begripsdefiniëring	8
1.1 Doelstelling	8
1.2 Vraagstelling	8
1.3 Begripsdefiniëring	8
Hoofdstuk 2. Methode	9
2.1 Design.....	9
2.2 Dataverzamelmethode.....	9
2.3 Beoordeling van redactionele volledigheid.....	12
2.4 Beoordeling van methodologische kwaliteit	12
2.5 Data-extractie	12
2.6 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid	13
Hoofdstuk 3. Resultaten	14
3.1 Resultaten zoekstrategie	14
3.2 Resultaten geïncludeerde studies	15
3.3 Inhoudelijke resultaten.....	18
Hoofdstuk 4. Discussie	20
4.1 Inhoudelijke discussie.....	20
4.2 Methodologische discussie.....	22
4.3 Implicatie voor de verpleegkundige praktijk	23
Hoofdstuk 5. Conclusie en aanbeveling	24
5.1 Conclusie.....	24
5.2 Aanbeveling	24
Literatuur	26
Bijlage 1. Data-extractieformulier	28

Inleiding

Uit onderzoek van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd naar de overdracht van patiëntgegevens van kwetsbare ouderen is gebleken dat zorgaanbieders de veldnormen van een goede overdracht onvoldoende naleven (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017). Tevens wordt door verpleegkundigen het belang van tijdigheid van de overdracht niet genoeg onderkend en staat de patiënt onvoldoende centraal in het proces. Daarnaast kwam uit het onderzoek dat de structuur mist in de overdrachten van patiënt gegevens. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd is na dit onderzoek van mening dat de overdragende en de ontvangende zorgaanbieders niet voldoende de verantwoordelijkheid nemen voor de overdracht van de patiëntenzorg volgens de veldnormen die zijn gesteld.

Wijkverpleegkundigen staan voor veel uitdagingen vanwege de toegenomen vraag naar ondersteuning van patiënten met complexere medische aandoeningen en gezondheidsbehoeften (Greyson et al, 2014; Martinson et al, 2015). De overdracht van zorg van het ziekenhuis naar de thuiszorg is een complex proces, want de desbetreffende patiënten hebben medische, cognitieve, fysieke en sociale problemen waarmee rekening moet worden gehouden in het ontslag en bij het maken van de zorgplannen (Greyson et al, 2014; Martinson et al, 2015). Daarom is een geschreven overdracht vanuit het ziekenhuis noodzakelijk (V&VN, 2011; King et al., 2013). De verantwoordelijkheid voor een juiste overdracht ligt bij de verpleegkundige die het ontslagproces coördineert (CGMV et al., 2015; art. 2 Wkkgz; art. 7:453 BW).

Een goede samenwerking en effectieve communicatie tussen verpleegkundigen spelen een centrale rol bij het verwerken van informatie en coördinatie van zorg (Apker, Propp, Zabava Ford, & Hofmeister, 2006, p. 184). Zij zijn cruciaal voor een succesvolle overdracht (Bauer, Fitzgerald, Haesler, & Manfrin, 2009) en hebben een positief effect op de zorgresultaten van de patiënt (Bauer et al., 2009; Watts, Gardner, & Pierson, 2005, pp. 1–3; McNeil, Strasser, Lightfoot, & Pong, 2016, p. 69).

Een gestructureerde en gestandaardiseerde manier van overdragen kan bijdragen aan een verbeterde continuïteit van zorg door tijdige levering van zorg en een duidelijker beeld van de patiënt, en daarmee het verminderen van eerdergenoemde risico's (Bukoh & Siah, 2019). Daarmee zijn zowel de zorgorganisatie, verpleegkundigen als patiënten gebaat bij een gestructureerde overdracht. Desondanks is er veel onbekendheid binnen zorgorganisaties over standaardisatie van de overdracht (Van der Molen, 2017).

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat zo'n 52% van de verpleegkundigen knelpunten ervaart gedurende een overdracht (Van der Molen, 2017). Hierbij gaat het hoofdzakelijk om miscommunicatie. Miscommunicatie kan ontstaan wanneer een overdracht niet goed is afgestemd tussen de overdragende en ontvangende verpleegkundige (The Joint Commission, 2017). Voorbeelden van miscommunicatie zijn onder andere onjuiste, incomplete en ontijdige overdracht van informatie of misinterpretatie. Daarnaast verloopt de communicatie tussen verpleegkundigen vaak vertraagd (Gao et al., 2018; Moy et al., 2014). Verder sluiten verschillende digitale zorgdossiers nagenoeg niet of helemaal niet op elkaar aan (Van der Molen, 2017). Bovendien toont onderzoek aan dat er wederzijds gebrek aan kennis is tussen werkomstandigheden van ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen, en dat dit de communicatie en samenwerking rondom de overdracht negatief beïnvloedt (Petersen et al, 2019).

Problemen bij de overdracht kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën: ontbrekende of onvolledige informatie, tegenstrijdige informatie en onjuiste informatie (King et al., 2013; Van der Molen, 2017). Bij de eerste categorie gaat het om weggelaten maar noodzakelijke informatie om goede zorg te kunnen verlenen, zoals een wondbeleid. Bij tegenstrijdige informatie kan worden gedacht aan verschillende medicatielijsten. Van onjuiste informatie kan sprake zijn als uit de verpleegkundige anamnese andere informatie naar voren komt dan opgemaakt kan worden uit de overdracht. Bijvoorbeeld als het gaat over de functionele en psychosociale toestand van de patiënt.

Door miscommunicatie kan informatie ontbreken omtrent diagnoses, het zorgplan, medicatie en opvolging (Metha et al., 2017). Zulke fouten leiden, tezamen met gebrek aan coördinatie in het ontslagproces, tot verstoring in de continuïteit van zorg (Laugaland et al., 2012). Dit kan leiden tot ernstige gezondheidsrisico's en gevaarlijke situaties voor zowel patiënten als zorgverleners (King et al., 2013).

Door een onvolledige of onduidelijke overdracht is het nodig om contact op te nemen met het ziekenhuis voor opheldering van informatie. Dit is een tijdsinvestering van soms uren (King et al., 2013). Dit heeft een vertraging in de inzet van zorg tot gevolg. Daarnaast veroorzaken deze fouten een verhoogde werkdruk bij verpleegkundigen en frustraties bij patiënten en hun systeem. Bovendien dragen zij direct bij aan negatief imago van zorgorganisaties en een verhoogde kans op heropname (King et al., 2013).

Voor wijkverpleegkundigen is het een uitdaging om aan de vereiste patiëntinformatie te komen door de strijd om toegang te krijgen tot deze informatie (BJCN, 2020). Het opvragen van ontbrekende of onduidelijke informatie bij ziekenhuizen kan namelijk moeizaam verlopen. Zo kunnen dossiers niet altijd meer worden geraadpleegd, en is de aanwezige verpleegkundige niet altijd in staat vragen te beantwoorden of een collega te vinden met kennis over de patiënt (BJCN, 2020; King et al., 2013).

In het geval dat informatie niet kan worden achterhaald bij het ziekenhuis, zal een beroep worden gedaan op de patiënt en zijn familie en naasten. Dit kan echter leiden tot problemen, omdat zij niet altijd voldoende op de hoogte zijn van de benodigde informatie. Bovendien kan het navragen van informatie bij de familie een slechte eerste indruk geven van de zorgorganisatie (King et al., 2013).

In opdracht van dr. E.I. Hagedoorn van het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool Groningen is een systematische literatuurstudie gedaan naar welke eHealthinterventies de wetenschappelijke literatuur kent om de overdracht van het ziekenhuis naar VVT-instellingen te ondersteunen.

Hoofdstuk 1. Doelstelling, vraagstelling en begripsdefiniëring

In dit hoofdstuk zijn de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek beschreven en zijn de begrippen uit de vraagstelling gedefinieerd.

1.1 Doelstelling

Na een onderzoeksperiode van twintig weken is inzicht verkregen in welke evidence-based eHealth-interventies er zijn ten aanzien van een goede zorgoverdracht tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen, om het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek een kader te bieden van welke interventies momenteel onderzocht zijn en zorginstellingen een aanbeveling te kunnen geven over het inzetten van deze interventies.

1.2 Vraagstelling

De hoofdvraag van het onderzoek is als volgt geformuleerd:

“Welke eHealthinterventies kent de wetenschappelijke literatuur om de verpleegkundige overdracht tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen te ondersteunen?”

1.3 Begripsdefiniëring

eHealth: “de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren” (Van Lettow, 2019).

Verpleegkundige overdracht: een schriftelijke eindevaluatie van het zorgproces en verbindt het overdragen en ontvangen van zowel patiëntgegevens als de verantwoordelijkheid voor de patiënt tussen verpleegkundigen of zorgorganisaties (V&VN, 2011).

VVT: Verpleging, Verzorging, Thuiszorg (Zorgkennis.net, z.d.).

Hoofdstuk 2. Methode

In dit hoofdstuk is de methode van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 2.1 is het design van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 2.2 is de dataverzamelmethode uitgewerkt. In hoofdstuk 2.3 en 2.4 is weergegeven hoe de beoordeling van respectievelijk de redactionele volledigheid en methodologische kwaliteit is uitgevoerd. In hoofdstuk 2.5 is uitgelegd hoe de data-extractie heeft plaatsgevonden. Tot slot is in hoofdstuk 2.6 de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek toegelicht.

