

De verpleegkundige overdracht bij de patiënt

Belemmerende en bevorderende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief

Naam en studentnummer:	Robbert Gooijer (582231)
Naam en studentnummer:	Maurits le Poole (580005)
Opleiding:	Verpleegkunde
Datum:	17 juni 2019
Docentbegeleider:	Dhr. P. Twilt
Opdrachtgever:	Mw. M. Heinen
Examinator:	Mw. K. Hoondert
Projectnummer:	1819_2ZidP_17

Colofon

Projectcode	1819_2ZidP_17
Opdrachtgever	Mw. M. Heinen <i>Senioronderzoeker IQ-healthcare, Radboudumc</i>
Docentbegeleider	Dhr. P. Twilt <i>Docent instituut Verpleegkundige Studies, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
Examinator	Mw. K. Hoondert <i>Beleidsmedewerker Gezondheid Migranten en statushouders GGD Gelderland-Zuid</i>
Contactpersoon afdeling AIG	Mw. H. Janssen <i>Seniorverpleegkundige afdeling Algemene Interne Geneeskunde, Radboudumc</i>
Onderzoeksplaats	Radboudumc Geert Grooteplein Zuid 10 6525 GA Nijmegen Afdeling IQ-healthcare
Studentonderzoekers	R. Gooijer (582231) R.Gooijer@student.han.nl M. le Poole (580005) M.lePoole@student.han.nl
Onderwijsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6535 EN Nijmegen
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar	2018-2019
Onderwijseenheid	Zorginnovatie in de Praktijk
Inleverdatum	17 juni 2019
Trefwoorden	Verpleegkundige overdracht Overdracht bij de patiënt Verpleegkundig perspectief Verpleegkundigen Belemmerende factoren Bevorderende factoren Patiëntparticipatie Patiëntveiligheid Radboudumc Afdeling Algemene Interne Geneeskunde (AIG)

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van het onderzoeksverslag “De verpleegkundige overdracht bij de patiënt”. Dit onderzoek is uitgevoerd bij de verpleegkundigen op de afdeling Algemene Interne Geneeskunde van het Radboudumc te Nijmegen.

Het kwaliteitsproject is een onderdeel van de voltijdsopleiding HBO-verpleegkunde op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Gedurende het semester ‘Zorginnovatie in de Praktijk’ zijn de studentonderzoekers, Robbert Gooijer en Maurits le Poole, intensief bezig geweest met praktijkonderzoek. Er is met een hechte samenwerking, goede afstemming en veel enthousiasme gewerkt aan dit onderzoek. Dit onderzoek heeft ons veel geleerd over de organisatie, het Radboudumc en de ontwikkeling in de zorg en patiëntparticipatie en -veiligheid. Daarnaast heeft het uitvoeren van praktijkonderzoek ons vaardig gemaakt in onderzoeksvaardigheden die nodig zijn als HBO-verpleegkundige. Wij zijn trots op het proces en het eindresultaat van het onderzoek.

Wij spreken onze dank uit naar iedereen die heeft meegewerkt aan ons onderzoek. Onze dank gaat in het bijzonder uit naar onze opdrachtgever mw. M. Heinen, voor haar begeleiding, betrokkenheid, samenwerking en het kritisch volgen van de studentonderzoekers. Zij is van grote waarde geweest in het realiseren van dit onderzoeksverslag.

Daarnaast willen wij onze docentbegeleider dhr. P. Twilt bedanken voor zijn bijdrage in dit semester. Zijn begeleiding op basis van de eisen van de planningsgroep en het vaardig maken van de studentonderzoekers in het schrijven van een onderzoeksverslag, heeft ons gebracht tot dit eindresultaat.

Tevens gaat onze dank uit naar de docenten en de planningsgroep van de Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Zij hebben met ervaring, geduld en passie het onderzoeksproces een kwaliteitsimpuls gegeven. Onze tutor, dhr. R. Kelia, is voor ons onmisbaar geweest in het onderwijzen, analyseren en kritisch volgen van het onderzoeksverslag.

Ook willen wij de contactpersoon van de afdeling Algemene Interne Geneeskunde, Hanneke Janssen, betrekken in ons dankwoord. Door de samenwerking met haar in het werven van respondenten en het afstemmen van de mogelijkheden op de afdeling is het verzamelen van de onderzoeksdata voorspoedig verlopen.

Tot slot willen wij alle verpleegkundigen van de afdeling Algemene Interne Geneeskunde bedanken die de moeite hebben genomen deel te nemen aan ons onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier.

Robbert Gooijer en Maurits le Poole
HBO-verpleegkundestudenten aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Nijmegen, 17 juni 2019

Samenvatting

Achtergrond

In het huidige zorglandschap heeft de patiënt steeds meer de behoefte aan het ontvangen van persoonsgerichte zorg door lid te zijn van zijn eigen zorgproces en hierin betrokken te worden. De verpleegkundige overdracht bij de patiënt is een vorm van persoonsgerichte zorg die de patiëntveiligheid ten goede komt. In de literatuur wordt er veel geschreven over deze overdracht, maar in de praktijk wordt deze weinig uitgevoerd. Het Radboudumc wil deze overdrachtsvorm implementeren op de afdeling Algemene Interne Geneeskunde. Op deze afdeling is er onvoldoende inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief om de overdracht bij de patiënt uit te voeren.

Doel

Het doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de belemmerende en bevorderende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief met betrekking tot de verpleegkundige overdracht bij de patiënt tijdens de dienstwissel op de afdeling AIG in het Radboudumc.

Methode

In dit kwalitatief, beschrijvend, cross-sectioneel onderzoek zijn de data verzameld door het afnemen van semigestructureerde interviews en het houden van een focusgroep. Voor het verkrijgen van de onderzoekspopulatie is gebruikgemaakt van in- en exclusiecriteria. Er werden zes individuele verpleegkundigen geïnterviewd door de studentonderzoekers en er namen zes andere verpleegkundigen deel aan de focusgroep. Tijdens de interviews werd er gebruikgemaakt van een topiclijst, die als leidraad diende bij het afnemen van de interviews. De focusgroep vond plaats na het afnemen van de interviews, waardoor de verkregen onderzoeksdata uitgediept en versterkt werd. Beide dataverzamelmethodeën zijn door middel van een voicerecorder opgenomen. De interviews en de focusgroep zijn getranscribeerd en thematisch gecodeerd. Bij het uitvoeren van dit onderzoek is rekening gehouden met de gangbare zorgvuldigheidseisen.

Resultaten

Twaalf verpleegkundigen hebben deelgenomen aan het onderzoek. De verpleegkundigen noemden zowel belemmerende als bevorderende factoren, die in te delen zijn in de volgende gehanteerde thematieken: richtlijnfactoren, individuele zorgprofessional factoren, patiëntfactoren, professionele interactie, stimulansen en middelen, capaciteiten voor organisatorische verandering en sociale, politieke en juridische factoren. Alle respondenten gaven aan dat op dit moment de overdracht bij de patiënt nog niet kan plaatsvinden op de afdeling AIG, maar dat eerst voldaan moet worden aan een aantal voorwaarden.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat de verpleegkundigen een aantal zaken als meest belangrijk ervaren om de overdracht bij de patiënt wel of niet te kunnen uitvoeren. De verpleegkundigen vinden dat er afspraken moeten worden gemaakt en vastgelegd met betrekking tot deze overdracht. Daarnaast maken ze zich zorgen over het waarborgen van de privacy, de juiste participatie van de patiënt en de tijdsduur van de overdracht, die naar verwachting zal toenemen. De belangrijkste bevorderlijke factoren zijn: de betrokkenheid van de patiënt in zijn zorg, het corrigeren en aanspreken van elkaar binnen het team op de wijze van uitvoering van de overdracht, het fungeren als kartrekker door verpleegkundigen bij de implementatie en het verbeteren van de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige.

Trefwoorden

Verpleegkundige overdracht, overdracht bij de patiënt, verpleegkundig perspectief, verpleegkundigen, belemmerende factoren, bevorderende factoren, patiëntparticipatie, patiëntveiligheid, Radboudumc, afdeling Algemene Interne Geneeskunde (AIG).

Inhoud

Hoofdstuk 1 – Inleiding	6
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	8
2.1 Zoekstrategie	8
2.2 Evidence tabel	8
2.3 Definities begrippen	8
2.4 Het veranderend zorglandschap	9
2.5 Beroepsprofiel verpleegkundigen	9
2.6 De verpleegkundige overdracht bij de patiënt	10
2.7 Doeleinden van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt	10
2.8 Beïnvloedende factoren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt	11
2.8.1 Belemmerende factoren	11
2.8.2 Bevorderende factoren	12
2.9 Het Radboudumc	12
2.10 Verpleegkundige relevantie	14
Hoofdstuk 3 – Methode	15
3.1 Onderzoeksdesign	15
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef	15
3.3 Werving respondenten	16
3.4 Dataverzameling	17
3.5 Dataverwerking en data-analyse	18
3.6 Zorgvuldigheidseisen	19
3.7 Ethiek	20
Hoofdstuk 4 – Resultaten	21
4.1 Onderzoekspopulatie	21
4.2 Demografische gegevens onderzoekspopulatie	21
4.3 Resultaten beschrijving interviews	21
4.3.1 Individuele zorgprofessional factoren:	21
4.3.2 Patiëntfactoren	23
4.3.3 Professionele interactie	26
4.3.4 Stimulans en middelen	26
4.3.5 Capaciteiten voor organisatorische verandering	28
4.3.6 Sociale, politieke en juridische factoren	28
4.3.7 Richtlijnfactoren	29
4.4 Resultaten beschrijving focusgroep	29
Hoofdstuk 5 – Discussie en aanbevelingen	32
5.1 Resultaten in vergelijking met bestaande literatuur	32
5.2 Kwaliteitsbeoordeling van het onderzoek	34

5.2.1 Sterkte punten	34
5.2.2 Beperkingen.....	35
5.3 Praktische toepasbaarheid en generaliseerbaarheid.....	35
5.4 Aanbevelingen	36
5.4.1 Beroepspraktijk	36
5.4.2 Onderwijs.....	37
5.4.3 Onderzoek.....	37
Hoofdstuk 6 – Conclusie	38
6.1 Beantwoording onderzoeksvraag	38
Literatuurlijst.....	39
Bijlage 1 – Zoekstrategie PubMed	42
Bijlage 2 - Zoekstringen PubMed.....	46
Bijlage 3 – Evidence tabel.....	49
Bijlage 4 – Definities thematieken.....	56
Bijlage 5 – Mail contactpersoon	57
Bijlage 6 – Mail respondenten	59
Bijlage 7 – Informed consent	61
Bijlage 8 – Interviewguide	62
Bijlage 9 – Topiclijst	64
Bijlage 10 – Focusgroepguide	66
Bijlage 11 – Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker	68
Studentonderzoeker Robbert Gooijer	68
Studentonderzoeker Maurits le Poole.....	69
Bijlage 12 – Codeboek	70
Bijlage 13 – Keuze onderwerpbespreking focusgroep	71
Bijlage 14 – Fragment codering	72

Hoofdstuk 1 – Inleiding

Het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), van 7 oktober 2015, de definitie van goede zorg opgenomen. Deze definitie luidt: 'zorg van goede kwaliteit en van goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt' (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, 2015, §2, artikel 2a). De Nederlandse overheid benadrukt hiermee het belang van het afstemmen van de zorg op de patiënt als individu. De patiënt wordt beschouwd als een individu met het vermogen om te participeren in zijn eigen gezondheid, waarbij er een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie is tussen de patiënt en de zorgprofessional (Moeke, Van Andel, & Weijers, 2018). De participatie van de patiënt in het zorgproces is het gevolg van het optreden van veranderingen in het zorglandschap (Radboudumc, 2017).

Met de veranderingen in het zorglandschap is er in 2012 een nieuw beroepsprofiel opgesteld voor verpleegkundigen. In het Beroepsprofiel Verpleegkundigen wordt de verandering in het zorglandschap en de hierop aansluitende verpleegkundige zorg beschreven. Deze verandering houdt in dat de patiënt mondiger wordt, meer zeggenschap en inspraak wil hebben over zijn zorg en dat hij van de verpleegkundige verwacht dat hij fungeert als coach. (Radboudumc, 2017; V&VN, 2012). De hierop aansluitende, verpleegkundige zorg is gericht op de het behandelen van het individu als geheel en het samenwerken met de patiënt als partner. Deze zorg kenmerkt een patiëntgerichte en patiëntparticiperende werkwijze. Ook beschrijft het beroepsprofiel zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Deze competenties worden onderverdeeld en beschreven in kennis, vaardigheden en attitude. De competenties geven een functieomschrijving van de verpleegkundige met betrekking tot de verandering in het zorglandschap (V&VN, 2012)

In het Radboudumc staat de patiënt en zijn kwaliteit van leven centraal. Persoonsgerichte zorg is een visielijn waarmee zij hun missie willen realiseren. Een principe om dit te bewerkstelligen is dat de patiënt participeert in het behandelteam, waardoor de patiënt actief betrokken is in zijn eigen zorgproces (Radboud, 2017). Een methode om de patiënt actief te betrekken in zijn zorgproces is het inzetten van de verpleegkundige overdracht aan het bed tijdens een dienstwissel (Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis, & Chu, 2009). Het doel van deze methode is dat de patiëntveiligheid en de patiëntparticipatie wordt verbeterd (Malfait, Van Hecke, Van Biesen, & Eeckloo, 2018).

Het Radboudumc kent een adviserende afdeling die zorg draagt voor ProcesVerbetering en Innovatie (PVI). Deze afdeling is praktijkgericht en biedt ondersteuning bij het verbeteren van processen en het uitvoeren van praktijkonderzoek. Persoonsgerichte zorg is een aandachtsveld van PVI (Radboudumc, z.d.-a). IQ healthcare is een afdeling van het Radboudumc die onderzoek opzet en uitvoert. Het onderzoek wordt uitgevoerd ten behoeve van een betere patiëntenzorg. Deze afdeling kent ook het aandachtsveld persoonsgerichte zorg (Radboudumc, z.d.-b). Er bestaat een samenwerking tussen deze twee afdelingen ten aanzien van de persoonsgerichte zorg. Het onderzoek dat hieruit voortvloeit is verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Dit onderzoek zal worden uitgevoerd op de afdeling Algemene Interne Geneeskunde (AIG) van het Radboudumc. In de literatuur wordt gesproken over de term 'overdracht aan het bed', oftewel: bedside shift report. Maar volgens Yvonne Geurts, projectleider Beter uit Bed, kiest het Radboudumc voor de term 'overdracht bij de patiënt' (M. Heinen, persoonlijke informatie, 15 februari 2019). Zodoende staat niet het bed centraal, maar de patiënt en zijn participatie.

Probleemstelling:

Vanuit de literatuur is het bekend dat de overdracht met de patiënt de patiëntparticipatie vergroot en dat het deel uitmaakt van persoonsgerichte zorg. Het toepassen van deze methode sluit aan bij de omschreven missie en visie van het Radboudumc. Daarnaast zijn er in de literatuur strategieën bekend die samen een implementatieplan vormen voor de overdracht bij de patiënt (AHRQ, 2013). Dit implementatieplan is niet specifiek van toepassing op de organisatie en de manier van werken van het Radboudumc. Het beoogde doel van het Radboudumc is dat er een implementatieplan wordt geschreven passend bij de organisatie. Voorafgaand aan deze implementatie is het van belang dat er vanuit het verpleegkundig perspectief gekeken wordt naar de belemmerende en bevorderende factoren

met betrekking tot de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Omdat de verpleegkundigen de daadwerkelijke uitvoerders zijn van de overdracht met de patiënt, is het verpleegkundig perspectief van belang. Deze belemmerende en bevorderende factoren zijn binnen het Radboudumc niet in kaart gebracht. Dit heeft als gevolg dat er geen inzicht is in de op voorhand belemmerende en bevorderende factoren.

Doelstelling:

Kijkend naar de hierboven beschreven probleemstelling, is het van belang om de op voorhand aanwezige belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen. De hieruit voortvloeiende resultaten kan het Radboudumc gebruiken voor een toekomstig implementatieplan dat aansluit bij de organisatie. Het doel van dit onderzoek luidt: 17 juni 2019 is er inzicht in de op voorhand belemmerende en bevorderende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief met betrekking tot de verpleegkundige overdracht bij de patiënt tijdens de dienstwissel op afdeling Algemene Interne Geneeskunde in het Radboudumc.

Vraagstelling:

Hieruit voortvloeiend luidt de onderzoeksvraag:

Wat zijn de op voorhand belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van de verpleegkundigen ten aanzien van het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt tijdens de dienstwissel op afdeling Algemene Interne Geneeskunde van het Radboudumc?

Leeswijzer:

Het onderzoeksverslag is opgedeeld in zes hoofdstukken. Hoofdstuk 1 bevat de inleiding waarin de achtergrond, de probleem-, doel- en vraagstelling worden behandeld. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader beschreven, waarin concepten uit de inleiding zijn uitgediept. Hoofdstuk 3 bevat de methode die gebruikt is bij het uitvoeren van dit onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksresultaten beschreven. Hoofdstuk 5 bevat de discussie van de onderzoeksresultaten met de literatuur, de discussie van de gehanteerde onderzoeksmethode en de aanbevelingen voor beroepspraktijk, onderwijs en onderzoek. Ten slotte geeft hoofdstuk 6 door een conclusie antwoord op de onderzoeksvraagstelling.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de concepten die in de inleiding zijn beschreven verder uitgediept. De studentonderzoekers verantwoorden eerst de zoekstrategie en werken de relevante artikelen uit in een evidence tabel. Vervolgens worden definities van essentiële begrippen beschreven. Ook wordt ingegaan op het veranderend zorglandschap en het hieruit voortvloeiend beroepsprofiel voor verpleegkundigen. Daarna wordt de verpleegkundige overdracht bij de patiënt behandeld met de hierbij horende doeleinden en beïnvloedende factoren. Bovendien wordt de organisatie van het Radboudumc beschreven en het belang van de organisatie voor dit onderzoek. Tot slot wordt de verpleegkundige relevantie voor de beroepspraktijk benoemd.

2.1 Zoekstrategie

Voor het zoeken naar relevante wetenschappelijke artikelen die aansluiten op de onderzoeksvraag, is er gebruikgemaakt van de wetenschappelijke database Pubmed. De uitwerking van de zoekstrategie is terug te vinden in bijlage 1. Een beantwoordbare zoekvraag is opgesteld middels het format van de DDO (Domain, Determinant and Outcome). De studentonderzoekers hebben in dit format de zoekvraag opgedeeld in termen. Door het hanteren van deze termen in de zoekstring is er systematisch gezocht naar relevante wetenschappelijke artikelen (bijlage 2). Er is gekozen om de termen onder het kopje 'Outcome' niet op te nemen in de zoekstring, omdat het gebruik hiervan de zoekactie teveel afbakent. Hierdoor zullen op voorhand relevante artikelen worden uitgesloten. De termen uit de Outcome zijn wel gebruikt om uiteindelijk de relevante artikelen te onderscheiden van de geselecteerde artikelen. In de database hebben de onderzoekers gebruikgemaakt van Mesh-termen en vrije termen in 'title/abstract' en werden deze vervolgens gecombineerd door de booleaanse operatoren AND en OR. Om de meest recent gepubliceerde artikelen te verkrijgen, is er gebruikgemaakt van het filter 'Published last 10 years'. De 40 gevonden artikelen zijn door middel van de in- en exclusiecriteria beoordeeld op titel en samenvatting om te controleren of deze artikelen aansloten bij de context van dit onderzoek. De studentonderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de gevonden artikelen geselecteerd. Vervolgens zijn zij samengekomen om de geselecteerde artikelen geheel door te lezen. Van de twaalf geselecteerde artikelen werden zeven artikelen beschouwd als relevant (bijlage 1). Bovendien zijn door middel van de sneeuwbalmethode nog twee extra artikelen gevonden die als relevant zijn beoordeeld. Ten slotte is er gebruik gemaakt van het beroepsprofiel voor verpleegkundigen (V&VN, 2012) en twee artikelen die verkregen zijn van de opdrachtgever (bijlage 1).

2.2 Evidence tabel

De verkregen relevante wetenschappelijke artikelen, door middel van de zoekstrategie en de sneeuwbalmethode, zijn uitgewerkt in de evidence tabel die is opgenomen in bijlage 3. Hierin worden per relevant artikel de volgende zaken uitgewerkt: auteur en jaartal van publicatie, onderzoeksdesign, populatie en setting, methode, resultaten, conclusie en kwaliteitsbeoordeling.

2.3 Definities begrippen

De studentonderzoekers hebben definities van essentiële begrippen in dit onderzoek beschreven om de leesbaarheid te vergroten en een verschillende interpretatie van deze begrippen te vermijden.

Patiënt

"Individueen die deelnemen aan het gezondheidszorgsysteem met het oog op het ontvangen van therapeutische, diagnostische of preventieve procedures" (NCBI, z.d-a.).

Patiëntparticipatie

Patiënten krijgen de mogelijkheid om kennis en ervaringen in te brengen die bijdragen aan verbetering en in de zorg (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2009).

Patiëntveiligheid

"Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen en/of door tekortkoming van het zorgsysteem" (VMS, 2018).

Verpleegkundige

“Professionals gekwalificeerd door het afstuderen aan een erkende school voor verpleging en door het passeren van een nationaal examen voor het uitoefenen van verpleging. Zij bieden diensten aan patiënten die hulp nodig hebben bij het herstellen of behouden van hun fysieke of mentale gezondheid” (NCBI, z.d.-b).

Verpleegkundige overdracht

“Een proces van uitwisseling van essentiële patiëntinformatie, verantwoordelijkheid en verantwoording tussen de vertrekkende en komende verpleegkundigen om de veiligheid, continuïteit en het leveren van de beste klinische zorg te waarborgen” (Boryana, 2018).

2.4 Het veranderend zorglandschap

Op verschillende gebieden in het zorglandschap treedt er verandering op. Allereerst is er een sterke toename van het aantal ouderen en een afname van het aantal jongeren. Dit fenomeen wordt ‘dubbele vergrijzing’ genoemd (V&VN, 2012). Door een hoge levensverwachting en een verbeterde gezondheidszorg neemt het aantal patiënten met comorbiditeit toe. Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van twee of meer ziekten. (V&VN, 2017). De gezondheidszorg moet inspelen op de verhoging van het aantal zorgvragen. Door de comorbiditeit is het van belang dat er zorg wordt geleverd die aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt. Het bieden van generalistische en specialistische zorg is een tweede verandering in het zorglandschap. Het leveren van generalistische zorg houdt in dat de verpleegkundige de patiënt behandelt en daarbij zijn lichamelijk en geestelijk toestand in acht neemt (V&VN, 2012). De zorg werd voorheen enkel gebaseerd op standaarden en richtlijnen, maar in het huidige zorglandschap wordt de balans gezocht tussen het toepassen van standaarden en richtlijnen en het afwijken hiervan om aan te sluiten bij de context van de patiënt. Het uitgangspunt hiervan is dat de zorg wordt geleverd volgens Evidence-Based Practise (EBP). De drie kernelementen van EBP zijn: het huidig beschikbaar wetenschappelijk bewijsmateriaal, de expertise van de verpleegkundige en de wensen van de patiënt (V&VN, 2012). Ten slotte is de trend zichtbaar dat de patiënt in toenemende mate kennis kan vergaren over zijn aandoening en behandeltraject via het internet. Hierdoor is de patiënt beter geïnformeerd en acht hij zichzelf in staat om als partner van de verpleegkundigen te fungeren (Chaboyer, McMurray, & Wallis, 2010). Hieruit vloeit voort dat de patiënt betrokken wil zijn in zijn zorgproces en samen met de verpleegkundige beslissingen wil nemen en dat er verwacht wordt dat de verpleegkundige fungeert als coach (Radboud, 2017).