2.1 Design

Het design van het onderzoek is een systematische literatuurstudie, dit is een efficiënte en betrouwbare manier om snel inzicht te krijgen in het beschikbare bewijs over een onderwerp, met als doel richting te geven aan de beste keuzes voor zorgverlening (Kuiper & Verhoef, 2016, p. 139).

2.2 Dataverzamelmethode

Het onderzoek is opgesteld door twee onderzoekers. Er is onafhankelijk van elkaar wetenschappelijke literatuur gezocht en beoordeeld om de vraagstelling van het onderzoek te kunnen beantwoorden. Na iedere stap vond er een consensus plaats en werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend. Hierbij werd gestreefd naar een percentage van minimaal 70%. Op deze manier kon aangenomen worden dat externe factoren minimaal invloed hadden op het in- en excluseren van de studies en dat het onderzoek op een betrouwbare wijze tot resultaten zou leiden (Verhoeven, 2011).

In overleg met de opdrachtgever werd er in de wetenschappelijke literatuur gezocht naar systematische reviews, meta-analyses en interventieonderzoeken. De focus tijdens het zoeken naar wetenschappelijke literatuur lag op de elektronische overdracht van de verpleegkundige zorg naar VVT-instellingen.

Om relevante data te verzamelen zijn er stappen opgesteld volgens de methode van een systematische literatuurstudie (Kuiper & Verhoef, 2016, pp. 139-155). Deze stappen bestaan uit het beoordelen van artikelen op relevantie op basis van titel en abstract, daarna het beoordelen van de overgebleven studies op redactionele volledigheid en methodologische kwaliteit, vervolgens het beoordelen op relevantie op basis van volledige tekst en tot slot is de sneeuwbal methode toegepast, dit is een methode om literatuurreferenties van geïncludeerde studies te controleren op gemiste relevante studies (Verhoeven, 2011). Door middel van deze stappen zijn de uiteindelijke data tot stand gekomen die antwoord geven op de onderzoeksvraag.

2.2.1 Zoektermen

Om tot de wetenschappelijke studies te komen zijn er onafhankelijk zoektermen opgesteld met behulp van de PICO-regel. Dit is een hulpmiddel om alle relevante aspecten aan bod te laten komen (Kuiper & Verhoef 2016). De zoektermen zijn vervolgens vertaald naar het Engels aangezien wetenschappelijke studies gebruikelijk in deze taal worden gepubliceerd. Hierna is een zoekstring opgesteld per databank. De opgestelde zoektermen zijn weergegeven in tabel 1.

PIO	Zoekterm	Engelse vertaling
problem	ziekenhuis	hospital
	thuiszorg	home care
	verpleegkundig	nursing
	overdracht van zorg	handoff, handover, transfer, transition
intervention	elektronische overdracht	electronic handover
outcome	volledig	complete, completeness
	op tijd, tijdig	timeliness, on time, in time
	patiëntveiligheid, kwaliteit	patient safety, quality

Tabel 1. Zoektermen

2.2.2 Zoekstrings en databanken

Met behulp van zoektermen zijn er na consensus zoekstrings per databank geformuleerd, om op deze manier tot de meest relevante resultaten te komen. Aangezien de focus lag op interventies ongeacht de uitkomst zijn de aan de uitkomst verbonden zoektermen achterwege gelaten. De geraadpleegde databanken zijn PubMed, Medline, CINAHL en Nursing and Allied Health Collection. De laatste drie databanken zijn doorzocht met behulp van Ebscohost. De databanken zijn doorgezocht in een periode van 20 april 2020 tot 25 april 2020.

Databank	Zoekstring
PubMed <i>Bibliografische databank voor medische wetenschappelijke artikelen</i>	("Patient Transfer"[Mesh] OR "Patient Handoff"[Mesh] OR "Patient discharge"[Mesh]) AND ("Medical Records Systems, Computerized"[Mesh] OR "Health Information Exchange"[Mesh] OR "Electronic Health Records"[Mesh] OR "Telemedicine"[Mesh] OR "Telecommunications"[Mesh] OR "Computer Communication Networks"[Mesh]) AND nurs*[tiab] NOT ("bedside"[Ti] OR "shift"[Ti] OR "intensive care"[Ti] OR "ICU"[Ti] OR "emergency"[Ti] OR "trauma"[Ti])
Ebscohost: Medline <i>Databank voor klinisch onderzoek, volksgezondheid van gezondheidsbeleid.</i>	("patient* transfer*" OR "Patient* Transition*" OR "Care Transition*" OR "patient* handoff*" OR "Patient* Hand Over*" OR "Patient* Sign Out*" OR "Patient* Signout*" OR "Patient* Signover*" OR "Patient* Hand Off*" OR "Patient* Handover*" OR "Nurs* Handoff*" OR "Nurs* Hand Off*" OR "Nurs* Handover*" OR "Nurs* Hand Over*" OR "Clinical Handoff*" OR "Clinical Handover*" OR "patient* discharge*") AND ("automated" OR "computerised" OR "computerized" OR "electronic" OR "telemedicine" OR "telehealth" OR "eHealth" OR "digital" OR "telecommunication*") AND nurs* NOT (bedside OR shift OR "intensive care" OR ICU OR emergency OR trauma) [TI Title]
Ebscohost: CINAHL <i>Databank voor verpleegkundige en paramedische zorg</i>	("patient* transfer*" OR "Patient* Transition*" OR "Care Transition*" OR "patient* handoff*" OR "Patient* Hand Over*" OR "Patient* Sign Out*" OR "Patient* Signout*" OR "Patient* Signover*" OR "Patient* Hand Off*" OR "Patient* Handover*" OR "Nurs* Handoff*" OR "Nurs* Hand Off*" OR "Nurs* Handover*" OR "Nurs* Hand Over*" OR "Clinical Handoff*" OR "Clinical Handover*" OR "patient* discharge*") AND ("automated" OR "computerised" OR "computerized" OR "electronic" OR "telemedicine" OR "telehealth" OR "eHealth" OR "digital" OR "telecommunication*") AND nurs* NOT (bedside OR shift OR "intensive care" OR ICU OR emergency OR trauma) [TI Title]
Ebscohost: Nursing and Allied Health Collection. <i>Databank voor verpleegkundigen, paramedici en studenten</i>	("patient* transfer*" OR "Patient* Transition*" OR "Care Transition*" OR "patient* handoff*" OR "Patient* Hand Over*" OR "Patient* Sign Out*" OR "Patient* Signout*" OR "Patient* Signover*" OR "Patient* Hand Off*" OR "Patient* Handover*" OR "Nurs* Handoff*" OR "Nurs* Hand Off*" OR "Nurs* Handover*" OR "Nurs* Hand Over*" OR "Clinical Handoff*" OR "Clinical Handover*" OR "patient* discharge*") AND ("automated" OR "computerised" OR "computerized" OR "electronic" OR "telemedicine" OR "telehealth" OR "eHealth" OR "digital" OR "telecommunication*") AND nurs* NOT (bedside OR shift OR "intensive care" OR ICU OR emergency OR trauma) [TI Title]

Tabel 2. Zoekstrings

2.2.3 In- en exclusie

Er zijn criteria opgesteld waaraan de wetenschappelijke studies moesten voldoen. De inclusie- en exclusiecriteria werden gebruikt bij het includeren van literatuur op basis van titel, abstract en volledige tekst. Hierbij is niet gefilterd op basis van jaartal omdat voorkomen moest worden dat bruikbare studies konden worden gemist. Tevens is gezocht naar het gebruik van eHealthinterventies of interventies gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier. Omdat eHealth een modern onderwerp is, werd verwacht dat verjaarde studies op basis van dit criterium alleen al zouden afvallen. Gedurende het onderzoek is er een flowchart bijgehouden waarin de in- en exclusie van de studies inzichtelijk is gemaakt. De in- en exclusiecriteria op basis van titel is weergegeven in tabel 3.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Het gaat over patiënt- of informatieoverdracht	Dienstoverdracht
EPD: de informatie van de overdracht moet uit een elektronisch zorgdossier gegenereerd worden	Overdracht binnen het een zorginstelling
Er is een interventie onderzocht	Overdracht vanuit de intensive care of de spoedeisende hulp
Transmuraal: informatie moet worden overgedragen tussen twee zorginstellingen	

Tabel 3. In-/exclusiecriteria op basis van titel

Er is onafhankelijk gezocht in de databanken naar relevante studies op basis van titel om de vraagstelling te kunnen beantwoorden. Hierna zijn de verschillende uitkomsten bediscussieerd om tot een consensus te komen.

De geïncludeerde artikelen op basis van titel werden beoordeeld op basis van respectievelijk abstract en volledige tekst, wederom aan de hand van genoemde in- en exclusiecriteria. Hierna is consensus bereikt. De in-/ exclusie criteria op basis van abstract is weergegeven in tabel 4.

Na de redactionele en methodologische beoordeling zijn de studies beoordeeld op volledige tekst aan de hand van in-/exclusiecriteria zoals weergegeven in tabel 4. Vanuit de uiteindelijk geïncludeerde studies is de sneeuwbal methode gehanteerd. Voor de sneeuwbal methode zijn de eerdergenoemde criteria gebruikt om studies te includeren en te excluderen.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Taal: Engels, Nederlands en Duits	Betreft overdracht van zorg, maar niet om de communicatie tussen twee zorgverleners
Type: systematische literatuurstudie, meta-analyse, interventieonderzoek	Betreft communicatie tussen twee zorgverleners, maar het betreft geen overdrachtssituatie
EPD: de informatie van de overdracht moet uit een elektronisch zorgdossier gegenereerd worden	Betreft overdracht vanuit een zorginstelling naar thuis/mantelzorgers waarbij geen sprake is van professionele zorgverlening
Transmuraal: informatie moet worden overgedragen tussen twee zorginstellingen	Niet verpleegkundig: bevat géén informatie over verpleegkundige overdracht
Verpleegkundig: het betreft een overdracht van verpleegkundige gegevens	
Elementen bevinden van de redactionele beoordelingen	
Methodologische criteria wordt beoordeeld op voldoende kwaliteit, hoge kwaliteit	

Tabel 4. In-/exclusiecriteria op basis van abstract en volledige tekst.

2.3 Beoordeling van redactionele volledigheid

De studies die gebruikt zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werden onafhankelijk beoordeeld op redactionele volledigheid. Er werd gekeken of de elementen werden aangetroffen waaraan een publicatie van een wetenschappelijk artikel volgens Dassen en Keuning (2010) dient te voldoen. Deze elementen betreffen inleiding, verantwoording van het onderzoek, probleemstelling, methode, bevindingen, discussie, conclusie en samenvatting.

De studies die niet aan de elementen voldeden werden geëxcludeerd. Hiervoor is gekozen omdat afgevraagd kan worden of deze studies wel voldoen aan de eisen van een wetenschappelijke studie (Dassen & Keuning, 2010).

2.4 Beoordeling van methodologische kwaliteit

Na de redactionele beoordeling werden de studies onafhankelijk methodologisch beoordeeld. Op deze manier kan de validiteit van de gevonden studies worden beoordeeld (Kuiper & Verhoef, 2016). De beoordeling is uitgevoerd aan de hand van zogenoemde meetlatten. De meetlatten kennen studies een score toe, dit kan zijn zeer zwak (+), zwak-medium (++), voldoende-goed (+++) of hoog (++++). Ze zijn afkomstig van de Academie voor Verpleegkunde van de Hanzehogeschool Groningen en zijn opgesteld op basis van de beoordelingscriteria van STROBE Statement (2007). Voorafgaand aan de beoordeling is er in overleg met de opdrachtgever besloten om de studies die zeer zwak of zwak-medium scoorden op de meetlat te excluseren. Hierdoor zijn de uiteindelijke resultaten gebaseerd op goed uitgevoerde studies. Hierna zijn de verschillen bediscussieerd om tot een consensus te komen.

2.5 Data-extractie

Om de data van de geïncludeerde studies te kunnen extraheren, is gebruikgemaakt van een data-extractieformulier. Om deze te kunnen ontwerpen, is individueel een lijst van velden opgesteld aan de hand van belangrijke elementen in de onderzoeken. Na consensus is het definitieve extractieformulier vastgesteld (zij bijlage 1). Vervolgens zijn de data van de overgebleven studies onafhankelijk van elkaar geëxtraheerd met behulp van het formulier, waarna wederom een kalibratieoverleg is gevoerd om tot consensus te komen over de te extraheren data. Het data-extractieformulier kent respectievelijk de volgende velden: referentie, design, level of evidence, context, doelstelling, populatie, interventie, resultaten en conclusie. De overeenkomsten en verschillen die vanuit de data-extractie naar voren zijn gekomen, zijn besproken in de discussie, waarna er een conclusie is getrokken.

2.6 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid

In deze paragraaf wordt besproken op welke wijze de betrouwbaarheid en validiteit werd gewaarborgd gedurende het onderzoek.

2.6.1 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen, is elke stap uitvoerig besproken. Alle gevoerde overleggen zijn terug te halen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gewaarborgd omdat iedere stap van het onderzoek onafhankelijk is beoordeeld waarna er consensus heeft plaats gevonden. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gedurende het onderzoek bijgehouden door middel van percentages.

2.6.2 Validiteit

Middels de redactionele beoordeling en de methodologische beoordeling is de validiteit van het onderzoek gewaarborgd. Door middel van deze beoordeling is onafhankelijk gekeken of geïnccludeerde studies vrij zijn van systematische fouten. Daarnaast is gebruik gemaakt van de levels of evidence. Dit systeem kent punten toe aan onderzoeken op basis van de methodologische kwaliteit van hun design, validiteit en toepasbaarheid op gezondheidszorg (Ackley, Swan, Ladwig & Tucker, 2008). Deze zijn uitgewerkt in tabel 5. Door middel van de level of evidence wordt er een score bepaald van de interne validiteit van de te includeren onderzoeken. De score van de level of evidence wordt in de resultaten weergegeven in tabel 6.

Level of evidence	Beschrijving
Level I	Systematische review, meta-analyse of een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT), of drie of meer RCT's van goede kwaliteit en met vergelijkbare resultaten.
Level II	Bewijs gekregen van minstens een goed ontworpen RCT.
Level III	Bewijs verkregen vanuit een goed opgezet gecontroleerd onderzoek zonder randomisatie.
Level IV	Bewijs verkregen vanuit een goed opgezette case-control- of cohortstudie.
Level V	Bewijs verkregen van een systematische review van beschrijvende en kwalitatieve studies.
Level VI	Bewijs verkregen van een beschrijvend of kwalitatief onderzoek.
Level VII	Bewijs verkregen vanuit de mening van experts.

Tabel 5: Levels of evidence

2.6.3 Generaliseerbaarheid

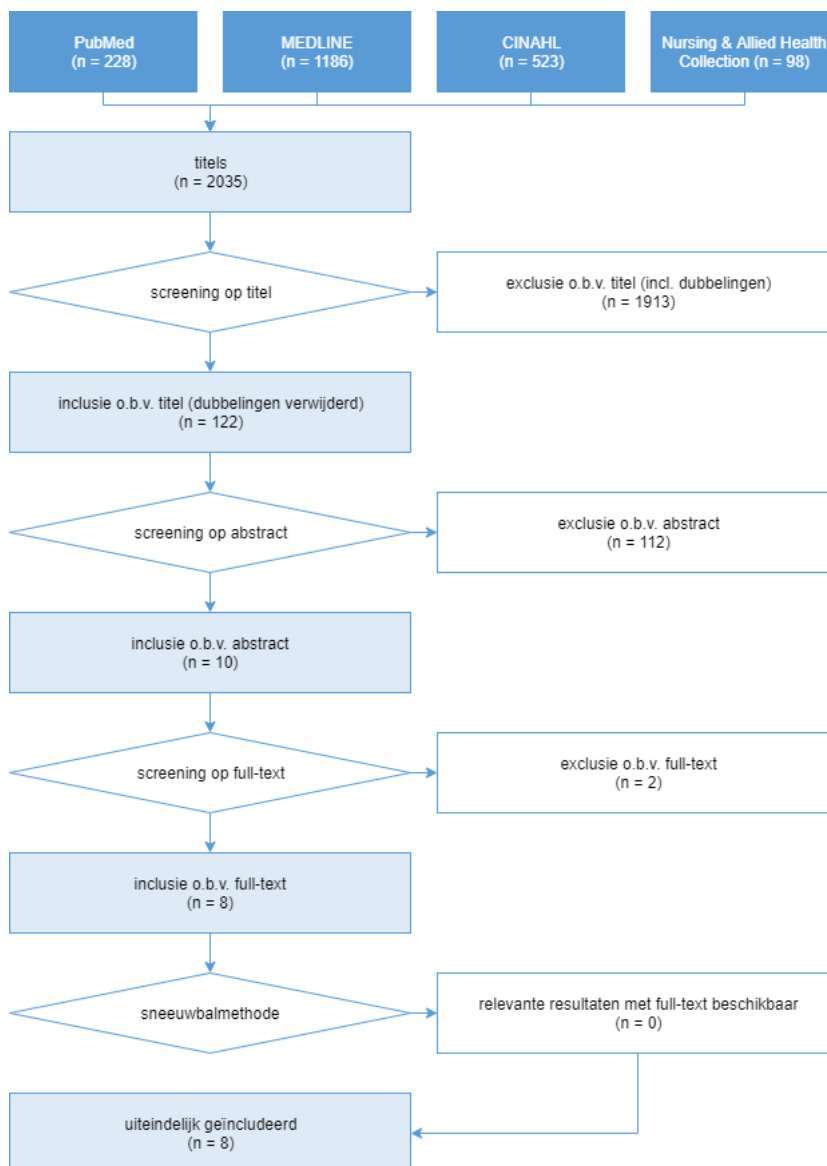
Bij het formuleren van de conclusie en aanbevelingen is kritisch beoordeeld of de resultaten toepasbaar zijn in de Nederlandse context. Dit beschreven en verantwoord in hoofdstuk 4.2.

Hoofdstuk 3. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van respectievelijk de zoekstrategie en geïnccludeerde studies weergegeven, alsmede een overzicht van de inhoudelijke resultaten.

3.1 Resultaten zoekstrategie

Na uitvoering van de zoekstrategie is een totaal van vijf bruikbare studies geïnccludeerd. De gevolgde zoekstrategie is als stroomschema in figuur 1 weergegeven.