2.5 Beroepsprofiel verpleegkundigen

Om effectief te kunnen inspelen op de huidige veranderingen in het zorglandschap is er in 2012 een beroepsprofiel opgesteld (V&VN, 2012). Hierin wordt de inhoud van het verpleegkundige beroep beschreven aan de hand van zeven competentiegebieden. Deze gebieden zijn af te leiden uit de daarbij behorende CanMEDSrollen, die beschreven zijn in tabel 2.1. De systematiek van de CanMEDS is van origine ontwikkeld in Canada door artsen en vormt de basis voor het verpleegkundig beroep binnen de huidige context van de gezondheidszorg. Elke CanMEDSrol beschrijft de kennis, vaardigheden en attitude die nodig zijn voor de verpleegkundige om de desbetreffende rol te vervullen.

Tabel 2.1: CanMEDSrollen in relatie met desbetreffende competentiegebieden

CanMEDSrollen	Competentiegebieden
1. Zorgverlener	Vakinhoudelijk handelen
2. Communicator	Communicatie
3. Samenwerkingspartner	Samenwerking
4. Reflectieve EBP-professional	Kennis en wetenschap
5. Gezondheidsbevorderaar	Maatschappelijke handelen
6. Organisator	Organisatie
7. Professional en kwaliteitsbevorderaar	Professionaliteit en kwaliteit

De CanMEDSrollen ‘communicator’ en ‘samenwerkingspartner’ hebben het meest betrekking op dit onderzoek. De rol van communicator houdt in dat de verpleegkundige inspeelt op de wensen en informatiebehoefte van de patiënt, dat zij rekening houdt met de context van de patiënt en dat zij fungeert als coach in het zorgproces. Als samenwerkingspartner werkt de verpleegkundige samen met de patiënt

op een gelijkwaardig niveau, ondersteunt zij de patiënt in het zelfmanagement en geeft zij een efficiënte overdracht van de zorg (V&VN, 2012).

2.6 De verpleegkundige overdracht bij de patiënt

Het overdragen van informatie tussen verpleegkundigen tijdens een dienstwissel kan volgens verschillende overdrachtsvormen. De verschillende overdrachtsvormen zijn: een overdracht door middel van audiofragmenten, een geschreven overdracht, een verbale overdracht zonder de patiënt en een verbale overdracht in het bijzijn van de patiënt (Chaboyer et al., 2010; Tobiano et al., 2017). De verpleegkundige overdracht is een risicovolle activiteit en bevat veel kans op miscommunicatie. De World Health Organization (2007) benadrukt dat de verpleegkundige overdracht verbeterd moet worden door het reduceren van miscommunicatie, waardoor de patiëntveiligheid bevorderd wordt (Tobiano, Whitty, Bucknall, & Chaboyer, 2017). In 2009 is door The Joint Commission (TJC) het belang onderstreept van het nastreven van de patiëntveiligheid. Dit belang is beschreven in een uitgebracht rapport, genaamd: National Client Safety Goals. Een van de doelen uit dit rapport is het opstellen en uitvoeren van een gestandaardiseerde overdracht. Een gestandaardiseerde overdracht bevat: recente informatie over de zorg, de behandeling en de huidige conditie van de patiënt en hij betreft de patiënt in zijn zorgproces (Vines, Dupler, Son, & Guido, 2014). Een overdrachtsvorm om de patiënt actief te betrekken in zijn zorgproces is het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt (Chaboyer et al., 2010). Deze vorm van overdragen houdt in dat de verpleegkundige in het bijzijn van de patiënt, volgens een gestructureerde methode, informatie over hem uitwisselt en dat de verantwoordelijkheid van de zorg overgedragen wordt naar een opvolgend verpleegkundige. De continuïteit van de zorg wordt hierdoor gewaarborgd (Slade, Murray, & Pun, 2018). Deze overdracht vindt tijdens elke dienstwissel plaats op de volgende momenten: dagdienst naar avonddienst, avonddienst naar nachtdienst en nachtdienst naar dagdienst (Tobiano, Bucknall, Sladdin, Whitty, & Chaboyer, 2017). Het doel van deze overdrachtswijze is tweeledig: patiëntparticipatie en patiëntveiligheid.

2.7 Doeleinden van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt

Het participeren van de patiënt is het eerste doel dat wordt beoogd met het uitvoeren van deze overdracht (Chaboyer et al., 2010). Dit vloeit voort uit de transitie van de rol van de patiënt in zijn zorgproces. De patiënt is door middel van het internet beter geïnformeerd dan voorheen over zijn eigen gezondheidsproblemen en behandelingen. Ook verwacht de patiënt een samenwerking met de zorgprofessional, zodat hij betrokken wordt in het eigen zorgproces (Vines et al., 2014). De verpleegkundige moet inspelen op de verwachtingen en behoeften van de patiënt, wat betekent dat de werkwijze van een verpleegkundige gedurig moet worden aangepast. De rolverandering van de patiënt geeft de verpleegkundige de mogelijkheid om gebruik te maken van de patiënt als kennisbron, zodat hij actief betrokken wordt in de zorg (Whitty, Spinks, Bucknall, Tobiano, & Chaboyer, 2016). Het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt is een activiteit waarbij de patiënt centraal gesteld kan worden en betrokken wordt in zijn zorgproces. Door deze vorm van overdragen sluit de verpleegkundige activiteit aan bij de rol die de patiënt wil hebben in zijn zorgproces. Een gevolg van de patiëntparticipatie is het ontstaan van een persoonsgerichte en patiënt-gecentreerde behandeling (Tobiano et al., 2017).

Het tweede doel betreft de patiëntveiligheid (Bruton, Norton, Smyth, Ward, & Day, 2016). Om de patiëntveiligheid te waarborgen is effectieve communicatie van cruciaal belang (Kerr, Lu, & McKinlay, 2013). Ineffectieve communicatie is het aanwezig zijn van miscommunicatie en/of een onvolledige en onnauwkeurige informatiedeling (Kerr et al., 2013). Ineffectieve communicatie is een thema dat ten grondslag ligt aan incidenten van vermijdbare schade in ziekenhuizen (Slade et al., 2018). Ineffectieve communicatie vindt in grote hoeveelheid plaats tijdens een verpleegkundige overdracht in afwezigheid van de patiënt (Tobiano et al., 2017). Het vermijden van ineffektieve communicatie is van groot belang voor zowel de verpleegkundige als de patiënt. De verpleegkundige kan door het krijgen van ineffektieve communicatie geen goede zorg verlenen, wat ten koste gaat van de patiëntveiligheid. De verpleegkundige zorg die geleverd moet worden kan niet optimaal aansluiten bij de patiënt. Voorwaarden voor een effectieve communicatie zijn: objectief overdragen van informatie, enkel benoemen van relevante informatie en de mogelijkheid op inhoudelijke controle. Door de overdracht te laten plaatsvinden bij de patiënt, heeft hij de mogelijkheid om de overdracht op inhoud te controleren. Dit heeft als gevolg dat miscommunicatie en het delen van onvolledige en onnauwkeurige informatie

wordt gereduceerd (Ernst, McComb, & Ley, 2018). De patiënt bevordert door zijn participatie de effectieve communicatie, waardoor de patiëntveiligheid gewaarborgd kan worden (Vines et al., 2014).

2.8 Beïnvloedende factoren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt

De literatuur beschrijft verschillende belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Deze factoren kunnen ingedeeld worden in de zeven thematieken van Flottorp, Oxman, Krause, Musila, Wensing, Goddycki-Cwirko, Baker & Eccles (2013). Aan de hand van deze thematieken kunnen de beïnvloedende factoren ten aanzien van verbeter- en kwaliteitsprojecten gestructureerd worden ingedeeld. Deze zeven thematieken bestaan uit 57 subthematieken. Alleen van de subthematieken zijn definities beschikbaar. In overleg met de opdrachtgever en docentbegeleider is besloten om de zeven thematieken te hanteren, met daarvan een select aantal subthematieken die van toepassing zijn op ons onderzoek. Met goedkeuring van de opdrachtgever en docentbegeleider hebben de studentonderzoekers definities opgesteld van de thematieken die gehanteerd worden (bijlage 4). De zeven thematieken zijn: richtlijnfactoren, individuele zorgprofessional factoren, patiëntfactoren, professionele interactie, stimulansen en middelen, capaciteiten voor organisatorische verandering en sociale, politieke en juridische factoren. De belemmerende en bevorderende factoren die in het uitgevoerde literatuuronderzoek gevonden zijn door de studentonderzoekers, zijn onderverdeeld in de thematieken van Flottorp et al. (2013). Voor sommige thematieken zijn geen beïnvloedende factoren gevonden in de literatuur. Deze thematieken worden hieronder dan ook niet benoemd. De studentonderzoekers beschrijven eerst de belemmerende en vervolgens de bevorderende factoren die gevonden zijn in de literatuur.

2.8.1 Belemmerende factoren

Individuele zorgprofessional factoren

Hieronder kan het vertrouwen en de intrinsieke verwachtingen van de verpleegkundige individuen worden verstaan. Voorbeelden vanuit de literatuur zijn: de verpleegkundige voelt zich genooddaakt om haar woordkeus aan te passen aan de capaciteiten van de patiënt (Tobiano et al., 2017). Daarnaast ziet de verpleegkundige op tegen de gevolgen van het uitvoeren van een onzorgvuldige overdracht (Kerr et al., 2013) en de discussies die mogelijk ontstaan tussen de deelnemende partijen in de overdracht (Tobiano et al., 2017).

Patiëntfactoren

Het gedrag vanuit de patiënt heeft invloed op de mate waarin de verpleegkundige overdracht bij de patiënt kan plaatsvinden en de doeleinden van deze overdrachtsvorm kunnen worden gewaarborgd. Het stellen van irrelevante vragen die afwijken van de overdrachtsinhoud (Tobiano et al., 2017), het onderbreken van de overdracht door interrupties op ongeschikte momenten (Bruton et al., 2016) en het geven van negatieve feedback tijdens de overdracht (Tobiano et al., 2017) leiden tot ineffectieve communicatie en een verminderde continuïteit van de overdracht (Tobiano et al., 2017; Bruton et al., 2016).

Ook kan de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige verslechteren, om verschillende redenen. Een deel van de patiënten begrijpt namelijk de inhoud van de verpleegkundige overdracht niet door het gebruik van jargon (Chaboyer et al., 2010) of de aanwezigheid van een cognitieve stoornis (Tobiano et al., 2017) bij de patiënt. Daarnaast kan de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige worden verslechterd door invloeden van gedragingen van de patiënt (Tobiano et al., 2017), het uitspreken van de conditie van de patiënt in termen als angst, nervositeit of depressie (Tobiano et al., 2017) en het doen van een onzorgvuldige overdracht (Kerr et al., 2013).

Professionele interactie

De wisselwerking tussen de verpleegkundigen binnen het team is een factor die onder de professionele interactie valt. De verpleegkundigen zijn niet altijd tijdig aanwezig voor het uitvoeren van de overdracht of het is voor de overdrager niet duidelijk aan welke verpleegkundige overgedragen moet worden (Tobiano et al., 2017).

Stimulansen en middelen

De verpleegkundige heeft randvoorwaarden nodig om de overdracht bij de patiënt uit te kunnen voeren. Zij verwacht dat hieraan niet voldaan kan worden, omdat derden geluidshinder kunnen veroorzaken (Tobiano et al., 2017). Daarnaast verwacht de verpleegkundige dat de patiënt niet altijd aanwezig is of

door lichamelijke omstandigheden niet in staat is om deel te nemen aan de overdracht (Ernst et al., 2018) en dat de tijdsduur van de overdracht toeneemt (Bruton et al., 2016).

Sociale, politieke en juridische factoren

Hieronder valt het waarborgen van de privacy van de patiënt en zijn gegevens. Tijdens de overdracht kan er sprake zijn van persoonsgebonden en vertrouwelijke informatie. De verpleegkundige vindt het lastig om deze informatie bespreekbaar te maken in het bijzijn van derden en vindt het moeilijk om een afbakening te maken tussen datgene wat essentieel is voor de opvolgende verpleegkundige en wat de patiënt al mag weten (Tobiano et al., 2017).

2.8.2 Bevorderende factoren

Richtlijnfactoren

De verpleegkundige verwacht dat de objectiviteit van de informatie wordt verhoogd en de volledigheid toeneemt (Chaboyer et al., 2010) door het reduceren van foutieve interpretaties en misvattingen van de verpleegkundige (Kerr et al., 2013). Hieraan ligt ten grondslag dat de patiënt incorrecte informatie kan corrigeren en als controleur optreedt (Slade et al., 2018).

Individuele zorgprofessional factoren

De verpleegkundige verwacht dat de overdracht bij de patiënt meer gedetailleerd wordt, omdat er voor deze vorm van overdragen een punctuele voorbereiding nodig is (Chaboyer et al., 2010). Daarnaast verwacht de verpleegkundige meer respect te krijgen van de patiënt (Vines et al., 2014). Ook kan zij door het zien van de patiënt een helder beeld verkrijgen van zijn klinische gesteldheid door het waarnemen van de actuele staat en conditie tijdens het overdrachtsmoment (Chaboyer et al., 2010; Kerr et al., 2013).

Patiëntfactoren

Door het participeren van de patiënt heeft hij de mogelijkheid om als ervaringsdeskundige op te treden (Tobiano et al., 2017). De patiënt heeft de mogelijkheid om relevante vragen te stellen ter verduidelijking van de informatie die hij te horen krijgt (Bruton et al., 2016). De overdracht sluit aan bij de behoeftes van de patiënt om betrokken te worden en regie te ervaren in zijn zorgproces (Tobiano et al., 2017; Chaboyer et al., 2010) en het inzichtelijk maken en afstemmen van de zorg door de verpleegkundige (Vines et al., 2014). Ook wordt de patiënt gestimuleerd om mee te beslissen in de zorg (Slade et al., 2018) en kan informatie direct medegedeeld worden (Tobiano et al., 2017).

De vertrouwensrelatie tussen de verpleegkundige en de patiënt wordt vergroot, omdat de verpleegkundige zich direct bij aanvang van de dienst kan introduceren bij de patiënt (Bruton et al., 2016). Wanneer de verpleegkundige een gedetailleerde overdracht uitvoert, wordt eveneens het vertrouwen van de patiënt in de verpleegkundige vergroot (Ernst et al., 2018; Kerr et al., 2013).

Stimulansen en middelen

De verpleegkundige verwacht, door het kunnen beoordelen van de conditie van de patiënt bij aanvang van de dienst, een betere tijdsindeling te kunnen maken van de activiteiten die uitgevoerd moeten worden bij de desbetreffende patiënt (Kerr et al., 2013).

2.9 Het Radboudumc

Missie en visie

Het Radboudumc is een universitair medisch centrum te Nijmegen en heeft een aantal kerntaken: patiëntenzorg, wetenschappelijk onderwijs en onderzoek en wetenschappelijke opleidingen. Het Radboudumc wil door middel van deze kerntaken bijdragen aan een innovatieve, duurzame en betaalbare gezondheidszorg. Het universitair medisch centrum neemt het voortouw in het bijdragen aan deze gezondheidszorg. Zij hanteert een missie die hierop aansluit: 'To have a significant impact on healthcare'. De patiënt en hun kwaliteit van leven zijn hierbij het uitgangspunt. Het Radboudumc kan alleen impact hebben op de zorg wanneer die aansluit bij de veranderingen in het huidige zorglandschap. Er is een opkomende trend zichtbaar waarin de patiënt centraal staat in zijn zorgproces. Om optimaal aan te sluiten bij elke patiënt is het van belang om persoonsgerichte zorg te leveren. Dit is zorg waarbij de patiënt gezien wordt als partner. Elke patiënt heeft binnen dit ziekenhuis het recht op de beste zorg. Die wordt verkregen door het aanbieden van zorg en behandeling op maat. De visielijn van het Radboudumc om de missie te realiseren houdt in: persoonsgerichte zorg, waarbij een

persoonsgerichte benadering nodig is. Onder deze benadering verstaat het Radboudumc: *'Een persoonsgerichte benadering is gericht op zowel de biologische (ziekte), de psychologische (persoon) en de sociale aspecten (omgeving) en probeert deze te integreren; dit in tegenstelling tot een ziektegerichte benadering. Het opbouwen van een relatie en goede communicatie zijn hierbij cruciaal'*. Om de persoonsgerichte zorg in de praktijk te verwezenlijken heeft het universitair medisch centrum een aantal principes opgesteld. Deze principes luiden: de patiënt is lid van het behandelteam, is het vertrek- en eindpunt van de zorg, de zorg is afgestemd op het individu en de patiënt wordt beschouwd als ervaringsdeskundige (Radboud, 2017).

Betrokken partijen

Het Radboudumc kent het adviesbureau ProcesVerbetering en Innovatie (PVI). De PVI is ontstaan vanuit de ambitie van het Radboudumc om de zorg te verbeteren en het biedt ondersteuning bij het optimaliseren en uitvoeren van zorgprocessen. Deze verbeteringen zijn gericht op de beroepspraktijk en de verbeterideeën worden aangedragen bij de PVI door de afdelingen in het Radboudumc. Deze afdelingen kennen drie aandachtsvelden waarin zij werkzaam zijn: persoonsgerichte zorg, samenwerken in netwerken en veilige en doelmatige zorgprocessen. De basis van deze aandachtsvelden is persoonsgerichte zorg (Radboudumc, z.d.-a). Persoonsgerichte zorg is ook een aandachtsveld van de afdeling IQ healthcare van het Radboudumc. Dit is een internationaal centrum binnen de gezondheidszorg en richt zich op onderzoek, onderwijs en ondersteuning van kwaliteit, veiligheid en innovatie. IQ healthcare adviseert, ondersteunt en onderzoekt vanuit een wetenschappelijk oogpunt. Daarnaast worden onderzoeken gecoördineerd, ontwikkeld en geëvalueerd op het terrein van veiligheid en persoonsgerichtheid (Radboudumc, z.d.-a). Het aandachtsveld persoonsgerichte zorg vormt de connectie tussen de afdelingen PVI en IQ healthcare. Vanuit een specifieke afdeling is een idee voorgedragen aan de PVI om de persoonsgerichte zorg te verbeteren op de afdeling. Voor het behandelen van dit idee is dit onderzoek gestart, waarin een samenwerkingsverband is ontstaan tussen de PVI en IQ healthcare.

Het Radboudumc is in 2012 het project Beter uit Bed gestart. Dit project is opgericht door verschillende paramedici en heeft als doel dat de patiënt een actief herstel tegemoet gaat en dat hij centraal staat in zijn zorgproces. Het Radboudumc wil een verschuiving op laten treden waarbij niet meer het bed centraal staat, maar de patiënt en zijn behandeltraject. Verschillende zorgprofessionals die aangesloten zijn bij het project Beter uit Bed zijn ook betrokken bij de afdeling PVI. Hierdoor kregen zij te horen van het oorspronkelijke onderwerp van dit onderzoek: de verpleegkundige overdracht aan het bed. Om de naam van dit onderzoek aan te laten sluiten bij het gedachtegoed van het project Beter uit Bed, is een naamswijziging doorgevoerd. De naam van dit onderzoek is veranderd van 'de verpleegkundige overdracht aan het bed' in 'de verpleegkundige overdracht bij de patiënt' (M. Heinen, persoonlijke informatie, 15 februari 2019; Radboudumc, z.d.-d).

Belang Radboudumc

Om de gestelde missie en visie te realiseren is het van belang om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen die zich voordoen in de gezondheidszorg. Het openstaan voor innovatie sluit aan bij het bewerkstelligen van de gestelde missie. Een ontwikkeling die gaande is in de zorg is het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt, waardoor de patiënt betrokken wordt in zijn zorgproces. Het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt draagt bij aan het bieden van persoonsgerichte zorg, wat recht doet aan de visie van het Radboudumc. Men wil in de toekomst een implementatieplan schrijven voor het uitvoeren van deze overdrachtsmethodiek (M. Heinen, persoonlijke informatie, 15 februari 2019). Voorafgaand aan het schrijven van het implementatieplan is het van belang dat de belemmerende en bevorderende factoren in kaart worden gebracht vanuit het verpleegkundig perspectief met betrekking tot deze overdracht (Slade et al., 2018). Het Radboudumc heeft er baat bij dat de studentonderzoekers deze factoren in kaart brengen, zodat het toekomstige implementatieplan optimaal kan worden aangesloten bij het Radboudumc. Deze factoren zullen in kaart worden gebracht op de afdeling Algemene Interne Geneeskunde (AIG). De afdeling AIG behandelt en onderzoekt patiënten op het gehele gebied van interne geneeskunde. De afdeling is onderverdeeld in drie verschillende specialismen: infectieziekten, reumatische ziekten en endocrinologie. De afdeling levert zorg op verschillende aandachtsgebieden: diabetes, endocriene ziekten, infectieziekten, vasculaire geneeskunde, acute geneeskunde en metabole ziekten. Patiënten met comorbiditeit, acute en chronische aandoeningen worden door deze afdeling gezien (Radboudumc, z.d.-c).

2.10 Verpleegkundige relevantie

In het veranderd zorglandschap is er sprake van de behoefte aan persoonsgerichte zorg en het functioneren van de patiënt als partner. Er is al eerder in dit onderzoek aangehaald dat het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt hieraan bijdraagt. Ondanks het feit dat dit uit de literatuur is gebleken, is deze vorm van overdragen nog geen onderdeel van het verpleegkundig handelen in de beroepspraktijk. Het communiceren met de patiënt in zijn zorgproces en het samenwerken op gelijkwaardig niveau zijn elementen die invulling geven aan de CanMEDSrollen samenwerkingspartner en communicator (V&VN, 2012). Door middel van dit onderzoek worden de op voorhand belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht ten aanzien van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Dit onderzoek is gericht op het perspectief van de verpleegkundigen en het wordt uitgevoerd op de afdeling AIG in het Radboudumc. De verpleegkundige bevordert door middel van deze vorm van overdragen de patiëntparticipatie en de patiëntveiligheid (Tobiano et al., 2017).