Figuur 1. Stroomschema zoekstrategie

Zoals weergegeven in figuur 1 is op basis van de zoekstrategie een totaal van 2035 resultaten gevonden. De titels van deze resultaten zijn beoordeeld middels de criteria uit tabel 3. Na consensus en exclusie van duplicaten is een uiteindelijke lijst van te includeren titels opgesteld (n=122). De interbeoordelaarsovereenstemming bedroeg 58%. Hierbij moet worden opgemerkt dat er per abuis titels zijn meegenomen ter screening die niet voldeden aan de criteria zoals weergegeven in tabel 3, om vervolgens te worden geëxcludeerd. Als deze in eerste instantie niet meegenomen zouden zijn, had de interbeoordelaarsovereenstemming 72% bedragen.

Vervolgens is in deze lijst gezocht naar potentieel relevante studies op basis van abstract aan de hand van de in- en exclusiecriteria uit tabel 4. Consensus heeft geleid tot behoud van een totaal van tien studies. De interbeoordelaarsovereenstemming bedroeg 77%. Hierna zijn de teksten van deze tien studies volledig gelezen om te bepalen of zij antwoord geven op de onderzoeksvraag. Op basis hiervan is unaniem besloten om acht studies te includeren.

Conform de sneeuwbalmethode zijn de desbetreffende acht bibliografieën geraadpleegd om te achterhalen of er potentieel interessante studies zijn gemist. Eén potentieel interessante studie kon niet worden benaderd en één potentieel interessante studie viel af op basis van abstract conform de exclusiecriteria. Kortom, de sneeuwbalmethode heeft niet geleid tot het includeren van extra studies.

De acht studies zijn vervolgens gescreend op redactionele volledigheid en methodologische kwaliteit. Met een interbeoordelaarsovereenstemming van 100% zijn drie studies geëxcludeerd: in twee gevallen vanwege gebreken in de redactionele volledigheid en in één geval vanwege een matige methodologische beoordeling. Uiteindelijk is een totaal van vijf studies geïncludeerd.

3.2 Resultaten geïncludeerde studies

De resultaten uit de geïncludeerde studies zijn samengevat weergegeven in tabel 6. In deze tabel is een overzicht gegeven van de geïncludeerde studies, waarin per studie inzichtelijk gemaakt is welk design het betreft, in welke context de studie zich afspeelt, wat de doelstelling is van het onderzoek, wat de onderzoekspopulatie is, welke interventie is onderzocht, wat de resultaten zijn en afsluitend welke conclusie getrokken kan worden.

Referentie	Design	LoE ¹	Meetlat	Context	Doelstelling	Populatie	Interventie	Resultaten	Conclusie
Yeaman, Ko, & Alvarez del Castillo, 2015	Kwalitatief interventie-onderzoek	VI	+ + +	Gegevensoverdracht tussen vijf verpleeghuizen en de ziekenhuizen in Oklahoma, V.S.	Het testen van Health Information Technology om informatie-uitwisseling tussen verpleeg- en ziekenhuizen te versnellen, en het bepalen van een mogelijke positieve impact op ziekenhuisopnames.	Gegevens van 71 overdrachten	Implementatie van een digitale rapportagetool met een geautomatiseerd waarschuwingssysteem en een hieraan gekoppeld gestandaardiseerd communicatiesysteem waardoor ontvangende ziekenhuizen toegang hebben tot relevante klinische gegevens.	<ul style="list-style-type: none"> Na implementatie is een verhoging in het gebruik van overdrachtsformulieren geconstateerd. Deelnemende ziekenhuizen ervoeren een vermindering van heropnames van overgedragen patiënten. De daling van heropnames binnen 30 dagen bedroeg 15,8%. Er is een daling van 38,4% recidive SEH-bezoeken binnen 30 dagen geconstateerd. 	Implementatie van een EPD waarin grenswaarden kunnen worden ingesteld, met een hieraan gekoppeld gestandaardiseerd communicatiesysteem ten behoeve van het verzenden van overdrachtsinformatie, bevordert de continuïteit van zorg; het leidt tot vermindering van heropnames.
Dean, Gilmore-Bykovskyi, Buchanan, Ehlenfeld, & Kind, 2016	Kwalitatief interventie-onderzoek	VI	+ + + +	Een AMC ² in Madison, V.S.	Het ontwerpen en implementeren van een ziekenhuisbrede, gestandaardiseerde ontslagbrief gekoppeld aan het EPD.	614 zorgverleners uit het ziekenhuis en 119 eerstelijns zorgverleners	Implementatie van een gestandaardiseerd overdrachtssjabloon gekoppeld aan het EPD, bestaande uit vooraf ingevulde waarden en open velden.	<ul style="list-style-type: none"> 50.8% van de ziekenhuisrespondenten gaf aan bekend te zijn met het nieuwe sjabloon. Hiervan gaf 65% aan (zeer) eens te zijn met de stelling dat het nieuwe sjabloon behulpzaam is bij het creëren van een uitgebreide ontslagbrief. 69% gaf aan dat de gestandaardiseerde ontslagbrief gemakkelijk was in vergelijking met andere sjablonen die zij eerder hadden gebruikt. 95% van de respondenten onder de ontvangende partijen gaf aan in de zes maanden na implementatie een overdrachtsformulier te hebben ontvangen vanuit het AMC. 89% van de respondenten gaf aan dat zij het nieuwe sjabloon prettig vinden. 88% beoordeelde de nieuwe ontslagbrieven als beter/veel beter dan de eerdere ontslagbrieven. 	De interventie leidt tot een toename van tevredenheid onder zowel eindgebruikers als ontvangende zorgverleners. Een dergelijke tool kan bijdragen in het verhelpen van bestaande communicatieproblematiek bij informatieoverdracht.

¹ LoE: Level of Evidence

² AMC: Academisch Medisch Centrum

Referentie	Design	LoE ¹	Meetlat	Context	Doelstelling	Populatie	Interventie	Resultaten	Conclusie
Cross, McCullough, Banaszak-Holl, & Adler-Milstein, 2019	Kwalitatief interventie-onderzoek	VI	++++	AMC en drie verpleeghuizen in de V.S.	Het beoordelen en evalueren van het HIE ³ portal: een elektronisch zorgdossier om de gezondheidsinformatie van de patiënt tussen het ziekenhuis en verpleeginstellingen te verbeteren.	Gegevens van 8.825 patiënten die tussen maart 2007 en juli 2013 zijn ontslagen uit het AMC naar de verpleeghuizen	Het inzetten van elektronische informatie-uitwisseling via een online portaal: HIE-portal.	<ul style="list-style-type: none"> Het gebruik van het HIE-portal toont geen effect op de verminderde heropnames binnen het AMC in vergelijking met de patiënten die ontslagen werden zonder het gebruik van het HIE-portal. Gegevens vanuit de interviews toonden aan het dat het gebruik van het HIE portal niet door iedere professional op dezelfde manier wordt gebruikt, doordat de verpleegkundigen dit zelf vorm kunnen geven. Wanneer het HIE portal in gebruik wordt genomen, is het nodig om het HIE portal op maat te maken volgens de standaarden die nodig zijn voor een volledige overdracht. 	Het HIE-portal biedt geen significant effect op het verminderen van heropnames van patiënten. Het is van belang het portal op maat te maken door middel van standaarden, zodat verpleegkundigen de juiste benodigde gegevens overdragen naar de verpleeginstellingen. Het is daarnaast van belang om te weten welke patiëntgegevens nodig zijn om een goede overdracht te bieden.
Melby, Brattheim, & Hellesø, 2015	Kwalitatief interventie-onderzoek	VI	++++	AMC en thuiszorg in Noorwegen	Het onderzoeken hoe e-messaging de samenwerking en communicatie van ziekenhuisverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen kan ondersteunen bij het ontslag vanuit het ziekenhuis. Er is gekeken naar drie aspecten: <ol style="list-style-type: none"> efficiëntie van e-messaging; Kwaliteit van zorg; Patiëntveiligheid. 	16 ziekenhuisverpleegkundigen, 24 wijkverpleegkundigen, 1 sociaal werker	E-messaging waarbij berichten transmuraal worden verzonden op basis van vrije tekst en sjablonen.	<ul style="list-style-type: none"> Efficiëntie: in vergelijking met schriftelijk overdagen is e-messaging efficiënter. Verpleegkundigen geven aan dat het netter, overzichtelijker en sneller werkt. Tevens is het makkelijker om mensen te bereiken via deze weg. Kwaliteit: er wordt beter nagedacht over wat men wil overdragen omdat de overdracht op sjablonen wordt gebaseerd, zodat ieder onderwerp aan bod komt. Veiligheid: door e-messaging worden privacygevoelige gegevens veilig verstuurd. Ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen geven aan dat ze zich tevens meer verbonden voelen met elkaar. 	Het toepassen van e-messaging op basis van sjablonen, met vaststaande communicatiemomenten, is succesvol op het gebied van efficiëntie, kwaliteit en veiligheid voor zowel de patiënten als verpleegkundigen.
Jones et al., 2019	Gecontroleerd onderzoek, zonder randomisatie	III	+++	Thuiszorginstellingen in Colorado, V.S.	Het evalueren van de kwaliteit van de communicatie tussen het ziekenhuis en de thuiszorg. De focus lag op het effect van een elektronisch zorgdossier tijdens de overdracht van het ziekenhuis naar de thuiszorg.	56 personeelsleden bij van de thuiszorginstellingen, waaronder verpleegkundigen en managers	Het inzetten van een elektronisch zorgdossier tijdens de overdracht van het ziekenhuis naar de thuiszorg, waarin de thuiszorg toegang heeft tot het EPD van het ziekenhuis.	Ten aanzien van toegang tot het elektronisch dossier van het ziekenhuis: <ul style="list-style-type: none"> 96% geeft aan toegang tot het elektronisch dossier nuttig te vinden. Met toegang tot het elektronisch dossier van het ziekenhuis is er meer voldoende en tijdige informatie in vergelijking zonder het elektronisch dossier (p=0.04). 	Het verlenen van toegang tot het EPD van het ziekenhuis aan wijkverpleegkundigen is een veelbelovende oplossing om communicatiekwaliteit gedurende de overdracht te verbeteren.