Hoofdstuk 3 – Methode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven. De studentonderzoekers beschrijven het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie en de steekproef, het werven van de respondenten, de dataverzameling, de dataverwerking en data-analyse en de zorgvuldigheidseisen. Ten slotte wordt onder ethiek het hanteren van de 'Gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen' beschreven.

3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een kwalitatief, beschrijvend, cross-sectioneel onderzoek. Dit onderzoek behoort tot een kwalitatief onderzoeksdesign, omdat diepgang wordt gezocht in de verwachtingen en attitude ten aanzien van de onderzoeksvraag vanuit het perspectief van de respondent. Methoden die geschikt zijn voor de informatiewinning en het uitdiepen hiervan zijn het afnemen van interviews en het houden van een focusgroep (Bakker & Buuren, 2014). De aard van dit onderzoeksdesign is beschrijvend, omdat het perspectief en de verwachtingen van de respondenten in kaart moeten worden gebracht, waarmee inzicht verkregen wordt in de belemmerende en bevorderende factoren voor het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht aan het bed (Baarda, Goede, & Theunissen, 2009). De onderzoeksdata zullen eenmalig en in een korte termijn bij de respondenten worden verzameld. Deze manier van informatiewinning behoort tot een cross-sectioneel onderzoeksdesign (Bakker & Buuren, 2014).

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

De verpleegkundigen van de afdeling AIG in het Radboudumc vormden de populatie van dit onderzoek. Op deze afdeling werkt een seniorverpleegkundige, die fungeerde als contactpersoon voor de studentonderzoekers. In een kennismakingsgesprek met haar hebben de studentonderzoekers inzicht verkregen in de omvang van de populatie, de functies die men bekleedt en de ervaring die men heeft. De populatie bestaat uit 43 verpleegkundigen, van wie er veertig werkzaam zijn als basisverpleegkundige en drie als seniorverpleegkundige. Gedurende één week in 2018 heeft op de afdeling AIG een pilot plaatsgevonden aangaande de overdracht bij de patiënt. Deze pilot is met het doel opgesteld om de verpleegkundigen te laten ervaren wat de overdracht bij de patiënt inhoudt. De ervaringen die deze pilot opleverde, gaven volgens de afdeling aanleiding om diepgang te zoeken in de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van deze overdracht vanuit het verpleegkundig perspectief. Een deel van de populatie ($n=23$) heeft eenmalig ervaring met de pilot en het andere deel ($n=20$) heeft geen ervaring met de pilot. De drie seniorverpleegkundigen van de afdeling hebben allen deelgenomen aan de pilot.

De populatie is te groot om in zijn geheel te onderzoeken binnen de onderzoeksperiode. Om deze reden hebben de studentonderzoekers gebruikgemaakt van een selecte quotasteekproef, waardoor de onderzoekspopulatie zal ontstaan uit de gehele populatie. Een selecte steekproef houdt in dat niet elke respondent evenveel kans heeft om deel te nemen aan het onderzoek. Een quotasteekproef betekent dat uit verschillende groepen respondenten een evenredig aantal onderzocht wordt (Fischer & Julsing, 2014). De motivatie om voor deze steekproef te kiezen is als volgt. Voor een selecte steekproef is gekozen, omdat de studentonderzoekers beperkt aanwezig waren op de afdeling en hierdoor afhankelijk waren van de respondenten die op dat moment aanwezig zouden zijn. Er is gekozen voor een quota-steekproef, omdat de studentonderzoekers streefden naar een representatieve afspiegeling van de populatie door mensen te selecteren die wel en geen ervaring hebben met de pilot. De potentiële respondenten uit de steekproef zijn verkregen door middel van de opgestelde in- en exclusiecriteria (Bakker et al., 2014). Deze in- en exclusiecriteria zijn weergegeven in tabel 3.1. De steekproef is aan de hand van de aspectenmethode uitgevoerd. Met deze methode wordt er nagegaan vanuit welke perspectieven het onderwerp bekeken kan worden, welke belangen er meespelen en wie die belangen vertegenwoordigen (Donk, & Lanen, 2016). De studentonderzoekers hebben de verschillende perspectieven van de afdeling betrokken vanuit de volgende functies: basisverpleegkundige en seniorverpleegkundige.

De studentonderzoekers streefden bij het afnemen van de meetinstrumenten naar saturatie. Dat betekent dat er inhoudelijk geen nieuwe informatie meer wordt toegevoegd aan de al verworven informatie (Baarda et al., 2009). Maar vanwege het korte tijdsbestek van dit onderzoek is in samenspraak met de opdrachtgever en docentbegeleider afgesproken dat de studentonderzoekers zes

semigestructureerde interviews en één focusgroep zullen afnemen waaraan zes respondenten zullen deelnemen. De studentonderzoekers zijn zich ervan bewust dat door deze relatief kleine hoeveelheid afnames mogelijk geen saturatie bereikt wordt. De beoogde samenstelling van respondenten voor de interviews en de focusgroep is als volgt: de helft (n=3) van de respondenten heeft geen ervaring met de pilot en de andere helft (n=3) heeft wel ervaring met de pilot, waarvan één respondent een seniorverpleegkundige is. De deelnemers van de focusgroep zijn zes andere respondenten dan diegenen die hebben deelgenomen aan de interviews. De in- en exclusiecriteria zijn doorgegeven aan de contactpersoon van de afdeling. Zij heeft aan de hand van deze criteria de onderzoekspopulatie opgesteld die bestaat uit twaalf respondenten.

Tabel 3.1: In- en exclusiecriteria steekproef

Inclusie	Exclusie
Onderzoekspopulatie bestaande uit mannen en vrouwen.	Stagiaires en leerlingen van de afdeling AIG.
Gediplomeerde en BIG-geregistreerde verpleegkundigen van de afdeling AIG niveau 4 of 5.	Flexwerkers
De verpleegkundigen die informed consent willen tekenen.	

Verantwoording in- en exclusiecriteria:

Onderzoekspopulatie bestaande uit mannen en vrouwen:

Op de afdeling werken mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen. Door een gemengde onderzoekspopulatie wordt er gestreefd naar een representatief beeld van de afdeling.

Gediplomeerde en BIG-geregistreerde verpleegkundigen van de afdeling AIG niveau 4 of 5:

In dit onderzoek wordt het perspectief van de verpleegkundigen onderzocht die de patiëntoverdracht zullen uitvoeren. Tot deze groep behoren verpleegkundigen die gediplomeerd en BIG-geregistreerd zijn op niveau 4 of 5.

De verpleegkundigen die informed consent willen tekenen:

Bereidwilligheid om deel te nemen aan het onderzoek is een vereiste.

Stagiaires en leerlingen van de afdeling AIG:

Deze doelgroep heeft nog onvoldoende affiniteit met de zorg, is niet representatief voor de afdeling AIG en is voor een korte periode aanwezig.

Flexwerkers:

Deze personen zijn niet structureel aanwezig op de afdeling AIG en zij hebben daardoor mogelijk onvoldoende inzicht in de gang van zaken op de afdeling en het functioneren van het team.

3.3 Werving respondenten

In een kennismakingsgesprek met de contactpersoon van de afdeling AIG in het Radboudumc is de procedure afgestemd voor het werven van de onderzoekspopulatie en het verzamelen van onderzoeksdata. Voor de werving van de respondenten voor de interviews en de focusgroep is er per e-mail contact opgenomen met de contactpersoon (bijlage 5). De studentonderzoekers hebben verschillende data doorgegeven aan de contactpersoon waarop zij beschikbaar zijn om de interviews bij de respondenten, ook van de focusgroep, af te nemen. De contactpersoon heeft aan de hand van de gestelde criteria potentiële respondenten toegewezen die tevens beschikbaar zijn op deze data. De contactpersoon heeft toestemming gevraagd aan deze potentiële respondenten om de mailadressen te mogen delen met de studentonderzoekers. De studentonderzoekers hebben de mailadressen ontvangen van de potentiële respondenten van beide meetinstrumenten en vervolgens zijn zij per e-mail door hen persoonlijk benaderd (bijlage 6). In deze e-mail zijn een aantal onderwerpen opgenomen die van belang zijn voor een goede introductie van het onderzoek (Baarda et al., 2009). Deze onderwerpen betreffen het voorstellen van de onderzoekers, het doel van het onderzoek, de gegevensverzameling, de anonimiteit en de belasting van het onderzoek. Tevens vragen wij in deze e-

mail om een reactie te geven of zij bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek. Ook is de bijlage 'informed consent' (bijlage 7) toegevoegd om hen inzicht te geven in datgene wat ondertekend moet worden voorafgaand aan het afnemen van een interview of een focusgroep. De studentonderzoekers zullen de mail opnieuw sturen naar de potentiële respondenten wanneer zij binnen 72 uur niet hebben gereageerd op de eerste e-mail. De mailcorrespondenties vond plaats middels de Outlook webmail.

3.4 Dataverzameling

De studentonderzoekers hebben van meerdere meetinstrumenten gebruik gemaakt, waardoor er sprake is van methodische triangulatie. Doordat er gebruik is gemaakt van methodische triangulatie is de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot en zijn de onderzoeksresultaten krachtiger (Donk & Lanen, 2015). De dataverzameling in dit onderzoek vond plaats aan de hand van twee meetinstrumenten, namelijk: semigestructureerde interviews en een focusgroep. De studentonderzoekers vinden het belangrijk dat alle respondenten een eenduidig beeld hebben van datgene wat verstaan wordt onder de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Wanneer de respondenten dit eenduidige beeld niet hebben, verwachten de studentonderzoekers informatie te krijgen die niet aansluit bij datgene wat de overdracht daadwerkelijk inhoudt. Een nadeel van deze keuze is dat de respondent mogelijk is gekaderd en daardoor selectieve informatie kan geven. De studentonderzoekers hebben in samenspraak met de opdrachtgever en de docentbegeleider een weloverwogen keuze gemaakt om juist wel de essentiële elementen van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt bekend te maken aan de respondent. Deze informatie is benoemd aan het begin van een interview of focusgroep. De informatie die gegeven werd, bevatte de volgende essentiële elementen:

- De verpleegkundigen voeren de overdracht in het bijzijn van de patiënt uit;
- De patiënt en zijn naaste worden uitgenodigd om deel te nemen aan de overdracht;
- Het dossier van de patiënt wordt gehanteerd door de verpleegkundigen en de overdracht wordt gestart;
- De overdracht vindt plaats volgens een vaste overdrachtsstructuur (AHRQ, 2013).

Nadat deze informatie was gedeeld met de respondent, is het afnemen van het meetinstrument voortgezet. Beide meetinstrumenten worden achtereenvolgens beschreven door de studentonderzoekers.

Interview

De eerste methodiek die gehanteerd werd voor het verzamelen van data is het afnemen van semigestructureerde interviews. Door middel van deze vorm van interviewen werd op systematische wijze informatie verkregen van één persoon. Voorafgaand aan het interview waren het onderwerp en de bijbehorende thema's vastgesteld. Bij elk thema werd een algemene beginvraag opgesteld. Verder had de interviewer de mogelijkheid om door te vragen op datgene wat relevant is voor het onderzoek (Bakker & Buuren, 2014). De studentonderzoekers hebben gekozen voor het afnemen van interviews, omdat hiermee de kwalitatieve gegevens verzameld kunnen worden voor het onderzoek (Baarda et al., 2009). Om de volgende redenen zijn deze afgenomen in een semigestructureerde vorm. Ten eerste komen in de literatuur herhaaldelijk bepaalde thematieken naar voren waarin de belemmerende en bevorderende factoren ingedeeld konden worden. Ten tweede werd door deze vorm beoogd dat het hanteren van algemene beginvragen de respondent uitnodigt om meer en bredere informatie te geven dan in een gestructureerde vorm. Ten derde konden de studentonderzoekers doorvragen op de informatie die verkregen zal worden.

Tijdens de interviews is een opgestelde interviewgide (bijlage 8) gehanteerd, wat voor een eenduidige afnameprocedure zorgde. Een onderdeel van deze interviewgide is de topiclijst (bijlage 9). Hierin zijn de thematieken van Flottorp et al. (2013) opgenomen, die de basis van de topiclijst vormden. Deze thematieken dienden als leidraad voor de informatie die besproken werd tijdens het interview. In de literatuur zijn geen vooropgestelde vragenlijsten te vinden die gehanteerd konden worden tijdens het interview. In samenspraak met de opdrachtgever en docentbegeleider is daarom afgesproken dat de beginvragen van de thematieken door de studentonderzoekers zelfstandig zijn opgesteld en vervolgens zijn ingevoegd in de topiclijst. De studentonderzoekers hebben voorafgaand aan het interview een proefinterview afgenomen met een verpleegkundige om ervaring op te doen met het interviewen en om te beoordelen of de topiclijst duidelijk en hanteerbaar was. De topiclijst is naar aanleiding van deze ervaring en feedback aangepast en verbeterd op verschillende punten. Deze versie is door de

opdrachtgever en docentbegeleider gecontroleerd en goedgekeurd op volledigheid, duidelijkheid en inhoud.

De interviews hebben plaatsgevonden in een daarvoor gereserveerde ruimte op de afdeling AIG. De respondenten zijn onafhankelijk van elkaar geïnterviewd door beide studentonderzoekers. Tijdens elk interview was er tussen de studentonderzoekers sprake van een taakverdeling. De één fungeerde als voorzitter en leidde het interview en de ander noteerde indien nodig relevante gegevens, bewaakte de tijd en ondersteunde de voorzitter in het uitdiepen van de thematieken. De geplande tijdsduur per interview was ongeveer 40 minuten. De interviews zijn opgenomen middels een voice-recorder, zodat de data op een later tijdstip verwerkt konden worden.

Focusgroep

De tweede methodiek die de studentonderzoekers gebruikt hebben voor het verzamelen van data is het houden van een focusgroep. Dit meetinstrument is uitgevoerd nadat de interviews op de afdeling zijn afgenomen. Bij een focusgroep voer je een discussie over een bepaald onderwerp met een representatieve groep van ongeveer zes tot tien deelnemers. Het doel van dit meetinstrument is het genereren van ideeën en achtergronden, het vinden van mogelijke verklaringen of het beschrijven van ervaringen (Bakker & Buuren, 2014). Door deelname van verschillende personen is er interactie mogelijk tussen hen. Hieruit volgt dat de onderwerpen worden belicht vanuit verschillende invalshoeken en dat de respondenten elkaar stimuleren om dieper in te gaan op de besproken onderwerpen. Daarnaast hebben zij de mogelijkheid om in te gaan op elkaars reactie en om deze te weerleggen (Donk & Lanen, 2015). De studentonderzoekers hebben gekozen voor deze onderzoeksmethode, omdat hierdoor de onderzoekspopulatie groter is geworden, aanvullende onderzoeksdata verkregen zijn, deze data meer zijn uitgediept en het gebruik van een tweede meetinstrument de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek verhoogt.

Tijdens het afnemen van de focusgroep is gebruikgemaakt van een focusgroepgids, die als leidraad diende voor de inhoud van het meetinstrument (bijlage 10). De belemmerende en bevorderende factoren die de respondenten benoemden tijdens de interviews werden vervolgens overzichtelijk opgesomd door de studentonderzoekers. Deze zijn tijdens de focusgroep voorgelegd aan de deelnemers en zij hebben drie factoren gekozen die zij als meest belangrijk ervaren. De drie meest gekozen factoren zijn behandeld en uitgediept in de focusgroep. De focusgroep bestond uit zes respondenten en het samenzijn vond plaats in een gereserveerde ruimte op de afdeling AIG. De tijdsduur voor het afnemen van het meetinstrument zal 45 minuten bedragen met een maximale uitloop tot één uur. De studentonderzoekers hebben een taakverdeling gemaakt, zodat de één fungeerde als voorzitter en de ander notuleerde, de tijd bewaakte en de voorzitter ondersteunde in het uitdiepen van de gekozen factoren.

3.5 Dataverwerking en data-analyse

Een grote hoeveelheid data is verkregen door het afnemen van de genoemde meetinstrumenten, die vervolgens verwerkt werd. Het verwerken en analyseren van de data is door de studentonderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Vervolgens hebben zij beiden uitwerkingen van elkaar vergeleken en werden deze samengevoegd tot een definitieve versie. De wijze waarop deze data verwerkt en geanalyseerd is, is voor beide meetinstrumenten grotendeels hetzelfde. Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, is het van belang dat de verkregen data op een methodische wijze werden geanalyseerd door middel van vijf stappen. In het gehele proces werden deze vijf stappen in principe chronologisch behandeld, maar er is wel sprake van een iteratief proces (Bakker & Buuren, 2014).

De eerste stap was het uitschrijven van de data, wat transcriberen wordt genoemd. De interviews en focusgroep zijn opgenomen met behulp van een voice-recorder, zodat deze volledig konden worden gereproduceerd. Er is gekozen om de data te verwerken en te analyseren in Microsoft Word, omdat de studentonderzoekers vaardig zijn met dit programma en zij hierin een duidelijk overzicht konden maken van de data. Voor het uitschrijven van de audiofragmenten is gebruikgemaakt van Express Scribe. Met dit programma is het mogelijk om de snelheid te beïnvloeden waarmee de audiofragmenten worden afgespeeld (NCH, z.d.). De data uit de interviews zijn letterlijk uitgetypt, wat betekent dat alle verbale communicatie is opgenomen in het transcript. In overleg met de opdrachtgever en docentbegeleider is afgesproken dat de data uit de focusgroep niet letterlijk zal worden uitgeschreven, maar dat hiervan een samenvatting gemaakt zal worden aan de hand van de aantekeningen en de geluidsopname van de

voice-recorder. De redenen hiervoor zijn dat de data moeilijk te herleiden zijn naar een respondent, omdat zij door de interactie gemakkelijk door elkaar heen praten en zichzelf niet bij elke interruptie introduceren. Daarnaast zijn voor de studentonderzoekers enkel de uitkomsten per thema uit de discussies van belang, die weergegeven kunnen worden in een samenvatting.

In de tweede stap zijn de transcripten en de samenvatting gelezen. De belangrijke informatie is gemarkeerd, zodat die later gebruikt kon worden voor het coderen. De informatie die niet relevant was voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is in deze fase doorgestreept. Hierdoor werd er overzichtelijk onderscheid gemaakt tussen relevante en irrelevante informatie ten aanzien van de onderzoeksvraag.

De derde stap betrof het coderen. De studentonderzoekers hebben de methodiek 'thematisch coderen' gehanteerd, omdat in dit onderzoek vaststaande thematieken zijn gebruikt die opgenomen zijn in de topiclijst. Bij thematisch coderen kregen alle vooraf opgestelde thema's een code. Deze thema's zijn te herleiden uit de transcripten van de interviews en de samenvatting van de focusgroep. Nadat deze codes in de tekst zijn toegekend, hebben de studentonderzoekers gebruikgemaakt van open coderen indien dit nodig was. Dit was nodig wanneer relevante informatie voor de onderzoeksvraag niet was in te delen in de codes van de thematieken. Er zijn dan nieuwe open codes gemaakt, waarin de overige informatie kon worden ingedeeld. Door middel van coderen is er inzicht verkregen in de onderwerpen van alle tekstfragmenten.

De vierde stap betrof het ordenen van de onderzoeksdata. Aangezien er gebruikgemaakt is van vaststaande thema's in de onderzoeksmethode, heeft de ordening hierin plaatsgevonden. Hierdoor is er een overzicht verkregen van alle relevante informatie voor de onderzoeksvraag. Daarnaast zijn er verbanden gezocht tussen de data die verzameld waren, wat selectief coderen betekent.

De vijfde stap betrof het interpreteren en toetsen van de resultaten. De studentonderzoekers hebben samenvattingen gemaakt van de resultaten van de interviews en de focusgroep. De gemaakte samenvattingen van de interviews en de focusgroep zijn opgestuurd naar de desbetreffende respondenten, zodat zij konden controleren of de studentonderzoekers de data correct hadden geïnterpreteerd. Op deze manier is er gebruikgemaakt van memberchecking (Baarda et al., 2009). (Bakker & Buuren, 2014).

3.6 Zorgvuldigheidseisen

De kwaliteit van de onderzoeksgegevens wordt bepaald door de betrouwbaarheid, de validiteit en de relatie tussen deze twee begrippen. Betrouwbaarheid is de mate waarin de resultaten van het onderzoek hetzelfde zijn wanneer het onderzoek herhaald zou worden. Validiteit is de mate waarin er onderzocht wordt wat men beoogt te onderzoeken. De validiteit kan worden onderverdeeld in externe en interne validiteit. Externe validiteit is de mate waarin het onderzoek generaliseerbaar is en interne validiteit is de mate waarin systematische fouten afwezig zijn en de onderzoekers meten wat zij beogen te meten (Bakker & Buuren, 2014). Om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen hebben de studentonderzoekers een aantal acties ondernemen.

Ten eerste werd gebruikgemaakt van de drie verschillende vormen van triangulatie: bronnentriangulatie, methodische triangulatie en onderzoekertriangulatie (Donk & Lanen, 2015). Bronnentriangulatie is toegepast door gebruik te maken van verschillende bronnen uit de literatuur, zodat vanuit verschillende perspectieven gekeken wordt naar het onderwerp. Methodische triangulatie is in dit onderzoek bewerkstelligt door het hanteren van twee onderzoeksmethoden, wat de onderzoeksdata krachtiger maakt. Onderzoekstriangulatie is gehanteerd doordat de studentonderzoekers onafhankelijk van elkaar de verkregen data hebben verwerkt en geanalyseerd.

Ten tweede is een topiclijst gehanteerd voor de interviews, waarin thematieken met beginvragen zijn opgenomen. Deze topiclijst is afgeleid uit wetenschappelijke literatuur. Om de validiteit van het meetinstrument te vergroten, hebben de studentonderzoekers een proefinterview afgenomen waarin zij de topiclijst met de beginvragen hebben getoetst. Hierdoor hebben de studentonderzoekers ervaring opgedaan met het interviewen en zijn elementen uit de topiclijst aangepast die voor de geïnterviewde niet duidelijk waren. Door de opdrachtgever en docentbegeleider van dit onderzoek is de topiclijst goedgekeurd en werd deze als volledig beschouwd. Deze vorm van toetsing wordt peer review genoemd (Donk & Lanen, 2015).

Ten derde is het belangrijk dat het onderzoeksproces transparant was (Donk & Lanen, 2015). Om de transparantie te vergroten is er gebruikgemaakt van een audit trail, een logboek, waarin is bijgehouden welke activiteiten in het onderzoeksproces zijn uitgevoerd. Ook is de systematische zoekstrategie

weergegeven waarmee de relevante bronnen voor het onderzoek zijn geselecteerd. De kwaliteitsbeoordeling van deze bronnen is ook opgenomen.

Ten vierde zijn de beoogde respondenten uit de gehanteerde steekproef een representatieve afspiegeling van de doelgroep op de afdeling AIG. Zij hebben per e-mail informatie verkregen over deelname aan het onderzoek. Wanneer zij binnen 72 uur niet hadden gereageerd, zou door de studentonderzoekers een herinneringsmail worden gestuurd, waardoor respons bias zo veel als mogelijk ondervangen werd (Bakker & Buuren, 2014).

Tevens is bij het afnemen van de meetinstrumenten gebruikgemaakt van een interview- en focusgroepsguide. De procedure van afname van elk meetinstrument is hierin vastgelegd, wat ervoor zorgde dat bij elke respondent de meetinstrumenten op dezelfde wijze zijn afgenomen en dat zij allemaal dezelfde informatie ontvingen.

Bovendien hebben de studentonderzoekers de rollen van voorzitter en notulist afgewisseld, zodat zij hierdoor beiden vaardig zijn geworden in het interviewen, van elkaar feedback hebben gekregen en dat op de interviews hierdoor wellicht vanuit een ander perspectief werd ingestoken. Tijdens dit interview namen de studentonderzoekers een neutrale houding aan, waardoor zij de respondent niet hebben beïnvloed in het antwoorden op de vragen. Door het aannemen van een neutrale houding is de constructvaliditeit van het onderzoek vergroot (Bakker & Buuren, 2014).

Ook is er peer review toegepast tijdens de focusgroep. Bij de respondenten uit de focusgroep werd nagegaan of de belemmerende en bevorderende factoren die in de interviews naar voren kwamen, herkenbaar waren.

Daarnaast is er gebruikgemaakt van memberchecking bij de respondenten, wat betekent dat de studentonderzoeker aan de respondent nagevraagd heeft of de verwerkte data correct zijn geïnterpreteerd (Baarda et al., 2009). De studentonderzoekers hebben de resultaten van de interviews en de focusgroep toegestuurd naar de respondenten. De respondent had dan de mogelijkheid om foutieve interpretaties te corrigeren.

Tot slot hebben de studentonderzoekers tijdens het afnemen van de meetinstrumenten aantekeningen en geluidsopnames gemaakt om de data volledig te kunnen reproduceren.

3.7 Ethiek

De studentonderzoekers hebben bij het uitvoeren van het onderzoek de 'Gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen' in acht genomen (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2018). Deze gedragscode is gebaseerd op de huidige wet- en regelgeving van Nederland met betrekking tot het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek. De gedragscode bestaat uit dertien stappen waaraan voldaan is door de studentonderzoekers. De studentonderzoekers hadden te maken met de gedragsregels en de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) (2018), omdat de verkregen persoonsgegevens te herleiden waren naar de desbetreffende respondenten. Om deze reden hebben de studentonderzoekers de volgende verklaring ondertekend en ingeleverd bij de opdrachtgever: 'Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker' (bijlage 11). De contactpersoon van de afdeling AIG heeft de studentonderzoekers mailadressen aangeboden, nadat zij aan deze potentiële respondenten toestemming hiervoor had gevraagd. De potentiële respondenten zijn daarna benaderd door de studentonderzoekers door middel van een e-mail. Deze e-mail is opgesteld aan de hand van de 'Checklist en modelbrief voor de communicatie met de onderzoekspersoon', die afkomstig is uit de gedragscode. Tevens werd in deze e-mail toestemming gevraagd voor deelname en was er een bijlage toegevoegd waarin de onderzoekers de 'informed consent' konden doorlezen. De informed consent is ondertekend voorafgaand aan het afnemen van een meetinstrument. De onderzoeksdata zijn opgeslagen en bewaard op beveiligde computers en zijn uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek.

Hoofdstuk 4 – Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven. Allereerst wordt de totstandkoming van de onderzoekspopulatie benoemd. Vervolgens zijn de demografische gegevens van deze onderzoekspopulatie uitgewerkt. Daarna worden de veranderingen die hebben plaatsgevonden ten aanzien van de methode beschreven. Tot slot wordt er systematisch inzicht gegeven in de resultaten van de interviews en de focusgroep.

4.1 Onderzoekspopulatie

De studentonderzoekers hebben een onderzoekspopulatie van in totaal twaalf respondenten samengesteld, van wie zes individueel geïnterviewd zijn en zes deel hebben genomen aan de focusgroep. Per dataverzamelmethode heeft er één senior verpleegkundige deelgenomen. Deze respondenten zijn geselecteerd aan de hand van de opgestelde in- en exclusiecriteria, waarmee een representatief beeld is verkregen van de afdeling. Door middel van de contactpersoon op de afdeling zijn de respondenten verkregen die via een mail benaderd zijn door de studentonderzoekers. Alle respondenten hebben binnen 72 uur gereageerd op de e-mail, zodat er geen herinneringsmail is verstuurd. Alle respondenten gaven toestemming om deel te nemen aan het onderzoek, waardoor zij als onderzoekspopulatie zijn gebruikt.

4.2 Demografische gegevens onderzoekspopulatie

Tijdens de interviews en de focusgroep zijn de demografische gegevens van de respondenten uitgevraagd. Zodoende kunnen de studentonderzoekers een duidelijk beeld geven van de respondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek. De kenmerken met de daarbij horende categorieën zijn opgenomen in de onderstaande tabel. Hieruit is op te maken dat de onderzoekspopulatie voor de interviews en de focusgroep gevarieerd is met betrekking tot benoemde karakteristieken. De respondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn daarom representatief voor de verpleegkundigen op de afdeling.

Tabel 4.1: Demografische gegevens onderzoekspopulatie

Karakteristieken onderzoekspopulatie	Categorieën	Aantal respondenten interviews	Aantal respondenten focusgroep
Leeftijd	20-29 jaar	3	5
	30-39 jaar	2	
	40> jaar	1	1
Opleiding	HBO-verpleegkunde	4	4
	MBO-verpleegkunde	2	2
Werkervaring	<2 jaar	3	2
	2-10 jaar	2	4
	>10 jaar	1	
Ervaring met pilot 'de verpleegkundige overdracht bij de patiënt'	Wel ervaring	3	3
	Geen ervaring	3	3

4.3 Resultaten beschrijving interviews

De resultaten zijn beschreven aan de hand van de zeven thematieken van Flottorp et al. (2013). Deze thematieken zijn in de volgende volgorde behandeld: individuele zorgprofessional factoren, patiënt-factoren, professionele interactie, stimulansen en middelen, capaciteiten voor organisatorische verandering, sociale, politieke en juridische factoren en als laatste richtlijnfactoren. De studentonderzoekers hebben een gecodeerd fragment van een interview opgenomen (bijlage 14) om inzicht te geven in de wijze waarop er getranscribeerd en gecodeerd is.

4.3.1 Individuele zorgprofessional factoren:

Kennis

Een groot deel van de respondenten gaf aan dat er kennis nodig is over de overdrachtsmethodiek die gebruikt wordt. Deze methodiek is de RSVP-methode (Reason, Story, Vital Signs and Plan). Een enkeling gaf aan dat de kennis over deze overdrachtsmethode al aanwezig is. Een aantal respondenten

noemden ook dat ze de afspraken moeten kennen die gemaakt zullen worden omtrent de overdracht bij de patiënt. Daarnaast gaf de helft aan dat kennis over de voorkomende ziektebeelden noodzakelijk is om een overdracht volledig te kunnen uitvoeren.

Vaardigheden

Een aantal noodzakelijk vaardigheden zijn benoemd. Ten eerste moet de verpleegkundige regie kunnen voeren over en de leiding kunnen nemen tijdens de verpleegkundige overdracht, naar zowel de collega-verpleegkundige als de patiënt. Ten tweede gaf een respondent aan dat de verpleegkundige overtuigingskracht moet hebben wanneer de patiënt twijfelt aan de te verlenen zorg.

“Dus ik denk dat je de leidersrol moet kunnen aannemen en dus het voortouw nemen, eigenlijk jouw collega echt een beetje begeleiden in de uitleg van welke patiënt je voor je hebt” (respondent 6, 2019).

Een respondent noemt dat men in de overdrachtsvorm bij de patiënt zou moeten leren een goede balans te vinden tussen het praten over de patiënt en met de patiënt. Ook geven nagenoeg alle respondenten aan dat de overdracht bij de patiënt kort, bondig en zakelijk moet zijn, maar dat de informatie tegelijkertijd wel krachtig moet zijn voor de collega en de patiënt.

“Ik denk dat je in communicatie kort, maar bondig moet zijn en direct (...) daar ook de leiding in kan nemen” (respondent 4, 2019).

Bovendien noemden enkelen dat het respectvol behandelen van de patiënt en het open en eerlijk zijn naar de patiënt toe van belang is. Het opbrengen van geduld voor de patiënt is volgens een respondent nodig tijdens de overdracht bij de patiënt. Een enkele respondent gaf aan dat op dit moment geen extra vaardigheden nodig zijn ten opzichte van het uitvoeren van de overdracht tussen enkel verpleegkundigen. Ten slotte gaf het merendeel aan dat de verpleegkundige de vaardigheid moet bezitten om de patiënt af te bakenen, wanneer hij te veel irrelevante vragen stelt of zaken benoemt die een efficiënte overdracht belemmeren.

“Ik denk dat het belangrijk is om goed eigen grenzen aan te geven (...) dus als de patiënt teveel aan het praten is, die je daarin begrenst, zodat je in ieder geval effectief goed kan overdragen” (respondent 5, 2019).

Houding

De helft van de respondenten gaf aan dat zij zullen deelnemen aan deze vorm van overdragen, wanneer deze overdrachtsmethode wordt ingevoerd, maar zij zullen hierin geen leiding nemen. Er moeten volgens hen wel duidelijke afspraken gemaakt worden, waardoor de overdracht bij de patiënt optimaal uitgevoerd kan worden. De andere helft van de respondenten staat positief tegenover het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Zij willen dit graag in teamverband uitvoeren, zijn optimistisch over het slagen hiervan en willen de leiding nemen in de implementatie.

“Ik zie er op dit moment heel veel positieve kanten aan, de overdracht aan bed, bij de patiënt dus. Dus ik denk dat je er ook voor uhm... voor moet gaan. Het zal niet altijd even makkelijk zijn, maar goed. Dat is een ander verhaal” (respondent 6, 2019).

Motivatie

Er zijn verschillende motivaties genoemd door de respondenten die bevorderend zijn bij het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt. Ten eerste noemde een respondent dat hierdoor de patiënt betrokken kan worden in de overdracht. Hierdoor wordt de overdracht voor de patiënt transparanter. Ten tweede werd er genoemd dat de verpleegkundige de patiënt ziet bij aanvang van de dienst, waardoor de verpleegkundige herinnerd wordt aan wat ze allemaal moet overdragen en waardoor een helder, klinisch beeld van de patiënt verkregen wordt.

“En je hebt meteen een goed beeld van je patiënt, maar je kan eigenlijk ook alles afchecken wat je moet controleren zeg maar” (respondent 5, 2019).

Ten derde gaf een respondent aan dat een duidelijk doel van deze overdrachtsmethodiek diegene motiveert die de overdracht bij de patiënt uit wil voeren. Daarnaast is de verpleegkundige op de hoogte van de gemaakte afspraken en de actuele zorg die geleverd moet worden aan de desbetreffende patiënt. Als laatste bevorderende factor werd er door enkele deelnemers genoemd dat het verbeteren van kwaliteit van zorg een motivatie is om over te gaan op de overdrachtsmethodiek bij de patiënt.

“En ik denk dat je gelijk, dat diegene naar jou begint op de positie waar jij echt geëindigd bent, in plaats van dat diegene weer helemaal het overzicht moet gaan krijgen, de patiënt moet gaan leren kennen et cetera” (respondent 6, 2019).

Een belemmerende factor voor het overdragen bij de patiënt is volgens enkele respondenten dat zij niet vrijuit kunnen spreken over het gedrag van de patiënt en/of familie. Zij kunnen hierdoor niet hun hart luchten bij hun collega in het bijzijn van de patiënt en familie.

“Je kan ook niet je hart gaan zitten luchten over een patiënt, over dingen die zijn gebeurd die je minder prettig vond” (respondent 1, 2019).

Daarnaast is het voor een respondent een belemmerende factor wanneer de patiënt geen behoefte heeft in de overdracht, want dan heeft de respondent er ook geen zin in om de overdracht in het bijzijn van die patiënt uit te voeren. Andere belemmerende factoren zijn volgens de respondenten dat zij familie op een kamer moeten wegsturen in verband met de privacy van de patiënt en dat ze dan door de patiënt en/of familie worden aangezien als ‘de strenge verpleegkundige’. Daarnaast is een belemmerende factor dat de patiënt aanwezig moet zijn tijdens het overdrachtsmoment en dat dit zijn aantal mobiliteitsmomenten kan beïnvloeden.

“Of dat blijkt dat ze daardoor ook weer belemmerend worden in hun mobiliteit van: owjah, ik moet rekening houden dat de verpleegkundige zo de overdracht kan doen dus ik kan nu niet een rondje gaan lopen. Als dat een grote belemmering zou worden, dan zou ik het minder uhm... goed vinden” (respondent 1, 2019).

Ook werd de belemmerende factor door enkele respondenten genoemd dat het niet patiëntvriendelijk is om een patiënt wakker te maken voor het overdrachtsmoment van de avonddienst naar de nachtdienst en van de nachtdienst naar de dagdienst. Tot slot gaf een respondent aan dat het nadelig is wanneer de verpleegkundige moet overdragen aan verschillende collega's, waardoor ze op zoek moet gaan naar hen en hierdoor de overdracht meer tijd kost.

“Overdag vind ik het dan oké, maar voor 's avonds en 's nachts zie ik daar wel meer beren op de weg, en moet je ook zeker afvragen of dat noodzakelijk is en of het dan patiëntvriendelijk is als je ze wakker maakt” (respondent 4, 2019).

Vertrouwen in eigen capaciteiten

Alle respondenten gaven aan dat zij vertrouwen hebben in hun eigen capaciteiten om de overdracht bij de patiënt uit te kunnen voeren. Als toevoeging gaf een respondent wel aan dat hij een helder doel voor ogen moet hebben van het nut van het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt om te kunnen vertrouwen op zijn eigen capaciteiten. Daarnaast heeft volgens een respondent de hoeveelheid werkervaring invloed op de mate waarin iemand op zijn eigen capaciteiten kan vertrouwen en kan weinig werkervaring belemmerend zijn om deze overdrachtsmethodiek uit te voeren.

“Ik vertrouw op mijn eigen capaciteiten, geheel, ik weet niet of ik dat ook zou hebben als ik hier nog maar heel kort zou werken, maar ik werk ik hier al zoveel jaar. Ik heb zoveel dingen al zien gebeuren, dat ik wel goed kan aanvoelen wat wel en niet kan op een patiëntenkamer” (respondent 1, 2019).

4.3.2 Patiëntfactoren

Behoefte

Volgens alle respondenten heeft een deel van de patiënten er wel en een deel er geen behoefte aan dat de overdracht bij de patiënt wordt uitgevoerd. Ten eerste noemden enkele respondenten dat de

patiënt gerustgesteld wordt doordat hij hoort dat de zorg goed wordt overgedragen aan een opvolgende verpleegkundige. Hierdoor verwacht de respondent dat de patiënt minder vragen stelt over zijn zorg in de dienst. Daarnaast werd genoemd dat de aanwezigheid van de verpleegkundige op de kamer en de persoonlijke benadering van de patiënt als een stukje aandacht wordt ervaren door de patiënt.

“Nou ik denk dat hij dan meer op de hoogte is van dat ik alles weet, dat hij weet van overdag is er dit gebeurd en de verpleegkundige van avonds weet dat ook. Ik denk dat ze dat op prijs zullen stellen” (respondent 4, 2019).

Daarnaast noemde een enkeling dat ze verwachten dat de patiënt het waardeert dat door deze overdrachtsvorm open wordt gecommuniceerd naar de patiënt en verwacht een andere respondent dat de patiënt deze overdrachtsvorm als een kwaliteitsimpuls beschouwt in het leveren van goede zorg.

“(...) ik denk ook wel dat patiënten waarderen op het moment dat wij gewoon open communiceren naar de patiënt, dat dat ook wel waardering oproept” (respondent 2, 2019).

Ook gaven de respondenten een aantal redenen waarom de patiënten geen behoeften zouden hebben in de overdracht bij de patiënt. Allereerst is het afhankelijk van de inhoud die besproken wordt. Op bepaalde ziektebeelden heerst volgens enkel respondenten een taboe, zoals op HIV en op bloedziekten, waarbij de patiënt zich ongemakkelijk gaat voelen als dit uitgesproken wordt, al dan niet in het bijzijn van derden. Daarnaast gaven verschillende respondenten aan dat een deel van de patiënten de gedachte heeft dat de zorg in de handen van de zorgprofessionals ligt en dat de patiënt om die reden niet alles hoeft te horen. Zij vertrouwen op de capaciteiten van de zorgprofessionals en hebben geen behoefte aan eigen inbreng.

“Ik denk dat het de club patiënten die het ook graag wil, want ik weet dat er een deel van de patiënten zegt van: ik lig nu bij jullie dus het ligt in jullie handen uhm... ik hou me wat afzijdig daarin” (respondent 1, 2019).

Een deel van de respondenten verwacht dat er een categorie patiënten is die geen behoefte heeft aan de nieuwe overdrachtsvorm, omdat zij bij een lange opnameduur de overdracht vaak moeten aanhoren en dat als vervelend beschouwen. Tot slot noemden enkele respondenten dat er een categorie patiënten prikkelarm verpleegd moet worden, waarbij de overdracht bij de patiënt een extra belasting is voor de patiënt.

“Nou, behalve bij extreem verwarde (...) dan loop je even samen binnen zou ik zeggen, en dan zou ik daar de overdracht niet doen, om (...) meer prikkelarm te verplegen” (respondent 3, 2019).

Ook gaf een respondent aan dat het goed is om aan de patiënten te vragen wat daadwerkelijk hun behoefte is ten aanzien van de overdracht die plaatsvindt bij de patiënt.

Gedrag

Volgens de helft van de respondenten is het uitvoeren van de overdracht bij een onzekere patiënt van toegevoegde waarde. De patiënt hoort dan de overdracht van de zorg aan, wat het veiligheidsgevoel van een onzekere patiënt waarborgt. Tevens gaven verschillende respondenten aan dat het bevorderlijk werkt om een overdracht uit te voeren bij een rustige patiënt, die open en eerlijk is en goede aanvullingen geeft betreffende de inhoud van de overdracht.

“(...) een rustige patiënt zeg maar, een patiënt die gewoon open is en eerlijk [Tu2] is en rustig is zeg maar. Dan dat het een patiënt is waar je echt dingen uit moet trekken” (respondent 2, 2019).

Tegelijkertijd gaven een paar respondenten aan dat het geven van aanvullingen ook belemmerend kan zijn voor een efficiënte overdracht, wanneer de patiënt mondig is en tijdens het overdrachtmoment veel interpreteert.

“Sommige patiënten die praten gewoon graag en veel. Ja dat kan je niemand kwalijk nemen, maar dat werkt niet bevorderend” (respondent 6, 2019).

“En als een patiënt dan zijn eigen verhaal daardoor heen gaat doen, denk ik dat dat wel in de weg gaat zitten voor een efficiënte overdracht” (respondent 5, 2019).

Andere belemmerende gedragingen zijn volgens verschillende respondenten dat de patiënt kan slapen op het overdrachtsmoment en er dus niet bij betrokken is tijdens de overdracht of dat de patiënt boos kan zijn of gaat schelden tegen de verpleegkundige over de geleverde zorg of de inhoud van de overdracht. Tot slot kan het zien van de verpleegkundige een trigger zijn voor een patiënt om zorgvragen te stellen waar op dat moment geen tijd voor is.

“Maar aan de andere kant zodra ze mij zien, moeten ze opeens plassen en water drinken en ja, daar heb ik dan geen tijd voor want ik moet nog andere dingen doen” (respondent 4, 2019).

Relatie tussen verpleegkundige en patiënt

Alle respondenten gaven aan dat de relatie kan worden beïnvloed tussen de verpleegkundige en de patiënt in positieve en negatieve zin door het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt. Een respondent gaf aan dat bij het leveren van een onvolledige of onjuiste informatieoverdracht de patiënt het vertrouwen kan verliezen in de verpleegkundige. Daarentegen gaf een andere respondent aan dat zij verwacht dat de overdracht bij de patiënt geen invloed heeft op de relatie tussen beide partijen. Desalniettemin gaven de overige respondenten verschillende redenen aan waarom de overdracht bij de patiënt de relatie tussen hen beiden ten goede komt. Allereerst kan de opvolgend verpleegkundige zich direct voorstellen bij de aanvang van haar dienst en ontstaat er volgens enkele respondenten hierdoor een betere vertrouwensband. Daarnaast gaven de respondenten aan dat het voor de patiënt direct duidelijk is wie de zorg overneemt, wie het aanspreekpunt is en wie er voor hen verantwoordelijk is.

“Nou, weet je, wij vliegen best wel heel veel heen en weer. En als je dan per patiënt even langsloopt, dan heeft hij meteen de collega van de avonddienst al gezien, je bent dan bij alle patiënten even geweest bij aanvang van de dienst. Ik denk dat dat best prettig is” (respondent 3, 2019).

Ook gaven enkele respondenten aan dat de patiënt door de nieuwe overdrachtsmethodiek meer persoonlijke aandacht krijgt en dat de verpleegkundige de mogelijkheid heeft meer begrip te kunnen tonen voor de beleving van de patiënt. Bovendien noemde een respondent dat de patiënt kan aanhoren dat er discreet met patiëntgebonden informatie wordt omgegaan. Tevens gaven verschillende respondenten aan dat de patiënten meer vertrouwen hebben in de verpleegkundige doordat zij kunnen aanhoren dat de verpleegkundige alles van hen weet en dat er goed op hen gelet wordt.

“Ik denk wel dat je als verpleegkundige misschien meer serieus genomen wordt ofzo, of minder vertrouwensrelatie op hoeft te bouwen omdat hij, omdat de patiënt in ieder geval al weet dat je alles weet. En dat die daar ook op aan kan vullen” (respondent 4, 2019).

Als laatste gaven de respondenten aan dat zij verwachten dat de patiënten zich meer serieus genomen voelen en dat er gemakkelijk een vertrouwensband opgebouwd kan worden aan het begin van de dienst.

“Ik denk dat patiënten denken van: ik word serieus genomen, hier wordt er echt over na gedacht uhm..., de collega van de overdracht, dan wel die daarna komt, die kent mij. Je hebt toch een vertrouwensband in de afgelopen acht uur opgebouwd, die wordt voortgezet. En de start is juist dat het vertrouwen van de ene collega over wordt gebracht op de andere collega. En ik denk dat uhm... dat het een grote meerwaarde zal zijn, zeker” (respondent 6, 2019).

Somatische en psychische gesteldheid

Het merendeel van de respondenten gaf aan dat de overdracht bij de patiënt bevorderlijk is bij verschillende gesteldheden van de patiënt. Bijvoorbeeld bij: instabiele patiënten, ernstig zieke patiënten

en patiënten in de stervensfase. De verpleegkundige draagt hierbij graag over in het bijzijn van de patiënt, om een helder, klinisch beeld van de patiënt en de kwaliteit van zorg te waarborgen.