Tabel 6. Resultaten van het onderzoek

³ HIE: Health Information Exchange

3.3 Inhoudelijke resultaten

De onderzochte studies zijn op basis van eHealthinterventie onderverdeeld in een drietal categorieën. Deze categorieën betreffen respectievelijk de implementatie van standaardbrieven gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier, e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier, en het verlenen van toegang aan thuiszorginstellingen tot het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis. De categorieën zijn nader weergegeven in de paragrafen 3.3.1, 3.3.2 en 3.3.3.

3.3.1 Standaardbrieven gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier

Een van de interventies is de implementatie bij thuiszorginstellingen van een elektronisch zorgdossier, met een hieraan gekoppeld gestandaardiseerd communicatiesysteem. Middels dit systeem kunnen zorgverleners overdrachtsinformatie verzenden naar andere zorgprofessionals. Het systeem bevat de mogelijkheid om per patiënt klinimetrische grenswaarden in te stellen. Zodra thuiszorgmedewerkers een grensoverschrijdende waarde rapporteren, wordt door het systeem automatisch een digitale waarschuwing verzonden naar de regisserend VVT-verpleegkundige. Dit stelt haar in staat te beslissen of zij een huisarts of specialist van de patiënt wil raadplegen. Is dit het geval, dan kan zij een SBAR-overdrachtsformulier invullen waaraan de geregistreerde klinimetrie automatisch wordt gekoppeld. De behandelaar krijgt dan een overzicht van alle relevante klinische gegevens en kan op basis hiervan kiezen voor behandeling thuis of overdracht naar het ziekenhuis. Wordt er gekozen voor een overdracht, dan kan de behandelaar een digitaal, universeel overdrachtsformulier invullen voorafgaand aan de transfer. Hieraan zijn evenzo alle gerapporteerde klinische gegevens gekoppeld. Op deze manier hebben de ontvangende ziekenhuizen eveneens toegang tot alle relevante klinische gegevens.

Ten aanzien van overdracht is een voordeel van deze interventie dat ontvangende zorgverleners worden voorzien van een compleet overzicht met relevante klinimetrische gegevens. Wel vereist het systeem dat gebruikers, de zorgverleners, ervaring hebben met ICT en dat zorginstellingen beschikken over goed werkende computers. Dit is lang niet altijd het geval en kan implementatie bemoeilijken (Yeaman et al., 2016).

Een andere interventie is de implementatie van een ziekenhuisbrede, gestandaardiseerde ontslagbrief die gekoppeld is aan het elektronisch zorgdossier. Deze ontslagbrief bevat een samenvatting van de opnamegegevens, een detailoverzicht en een aanbeveling voor vervolgzorg. Het sjabloon van zo'n brief wordt ontworpen op basis van vigerende richtlijnen en in overleg met ketenpartners. Daarnaast hebben afdelingen de mogelijkheid eigen velden toe te voegen. Het voordeel van zo'n ontwerp aanpak is dat het sjabloon voorziet in de juiste velden voor alle benodigde informatie. Dit bevordert het gebruiksgemak bij het maken van ontslagbrieven en tevens de tevredenheid onder ontvangende zorgverleners (Dean et al., 2016). Begunstigende factoren voor de implementatie van deze interventie zijn een goede kwaliteit van rapportages in het elektronisch zorgdossier, maandelijks overleg tussen vertegenwoordigers van alle disciplines en ICT-experts over wijzigingen in het systeem, het delen van wijzigingen door de vertegenwoordigers aan hun collega's, en jaarlijkse training voor gebruikers (Dean et al., 2016).

3.3.2 E-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier

E-messaging is het digitaal verzenden van berichten en stelt ziekenhuis- en VVT-verpleegkundigen in staat over patiënten te communiceren (Melby et al., 2015). Het systeem werkt via een beveiligd computernetwerk en is gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier van zorginstellingen. De berichten kunnen worden opgesteld op basis van vrije tekst en sjablonen. Berichten worden automatisch voorzien van waarden uit het elektronisch zorgdossier, zoals NAW-gegevens van de patiënt en contactinformatie van betrokken zorgverleners. Berichten worden in het elektronisch zorgdossier opgeslagen zodat zij toegankelijk zijn voor het ziekenhuis en de VVT-instelling.

De gestandaardiseerde berichten zijn ontworpen voor specifieke momenten. Deze momenten zijn nader toegelicht. Zo kan een gestandaardiseerd bericht worden verzonden naar een VVT-instelling op het moment dat een van hun patiënten wordt opgenomen in het ziekenhuis. Het bericht verzoekt de VVT-instelling om via het systeem patiëntgegevens te verstrekken omtrent diens gezondheid en zorgplan.

Een aanvullend bericht kan worden verzonden ten tijde van ziekenhuisopname en zodra wordt verwacht dat een patiënt binnen 24 uur wordt ontslagen en biedt de gebruiker ruimte om actuele contactgegevens, zorgbehoefte, allergieën, medische en verpleegkundige diagnoses en waar mogelijk een ontslagdatum-indicatie te vermelden. Sommige van deze gegevens kunnen geïmporteerd worden vanuit het elektronisch zorgdossier. Mocht een gepland ontslag niet door kunnen gaan, dan volgt hierover een gestandaardiseerd informatiebericht. Bij ontslag volgt een ontslagbericht waaraan door het ziekenhuis uitgebreide ontslaginformatie kan worden toegevoegd. Op deze manier wordt de VVT-instelling op de hoogte gehouden van de status van hun patiënt. Het systeem biedt ziekenhuizen tevens de mogelijkheid om een gesprek met VVT-instellingen te starten om hen te informeren over een nieuwe zorgaanvraag.

E-messaging maakt contact tussen organisaties efficiënter in vergelijking met schriftelijk of telefonisch contact. Zo is het eenvoudiger om contact op te nemen met andere zorgverleners en informatie te verzenden. Het systeem heeft namelijk een vooraf ingesteld adresboek, geeft inzage in welke specifieke zorgverlener betrokken is bij de patiënt en biedt de mogelijkheid om deze collega een bericht te sturen. Het systeem kent bovendien geen wachtrij en stoort verpleegkundigen niet zoals wel het geval is bij telefonische communicatie. Daarnaast ondersteunt het systeem bij het netter en overzichtelijker werken wat miscommunicatie kan voorkomen (Melby et al., 2015). Verder heeft e-messaging met behulp van sjablonen een positief effect op de kwaliteit van informatieoverdracht. Gebruik van sjablonen dwingt verpleegkundigen immers tot het vermelden van de benodigde informatie en het nadenken over wat zij willen overdragen, wat leidt tot een toename van overgedragen informatie (Melby et al., 2015). Tevens kunnen verpleegkundigen zich beter informeren omdat correspondentie wordt opgeslagen in het elektronisch zorgdossier. Daarentegen kan het gebruik van sjablonen leiden tot verwarring over welke gegevens waar moeten worden ingevuld omdat velden elkaar kunnen overlappen (Melby et al., 2015).

Ten aanzien van veiligheid is e-messaging veiliger dan faxen en bellen, maar wel onder voorwaarden. Zo moeten de systemen van alle gebruikers voldoen aan actuele veiligheidseisen en dienen gebruikers zich bewust te zijn van een juist gebruik. Zo is het van belang dat zij de correcte ontvanger selecteren zodat het bericht goed terechtkomt en dat zij initiatief nemen een eerste bericht te sturen om de digitale samenwerking te starten. Dit kan barrières opwerpen omdat VVT-instellingen weinig ervaring hebben met elektronische gegevensuitwisseling en niet altijd beschikken over computers die voldoen aan actuele veiligheidseisen. Daarnaast moeten afspraken worden gemaakt over het gebruik, zoals binnen welke tijd een opnamebericht verzonden moet worden, zodat informatie niet te laat komt. Kortom, het systeem valt of staat afhankelijk van de gebruikers (Melby et al., 2015).

3.3.3 Inzage in het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis

De laatste interventie betreft het verlenen van toegang aan VVT-verpleegkundigen tot het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis. Dit kan worden gerealiseerd met behulp van een online portaal waarmee zorginstellingen kunnen inloggen op het dossier. Op deze manier hebben de verpleegkundigen inzage in de gegevens van patiënten die vanuit het ziekenhuis aan hen worden verwezen.

Door deze inzage ontstaan er minder problemen als gevolg van gebrek aan informatie op het gebied van medicatie- en contactgegevens. Daarom kan inzage in het dossier een veelbelovende oplossing zijn om communicatie bij de overdracht van zorg te ondersteunen (Jones et al., 2019). Echter, inzage geeft nog steeds onvoldoende informatie op verschillende andere domeinen die van belang zijn voor VVT-instellingen. Ziekenhuisdossiers zijn namelijk niet aangepast voor de informatiebehoeften van deze instellingen (Cross et al., 2019; Jones et al., 2019).

Implementatie van een dergelijk systeem kan uitdagend zijn. Zo is het van belang dat het systeem goed aansluit bij de dagelijkse werkzaamheden van verpleegkundigen en dat het hen voldoende voordelen oplevert, waaronder toegang tot voldoende informatie, zodat zij het systeem blijven gebruiken. Daarnaast kan implementatie worden gehinderd door een hoog personeelsverloop, beperkte middelen en een slecht communicatieverleden met ziekenhuizen (Cross et al., 2019). Bovendien kan er onduidelijkheid ontstaan over wanneer men het systeem moet gebruiken en welke gegevens van belang zijn om te raadplegen, en kan het voorkomen dat medicatiegegevens in het ziekenhuisdossier afwijken van medicatielijsten bij VVT-instellingen, wat kan leiden tot medicatiefouten (Cross et al., 2019).

Hoofdstuk 4. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie beschreven bestaande uit drie onderdelen. In hoofdstuk 4.1 worden de inhoudelijke resultaten bediscussieerd. In hoofdstuk 4.2 worden de sterke en de zwakte punten van het onderzoek besproken. Tot slot wordt in hoofdstuk 4.3 een implicatie gegeven voor de verpleegkundige praktijk.

4.1 Inhoudelijke discussie

Kort samengevat kent de literatuur drie interventies om de overdracht van verpleegkundige zorg tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen te ondersteunen, namelijk standaardbrieven gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier, e-messaging met sjablonen en inzage in het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis. Geen van de interventies is onderzocht in Nederland. Navolgend worden de voor- en nadelen van de interventies tegen elkaar afgewogen en onderling met elkaar vergeleken, en wordt waar relevant de koppeling gemaakt met de Nederlandse gezondheidszorg.

Inzage in het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis geeft VVT-verpleegkundigen meer informatie omtrent medicatie- en contactgegevens van de patiënt, en minder kans op het ervaren van problemen die te wijten zijn aan informatiegebreken op dit gebied (Jones et al., 2019). Echter, veel andere benodigde patiëntinformatie is niet beschikbaar in dit dossier. Dit valt te verklaren omdat ziekenhuisdossiers niet primair zijn ontworpen in overleg met VVT-instellingen en daarmee niet voldoende zijn afgestemd op hun informatiebehoeften. Dit vraagt van VVT-verpleegkundigen dat zij onnodig veel tijd moeten besteden aan het zoeken in de dossiers en het interpreteren van informatie, dan wel alsnog contact op moeten nemen met het ziekenhuis voor opheldering. Dit is niet efficiënt noch doeltreffend. Het is namelijk van belang dat een dergelijke interventie goed aansluit bij de informatiebehoeften van de verpleegkundigen (Cross et al., 2019). Aangezien deze interventie onvoldoende hierbij aansluit, kan worden geconcludeerd dat inzage in het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis in deze vorm niet voldoende is om VVT-instellingen te kunnen voorzien in een volwaardige overdracht.

Het voordeel van deze interventie lijkt daarmee beperkt tot inzage in medicatie- en contactgegevens. Ondanks deze beperkte informatievoorziening, valt wel een verbetering in de continuïteit van zorg te verwachten omdat beter inzicht in deze gegevens medicatiefouten kan voorkomen. Dit zou bijvoorbeeld moeten leiden tot een daling van heropnames (King et al., 2013; Jones et al., 2019), maar desondanks is dit niet het geval, zo blijkt uit het onderzoek van Cross et al. (2016). Het blijkt namelijk dat informatie in het ziekenhuisdossier, waaronder medicatiegegevens, gedateerd of onduidelijk kan zijn. Dit kan leiden tot verwarring en misinterpretaties en werkt medicatiefouten in de hand. Daarnaast kan onduidelijkheid bestaan over hoe het dossier moet worden geraadpleegd (Cross et al., 2019). Vanwege het beperkte nut en mogelijkheid tot tegenstrijdigheden lijkt deze interventie in zijn geheel ongeschikt om te implementeren en tijd en geld aan te besteden. Het is daarom van belang om een interventie te implementeren die gemakkelijk is in gebruik, aansluit bij de behoeften van alle betrokken ketenpartners en voorziet in actuele informatie.

Een van deze interventies is de standaardbrieven gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier. Deze standaardbrieven kunnen worden voorzien van gegevens uit het elektronisch zorgdossier op basis van sjablonen. Deze sjablonen komen tot stand in overleg met alle betrokken ketenpartners en disciplines. Het voordeel van zo'n ontwerpproces is dat de belangen van alle zorgverleners kunnen worden meegenomen in de uitwerking. In tegenstelling tot inzage geven in het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis, waarbij de interpretatie van dossiergegevens wordt uitgevoerd door VVT-verpleegkundigen, vereist deze interventie dat de overdragende verpleegkundige uit het ziekenhuis zich bewust is van welke gegevens de VVT-instelling nodig heeft en zich verzekert van een duidelijke en juiste overdracht. Dit is tevens verplicht op grond van de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging van V&VN (2011). Op deze manier kan de kans op misinterpretatie worden beperkt. Omdat overdragende verpleegkundigen een sjabloon hebben van welke informatie overgedragen moet worden, en informatie uit het elektronisch zorgdossier hierin kunnen importeren, kan worden verondersteld dat ontvangende verpleegkundigen zullen worden voorzien van een complete overdracht. Daarbij zijn ontvangende

verpleegkundigen met een complete overdracht beter in staat adequaat zorg te verlenen aan de overgedragen patiënt (Laugaland et al., 2012). Bovendien leidt het tot tevredenheid onder hen wat tevens een positief effect heeft op de zorgresultaten van de patiënt (Bauer et al., 2009; Strasser, Lightfoot, & Pong, 2016, p. 69; Watts, Gardner, & Pierson, 2005; pp. 1-3). Allesomvattend kan worden gesteld dat deze interventie de verpleegkundige overdracht doeltreffend kan ondersteunen.

Gelijk voor deze interventie geldt dat gebruikers met de werking bekend moeten zijn en dat er de juiste ICT-middelen aanwezig dienen te zijn (Yeaman et al., 2016). Dit kan kosten met zich meebrengen. Aangezien kosten de grootste barrière zijn voor VVT-instellingen om eHealthtoepassingen te gebruiken (Kruse, Marquez, Nelson, & Palomares, 2018), is een groot voordeel van deze interventie dat alleen ziekenhuizen het hoeven te implementeren om VVT-instellingen te kunnen voorzien van een overdrachtsbrief. Ziekenhuizen beschikken vaak al over voldoende ICT-middelen en een elektronisch zorgdossier waardoor de investering veelal beperkt blijft tot het ontwikkelen en het aan bestaande systemen koppelen van deze interventie en training van de gebruikers. Aan VVT-instellingen de taak om aan te geven welke informatie zij overgedragen willen krijgen. Dit vraagt een goede samenwerking tussen betrokken ketenpartners.

Om te waarborgen dat de brieven worden voorzien van juiste informatie, behoort het ziekenhuispersoneel de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging van V&VN (2011) in acht te nemen. Het is dan ook aan te raden hen waar nodig te trainen in het correct schrijven van rapportages en overdragende verpleegkundigen te trainen in het gebruik van de sjablonen. Dit kan mede helpen voorkomen dat er verwarring ontstaat over welke gegevens waar moeten worden ingevuld. Verder is het belangrijk om periodiek met betrokken ketenpartners en disciplines te evalueren of de sjablonen nog voldoen aan actuele behoeften om ook in de toekomst verzekerd te kunnen zijn van passende ontslagbrieven.

De laatste interventie, e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier, is in zekere mate te vergelijken met de standaardbrief gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier. E-messaging kan namelijk plaatsvinden middels sjablonen waarin gegevens uit het elektronisch zorgdossier kunnen worden geïmporteerd. E-messaging geeft echter aanvullende voordelen om communicatie tussen zorgverleners te faciliteren.

Allereerst is e-messaging veiliger dan de standaardbrief. E-messaging werkt namelijk per definitie via een beveiligd computernetwerk, terwijl het verzenden van een standaardbrief ook per fax of onbeveiligde e-mailverbinding kan geschieden (Melby et al., 2015). E-messaging voorkomt dus beter dat onbevoegden gegevens kunnen inzien. Daarnaast voorziet e-messaging de gebruiker van een vooraf ingesteld adresboek, zodat het minder gemakkelijk is om patiëntinformatie naar een verkeerde zorgverlener of zelfs onbevoegde ontvanger te verzenden dan bij het traditioneel verzenden van gegevens (Melby et al., 2015). Bovendien worden elektronische berichten automatisch opgeslagen in het elektronisch zorgdossier van zorginstellingen zodat correspondentie altijd is terug te vinden. Het opslaan van een brief vereist daarentegen een actieve handeling van de verpleegkundige, zoals handmatig scannen dan wel uploaden, wat mis kan gaan of vergeten kan worden. E-messaging kan daarom een goede aanvulling zijn om het versturen en archiveren van gegevens veiliger te maken. Ten tweede werkt e-messaging efficiënter. Zo biedt het de mogelijkheid om meerdere sjablonen in te stellen, zodat verpleegkundigen voor specifieke situaties eenvoudig een duidelijk bericht sturen naar een collega. Dit bespaart verpleegkundigen tijd omdat veelvoorkomende berichten niet steeds opnieuw opgesteld hoeven te worden. Tijdswinst valt ook te behalen via de geautomatiseerde archivering van berichten, omdat de verpleegkundige hier geen tijd meer in hoeft te steken en bovendien snel inzage kan krijgen in alle correspondentie per patiënt.