“Als de patiënt instabiel is, als die heel erg ziek is, dan zal ik, of iemand is terminaal is, of uhm... of als het een ingewikkelde casus is, die, ja dan zou ik het wel bespreken bij de patiënt” (respondent 4, 2019).

Ook gaven enkele respondenten aan dat bepaalde gesteldheden van de patiënt belemmerend zijn. Deze gesteldheden zijn: delirante en extreem verwarde patiënten, slechthorende patiënten en patiënten met een psychiatrische aandoening. De respondenten gaven aan dat door deze overdrachtsvorm er extra prikkels ontstaan, die juist vermeden zouden moeten worden.

Kennisniveau

Enkele respondenten gaven aan dat het kennisniveau van de patiënt over zijn ziektebeeld(en) van invloed is op het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt en de mate waarin de patiënt betrokken kan worden in de overdracht. Een patiënt met veel medische kennis begrijpt de overdracht gemakkelijker en participeert om die reden meer dan een patiënt die deze kennis niet heeft. Volgens deze respondenten moet het taalgebruik van de verpleegkundige afgestemd worden op de patiënt.

4.3.3 Professionele interactie

Teamproces

Het merendeel van de respondenten benoemde dat zij door het team gemotiveerd wordt om de overdracht bij de patiënt uit te voeren wanneer iedereen van het team meedoet aan deze nieuwe overdrachtsvorm, als dus de collega's gemotiveerd zijn om deze overdrachtsvorm uit te voeren en als er weinig weerstand is. Voor het merendeel van de respondenten is het op dit moment belemmerend dat er vastgehouden wordt aan oude afspraken en dat het team niet geheel op één lijn zit over het in- en uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.

“En ik denk dat dat helpt dat we het met z'n allen doen dan doen we het met z'n allen en dan lukt het ook wel, maar als de helft al zegt van ik ga het toch niet doen, dan haakt de andere helft ook wel af” (respondent 4, 2019).

“We wagen er nu gewoon niet aan dus het is gewoon eigenlijk een no go op dit moment. Als we zeggen dat we bij de patiënt over gaan dragen, dan doen ze dat hier dus het is ook dat de, dat de oude afspraken die hier gewoon en ik denk dat dat hier de overheersende toon heeft op dit moment ja” (respondent 2, 2019).

Volgens het overgrote deel van de respondenten is het van belang dat bij het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt tussen de collega's op de afdeling een cultuur heerst waarin men openstaat voor aanspreken en corrigeren van elkaar betreffende de overdracht en elkaar op de structuur van de overdracht wijzen wanneer hiervan wordt afgeweken. Enkele respondenten gaven aan dat het team openstaat voor het aanspreken van elkaar, maar dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt. Daarentegen gaven enkele andere respondenten aan dat zij vinden dat het aanspreken en corrigeren van collega's op dit moment wel gebeurt.

“(...) we hebben al over de overdracht dat dat kort en bondig moet en het gebeurt nog veel te vaak dat het te uitgebreid gaat. Opzicht vind ik niet heel vervelend om een hele uitgebreide overdracht te ontvangen, want ik vind het ergens wel gezellig of interessant. Maar het is niet de afspraak, maar ik zeg er niets van omdat ik het wel oké vind, maar het is de afspraak. Eigenlijk zou ik er iets van moeten zeggen en hetzelfde merken veel collega's, eigenlijk zeg nooit iemand er iets van omdat men het wel oké vindt” (respondent 4, 2019).

4.3.4 Stimulans en middelen

Personen

De respondenten gaven aan dat er twee partijen nodig zijn om de overdracht te kunnen uitvoeren bij de patiënt, namelijk de collega's uit het verpleegkundig team en de desbetreffende patiënt. Volgens een respondent zijn alle betrokken zorgprofessionals bij een patiënt nodig om een volledige overdracht te

kunnen geven, maar deze disciplines kunnen volgens de respondent niet aanwezig zijn tijdens het overdrachtmoment, omdat dit voor afleiding en onrust zorgt op de kamer. Verschillende respondenten gaven aan dat de patiënt afwezig kan zijn en dat dit een belemmerende factor is. Bovendien gaf het merendeel van de respondenten aan dat de aanwezigheid van familie of bezoek voor zowel de verpleegkundige als de patiënt tijdens het overdrachtmoment belemmerend kan zijn en dat zij dan weggestuurd moeten worden. Enkele respondenten zien er tegenop om het bezoek weg te sturen van de kamer.

“Nu zit ik ook te denken, je hebt naast de patiënt natuurlijk ook bezoek en familie op de kamer zitten, dat is wel een belemmerende factor” (respondent 4, 2019).

Middelen

Bijna alle respondenten noemden dat het gebruik van een Computer On Wheels (COW) nodig is om de overdracht goed te kunnen uitvoeren en dat deze op het moment al beschikbaar zijn op de afdeling. Ze kunnen dan gemakkelijk het dossier erbij nemen en eventueel relevante gegevens opzoeken of noteren. Eén respondent gaf aan geen COW nodig te hebben om de overdracht bij de patiënt uit te voeren, aangezien er op dit moment ook goed overgedragen wordt zonder COW, maar met een overdrachtsbriefje. Daarnaast benoemde de helft van de respondenten dat zij voorafgaand aan het overdrachtmoment bij de patiënt op de hoogte willen zijn van cruciale gegevens over de patiënt, zoals reanimatiebeleid en voorgeschiedenis.

Alle respondenten gaven aan dat er eenduidige afspraken moeten worden gemaakt en vastgelegd om als team uniform de overdracht bij de patiënt uit te kunnen voeren. De respondenten gaven aan er afspraken nodig zijn over de voorbereiding voorafgaand aan het overdrachtmoment: welke patiëntencategorieën en situaties uitzonderingen zijn, op welk tijdstip er overgedragen moet worden, wie er aanwezig mogen zijn, wat er gezegd kan en mag worden en volgens welke methodiek de overdracht moet plaatsvinden.

“Duidelijkheid bij wie het moet, of het bij alle patiënten moet of dat het maar bij een deel hoeft en welk deel dan” (respondent 4, 2019)

“Ik denk dat we dan dat het van belangrijk is dat er duidelijke afspraken worden gemaakt uhm... over wat wel aan het bed en wat we eventueel niet aan het bed overdragen” (respondent 5, 2019).

Voor alle respondenten zijn omgevingsfactoren beïnvloedend om de overdracht bij de patiënt wel of niet te laten plaatsvinden. Volgens verschillende respondenten zijn belemmerende factoren het overdragen op een meerpersoonskamer in verband met de privacy van de patiënt en de mogelijke onrust van derden op die kamer. Daarnaast kan de overdracht verstoord worden door het afgaan van de werktelefoon van de verpleegkundige en de aanwezigheid van andere disciplines bij de patiënt. Tot slot gaven enkele respondenten aan dat de afwezigheid van de patiënt, door bijvoorbeeld onderzoek, en het plaatsvinden van de overdracht tijdens de vaststaande bezoeken belemmerend zijn. Door een paar respondenten werd aangegeven dat een eenpersoonskamer bevorderend is om de overdracht bij de patiënt uit te voeren, omdat de privacy hierdoor beter gewaarborgd kan worden en de verpleegkundige meer de focus heeft op de patiënt, omdat er minder afleiding is door derden.

“Je hebt dan wel echt de focus op die patiënt, en nu merk je wel eens dat je aan het overdragen bent in verpleegposten, waar heel veel dingen gebeuren waar je afleidingen hebt” (respondent 1, 2019).

Het merendeel van de respondenten gaf aan dat ze verwacht dat de tijdsduur van de overdracht zal toenemen doordat de patiënt zich kan mengen in de overdracht. Een respondent noemde dat er hierdoor minder tijd overblijft om taken voor de opvolgende dienst te starten of af te ronden. Ook noemden enkele respondenten dat de verpleegkundige in de avonddienst meer patiënten heeft dan de dagdienst en dat daardoor de overdrachtsduur nog langer wordt. Eén respondent gaf aan dat de overdrachtsduur in het begin van de implementatie langer zal zijn, maar dat de implementatie een proces is waarvoor tijd genomen moet worden.

“Ja, dat speelt natuurlijk altijd een rol en ik denk dat als jij iets wilt gaan invoeren of ga, wilt gaan veranderen, uhm... dan kies je daar bewust voor, maar dan kies je er ook voor dat je er meer tijd in moet gaan investeren. Dus er moet wel tijd voor genomen worden” (respondent 6, 2019).

4.3.5 Capaciteiten voor organisatorische verandering

Leiderschap

De helft van de respondent vindt dat er bij de invoering van de overdracht bij de patiënt kartrekkers nodig zijn op de afdeling. Volgens deze respondenten dienen de kartrekkers als aanspreekpunt voor een verpleegkundige met vragen en moeten zij het team coachen in de uitvoering van de overdracht bij de patiënt.

“Dat er wel een aanspraakpunten zijn die zeggen van joh uhm... dat document [Ro2c] is daar bijvoorbeeld. Of: joh je moet dit of dit in de gaten houden” (respondent 2, 2019).

Regels en beleid

Enkele respondenten gaven aan dat zij een duidelijke visie van de afdelingsorganisatie nodig hebben ten aanzien van de overdracht bij de patiënt en de argumenten die ten grondslag liggen aan deze keuze. Daarnaast verwachten deze respondenten dat door een duidelijke visie het draagvlak op de afdeling wordt vergroot. Bovendien gaf meer dan de helft van de respondenten aan dat alle afspraken die gemaakt worden omtrent de overdracht bij de patiënt moeten worden vastgelegd in een protocol.

Ondersteuning

De helft van de respondenten gaf aan dat zij akkoord moeten krijgen van de leidinggevende van de afdeling, de senior verpleegkundigen en de afdelingsartsen. Daarnaast moeten zij volgens deze respondenten uitstralen dat zij het idee om de overdracht bij de patiënt te implementeren dragen. Ook gaven de respondenten aan dat er verschillende middelen moeten worden ingezet die het proces van implementatie optimaliseren. Zo noemen zij dat de afdelingsstructuur zo moet worden ingericht dat de patiënten aanwezig zijn, dat het bezoek op de hoogte is van de overdrachtsmethodiek en dat de daarbij behorende randvoorwaarden zijn opgesteld. Bovendien vinden de respondenten dat de afdelingsorganisatie een communicatietraining moet opzetten, waarbij geoefend wordt met het overdragen in het bijzijn van de patiënt. Tot slot moet de afdelingsorganisatie evaluatiemomenten aanbieden aan het verpleegkundig team, waarin het effect van deze overdrachtsvorm op de patiënt en de verpleegkundige wordt beoordeeld en waarin wordt teruggeblikt en vooruitgekeken op het implementatieproces.

“Het zou misschien mij wel helpen om in zo’n overleg nog wat handvatten te geven om: wat zijn nou eigenlijk de punten waarop het moeilijk loopt en hoe kunnen we dat dan verbeteren?” (respondent 5, 2019).

4.3.6 Sociale, politieke en juridische factoren

Privacy

Het merendeel van de respondenten gaf aan dat de privacy van informatie en de patiënt in het geding komt. Ten eerste komt dit door het feit dat de verpleegkundige nog niet alle informatie kan en mag delen met de patiënt, omdat bijvoorbeeld de verpleegkundige bepaalde diagnoses al weten en de patiënt deze nog te horen moet krijgen. Deze informatie is daarentegen wel belangrijk om te weten voor de opvolgend verpleegkundige. Ten tweede wordt er patiëntgebonden informatie gedeeld waardoor derden, zoals andere patiënten en bezoek, op een meerpersoonkamer, deze informatie ook kunnen aanhoren.

“Uit ervaring weet ik dat heel veel andere patiënten aan het meeluisteren zijn en ze vervolgens van bij wijze van hun partner opbellen en dan vertellen wat er over uhm... een kamergenoot is verteld” (respondent 1, 2019).

De overige respondenten gaven aan dat de overdracht bij de patiënt volgens hen geen extra invloed heeft op het delen van persoonsgebonden en vertrouwelijke informatie, aangezien er volgens hen tijdens de artsensite en gedurende de gehele dag ook deze privacygevoelige informatie wordt gedeeld.

Rechten patiënt

Enkele respondenten vinden dat de patiënt het recht heeft om deel te nemen aan de overdracht, omdat er vanuit verschillende disciplines informatie over de patiënt zelf en zijn zorg besproken wordt en dat er keuzes gemaakt worden in het toekomstige plan omtrent de zorg.

4.3.7 Richtlijnfactoren

Vertrouwen in doeleinden

Bijna alle respondenten gaven aan dat het overdragen bij de patiënt de patiëntveiligheid vergroot. Dit is een bevorderende factor om de overdracht bij de patiënt uit te voeren. De patiëntveiligheid wordt volgens hen bevorderd doordat de patiënt als controleur van informatie kan optreden en aanvullingen kan geven, de verpleegkundige de patiënt ziet en hierdoor een helder en eenduidig beeld krijgt van de conditie en de zorg van de patiënt en dat zij de patiënt kan verifiëren en uitleg kan geven over technologie, zoals infuuspompen. Hierdoor zal volgens de respondenten de miscommunicatie verminderen. Eén respondent verwacht dat het geen effect zal hebben op de patiëntveiligheid, omdat het aantal incidenten naar verwachting niet vermindert.

“Als je natuurlijk iets vergeet over te dragen en de patiënt weet zich dat nog wel te herinneren en dat is van belang, dan kan die eventueel bijspringen” (respondent 1, 2019).

Elke respondent gaf aan dat het overdragen bij de patiënt wel effect heeft op de patiëntparticipatie, omdat de patiënt betrokken wordt in zijn eigen zorgproces en behandeling en hierin ook een actieve rol kan innemen. Eén van deze respondenten vraagt zich wel af of het overdragen bij een psychiatrische patiënt zorgt voor meer onrust.

“En dat op die manier de patiënt ook erbij wordt betrokken, dat het niet alleen maar wordt gedragen door de verpleegkundige de gehele overdracht, maar dat de patiënt daar ook wel uhm... een rol in kan spelen” (respondent 1, 2019).

Haalbaarheid op de afdeling

Alle respondenten gaven aan dat het op dit moment niet haalbaar is om de overdracht bij de patiënt uit te voeren. Alle hierboven genoemde redenen liggen hieraan ten grondslag, maar enkele van deze redenen worden nadrukkelijk benoemd. Deze belemmerende factoren zijn: de gesteldheid van de patiënt, de afwezigheid van de patiënt, het nog ontbreken van duidelijke, vastgelegde afspraken en het handhaven van de privacy van de patiënt op meerpersoonskamers.

4.4 Resultaten beschrijving focusgroep

Voorafgaand aan de focusgroepsdiscussie hebben de respondenten individueel de voor hen vijf meest belangrijke beïnvloedende factoren gekozen die zij wilden bespreken. Na het samenvoegen van al deze keuzes kwamen de volgende vijf factoren geprioriteerd naar voren: privacy, haalbaarheid op de afdeling, kennisniveau patiënt, gesteldheid patiënt en ondersteuning vanuit organisatie. In de focusgroepsdiscussie zijn de eerste vier factoren nadrukkelijk behandeld, maar gaven de respondenten ook informatie die is in te delen in de andere thema's. De studentonderzoekers hebben ervoor gekozen om deze resultaten kort te beschrijven aangezien de context van de opmerkingen waarin deze gezegd is van belang is tijdens een focusgroepsdiscussie. De thema's zijn beschreven in de volgorde waarin ze door de respondenten geprioriteerd zijn.

Privacy

Volgens alle respondenten is het van belang dat bij de overdracht bij de patiënt enkel personen aanwezig zijn die de inhoud van de overdracht mogen aanhoren. Op een meerpersoonskamer is dit volgens een respondent een belemmering. Een deel van de respondenten vindt dat de verpleegkundige aan de patiënt moet vragen wat hij zelf wil horen aangaande zijn ziektebeelden, bijvoorbeeld HIV, en wie er bij de overdracht aanwezig mogen zijn. Daarnaast bestaat consensus over het feit dat de verpleegkundige niet alles in het bijzijn van de patiënt kan en mag zeggen, bijvoorbeeld wanneer een diagnose bij de patiënt niet bekend is, maar wel van belang is voor de opvolgend verpleegkundige. Daarentegen noemde een respondent dat het mogelijk is dat de patiënt het aanhoren van sommige informatie niet aankan.

“Ik denk dat het ook belangrijk is van wat kan de patiënt aan, want ik denk dat er ook wel patiënten zijn die kunnen bepaalde informatie ook niet altijd aan die wordt gedeeld zeg maar” (respondent, 2019).

Een respondent vindt dat tijdens het intakegesprek met een nieuwe patiënt met hem en de naasten overlegd moet worden wat er op de kamer besproken mag worden. Dit wordt tegengesproken door een respondent vanwege het feit dat er één lijn getrokken moet worden in het uitvoeren van de overdracht, dat de uitzondering de regel bevestigt, maar dat niet bij elke patiënt op een andere manier overgedragen moet worden. Ook benoemde een respondent dat de patiënten onderling al vaak persoonsgebonden informatie uitwisselen en dat zij dat zelf niet als probleem beschouwen. Een andere respondent vindt het de opdracht van de verpleegkundige om in te schatten en aan te voelen wat er wel of niet bij de patiënt verteld kan worden. Dit is volgens de helft van de respondenten hoe persoonsgerichte zorg eruit zou moeten zien. De respondenten zouden het moeilijk vinden om een overdracht bij een psychiatrische patiënt uit te voeren.

“Bij sommigen patiënten vertel je gewoon niet alles omdat je weet wat daar kom toch niet alles binnen en dan is het beter dat je daar niet alles vertelt, maar dan vertel je het tegen familie. Ik denk wel dat dat wel een beetje inschatting van ons is” (respondent, 2019)

Enkele respondenten gaven aan dat de artsensite ook op een meerpersoonskamer wordt uitgevoerd, terwijl hierin ook patiëntgebonden informatie wordt besproken, wat door de verpleegkundige niet als belemmering wordt ervaren. Verschillende respondenten gaven aan dat ze het een goed idee vinden om vooraf de patiënt in te lezen en te bespreken en dan naar de kamer te gaan. Volgens een andere respondent heb je dan wel een warme overdracht, maar bestaat de overdracht uit twee overdrachtmomenten, waar geen tijd voor is. Het gevolg van deze overdracht is volgens een respondent dat er al een eerste ontmoeting heeft plaatsgevonden voorafgaand aan de dienst. Daarentegen bestaat er consensus dat deze overdrachtvorm enkel kan plaatsvinden van de dag- naar de avonddienst vanwege slapende patiënten.

“Ik denk wel dat het veel tijd kost en veel vraagt om: te lezen, kort samen te bespreken en langs de patiënt te lopen” (respondent, 2019).

Nagenoeg alle respondenten gaven aan dat het onderwerp privacy geen issue meer is wanneer er alleen eenpersoonskamers zijn. Wel blijft dan volgens een respondent nog de vraag of de patiënt deze vorm van overdragen als prettig ervaart, maar er bestaat consensus over het feit dat hierin vervolgens eigenlijk geen differentiatie moet gaan plaatsvinden.

Haalbaarheid op de afdeling

Alle respondenten zijn het eens met het feit dat het overdragen bij de patiënt op dit moment nog niet haalbaar is. Een belangrijke reden hiervoor is dat er dan ook overgedragen moet worden bij de patiënt op meerpersoonskamers, waarbij de privacy in het geding komt. Ten tweede gaven verschillende respondenten aan dat omgevingsfactoren die onrust veroorzaken en die nu aanwezig zijn, zoals rumoer of een telefoon, gereduceerd moeten worden. Ook verwacht een respondent dat mondige patiënten de overdrachtsduur verlengen, terwijl daar geen tijd voor is. Andere respondenten zijn het hier niet mee eens, omdat zij vinden dat je hierover afspraken kunt maken met de patiënt.

“Je kan toch zeggen we hebben zo de overdracht en straks komen we nog een keer bij u terug voor de vragen” (respondent, 2019).

Een respondent gaf aan dat deze overdrachtvorm niet haalbaar is, waarbij ze verwijst naar de vorige pilot. In deze pilot zijn geen concrete afspraken gemaakt over hoe de overdracht bij de patiënt uitgevoerd moest worden en over hoe er rekening gehouden werd met de privacy van de patiënt. De overige respondenten zijn het hier niet mee eens en vinden dat dit pas geconcludeerd kan worden wanneer er een langere pilot wordt gedraaid en de verpleegkundige de tijd heeft om te wennen aan een verandering. Deze respondenten vinden dat dit onderwerp de aandacht verdient. Daarnaast noemde een respondent - waar de overige respondenten mee instemden - dat de overdrachtsduur misschien langer wordt, maar

dat je door het zien en spreken van de patiënt vervolgens de eerste ronde langs de patiënt niet meer hoeft te doen en er een betere tijdsplanning van de dienst gemaakt kan worden.

“Is dat niet gewoon een kwestie van wennen en moeten wij dat gewoon niet blijven doen en gaat het op een gegeven moment gewoon lopen” (respondent, 2019).

Kennisniveau

Volgens verschillende respondenten heeft het kennisniveau van de patiënt over zijn ziektebeeld(en) geen invloed op het al dan niet uitvoeren van de overdracht bij de patiënt. Het is volgens hen namelijk een taak van de verpleegkundige om de communicatie op het niveau van de patiënt af te stemmen. Dit kan volgens een respondent wel moeilijk zijn voor een jong gediplomeerde verpleegkundige, omdat er ervaring nodig is om dit afstemmen te kunnen beheersen. Volgens de andere respondenten bestaat er een samenhang tussen het kennisniveau van de patiënt en de mate waarin de patiënt mondeling participeert tijdens de overdracht. Wanneer de patiënt een hoger kennisniveau heeft, zal hij volgens hen naar verwachting ook meer praten tijdens de overdracht en wordt het als belemmerend ervaren wanneer dit teveel zal zijn. Andere respondenten dragen aan dat je de patiënt kunt kaderen in zijn inbreng wanneer deze teveel wordt.

“Dat zou wel bij een jong gediplomeerde moeilijk kunnen zijn, dat patiënten eerder inspringen waardoor het wel of niet loopt” (respondent, 2019).

Somatische en psychische gesteldheid patiënt

De respondenten zijn het met elkaar eens dat bij patiënten met een psychiatrische aandoening niet alle informatie besproken kan worden in het bijzijn van de patiënt. Een respondent reageert hierop door te zeggen dat de informatie die niet op de kamer besproken kan worden, als uitzondering in de verpleegpost besproken moet worden. Het is volgens de respondenten van belang om hierover duidelijke afspraken te maken. Bij somatische patiënten of patiënten die erg ziek zijn is het volgens alle respondenten een voordeel om bij de patiënt over te dragen, omdat hierdoor een objectievere overdracht en een duidelijk beeld van de daadwerkelijke gesteldheid wordt verkregen. Een andere respondent gaf aan dat bij sommige somatische patiënten het overdragen lang duurt vanwege isolatiemaatregelen die bij bepaalde patiënten genomen moeten worden.

“Ja, want nu gebeurt het in de overdracht dat inderdaad het subjectieve benoemd wordt, waar je eigenlijk niks mee kunt. Dat gebeurt inderdaad wel. Dus ik denk dat je dat wel ondervangt” (respondent, 2019).

Ter afsluiting

Aan het einde van de focusgroep benoemden de respondenten verschillende overige zaken die zij van belang vinden bij de implementatie van de overdracht bij de patiënt. Allereerst moet de overdracht efficiënt blijven, wat inhoudt dat er één overdrachtmoment per patiënt moet zijn. Daarnaast zijn eenpersoonsskamers nodig en moet de ruis op de afdeling worden gereduceerd door bijvoorbeeld het aanpassen van de bezoektijden. Bovendien vinden enkele respondenten dat zowel de patiënt als de verpleegkundige goed geïnformeerd moet worden over de implementatie en wat daarbij nodig is. Ten slotte moeten er duidelijke randvoorwaarden vastgelegd worden en moet het team op basis daarvan elkaar attenderen en corrigeren.

“Dus wat er eigenlijk uit deze focusgroep naar voren komt is dat er duidelijke randvoorwaarden op papier moeten komen, waarop je elkaar ook kan corrigeren en attenderen” (respondent, 2019).

Hoofdstuk 5 – Discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden allereerst de verkregen resultaten afgezet tegen de bestaande literatuur. Vervolgens wordt de kwaliteit van dit onderzoek beschreven aan de hand van sterke punten en beperkingen. Daarnaast is de praktische toepasbaarheid en generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten uitgewerkt en ten slotte worden er aanbevelingen gedaan voor de beroepspraktijk, voor onderwijs en onderzoek.

5.1 Resultaten in vergelijking met bestaande literatuur

In dit onderzoek worden verschillende belemmerende en bevorderende factoren beschreven die van invloed zijn op het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. De factoren die vanuit de resultaten van dit praktijkonderzoek als belangrijk zijn ervaren worden afgezet tegen de bestaande literatuur. De factoren die hieronder behandeld worden, zijn: zorgen over de privacy, de invloed van de psychische en somatische gesteldheid van de patiënt, de omstandigheden waarin de overdracht niet altijd kan plaatsvinden, de ondersteuning vanuit de organisatie, de invloed vanuit het team, de individuele verpleegkundige factoren, de juiste wijze van patiëntparticipatie en de tijdsduur.

Dit onderzoek laat zien dat alle verpleegkundigen de overdracht bij de patiënt in de toekomst wel willen uitvoeren, maar dat zij het op dit moment nog niet haalbaar vinden. Hiervoor worden verschillende factoren genoemd die ook terug te vinden zijn in de literatuur. Het niet kunnen waarborgen van de privacy van de patiënt wordt als belangrijk beschouwd. Deze beïnvloedende factor wordt ook benoemd door Tobiano et al., (2017). In dat onderzoek blijkt dat de verpleegkundige het lastig vindt een afbakening te maken in hetgeen de patiënt wel of niet mag horen en datgene wat voor de opvolgend verpleegkundige van belang is. Net als in het onderzoek van de studentonderzoekers wordt in het onderzoek van Tobiano et al., (2017) het waarborgen van de privacy gekoppeld aan de omgeving waar de overdracht plaatsvindt. Met omgeving wordt een meerpersoonskamer bedoeld, maar ook de aanwezigheid van derden. In de focusgroepsbijeenkomst werd de suggestie gedaan dat met de patiënt afgestemd kan worden wat hij wil aanhoren en welke derden aanwezig mogen zijn tijdens de overdracht. Dit is een vorm van persoonsgerichte zorg, wat is terug te vinden in de onderzoeken van Slade et al., (2018) en Vines et al., (2014). Bovendien wordt in het onderzoek van de studentonderzoekers benoemd dat de verpleegkundige overdracht bij de patiënt alleen uitgevoerd zou moeten worden van de dagdienst naar de avonddienst. Een reden hiervoor is dat de patiënten slapen tijdens het overdrachtsmoment van de avonddienst naar de nachtdienst of de nachtdienst naar de dagdienst, wat ook wordt beschreven in het onderzoek van Tobiano et al., (2017). Daarnaast geven de verpleegkundigen aan dat het in deze diensten vanwege de tijd niet haalbaar is, omdat er in de avonddienst en nachtdienst minder verpleegkundigen werken, waardoor hetzelfde aantal patiënten aan minder verpleegkundigen moet worden overgedragen. Hierdoor zal het overdrachtsmoment te lang duren. De studentonderzoekers hebben geen wetenschappelijke literatuur kunnen vinden die deze belemmering onderbouwt.

De psychische en somatische gesteldheid van de patiënt is van invloed op het al dan niet willen uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Patiënten met een belemmerende psychische gesteldheid, zoals een delier of een psychiatrische stoornis, worden in dit onderzoek en in de onderzoeken van Ernst et al., (2018) en Tobiano et al., (2017) als belemmerende factor beschouwd voor het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. De patiënt kan dan namelijk niet optimaal participeren en begrijpt de inhoud van de overdracht niet. Dit verslechtert het leveren van een effectieve overdracht bij de patiënt en het doel 'patiëntparticipatie' kan niet optimaal vervuld worden. In dit onderzoek blijkt, net als in de onderzoeken van Chaboyer et al., (2010) en Kerr et al., (2013), dat het uitvoeren van de overdracht bij patiënten met somatische klachten als prettig wordt ervaren door de verpleegkundige, omdat zij een helder beeld hierdoor krijgt van de klinische gesteldheid van de patiënt. Ook wordt de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige verbeterd, aangezien de patiënt kan horen wat er verteld wordt en daardoor regie ervaart over zijn eigen zorgproces. Het ervaren van regie door de patiënt wordt ook beschreven door Chaboyer et al., (2010) die daarnaast ook benoemt dat de patiënt holistisch wordt benaderd door het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.

Zowel in dit onderzoek als in het onderzoek van Whitty et al., (2016) wordt genoemd dat het maken van duidelijke afspraken omtrent het invoeren van een nieuwe handeling van belang is bij implementatie.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er duidelijk afspraken gemaakt moeten worden aangaande het reduceren van omgevingsgeluid (Tobiano et al., 2017), de afwezigheid en het niet kunnen participeren van de patiënt, het gebruik van middelen voor de overdracht (Ernst et al., 2018) en de tijdsduur van het overdragen (Bruton et al., 2016). Uit het onderzoek van de studentonderzoekers blijkt dat er naast deze afspraken ook afspraken gemaakt moeten worden over het waarborgen van de privacy, de voorbereiding op het overdrachtsmoment en in hoeverre de wensen van de patiënt voor deelname in de overdracht behartigd moeten worden. Daarnaast wordt benoemd dat de verpleegkundige vindt dat de afdelingsorganisatie betrokken moet zijn bij het opstellen van deze afspraken. De afdelingsorganisatie moet volgens hen de afspraken vastleggen in een protocol en moet het team meenemen in het proces van implementatie door regelmatig met het team te evalueren en de gemaakte afspraken te veranderen indien nodig.

In dit onderzoek komen verschillende zaken overeen met datgene wat er wordt beschreven in het onderzoek van Ernst et al., (2018), namelijk dat de individuele verpleegkundige het team nodig heeft om de overdracht bij de patiënt uit te willen en te kunnen voeren. Daarnaast moeten de verpleegkundigen elkaar kunnen aanspreken en corrigeren op de handelswijze van een collega en moeten zij op één lijn zitten met betrekking tot de overdracht bij de patiënt. Deze factoren zijn volgens de verpleegkundigen bevorderend voor het creëren van draagvlak op de afdeling voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt, wat het onderzoek van Tobiano et al., (2017) ook beschrijft. In het onderzoek van de studentonderzoekers blijkt dat het draagvlak op de afdeling onder de verpleegkundigen vergroot kan worden door het uitdragen van een visie vanuit de afdelingsorganisatie. Dit werd niet teruggevonden in de wetenschappelijke literatuur. Wel zijn in de onderzoeken van Kerr et al., (2013) en Tobiano et al., (2017) andere bevorderende factoren terug te vinden, die overeenkomen met de resultaten van dit praktijkonderzoek. De afdelingsorganisatie zou door middel van effectief leiderschap het team moeten coachen in de uitvoering van de overdracht bij de patiënt en deze uitvoering moeten evalueren met het team. Bovendien moet de afdelingsorganisatie volgens het onderzoek van de studentonderzoekers faciliterend zijn in de voorwaarden, zoals een rustige omgeving en een computer. Dit wordt ook benoemd in de onderzoeken van Ernst et al., (2018) en Tobiano et al., (2017). Ook moet er volgens de verpleegkundigen in het onderzoek van de studentonderzoekers een aanspreekcultuur op de afdeling heersen. Sommigen van hen vinden al dat deze cultuur aanwezig is en wordt toegepast, maar dat wordt tegengesproken door anderen. In het onderzoek van Ernst et al., (2018) wordt hierover gezegd dat de verpleegkundigen elkaar moeten aanspreken om gezamenlijk op dezelfde wijze de overdracht uit te voeren.

Voor de individuele verpleegkundige is het volgens dit onderzoek bevorderend wanneer zij kennis bezit over de methodiek die gehanteerd wordt tijdens het overdragen bij de patiënt, omdat hierdoor eenduidig wordt overgedragen en de continuïteit van de overdracht wordt vergroot, wat beschreven wordt door Chaboyer et al., (2010). Daarnaast beschrijft dit onderzoek dat het bevorderend is wanneer de verpleegkundige tijdens de overdracht de regie heeft door een actieve leidersrol aan te nemen richting de collega en de patiënt. Volgens dit onderzoek en het onderzoek van Kerr et al., (2013) is een onderdeel van deze leidersrol dat de verpleegkundige een balans moet zoeken tussen het betrekken van de patiënt en het afbakenen van hem wanneer hij irrelevante vragen stelt of zaken benoemt, om zo een efficiënte overdracht te creëren. Dit wordt ook benoemd in het onderzoek van Bruton et al., (2016). Ook staat de individuele houding van de verpleegkundige ten opzichte van het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt in relatie tot de motivatie van het team om deze overdracht uit te voeren. Het is volgens dit onderzoek belemmerend wanneer de verpleegkundigen een verschillende of zelfs een tegenovergestelde houding hebben, wat zorgt voor weerstand in het team. Dit wordt bevestigd in de onderzoeken van Ernst et al., (2018) en Tobiano et al., (2017).

In de onderzoeken van Bruton et al., (2016) en Chaboyer et al., (2010) worden de twee doeleinden van de overdracht bij de patiënt genoemd: patiëntveiligheid en patiëntparticipatie. Deze doeleinden zijn aan de aan ons onderzoek deelgenomen verpleegkundigen bevroegd. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen vertrouwen hebben in het vergroten van de patiëntveiligheid door het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt. Zij noemden hiervoor redenen die overeenkomen met wetenschappelijke literatuur. Zo wordt in dit onderzoek genoemd dat de overdracht bij de patiënt zorgt voor een effectieve communicatie tussen de verpleegkundigen (Vines et al., 2014), de patiënt kan

optreden als controleur van de uitgesproken informatie (Slade et al., 2018) en de patiënt essentiële informatie kan aanvullen die gemist wordt (Tobiano et al., 2017). Ook hebben de aan ons onderzoek deelgenomen verpleegkundigen het vertrouwen dat de patiëntparticipatie wordt vergroot door middel van het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt, omdat hij meegenomen wordt in zijn zorgproces en hierin een actieve rol kan innemen. Dit wordt ook beschreven in de onderzoeken van Vines et al., (2014) en Whitty et al., (2016). In de focusgroepsbijeenkomst werd gesteld dat de tijdsduur van de overdracht mogelijk zal toenemen, maar dat het zien van de patiënt een betere tijdsplanning oplevert voor de dienst, zoals ook gezegd wordt in het onderzoek van Kerr et al., (2013), en de verpleegkundigen tijd zal besparen in de dienst, omdat zij de gebruikelijke kennismakingsronde dan al hebben uitgevoerd. De studentonderzoekers hebben geen literatuur gevonden die dit laatste punt onderbouwt.

5.2 Kwaliteitsbeoordeling van het onderzoek

5.2.1 Sterkte punten

De onderzoekspopulatie voldeed aan de opgestelde in- en exclusiecriteria, waardoor de zij representatief is voor de afdeling. Er is een breed scala aan resultaten verkregen die praktisch toepasbaar zijn voor de afdeling. Daarnaast zijn de potentiële respondenten tijdig geworven en benaderd via een e-mail voor deelname aan het onderzoek, waardoor de studentonderzoekers voldoende ruimte hadden in de planning om mogelijke non-response te ondervangen. In dit onderzoek is geen responsbias opgetreden, waardoor er geen respondenten benaderd zijn die niet voldeden aan de gestelde in- en exclusiecriteria.

Er is gebruikgemaakt van methodische en bronnen- en onderzoekstriangulatie. De resultaten zijn verkregen door gebruik te maken van twee onderzoeksmethoden: interviews en een focusgroep. Methodische triangulatie is toegepast doordat de resultaten verkregen zijn door het gebruik van twee onderzoeksmethoden. De informatie uit de interviews zijn besproken in de focusgroepsdiscussie, waarin de respondenten met elkaar in gesprek gingen en onderwerpen werden uitgediept. Bronnentriangulatie is gehanteerd door een zorgvuldig literatuuronderzoek uit te voeren, waardoor een breed scala aan wetenschappelijke informatie is verkregen, zodat de resultaten van dit onderzoek goed af te zetten zijn tegen de bestaande literatuur. Ook hebben de studentonderzoekers gebruikgemaakt van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek, wat zorgt voor onderzoekstriangulatie.. Tot slot hebben zij het literatuuronderzoek en de dataverwerking onafhankelijk van elkaar uitgevoerd, de bevindingen naast elkaar gelegd en bediscussieerd, totdat consensus bereikt was.

Bij het afnemen van de dataverzamelmethode is een topiclijst gehanteerd die gebaseerd is op wetenschappelijke literatuur. Daarnaast is er een interview- en focusgroepgids gebruikt tijdens de dataverzameling, waardoor iedere respondent volgens dezelfde structuur en met dezelfde informatie is bevraagd. De studentonderzoekers hebben gebruikgemaakt van een proefinterview, waarin zij te horen kregen dat de interviewgids enkele suggestieve vragen bevatte. De studentonderzoekers hebben deze aangepast, waardoor het stellen van die suggestieve vragen werd voorkomen tijdens het afnemen van de dataverzamelmethode. Door gebruik te maken van een focusgroepsdiscussie zijn de resultaten uit de interviews uitgediept en versterkt. Bovendien zijn de onderwerpen die besproken zijn in de focusgroep door de respondenten individueel gekozen aan de hand van een keuzelijst (bijlage 13) en hadden zij niet de mogelijkheid om elkaars prioritering van de onderwerpen te beïnvloeden, zodat de onderwerpen zijn besproken waar de respondenten werkelijk behoeften aan hadden. In de methode staat beschreven dat de deelnemers van de focusgroep drie beïnvloedende factoren konden kiezen, maar de studentonderzoekers hebben ervoor gekozen dat ze er vijf moesten kiezen. Er konden dan nog meerdere factoren besproken worden als er tijd over was na het bespreken van de eerste drie gekozen factoren. Uiteindelijk bleek deze wijziging effectief aangezien er in de focusgroepsdiscussie nog tijd over was voor het behandelen van een vierde factor.

In de methode is beschreven dat er van de data uit de focusgroep een grote samenvatting zou worden gemaakt aan de hand van de aantekeningen en de geluidsopname. De studentonderzoekers hebben dit nogmaals overwogen en vervolgens besloten om de data uit de focusgroep letterlijk uit te typen om de betrouwbaarheid van deze data te vergroten en geen verbanden te missen tussen deze data. De transcripten van de interviews en de focusgroep zijn door de studentonderzoekers vervolgens onafhankelijk van elkaar gecodeerd. De codes zijn afkomstig uit de topiclijst en zijn gebruikt tijdens het

coderen. De studentenonderzoekers hebben nieuwe codes toegevoegd aan het codeboek, omdat ze open stonden voor informatie die niet was in te delen in de al bestaande codes. De codes die zijn toegevoegd zijn: gesteldheid, kennisniveau en rechten van de patiënt. Nadat de transcripten onafhankelijk waren gecodeerd, hebben de studentonderzoekers de codering besproken, totdat consensus bereikt was over de wijze van coderen. Vervolgens hebben de studentonderzoekers gebruikgemaakt van memberchecking, door de geanalyseerde resultaten op te sturen naar de respondenten en de resultaten te behandelen in de focusgroep. Deze analyse van de resultaten zijn door de respondenten goedgekeurd, zodat foutieve interpretaties van de studentonderzoekers worden voorkomen en de betrouwbaarheid van het onderzoek is verhoogd. De studentonderzoekers hebben in het onderzoek gestreefd naar het bereiken van saturatie. Vanuit de data-analyse is gebleken dat er veel overeenkomstige informatie werd gegeven door de respondenten en dit herhaaldelijk terugkwam. Om deze reden verwachten de studentonderzoekers dat saturatie in een redelijke mate bereikt is, maar dit kan niet met zekerheid worden vastgesteld.

Tijdens het gehele onderzoek is er nauwgezet contact en overleg geweest met de opdrachtgever, de docentbegeleider en de contactpersoon van de afdeling AIG. De procedure van dit onderzoek is zoveel als mogelijk afgestemd met de belanghebbende partijen en de inhoud van het onderzoek is kritisch gevolgd, bediscussieerd en beoordeeld, wat een vorm is van dialogische validiteit. Door de studentonderzoekers is getracht te zorgen voor transparantie door inzicht te geven in een gedetailleerd logboek, de gebruikte guides en een overzichtelijke planning. Tot slot hebben de studentonderzoekers zich nauwkeurig gehouden aan de 'Gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen' en hebben zij hierdoor de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd en de onderzoeksdata alleen gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

5.2.2 Beperkingen

In een interview mogen de opmerkingen van de respondenten als individuele waarheden worden beschouwd. Dit is niet het geval voor de respondenten in een focusgroepsdiscussie, omdat zij mogelijk beïnvloed zijn door derden. De onderzoekspopulatie is wel representatief voor de afdeling, maar er konden mogelijk meer perspectieven worden verkregen wanneer er meer individuen en disciplines waren geïnterviewd. Daarnaast hebben de studentonderzoekers tijdens het afnemen van de focusgroep geen gebruikgemaakt van een onafhankelijke voorzitter. Hierdoor zijn sommige zaken mogelijk niet volledig uitgediept.

De studentonderzoekers hadden voorafgaand aan dit praktijkonderzoek geen ervaring met het doen van kwalitatief onderzoek. Hierdoor zijn mogelijk zaken en methoden door de studentonderzoekers gemist of niet gehanteerd, waardoor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek mogelijk wordt beperkt. Daarnaast heeft deze onervarenheid er mogelijk toe geleid dat de studentonderzoekers genoemde standpunten van de respondenten te snel als waarheden hebben aangenomen, waardoor er soms verder doorgevraagd had kunnen worden. Deze onervarenheid is door de studentonderzoekers getracht te ondervangen door zich te verdiepen in het doen van kwalitatief praktijkonderzoek en het toepassen van de hierboven genoemde sterke punten.

5.3 Praktische toepasbaarheid en generaliseerbaarheid

Verschillende onderzoeken hebben plaatsgevonden naar de beïnvloedende factoren met betrekking tot het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt, maar niet op de afdeling AIG, voor zover bekend bij de studentonderzoekers. Wel heeft er op deze afdeling in het Radboudumc een pilot plaatsgevonden aangaande deze overdracht. Deze pilot was volgens de respondenten niet afdoende en gaf onvoldoende inzicht in de beïnvloedende factoren. Dit was aanleiding tot het uitvoeren van dit onderzoek waarmee inzicht wordt verkregen in de belemmerende en bevorderende factoren voor het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt vanuit het verpleegkundig perspectief. De uitkomsten van dit onderzoek zijn toepasbaar voor de afdeling AIG in het Radboudumc met betrekking tot het onderwerp van dit onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd op één afdeling in het Radboudumc, waardoor de onderzoeksresultaten mogelijk beïnvloed zijn door de afdelingscultuur en haar werkwijze. Het onderzoek sluit wel aan bij de algemene visie van het ziekenhuis, maar zijn afdelingsspecifiek, waardoor de onderzoeksresultaten context gebonden zijn. Aan het onderzoek hebben twaalf verpleegkundigen deelgenomen, wat gelijkstaat aan 25% van de werkzame verpleegkundigen op de

afdeling AIG. Deze onderzoekspopulatie is representatief voor de afdeling, doordat deze is geselecteerd op basis van geslacht, functie, werkervaring en ervaring met de pilot. Om deze reden kunnen de resultaten van de respondenten worden gegeneraliseerd naar alle verpleegkundigen op de afdeling AIG. De studentonderzoekers hebben veel aandacht besteed aan de zorgvuldigheidseisen van dit onderzoek. Daarentegen is het voor de lezer van belang dat het onderzoek nauwkeurig wordt gelezen voordat er onderzoeksresultaten worden gegeneraliseerd naar een andere context.

5.4 Aanbevelingen

5.4.1 Beroepspraktijk

Aanbeveling 1: Beleid opstellen

De verpleegkundigen op de afdeling hebben behoefte aan structuur en afspraken aangaande de uitvoering van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Aanbevolen wordt dit vast te leggen in een protocol waarin een duidelijk beleid is beschreven. Hierdoor wordt het voor de verpleegkundigen inzichtelijk op welke wijze de overdracht bij de patiënt uitgevoerd moet worden. Het protocol dient voor de verpleegkundigen als hulpmiddel wanneer zij vragen hebben over de wijze van uitvoering van deze overdracht en wanneer zij elkaar willen aanspreken op de handelingswijze van een collega.

Aanbeveling 2: Een aanspreekcultuur op de afdeling

De respondenten gaven aan dat het van belang is om elkaar op de afdeling te kunnen aanspreken en corrigeren aangaande de uitvoering van de verpleegkundige overdracht van een collega. Hiervoor is een afdelingscultuur nodig waarin de verpleegkundigen elkaar van opbouwende feedback kunnen voorzien en waarin men het ontvangen van feedback ook accepteert. De kwaliteit van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt wordt verhoogd en de overdracht wordt eenduidig uitgevoerd, wanneer de verpleegkundigen elkaar attenderen, corrigeren en ondersteunen aan de hand van het opgestelde protocol.

Aanbeveling 3: Oefenen met de overdracht bij de patiënt

Voorafgaand aan de start van een pilot is het van belang dat de verpleegkundigen met elkaar de verpleegkundige overdracht bij de patiënt oefenen. De patiënt kan in deze oefeningen gesimuleerd worden door een verpleegkundige. De andere verpleegkundigen moeten aan de hand van het protocol feedback geven aan hun collega. Door middel van het oefenen van deze overdracht en het ontvangen en integreren van feedback zal de verpleegkundige affiniteit krijgen met deze overdrachtsvorm en zal hierdoor de continuïteit en efficiëntie van een pilot worden verhoogd.