Omdat e-messaging bij zowel ziekenhuizen als VVT-instellingen moet worden geïmplementeerd, valt het kostenvoordeel van de standaardbrief weg. Daarom is e-messaging vooral een goede aanvulling op de standaardbrief als VVT-instellingen reeds beschikken over een elektronisch zorgdossier, wat in Nederland veelal het geval is. Een voordeel hiervan is dat er alleen een aanvullende investering gedaan hoeft te worden. Net zoals voor de andere interventies is gebruiksgemak een belangrijk uitgangspunt. Daarom geldt het advies om gebruikers waar nodig te trainen in het schrijven van goede rapportages, gebruikers te trainen in het gebruik van het systeem en het gebruik periodiek tussen ketenpartners af te stemmen. Een suggestie is deze trainingen digitaal aan te bieden om kosten te besparen. Daarnaast

mag van regisserend VVT-verpleegkundigen worden verwacht dat zij door ervaring voldoende bekend zijn met hun huidige systeem. Daarmee beschikken zij reeds over enige ICT-kennis en -vaardigheden, zodat het leren werken met en gebruikmaken van e-messaging ongecompliceerd kan verlopen. Verder is het aan te raden zowel verpleegkundigen als ICT-experts te betrekken bij de integratie van e-messaging zodat het systeem in voldoende mate kan aansluiten op de dagelijkse werkzaamheden.

4.2 Methodologische discussie

Het onderzoek kent op basis van de methodologie sterke en zwakke punten. Om dit inzichtelijk te maken zijn de sterke en zwakke punten van elkaar onderscheiden.

4.2.1 Zwakke punten

Mogelijk zijn niet alle relevante resultaten tijdens het onderzoek naar voren gekomen, enerzijds omdat er niet veel gepubliceerd is over het onderwerp, anderzijds omdat er gezocht is in enkel vier databanken. Tevens was niet elke studie die relevant leek voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag beschikbaar in volledige tekst. Hierdoor zijn de desbetreffende studies niet geïnccludeerd.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag waren geen systematische reviews beschikbaar. Daarnaast konden niet alle gevonden studies worden geopend. Het beschikbare bewijs was zodoende beperkt. Daarom zijn de resultaten gelimiteerd tot kwalitatieve interventieonderzoeken. Deze scores weliswaar lager op level of evidence (Ackley, Swan, Ladwig & Tucker, 2008). Echter de mening van zorgprofessionals zijn waardevol en zelfs onmisbaar.

Uit de geïnccludeerde studies kwam naar voren dat er niet altijd duidelijkheid bestond over hoe de onderzochte interventie moest worden ingezet. Daarnaast kwam naar voren dat belangrijke randvoorwaarden, waaronder afstemming met ketenpartners, niet altijd aanwezig waren bij de implementatie. Er kan derhalve niet van iedere studie gezegd worden dat de interventie onder ideale omstandigheden is onderzocht om tot besluit van het effect te komen. Dit kan de conclusie van geïnccludeerde studies negatief hebben beïnvloed. Hiermee is rekening gehouden in de discussie.

Het is mogelijk dat er sprake is van een vertekend beeld omdat er consensus heeft plaatsgevonden tussen enkel twee onderzoekers. Consensus tussen meer onderzoekers had de betrouwbaarheid van het onderzoek kunnen verhogen (Kuiper & Verhoef, 2016).

De interbeoordelaarsovereenstemming voor selectie op basis van titel bedroeg 58%. Dit was lager dan de beoogde 70%. De verklaring hiervoor is dat er geen eenduidig standpunt was over het al dan niet includeren van studies met de termen 'transitional care', 'telemonitoring' en 'telehealth' in de titel, omdat er onduidelijkheid bestond over de definitie. Bij nader inzien bleken deze termen en studies betrekking te hebben op zorg op afstand en niet op zorgoverdracht, en zijn daarom alsnog geëxcludeerd. Daarnaast waren nog titels geïnccludeerd die duidelijk gingen over intramurale overdracht. Daarom zijn zij na overleg geëxcludeerd. Kortom, een aantal studies is onterecht geïnccludeerd op basis van titel en dit had voorkomen kunnen worden door scherper te zijn op eerdergenoemde definities en op de soort overdracht. Deze zwakheid heeft echter niet geleid tot het missen van studies. Als de onterecht geïnccludeerde titels in eerste instantie niet waren geïnccludeerd, zou de interbeoordelaarsovereenstemming 72% bedragen. Het is opgevallen dat afstemming heeft geleid tot een eenduidigere benadering van de te selecteren studies. De percentages voor selectie op basis van abstract, full-tekst en methodologische beoordeling lagen namelijk aanzienlijk hoger.

4.2.2 Sterke punten

Gedurende het gehele onderzoek zijn alle uitkomsten tot stand gekomen op basis van consensus tussen twee onderzoekers. Hierdoor is er sprake van een verhoogde plausibiliteit (Kuiper & Verhoef, 2016). De interbeoordelaarsovereenstemming is berekend in percentages. Dit percentage bedroeg 77% voor selectie op abstract, 100% voor selectie op volledige tekst en 100% op beoordeling. Het streefpercentage

van 70% werd behaald. Hierdoor kan gesteld worden dat persoonlijke kenmerken niet werden meegenomen in het includeren en excluseren van studies.

De systematische literatuurstudie is uitgevoerd op basis van een gestandaardiseerde methode. De geformuleerde zoekstring is uitgewerkt per database. De zoekstrategie is weergegeven middels het stroomschema. Alle gemaakte keuzes zijn onderling besproken en hiervan is een logboek bijgehouden. Dit waarborgt een transparante, betrouwbare uitvoering van het onderzoek (Kuiper & Verhoef, 2016).

Alle aan de inclusiecriteria voldoende literatuur is methodologisch beoordeeld met behulp van een gerenommeerd en veelgebruikt protocol. Studies met een zwakke of matige kwaliteit zijn geëxcludeerd. Alleen voldoende of hoog scorende studies zijn geïncludeerd ter beantwoording van de onderzoeksvraag. Dit verhoogt de validiteit van het onderzoek (Kuiper & Verhoef, 2016).

De geïncludeerde studies hebben plaatsgevonden in de Verenigde Staten en Noorwegen. Ondanks dat het zorgstelsel in deze landen anders is georganiseerd dan in Nederland, zijn de resultaten verplaatsbaar naar de Nederlandse context. Immers, de studies richtten zich op eHealthinterventies om communicatie tussen zorginstellingen over patiënten ten tijde van een overdracht te ondersteunen. In Nederland zijn anno 2020 veelal ziekenhuizen, verpleeginstellingen en thuiszorginstellingen steeds meer ingericht op eHealth. In dat opzicht is het Nederlandse zorgsysteem voldoende vergelijkbaar en zijn de resultaten van dit onderzoek representatief en breed inzetbaar.

4.3 Implicatie voor de verpleegkundige praktijk

Nederlands onderzoek toont aan dat zo'n 52% van de verpleegkundigen knelpunten ervaart gedurende een overdracht (Van der Molen, 2017). Omdat deze knelpunten worden ervaren en erkend is het van belang om een interventie te implementeren die de communicatie tussen verpleegkundigen verbetert, waardoor tevens de kwaliteit van zorg voor de patiënt wordt verhoogd. De resultaten vanuit dit onderzoek demonstreren een succesvol effect van het implementeren van eHealthinterventies, zolang rekening wordt gehouden met de benoemde aandachtspunten.

Daarnaast ligt een wetsvoorstel klaar inzake elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, dat zorgverleners wil verplichten gegevens elektronisch uit te wisselen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Hierbij kunnen eisen worden gesteld aan taal en techniek. Zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor de benodigde middelen en informatiehuishouding. Er wordt verwacht dat deze wet ertoe leidt dat zorgverleners beter in staat zijn om goede zorg te verlenen, dat patiënten merken dat zij hun verhaal minder vaak hoeven te vertellen en dat er minder kans is op fouten.

De besproken interventies kunnen als leidraad dienen om zorginstellingen in staat te stellen de communicatie tussen verpleegkundigen ten tijde van de overdracht te verbeteren en aan toekomstige wetgeving te voldoen.

Hoofdstuk 5. Conclusie en aanbeveling

In dit hoofdstuk wordt geconcludeerd welke eHealthinterventies de wetenschappelijke literatuur kent om de verpleegkundige overdracht tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen te ondersteunen, en welk van deze eHealthinterventies de voorkeur verdient om te implementeren.

5.1 Conclusie

De wetenschappelijke literatuur kent drie groepen eHealthinterventies om de overdracht tussen het ziekenhuis en VVT-instellingen te ondersteunen, namelijk standaardbrieven gekoppeld aan het elektronisch zorgdossier, e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier en tot slot het verlenen van inzage in het elektronisch zorgdossier van het ziekenhuis.

Geen van deze interventies is onderzocht in Nederland. Echter, op basis van efficiëntie, kwaliteit, veiligheid en financiën, en uit het oogpunt van de Nederlandse context, verdient e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier de voorkeur om ingezet te worden ter ondersteuning van de verpleegkundige overdracht.

5.2 Aanbeveling

In deze paragraaf volgt een aanbeveling voor het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool Groningen en de verpleegkundige beroepspraktijk.