Aanbeveling 4: Pilot uitvoeren

Na het oefenen met de verpleegkundige overdracht is het van belang dat deze overdracht op de afdeling wordt toegepast door middel van een pilot. Tijdens het uitvoeren van de pilot zullen de verpleegkundigen bevorderlijke en belemmerende zaken ervaren. Deze zaken moeten in teamverband worden geëvalueerd. De bevorderende zaken moeten met elkaar gedeeld worden en voor de belemmerende zaken moeten interventies worden bedacht. Deze interventies moeten allereerst worden geïntegreerd en vervolgens worden geëvalueerd. De studentonderzoekers adviseren de afdeling om een pilot uit te voeren gedurende twee maanden en deze tijdsduur te verlengen indien hier behoefte aan is.

Aanbeveling 5: Communicatie

Tijdens het gehele proces van implementatie van de overdracht bij de patiënt is het belangrijk dat er voortdurend wordt gecommuniceerd tussen de afdelingsorganisatie en de verpleegkundigen. De wijze van communiceren moet op een manier plaatsvinden waarin harmonie aanwezig is en samenwerken mogelijk is. Door gezamenlijk te communiceren en het proces af te stemmen wordt het draagvlak van beide partijen vergroot met betrekking tot de overdracht bij de patiënt. De verpleegkundige moet de patiënt vervolgens meenemen in het proces van deze overdracht om zodoende af te stemmen op de wensen en behoeften van de patiënt.

5.4.2 Onderwijs

Aanbeveling 1: Patiëntparticipatie en patiëntveiligheid benadrukken

De opleiding HBO-verpleegkunde wordt aanbevolen om extra aandacht te besteden aan twee essentiële uitgangspunten in de zorg: patiëntparticipatie en patiëntveiligheid. In het huidige zorglandschap zijn er voortdurend ontwikkelingen om deze twee uitgangspunten te verbeteren. Dit onderzoek beschrijft een van deze ontwikkelingen. Het onderwijs moet in zijn curriculum de overdracht bij de patiënt en de daarbij horende doeleinden onder de aandacht brengen bij de studenten. Hierdoor krijgen de studenten affiniteit met deze overdrachtsvorm en inzicht in interventies met betrekking tot patiëntparticipatie en patiëntveiligheid.

Aanbeveling 2: Onderzoeksvaardigheden

De studentonderzoekers bevelen, na het doen van dit onderzoek, het onderwijs aan om tijdens het uitvoeren van praktijkonderzoek zorgvuldig aandacht te besteden aan de onderzoeksvaardigheden. Hierdoor kan de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek beter worden gewaarborgd. Volgens de studentonderzoekers moet er met name aandacht besteed worden aan de onderzoeksvaardigheden: het beoordelen van wetenschappelijke literatuur en het afzetten van de resultaten tegen deze literatuur.

5.4.3 Onderzoek

Aanbeveling 1: Patiëntperspectief

Er wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te laten plaatsvinden, waarin het perspectief van de patiënt wordt onderzocht ten opzichte van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt, omdat in dit onderzoek alleen de beïnvloedende factoren vanuit het verpleegkundig perspectief zijn onderzocht. Door het onderzoeken van het patiëntperspectief wordt er inzicht verkregen in de belemmerende en bevorderende factoren ten opzichte van deze overdrachtsvorm. Deze resultaten kunnen gebruikt worden in het afstemmen van de zorg op de wensen en behoeften van de patiënt.

Aanbeveling 2: Proces- en effectevaluatie

De studentonderzoekers bevelen de afdeling aan om proces- en effectevaluatie uit te voeren gedurende en na afloop van de pilot. Door middel van een procesevaluatie wordt er onderzocht of de opgestelde doelen behaald zijn, welke factoren hierop van invloed waren en wat de ervaringen zijn van de deelnemende partijen. Aan de hand van een effectevaluatie wordt door onderzoek een indicatie verkregen die een mate aangeeft van de verbetering in de patiëntenzorg. Aan de hand van deze twee soorten evaluaties wordt een duidelijk beeld verkregen van de implementatie en het gevolg hiervan (Wollersheim, Bakker, Bijnen, Gouma, Wagner, & Weijden, 2011).

Aanbeveling 3: Ziekenhuisbreed

De studentonderzoekers adviseren binnen het Radboudumc onderzoek te doen op meerdere afdelingen die verschillend zijn van aard naar de beïnvloedende factoren met betrekking tot het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. De resultaten van dit onderzoek zijn niet geheel te generaliseren naar een andere afdeling en context, waardoor het noodzakelijk is om op verschillende afdelingen onderzoek te doen. Het Radboudumc ambieert in het gehele ziekenhuis het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. Om de implementatie te bevorderen kunnen afdelingsspecifieke interventies worden ingezet, die voortvloeien uit de afzonderlijke onderzoeken van de afdelingen.

Hoofdstuk 6 – Conclusie

In dit hoofdstuk wordt op basis van de resultaten en de discussie een conclusie geformuleerd passend bij de vraagstelling van dit onderzoek.

6.1 Beantwoording onderzoeksvraag

In dit onderzoek werd gezocht naar een antwoord op de vooraf opgestelde onderzoeksvraag: 'Wat zijn de op voorhand belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van de verpleegkundigen in het Radboudumc ten aanzien van het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt tijdens de dienstwissel op afdeling Algemene Interne Geneeskunde?'

Uit de resultaten en de discussie blijkt dat de verpleegkundigen het waarborgen van de privacy van de patiënt als meest belemmerend ervaren, omdat op de afdeling AIG gebruik wordt gemaakt van meerpersoonkamers waarin ook derden aanwezig zijn. Wanneer de overdracht bij de patiënt plaatsvindt in een eenpersoonkamer hebben de verpleegkundigen geen zorgen meer over het waarborgen van de privacy. In beide gevallen vinden de verpleegkundigen het wel belangrijk om te weten welke informatie zij bij de patiënt kunnen delen. Daarnaast is het voor de verpleegkundigen belemmerend wanneer zij moeten overdragen bij een patiënt die prikkelarm verzorgd moet worden of die een psychiatrische aandoening heeft. Daartegenover staat dat het voor de verpleegkundigen bevorderend is wanneer zij overdragen bij een patiënt met somatische klachten, omdat zij hierdoor een eenduidig klinisch beeld verkrijgen. De patiëntparticipatie in de overdracht is voor de verpleegkundigen bevorderend wanneer de patiënt actief deel kan nemen in de overdracht, hij de verpleegkundigen aanvult met relevante informatie en hij door deze overdrachtsvorm regie ervaart over zijn eigen zorgproces. De patiëntparticipatie is vanuit de perceptie van de verpleegkundigen belemmerend wanneer de patiënt tijdens het overdrachtmoment slaapt, niet aanwezig is of irrelevante vragen stelt of zaken noemt die een efficiënte overdracht belemmeren. Vanuit de perceptie van de verpleegkundigen zal hierom de tijdsduur van de overdracht toenemen. De overdracht bij de patiënt is volgens de verpleegkundigen alleen mogelijk tijdens de dienstwissel van de dagdienst naar de avonddienst aangezien de patiënt slaapt en de tijdsduur van de overdracht toeneemt.

Vanuit het perspectief van de verpleegkundigen verbetert de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundigen door het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt. De verpleegkundige kan zich namelijk bij aanvang van de dienst voorstellen, persoonlijke aandacht geven aan de patiënt en de patiënt weet welke verpleegkundige het volgende aanspreekpunt is. Ook is voor de verpleegkundigen het kennen en hanteren van een vaste overdrachtsmethodiek noodzakelijk om de overdracht bij de patiënt volledig uit te voeren. Tevens moeten de verpleegkundigen de vaardigheid bezitten om leiding te kunnen nemen tijdens het overdrachtmoment en moeten zij de patiënt te kunnen begrenzen wanneer hij irrelevante zaken benoemt of vragen stelt.

De houding van het team is voor de verpleegkundigen zowel belemmerend als bevorderend. Het is belemmerend wanneer de verpleegkundigen vasthouden aan oude afspraken en gewoonten en wanneer de individuen uit het verpleegkundig team de overdracht niet uit willen voeren. De houding van het team is bevorderend wanneer men elkaar corrigeert en aanspreekt bij het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt. Bovendien is het bevorderend wanneer enkele verpleegkundigen uit het team fungeren als kartrekker bij de implementatie, omdat zij hun collega's kunnen coachen en ondersteunen in het uitvoeren van de overdracht. Tot slot is het voor de verpleegkundigen bevorderend wanneer de afdelingsorganisatie afspraken opstelt over het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt, deze vastlegt in een protocol en de implementatie regelmatig evalueert met het team.

Literatuurlijst

- AHRQ. (2013, juni). Nurse Bedside Shift Report: Implementation Handbook. Gedownload op 21 februari 2019, van https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy3/Strat3_Implement_Hndbook_508.pdf
- Baarda, B., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (2e druk.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Bakker, E., & Buuren, H. van. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. (2e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Boryana, D. (2018, 10 mei). The secrets to successful nurse bedside shift report implementation and sustainability. *Nursing Management*, 49(6), 20-25.
- Bours, d., Eliens, d., & Strijbol, d. (2009). *Effectief verplegen 0, Handboek voor evidence based verpleegkundig handelen*. Dwingeloo: Kavanah. CCMO. (z.d.).
- Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day S. (2016, 15 april). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386-393.
- Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. (2010, 27 januari). Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 27-34.
- Donk, C., van der, & Lanen, B. van. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2e druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Ernst, K.M., McComb, S.A., & Ley, C. (2018, 4 januari). Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: A process within the flow of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1189-1201.
- Fischer, T. & Julsing, M., (2014). *Onderzoek doen!* (2e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, R. N., Wensing, M., Goddycki-Cwirko, M., Baker, R. & Eccles, P. (2013, 23 maart). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(35), 1-11.
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, augustus). *Gedragcode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen*. Gedownload op 21 maart 2018, van https://www1.han.nl/insite/ggm/adviescommissie/content/gedragcode.xml_dir/Gedragcode_Onderzoek_met_mensen_25-01-17.pdf
- Kerr, D., Lu, S., & McKinlay, L. (2013, 5 augustus). Towards patient-centred care: perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), 250-257.
- Malfait, S., Van Hecke, V., Van Biesen, W., & Eeckloo, K. (2018, 15 oktober). *Do Bedside Handovers Reduce Handover Duration? An Observational Study With Implications for Evidence-Based Practice*. [PubMed]. Geraadpleegd op 21 februari 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30320971>

Moeke, D., Van Andel, J., & Weijers, S. (2018, maart). *Het leveren van patiëntgerichte zorg: Dealen met tradities* [Google Scholar]. Geraadpleegd op 21 februari 2019, van <https://poseidon01.ssrn.com/delivery.php?ID=2700870700071210650040650750190120260190200040440120201021>

NCBI. (z.d. - a). *Patients - MeSH - NCBI* [PubMed]. Geraadpleegd op 7 maart 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68010361>

NCBI. (z.d.-b). *Nurses - MeSH - NCBI* [PubMed]. Geraadpleegd op 7 maart 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68009726>

NCH. (z.d.). *Express Scribe Transcription Software*. Geraadpleegd op 22 maart 2019, van <https://www.nch.com.au/scribe/index.html>

Radboudumc. (2017, maart). *Excellente persoonsgerichte zorg: visie en beleid 2017-2019*. Gedownload op 20 februari 2019, van https://portal.umcn.nl/Documents/excellente_persoonsgerichte_zorg_2017-2019.pdf

Radboudumc. (z.d.-a). *Adviesgroep PVI*. Geraadpleegd op 21 februari 2019, van <https://www.radboudumc.nl/over-het-radboudumc/organisatie/organisatieonderdelen/adviesgroep-pvi>

Radboudumc. (z.d.-b). *Afdeling IQ healthcare*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.radboudumc.nl/afdelingen/iq-healthcare>

Radboudumc. (z.d.-c). *Afdeling Interne Geneeskunde*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.radboudumc.nl/afdelingen/interne-geneeskunde>

Radboudumc. (z.d.-d). *Beter uit Bed*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/uw-opname/tijdens-uw-opname/beter-uit-bed>

Slade, D., Murray, K.A., & Pun, J.K.H. (2018, 10 september). Nurses' perceptions of mandatory bedside clinical handovers: An Australian hospital study. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 161-171.

Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J.A., & Chaboyer, W. (2017, 24 oktober). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 243-258.

Tobiano, G., Whitty, J.A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017, 31 juli). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 343-349.

Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming. (2018, 5 mei). Geraadpleegd op 21 maart 2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040940/2018-05-25>

Vines, M.M., Dupler, A.E., Van Son, C.R., & Guido, G.W. (2014, 1 juli). Improving client and nurse satisfaction through the utilization of bedside report. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(4), 166-173.

VMS. (2018, 7 mei). *Wat is een VMS? - VMSzorg*. Geraadpleegd op 7 maart 2019, van <https://www.vmszorg.nl/vms-in-uw-ziekenhuis/wat-is-een-vms/>

V&VN. (2012, 8 maart). *Beroepsprofiel verpleegkundige: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 3*. Gedownload op 20 februari 2019, van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

V&VN. (2017, juli). *Generieke module Comorbiditeit*. Gedownload op 7 maart 2019, van <https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/163/GM-Comorbiditeit.pdf>

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. (2015, 7 oktober). Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2019-01-01>

Whitty, J.A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2016, 2 november). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742-750.

Wollersheim, H., Bakker, P.J.M., Bijnen, A.B., Gouma, D.J., Wagner, C., Weijden, T., van der. (2011). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (1e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage 1 – Zoekstrategie PubMed

Zoekstrategie	Rapportage zoekstrategie
Stap 1: Vraagstelling	Stap 1: Wat zijn de op voorhand belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van de verpleegkundigen in het Radboudumc ten aanzien van het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt tijdens de dienstwissel op afdeling Algemene Interne Geneeskunde?
Stap 2: Vraagstelling opdelen in termen.	Stap 2: DDO opstellen a.d.h.v. de vraagstelling. D: verpleegkundigen in een ziekenhuis. D: overdracht aan het bed tijdens een dienstwissel. O: ervaring met overdracht aan bed / belemmerende factoren / barrières / bevorderende factoren/ stimulerende factoren.
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren; 2. Zoektermen vertalen naar het Engels; 3. Beschrijf de search van PubMed: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden; 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not); 5. Geef zo nodig limits aan, zoals: publicatiedatum , type artikel etc.) Niet afbakenen op free-full text. 6. Bouw de search per zoekterm op.	Stap 3.1: Term 1: ziekenhuis Term 2: verpleegkundigen Term 3: overdracht aan het bed Term 4: dienstwissel <i>Er is gekozen om de termen uit de Outcome niet op te nemen in de zoekstringen, omdat door deze termen de zoekactie teveel afgebakend wordt. Hierdoor zullen op voorhand relevante artikelen uitgesloten worden. De termen uit de Outcome zijn wel gebruikt om uiteindelijk de relevante artikelen te onderscheiden van de geselecteerde artikelen.</i> Stap 3.2: Term 1: hospital Term 2: nurses Term 3: patient handoff Term 4: shift report Stap 3.3: Term 1: MeSH: hospitals: institutions with an organized medical staff which provide medical care to patients. Term 2 MeSH: nurses: professionals qualified by graduation from an accredited school of nursing and by passage of a national licensing examination to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health. Term 3: MeSH: patient handoff: the transferring of patient care responsibility from one health-care professional to another. Term 4: MeSH: geen geschikte MeSH-term gevonden. Mogelijk te gebruiken vrije termen bij term 4: - Bedside report*[Title/Abstract]; - Bedside handover*[Title/Abstract]; - Bedside handoff*[Title/Abstract]; - Bedside shift report*[Title/Abstract]. Synoniemen patientoff[MeSH]: - Patient Handoff*[Title/Abstract] - Patient Handover*[Title/Abstract] - Patient SignOut*[Title/Abstract] - Patient Signover*[Title/Abstract] - Nursing handoff*[Title/Abstract] - Nursing handover*[Title/Abstract]

	- Clinical handoff*[Title/Abstract] - Clinical handover*[Title/Abstract] Stap 3.4: Gedurende het zoeken is de booleaanse operator AND tussen de MeSH- termen gebruikt en de booleaanse operator OR tussen de vrije termen. Dit is aangegeven in bijlage 2. Stap 3.5: De gebruikte limit is "Published last 10 years". Dit is aangegeven in bijlage 2. Stap 3.6: In bijlage 2 zijn de zoekstringen weergegeven.
Resultaten zoekstrategie	Rapportage resultaten zoekstrategie
Stap 4A: search PubMed Rapporteer stapsgewijs het aantal hits per search.	Aantal hits per MeSH-term: - "Hospitals"[MeSH]: # 259129 - "Nurses"[MeSH-term]: #84043 - "Patient Handoff"[MeSH]: #948 Aantal hits per vrije term (Title/Abstract): - Shift report*: #134 - Bedside report*: #49 - Bedside handover*: #64 - Bedside handoff*: #24 - Bedside shift report*: #27 - Patient Handoff*: #229 - Patient Handover*: #176 - Patient SignOut*: #39 - Patient Signover*: #4 - Nursing handoff*: #30 - Nursing handover*: #109 - Clinical handoff*: #18 - Clinical handover*: #170
Stap 4B: in- en exclusiecriteria geschikte titels en/of abstracts Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest.	Inclusiecriteria: - Verpleegkundigen; - Overdracht; - Aan het bed; - Outcome van DDO. Exclusiecriteria: - Multidisciplinaire overleggen; - Artsen; - Stagiaires.
Stap 4C: aantal geschikte abstracts Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag op onderwerp toetsing;	De onderzoekers hebben beiden de verkregen hits onafhankelijk van elkaar beoordeeld op titel en abstract. De 12 onafhankelijk geselecteerde artikelen zijn opgenomen in bijlage 2.

hierbij geef je onderbouwing van de in- exclusiecriteria.	
Stap 4D: full-text Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4C full-text beschikbaar zijn.	Van de 12 geselecteerde artikelen zijn er 12 in full-text beschikbaar.
Stap 4E: welke artikelen ga ik gebruiken Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze.	De onderzoekers hebben beiden de artikelen onafhankelijk van elkaar gelezen. 7 artikelen bleken relevant te zijn. Deze artikelen zijn in bijlage 3 uitgewerkt aan de hand van de evidence tabel. Relevante artikelen: Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day S. (2016, 15 april). Nurse handover: patient and staff experiences. <i>British Journal of Nursing</i>, 25(7), 386-393. Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. (2010, 27 januari). Bedside nursing handover: a case study. <i>International Journal of Nursing Practice</i>, 16(1), 27-34. Ernst, K.M., McComb, S.A., & Ley, C. (2018, 4 januari). Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: A process within the flow of nursing care. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 27(5-6), 1189-1201. Kerr, D., Lu, S., & McKinlay, L. (2013, 5 augustus). Towards patient-centred care: perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. <i>International Journal of Nursing Practice</i>, 20(3), 250-257. Slade, D., Murray, K.A., & Pun, J.K.H. (2018, 10 september). Nurses' perceptions of mandatory bedside clinical handovers: An Australian hospital study. <i>Journal of Nursing Management</i>, 27(1), 161-171. Tobiano, G., Whitty, J.A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017, 31 juli). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>, 14(5), 343-349. Whitty, J.A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2016, 2 november). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. <i>Health Expectations</i>, 20(4), 742-750. Artikelen verkregen uit sneeuwbal methode: Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J.A., & Chaboyer, W. (2017, 24 oktober). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 77, 243-258. Vines, M.M., Dupler, A.E., Van Son, C.R., & Guido, G.W. (2014, 1 juli). Improving client and nurse satisfaction through the utilization of bedside report. <i>Journal for Nurses in Professional Development</i>, 30(4), 166-173.

	Artikelen verkregen door opdrachtgever: Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, R. N., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R. & Eccles, P. (2013, 23 maart). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. <i>Implementation Science</i>, 8(35), 1-11. Radboudumc. (2017, maart). <i>Excellente persoonsgerichte zorg: visie en beleid 2017-2019</i>. Gedownload op 20 februari 2019, van https://portal.umcn.nl/Documents/excellente_persoonsgerichte_zorg_2017-2019.pdf
--	---

Bijlage 2 - Zoekstringen PubMed

Vraagstelling:

Wat zijn de op voorhand belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van de verpleegkundigen in het Radboudumc ten aanzien van het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt tijdens de dienstwissel op afdeling Algemene Interne Geneeskunde?

Zoekstring 1

- #1: "Hospitals"[MeSH]
- #2: Hospital*[Title/Abstract]
- #3: (Hospitals[MeSH Terms]) OR Hospital*[Title/Abstract]

Aantal hits PubMedsearch: 1268867

Zoekstring 2

- #4: "Nurses"[MeSH]
- #5: Nurse*[Title/Abstract]
- #6: (Nurses[MeSH Terms]) OR Nurs*[Title/Abstract]

Aantal hits PubMedsearch: 465575

Zoekstring 3

- #7: "Patient handoff"[MeSH]
- #8: Patient handoff[Title/Abstract]
- #9: Patient Handoff*[Title/Abstract]
- #10: Patient Handover*[Title/Abstract]
- #11: Patient SignOut*[Title/Abstract]
- #12: Patient Signover*[Title/Abstract]
- #13: Nursing handoff*[Title/Abstract]
- #14: Nursing handover*[Title/Abstract]
- #15: Clinical handoff*[Title/Abstract]
- #16: Clinical handover*[Title/Abstract]
- #17: (((((((Patient handoff[MeSH Terms]) OR Patient handoff*[Title/Abstract]) OR Patient handover*[Title/Abstract]) OR Patient signout*[Title/Abstract]) OR Patient signover*[Title/Abstract]) OR Nursing handoff*[Title/Abstract]) OR Nursing handover*[Title/Abstract]) OR Clinical handoff*[Title/Abstract]) OR Clinical handover*[Title/Abstract])

Aantal hits PubMedsearch: 1338

Zoekstring 4

- #18: Shift report*[Title/Abstract]
- #19: Bedside report*[Title/Abstract]
- #20: Bedside handover*[Title/Abstract]
- #21: Bedside handoff*[Title/Abstract]
- #22: Bedside shift report*[Title/Abstract]
- #23: (((((Shift report*[Title/Abstract]) OR Bedside report*[Title/Abstract]) OR Bedside handover*[Title/Abstract]) OR Bedside handoff*[Title/Abstract]) OR Bedside shift report[Title/Abstract])

Aantal hits PubMedsearch: 249

Zoekstring 5

#24: #3 AND #6

((Hospitals[MeSH Terms]) OR Hospital*[Title/Abstract]) AND ((Nurses[MeSH Terms]) OR Nurs*[Title/Abstract])

Aantal hits PubMedsearch: 88062

Zoekstring 6

#25: #3 AND #6 AND #17

((Hospitals[MeSH Terms]) OR Hospital*[Title/Abstract]) AND ((Nurses[MeSH Terms]) OR Nurs*[Title/Abstract]) AND (((((((Patient handoff[MeSH Terms]) OR Patient handoff*[Title/Abstract]) OR Patient handover*[Title/Abstract]) OR Patient signout*[Title/Abstract]) OR Patient signover*[Title/Abstract]) OR Nursing handoff*[Title/Abstract]) OR Nursing handover*[Title/Abstract]) OR Clinical handoff*[Title/Abstract]) OR Clinical handover*[Title/Abstract])

Aantal hits PubMedsearch: 241

Zoekstring 7

#26: #3 AND #6 AND #17 AND #23

((Hospitals[MeSH Terms]) OR Hospital*[Title/Abstract]) AND ((Nurses[MeSH Terms]) OR Nurs*[Title/Abstract]) AND (((((((Patient handoff[MeSH Terms]) OR Patient handoff*[Title/Abstract]) OR Patient handover*[Title/Abstract]) OR Patient signout*[Title/Abstract]) OR Patient signover*[Title/Abstract]) OR Nursing handoff*[Title/Abstract]) OR Nursing handover*[Title/Abstract]) OR Clinical handoff*[Title/Abstract]) OR Clinical handover*[Title/Abstract])) AND (((Shift report*[Title/Abstract]) OR Bedside report*[Title/Abstract]) OR Bedside handover*[Title/Abstract]) OR Bedside handoff*[Title/Abstract]) OR Bedside shift report[Title/Abstract]))

Aantal hits PubMedsearch: 40

Om de meest recente artikelen te vinden met betrekking tot onze vraagstelling, hebben wij het filter "Published last 10 years" toegepast.