5.2.1 Voor het lectoraat

Uit deze studie blijkt dat er geen onderzoek in Nederland heeft plaatsgevonden naar het inzetten van e-messaging met briefsjablonen en een koppeling aan het elektronisch zorgdossier om de verpleegkundige overdracht tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen te ondersteunen. Daarom wordt het lectoraat aanbevolen om:

1. een interventieonderzoek te starten naar e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier bij deze instellingen;
2. voor de samenstelling van de onderzoekspopulatie Nederlandse ziekenhuizen en VVT-instellingen te benaderen die problematiek ervaren bij de verpleegkundige overdracht tussen hen;
3. bij hen te onderzoeken welke specifieke aandachtspunten, hiaten en wensen er zijn met betrekking tot de verpleegkundige overdracht;
4. vervolgens een ontwikkel- en implementatietraject van de interventie te starten;
5. kritisch te onderzoeken welke bijdrage de interventie levert aan de ondersteuning van de verpleegkundige overdracht tussen de Nederlandse ziekenhuizen en VVT-instellingen.

5.2.2 Voor de beroepspraktijk

Uit deze studie is het belang van afstemming tussen zorginstellingen omtrent overdracht van verpleegkundige zorg gebleken. Daarom worden ziekenhuizen en VVT-instellingen aanbevolen om:

1. de overdracht van verpleegkundige zorg tussen hen te evalueren op het gebied van efficiëntie, kwaliteit en veiligheid;
2. toepassing van e-messaging met briefsjablonen en koppeling aan het elektronisch zorgdossier te overwegen indien optimalisatie van de overdracht wenselijk is of nodig blijkt;
3. bij de ontwikkeling van het systeem ICT-experts en verpleegkundigen te betrekken om het systeem aan te kunnen laten sluiten op de dagelijkse werkzaamheden;
4. bij de ontwikkeling van briefsjablonen wederzijdse informatiebehoeften in kaart te brengen en centraal te stellen;

5. afspraken te maken over wanneer overdracht van informatie plaats dient te vinden en hoe het systeem in gebruik genomen dient te worden;
6. gebruikers digitaal te trainen in het schrijven van rapportages conform de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging van V&VN en in het gebruik van het systeem;
7. het systeem periodiek te evalueren op het gebied van efficiëntie, kwaliteit en veiligheid zodat het blijft aansluiten bij actuele behoeften.

Literatuur

- Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., & Tucker, S. (2008). *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. (p. 7). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Apker, J., Propp, K. M., Zabava Ford, W. S., & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordination: Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care Team Interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.03.002>
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539–2546. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x>
- Bukoh, M. X., & Siah, C. R. (2020). A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
- CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF Nederland, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', V&VN. (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Geraadpleegd van <https://www.venvn.nl/thema-s/beroepscode>
- Cross, D. A., McCullough, J. S., Banaszak-Holl, J., & Adler-Milstein, J. (2019). Health information exchange between hospital and skilled nursing facilities not associated with lower readmissions. *Health services research*, 54(6), 1335–1345. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13210>
- Dassen, T., & Keuning, F. (2010). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties* (7de editie). Amersfoort, Nederland: ThiemeMeulenhoff bv.
- De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. (2020, 1 januari). Geraadpleegd op 10 maart 2020, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2020-01-01>
- Dean, S. M., Gilmore-Bykovskiy, A., Buchanan, J., Ehlendorf, B., & Kind, A. J. (2016). Design and Hospitalwide Implementation of a Standardized Discharge Summary in an Electronic Health Record. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 42(12), 555–AP11. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)30107-6](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)30107-6)
- Greysen SR, Hoi-Cheung D, Garcia V et al. 'Missing pieces'—functional, social and environment barriers to recovery for vulnerable older adults transitioning from hospital to home. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(8):1556–1561. <https://doi.org/10.1111/jgs.12928>
- Improving Transitional Care: The Role of Handoffs and Discharge Checklists in Hematologic Malignancies. (2019). *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 36–42. <https://doi.org/10.1188/19.cjon.36-42>
- Jones, C. D., Jones, J., Bowles, K. H., Flynn, L., Masoudi, F. A., Coleman, E. A., Levy, C., & Boxer, R. S. (2019). Quality of Hospital Communication and Patient Preparation for Home Health Care: Results From a Statewide Survey of Home Health Care Nurses and Staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(4), 487–491. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.004>
- King, B. J., Gilmore-Bykovskiy, A. L., Roiland, R. A., Polnaszek, B. E., Bowers, B. J., & Kind, A. J. H. (2013). The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7), 1095–1102. <https://doi.org/10.1111/jgs.12328>
- Kruse, C. S., Marquez, G., Nelson, D., & Palomares, O. (2018). The Use of Health Information Exchange to Augment Patient Handoff in Long-Term Care: A Systematic Review. *Applied clinical informatics*, 9(4), 752–771. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1670651>
- Kuiper, C., & Verhoef, J. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (4de editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2016). Bachelor of Nursing 2020. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care—a review of the evidence. *Work*. 2012; 41:2915–2924. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-2915>
- LibGuides: Stappenplan voor literatuur zoeken in PubMed: Introductie*. (2020). Geraadpleegd op 25 mei 2020, van <https://libguides.vu.nl/PMstappen>
- Mardis, M., Davis, J., Benningfield, B., Elliott, C., Youngstrom, M., Nelson, B., ... Riesenber, L. A. (2016). Shift-to-Shift Handoff Effects on Patient Safety and Outcomes. *American Journal of Medical Quality*, 32(1), 34–42. <https://doi.org/10.1177/1062860615612923>
- Martinsen B, Mortensen AS, Norlyk A. Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses—a meta-ethnography. *Br J Community Nurs*. 2018; 23(12):597–604. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.12.597>

- McNeil, D., Strasser, R., Lightfoot, N., & Pong, R. (2016). A "Simple" Evidence-Based Intervention to Improve Care Transitions for Frail Patients with Complex Health Conditions: Why Didn't It Work as Expected? *Healthcare Quarterly*, 19(2), 67–72. <https://doi.org/10.12927/hcq.2016.24702>
- Mehta, R. L., Baxendale, B., Roth, K., Caswell, V., Le Jeune, I., Hawkins, J., ... Avery, A. J. (2017). Assessing the impact of the introduction of an electronic hospital discharge system on the completeness and timeliness of discharge communication: a before and after study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2579-3>
- Melby, L., Brattheim, B. J., & Hellesø, R. (2015). Patients in transition—improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3389–3399. <https://doi.org/10.1111/jocn.12991>
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2020, 10 maart). *Overheid.nl | Consultatie Wetsvoorstel Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg*. Geraadpleegd van <https://www.internetconsultatie.nl/gegevensuitwisseling>
- Norlyk, A., Deleuran, C. L., & Martinsen, B. (2020). Struggles with infrastructures of information concerning hospital-to-home transitions. *British Journal of Community Nursing*, 25(1), 10–15. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.1.10>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017, 10 november). *Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd*. Geraadpleegd op 24 maart 2020, van <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2015/06/18/continuïteit-van-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-vanuit-het-ziekenhuis-naar-verpleeg-en-verzorgingshuizen-thuiszorg-en-huisartsen-niet-gewaarborgd>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, 12 oktober). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Geraadpleegd van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Petersen, H. V., Foged, S., & Nørholm, V. (2019). "It is two worlds" cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1999–2008. <https://doi.org/10.1111/jocn.14805>
- Phelan A, McCarthy S, Adams E. Examining the context of community nursing in Ireland and the impact of missed care. *Br J Community Nurs*. 2018; 23(1):34–40. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.1.34>
- STROBE Statement. (2007). *STROBE Statement: Available checklists*. Geraadpleegd van <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
- The Joint Commission. (2017). *Inadequate hand-off communication* (58). Geraadpleegd van <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/>
- V&VN. (2011). *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Geraadpleegd van <https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-verpleegkundige-verslaglegging-en-overdracht-in-revisie/>
- Van der Molen, L. (2017). *De verpleegkundige overdracht in beweging*. Geraadpleegd van <https://www.nictiz.nl/rapporten/onderzoeksrapport-verpleegkundige-overdracht/>
- Van Lettow, B. (2019). *E-health, wat is dat?* Geraadpleegd van <https://www.nictiz.nl/rapporten/e-health-wat-is-dat/>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom Lemma.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6de editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)*. (z.d.). Geraadpleegd van <https://www.zorgenwelzijnplein.nl/infopunt/werkvelden/vvt>
- Watts, R., Gardner, H., & Pierson, J. (2005). Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(5), 302–313. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.01.005>
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. (2015, 7 oktober). Geraadpleegd op 25-05-2020, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2019-05-01>
- Yeaman, B., Ko, K. J., & Alvarez del Castillo, R. (2015). Care Transitions in Long-term Care and Acute Care: Health Information Exchange and Re-admission Rates. *Online journal of issues in nursing*, 20(3), 5.
- Zorgkennis.net. (z.d.). *Afkortingen*. Geraadpleegd van <https://www.zorgkennis.net/afkortingen/>

Bijlage 1. Data-extractieformulier

Titel

Auteurs

Jaar van publicatie

Design

Level of evidence

Context

Doelstelling

Populatie

Methode

Interventie(s) t.a.v. overdracht

Resultaten

Conclusie

Artikel komt in aanmerking voor inclusie
 ja nee twijfel

Relevante artikelen uit literatuurlijst