Aantal hits PubMedsearch: 40

De overgebleven artikelen werden afzonderlijk door de onderzoekers doorzocht en geselecteerd op titel en abstract.

Geselecteerde artikelen:

- Bradley, S., & Mott, S. (2013, 24 oktober). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1927-1936.
- Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day S. (2016, 15 april). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386-393.
- Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. (2010, 27 januari). Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 27-34.
- Ernst, K.M., McComb, S.A., & Ley, C. (2018, 4 januari). Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: A process within the flow of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1189-1201.
- Holly, C., & Poletick, E.B. (2013, 21 juni). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2387-2395.
- Kerr, D., Lu, S., & McKinlay, L. (2013, 5 augustus). Towards patient-centred care: perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), 250-257.
- Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2014, 8 maart). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2854-2863.

- Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2013, 1 april). Incorporating bedside report into nursing handoff: evaluation of change in practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 186-194.
- Slade, D., Murray, K.A., & Pun, J.K.H. (2018, 10 september). Nurses' perceptions of mandatory bedside clinical handovers: An Australian hospital study. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 161-171.
- Spinks, J., Chaboyer, W., Bucknall, T., Tobiano, G., & Whitty, J.A. (2015, 11 november). Patient and nurse preferences for nurse handover-using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol. *British Medical Journal*, 5(11), 1-8.
- Tobiano, G., Whitty, J.A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017, 31 juli). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 343-349.
- Whitty, J.A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2016, 2 november). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742-750.

De geselecteerde artikelen werden afzonderlijk door de onderzoekers gelezen om de relevantie te bepalen.

Relevante artikelen:

- Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day S. (2016, 15 april). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386-393.
- Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. (2010, 27 januari). Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 27-34.
- Ernst, K.M., McComb, S.A., & Ley, C. (2018, 4 januari). Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: A process within the flow of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1189-1201.
- Kerr, D., Lu, S., & McKinlay, L. (2013, 5 augustus). Towards patient-centred care: perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), 250-257.
- Slade, D., Murray, K.A., & Pun, J.K.H. (2018, 10 september). Nurses' perceptions of mandatory bedside clinical handovers: An Australian hospital study. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 161-171.
- Tobiano, G., Whitty, J.A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017, 31 juli). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 343-349.
- Whitty, J.A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2016, 2 november). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742-750.

Bijlage 3 – Evidence tabel

In de onderstaande evidence tabel worden alle relevante wetenschappelijke artikelen door de studentonderzoekers beoordeeld op: auteur en jaartal publicatie, onderzoeksdesign, populatie en setting, methode, resultaten, conclusie en kwaliteit. Voor de mate van bewijs (level of evidence) is de volgende volgorde gebruikt (Bours, Eliens & Strijbol, 2009):

- 1A: Systematisch literatuuronderzoek
- 1A: Randomized Control Trial (RCT)
- 2: Cohortonderzoek
- 3: Patiënt-controleonderzoek
- 4: Cross-sectioneel onderzoek
- 5: Patiëntenserie
- 6: Mening expert

Auteur en jaartal publicatie	Onderzoeksdesign	Populatie en setting	Methode	Resultaten	Conclusie	Kwaliteit
Bruton, Norton, Smyth, Ward, & Day, 2016	Cross-sectioneel onderzoek (4)	11 verpleegkundigen van een medische en chirurgische afdeling in een ziekenhuis in UK.	Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen onder de verpleegkundigen. De belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van de overdracht aan het bed staan hierin centraal.	De verpleegkundigen benoemen verschillende belemmerende en bevorderende factoren. Ondanks de voordelen die genoemd worden, zien de verpleegkundigen de patiënt nog als een passieve gesprekspartner, waardoor de patiënt niet actief participeert.	Het is belangrijk om tijdens de overdracht de patiënt te betrekken om de nauwkeurigheid en volledigheid van informatie te vergoten. Om de patiënt te laten participeren is een overdrachtsmethodiek nodig die afgestemd is op de specifieke eisen en werkwijze van de desbetreffende afdeling.	Doelstelling wordt duidelijk omschreven, maar mist een tijdsindicatie. Er is geen vraagstelling geformuleerd. In- en exclusiecriteria zijn niet genoteerd. Zorgvuldigheidseisen worden beschreven. Het meetinstrument is betrouwbaar en valide bevonden. De resultaten zijn uiteengezet in de tekst. De conclusie sluit aan bij de doelstelling. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.

Chaboyer, McMurry, & Wallis, 2010	Cross-sectioneel onderzoek (4)	34 verpleegkundigen van de afdelingen chirurgie en revalidatie in twee ziekenhuizen in Australië.	Er zijn 532 semi-gestructureerde observaties en 34 diepte-interviews afgenomen. In beide methodieken worden de categorieën proces, structuur en uitkomst behandeld.	De uitkomsten aangaande de structuur is dat er een methodiek gehandhaafd moet worden om de patiënt te betrekken in de overdracht. Ten aanzien van het proces wordt benoemd: de patiënt wordt uitgenodigd om vragen te stellen, gevoelige informatie is moeilijk te delen met de patiënt en er is een visuele check mogelijk van de patiënt door de verpleegkundige. Betreffende de uitkomst is door deze wijze van overdragen een holistische benadering mogelijk, wordt de continuïteit verhoogd en is informatie transparanter.	De resultaten die verdeeld zijn in structuur, proces en uitkomst bieden een basis voor de mogelijkheid om de overdracht bij de patiënt te implementeren. Deze resultaten sluiten aan bij eerder uitgevoerd onderzoek naar de verwachtingen van de verpleegkundige en de patiënt ten aanzien van deze overdracht.	Er wordt geen vraagstelling beschreven. De doelstelling wordt verwoord, maar bevat geen tijdsindicatie. Er wordt gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria. Verschillende dataverzamelingen hebben plaatsgevonden om betrouwbaarheid en validiteit te vergoten. Zorgvuldigheidseisen worden duidelijk beschreven. De resultaten zijn overzichtelijk uiteengezet in tabellen en tekst. De conclusie is duidelijk verwoord, maar wordt niet expliciet met een titel benoemd. De conclusie sluit goed aan bij de doelstelling. Er wordt een duidelijke aanbeveling gedaan. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.
Ernst, McComb, & Ley, 2018	Cross-sectioneel onderzoek (4)	21 verpleegkundigen van de afdeling chirurgie, verdeeld over twee ziekenhuizen in Amerika in de staten Mid-Atlantic en Midwestern.	Er hebben vijf focusgroepen plaatsgevonden die opgenomen zijn in een audio-bestand. Drie van deze focusgroepen vonden plaats in de staat Mid-Atlantic en de overige twee in de staat Midwestern. De relevante transcripten zijn gebruikt	De resultaten aangaande het teambelang zijn: de verpleegkundige is beter voorbereid op de dienst, kan prettiger werken, verkrijgt duidelijke informatie en verbetert de kwaliteit van de overdracht.	Door de verandering in de overdracht kan de kwaliteit van de zorg worden gewaarborgd. Er is een duidelijke samenwerking mogelijk tussen de verpleegkundige en de patiënt. De overdracht wordt effectiever door middel van de	Er wordt een duidelijke vraag- en doelstelling beschreven. Er wordt geen gebruikgemaakt van in- en exclusiecriteria, maar wel worden de zorgvuldigheidseisen expliciet benoemd. Het meetinstrument is beoordeeld als valide en

			voor het beantwoorden van de vraagstelling. De thema's van de focusgroepen zijn: het teambelang en de gevolgen voor de patiënt in relatie tot de overdracht bij de patiënt.	De gevolgen voor de patiënt zijn de patiënt kan participeren in zijn zorgproces, de verpleegkundige kan beter zijn huidige conditie beoordelen, er kan patiëntgecentreerde zorg worden geleverd en er treedt gezamenlijke besluitvorming op.	tussenkoms van de patiënt.	betrouwbaar en is gebruikt totdat saturatie bereikt werd. De resultaten zijn uiteengezet in de tekst. De conclusie en aanbevelingen zijn sluiten aan bij de vraagstelling. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.
Flottorp, O'xam, Krause, Musila, Wensing, Godyci-Cwirko, Baker & Eccles, 2013	Review (1A)	Er zijn 12 studies geïnccludeerd die allemaal een checklist bevatten met determinanten die gehanteerd kunnen worden bij het uitvoeren van activiteiten in de praktijk.	Middels een systematische zoekactie in Medline, Cochrane, Cinahl, Pschinfo, Science Citation Index & Social Sciences Citation Index en Sociological Abstracts zijn de artikelen verkregen. De termen die opgenomen zijn in de zoekactie zijn: barrier, obstacle, enabler, facilitator, classification, taxonomy, ontology, theory and framework. De resultaten zijn geselecteerd op relevantie van de checklisten.	De 12 checklisten die voortgevoerd zijn uit de zoekstrategie zijn beoordeeld. Deze checklisten varieerden in complexiteit, de hoeveelheid determinanten hierin en de wijze waarop ze gegroepeerd waren. Geen van deze checklisten waren volledig. Aan de hand van de 12 checklisten is een nieuwe checklist ontworpen die bestaat uit 57 subthematieken die onder te verdelen zijn in 7 thematieken.	De checklist die is ontwikkeld is allesomvattend, waar verder op moet worden voortgebouwd in de praktijk. De relevante thematieken uit de 12 checklisten zijn gebruikt als beginsel voor de nieuwe checklist. Deze checklist is in de praktijk bruikbaar voor implementatie, verbeter- en kwaliteitsprojecten.	Het doel en de oorzaak van het onderzoek is duidelijk geformuleerd. Het doel bevat geen tijdsindicatie. Er is in zeven databases gezocht naar relevante literatuur. Er is gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria. De geïnccludeerde artikelen zijn door extern en onafhankelijke onderzoekers beoordeeld op evidence en bruikbaarheid in de praktijk en een overzicht hiervan is bijgevoegd. Resultaten zijn duidelijk omschreven in de tekst. De conclusie en aanbevelingen sluiten aan op de doelstelling en zijn helder geformuleerd. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.

Kerr, Lu, & McKinlay, 2013	Cross-sectioneel onderzoek (4)	20 verpleegkundigen en 10 verloskundigen van de medische, chirurgische, en verloskunde afdelingen in een ziekenhuis in Victoria (Australië).	Data is verzameld middels semigestructureerd interviews en focusgroepen waarin twee thema's centraal staan met betrekking tot de overdracht bij de patiënt. Het eerste thema is het verbeteren van de zorg en de documentatie. Het tweede thema is het waarborgen van vertrouwen en privacy.	Aangaande het eerste thema verwachten de verpleegkundigen dat de documentatie verbeterd, dat informatie gedetailleerd wordt door het zien van de patiënt, dat de verpleegkundige een beter klinisch beeld krijgt van de huidige situatie van de patiënt, de verantwoordelijkheid vergroot wordt, de samenwerking tussen de patiënt en de verpleegkundige verbeterd wordt en de communicatie duidelijk en volledig wordt. Aangaande het tweede thema geven de verpleegkundigen aan zich zorgen te maken over het schaden van vertrouwelijkheid door het overdragen van privacygevoelige informatie in het bijzijn van derden.	De verpleegkundigen ervaren belemmeringen en bevorderingen om de overdracht uit te voeren. Er is meer onderzoek nodig wat de uitwerking van deze overdracht zal zijn op de patiëntenzorg. Verder is er training nodig om de belemmerende factoren te verhelpen.	Er wordt geen vraagstelling beschreven. De doelstelling wordt duidelijk beschreven en herhaald, maar bevat geen tijdsindicatie. Er wordt geen gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria. Het meetinstrument is beoordeeld als valide en betrouwbaar. De resultaten zijn overzichtelijk en uitgebreid uiteengezet in de tekst. De conclusie is bondig en geeft aanbevelingen. De conclusie sluit aan op de doelstelling. De onderzoekers zijn kritisch naar zichzelf. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.
Slade, Murray, Pun, & Eggins, 2018	Cross-sectioneel onderzoek (4)	66 verpleegkundigen die werken op twee afdelingen in een ziekenhuis in Canberra (Australië).	Er is een vragenlijst afgenomen, genaamd: BHAB (Beside Handover Attitudes and Behaviors). In deze vragenlijst worden de verpleegkundigen om hun persoonlijke houding en overdrachtscapaciteiten gevraagd ten aanzien van	De verpleegkundigen geven aan dat zij het belang inzien van de verpleegkundige overdracht aan het bed. De beschreven bevorderende factoren liggen op het gebied van het participeren van de patiënt en het	De verpleegkundige overdracht is patiëntgecentreerd en vergroot de veiligheid en tevredenheid van de patiënt en de verpleegkundige. De resultaten van de vragenlijst sluiten aan bij het verwachtingsbeeld	Er wordt geen vraagstelling beschreven, maar het doel wordt duidelijk genoemd. De doelstelling bevat geen tijdsindicatie. Er wordt gebruik gemaakt van duidelijke in- en exclusiecriteria. Het

			de overdracht aan het bed.	wederzijds communiceren. Verder blijkt dat de verpleegkundigen voldoende capaciteiten hebben om de overdracht uit te kunnen voeren.	van de verpleegkundigen en geeft inzicht in welke training de verpleegkundigen nog nodig hebben.	gebruikte meetinstrument is betrouwbaar en valide bevonden door onafhankelijke professionals. Zorgvuldigheidseisen worden beschreven. De resultaten zijn gedetailleerd uiteengezet in tabellen en tekst. De conclusie is duidelijk verwoord en sluit aan bij de doelstelling. De aanbevelingen blijven algemeen en worden niet specifiek. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.
Tobiano, Bucknall, Sladdin, Whitty, & Chaboyer, 2017	Review (1A)	54 artikelen zijn geïnccludeerd, waarin 25 Quality Improvement projecten en 21 onderzoeken zijn opgenomen. 13 van deze onderzoeken zijn afkomstig uit Australië, de overige onderzoeken komen uit Canada, Amerika, Israël, Duitsland en Italië. De geïnccludeerde artikelen zijn gepubliceerd tussen 2005 en 2015.	Voor een systematische zoekactie is gebruik gemaakt van een PICOT en is gezocht in de volgende databases: CINAHL, Medline en PsychINFO. Er zijn drie afzonderlijke zoekacties opgesteld, waarin de volgende trefwoorden zijn gehanteerd: patient, nurse, bedside handover, patientparticipation, barriers en improvement.	De meest voorkomende barrières van de verpleegkundigen doen zich voor op het terrein van communicatie, relatie, privacy, omgeving en tijd. De bevorderende factoren zijn terug te vinden op het gebied van communicatie, relatie en tijd.	Door middel van het verhelpen van de barrières en het stimuleren van de bevorderende factoren worden de beoogde doelen van de overdracht bij de patiënt bereikt, namelijk: veiligheid en participatie. Door deze vorm van overdragen wordt wederzijds vertrouwen opgebouwd tussen de patiënt en de verpleegkundige. Strategieën zijn noodzakelijk voor het verhelpen van de aanwezige barrières.	Het doel is duidelijk geformuleerd en afgebakend. Tevens is er gebruik gemaakt van een vraagstelling. In drie databases is er gezocht naar relevante literatuur. Er is gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria. De geïnccludeerde artikelen zijn beoordeeld op evidence en een overzicht hiervan is bijgevoegd. Resultaten zijn duidelijk omschreven in de tekst en tabellen. De conclusie en aanbevelingen sluiten aan op de doelstelling. Op basis van deze

						elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.
Tobiano, Whitty, Bucknall, & Chaboyer, 2017	Cross-sectioneel onderzoek (4)	200 verpleegkundigen van de afdelingen cardiologie, hematologie en oncologie, chirurgie, neurologie, longziekten en nefrologie afkomstig uit twee ziekenhuizen in Queensland en Victoria (Australië).	Aan de verpleegkundigen is een open vraag gesteld om de doelstelling van het onderzoek te realiseren. Door deze vraagstelling is inzicht verkregen in de barrières vanuit het perspectief van de verpleegkundige ten aanzien van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt. De verpleegkundigen zijn niet beïnvloed door de onderzoekers.	Het hardop delen van informatie in het bijzijn van de patiënt en derden werd gezien door de verpleegkundigen als een barrière gezien. Daarnaast kunnen de verpleegkundigen tijdens de overdracht geïnterrupteerd worden door de patiënt of omgeving. Hierdoor wordt de overdrachtsduur verlengd. Ten slotte kunnen de patiënten niet altijd participeren in de overdracht door medische conditie of afwezigheid.	De benoemde barrières door de verpleegkundigen sluiten aan bij de belemmerende factoren die het onderzoek noemt in de achtergrondinformatie. Deze barrières zijn te onderscheiden binnen de categorieën communicatie, privacy en tijd.	Er wordt een heldere doelstelling beschreven, maar deze mist een tijdsindicatie. Er wordt geen gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria. Zorgvuldigheidseisen worden beschreven. Het meetinstrument is beoordeeld en is valide en betrouwbaar bevonden. De resultaten zijn uiteengezet in de tekst. De conclusie en aanbevelingen sluiten aan bij de doelstelling. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.
Vines, Dupler, Son, & Guido, 2014	Review (1A)	9 onderzoeken zijn geïnccludeerd die gepubliceerd zijn tussen 2006 en 2014. Deze onderzoeken zijn ingedeeld op de tevredenheid van de verpleegkundigen en de patiënt.	Er is gezocht in de volgende databases: Academic Search Complete, ArticleFirst, CINAHL, the Cochrane Library, MEDLINE, PubMed, and WorldCat. De gebruikte artikelen zijn verkregen vanuit systematische zoekstrategie met de volgende trefwoorden: bedside handoff, bedside report, cliënt statification, nursing satisfaction, shift handoff en shift report. De artikelen zijn gefilterd op datum, setting en populatie.	De verpleegkundige barrières voor het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht aan het bed, doen zich voor op het gebied van communicatie. De bevorderende factoren liggen op het gebied van communicatie, relatie en tijd.	Overdracht bij de patiënt vermindert de miscommunicatie. De belemmerende factoren op het gebied van communicatie moeten worden verholpen om de overdracht bij de patiënt te laten plaatsvinden. Door de overdracht goed uit te voeren wordt de verpleegkundige tevredenheid verhoogd. Dit sluit aan bij verwachtingen van de verpleegkundigen en de patiënt met betrekking op het vormen van een goede relatie.	Het doel is duidelijk geformuleerd en afgebakend, maar mist de tijdsindicatie. In zeven databases is er gezocht naar relevante literatuur. Er is gebruikgemaakt van in- en exclusiecriteria. De geïnccludeerde artikelen zijn beoordeeld op evidence en een overzicht hiervan is bijgevoegd. Resultaten zijn duidelijk genoteerd met de daarbij horende literatuur. De conclusie en aanbevelingen sluiten aan op de

						doelstelling. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.
Whitty, Spinks, Bicknall, Tobiano, & Chaboyer, 2016	Cross-sectioneel onderzoek (4)	212 verpleegkundigen van medische afdelingen uit ziekenhuizen in Queensland en Victoria (Australië).	Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Hierin werden de verpleegkundigen gevraagd naar hun verwachtingen ten aanzien van het uitvoeren van de overdracht aan het bed.	De verpleegkundigen geven aan dat de patiëntparticipatie en patiëntveiligheid kunnen worden gewaarborgd, omdat patiënten informatie kunnen horen, patiënten kunnen meebeslissen in de zorg, informatie verduidelijkt wordt en het zorgplan actueel blijft. De belemmerende factor van deze overdracht is het waarborgen van de privacy van de patiënt en de informatie.	De verwachtingen dat de patiëntparticipatie en patiëntveiligheid gewaarborgd wordt, stemt overeen met de literatuur die beschikbaar is uit het onderzoek. Inzicht in deze factoren bevordert een patiëntgecentreerde implementatie. Er moet een protocol komen voor het overdragen van privacygevoelige informatie in het bijzijn van de patiënt en derden.	Een vraagstelling wordt niet beschreven, maar het heeft wel een duidelijke doelstelling. Deze bevat niet het onderdeel 'tijd'. Er wordt gebruikgemaakt van in- en exclusiecriteria. De meetinstrumenten zijn beoordeeld als valide en betrouwbaar. De resultaten zijn overzichtelijk en uitgebreid uiteengezet in tabellen en tekst. De conclusie is bondig en geeft aanbevelingen. De conclusie en aanbevelingen sluiten aan op de doelstelling. Op basis van deze elementen wordt het onderzoek als goed beschouwd.

Bijlage 4 – Definities thematieken

Topic	Definitie
Richtlijn factoren	Verwachtingen en ervaringen ten aanzien van het concept 'verpleegkundige overdracht bij de patiënt' wat mogelijk uitgewerkt en geïmplementeerd gaat worden aan de hand van een protocol.
Individuele zorgprofessional factoren	Verwachtingen en benodigdheden in kennis, attitude en vaardigheden van de individuele verpleegkundige om de verpleegkundige overdracht bij de patiënt uit te willen en te kunnen voeren.
Patiënt factoren	Beïnvloedende factoren vanuit de patiënt, zijn context en interactie voor de individuele verpleegkundige, om de verpleegkundige overdracht bij de patiënt te willen en te kunnen uitvoeren.
Professionele interactie	Beïnvloedende factoren voor de verpleegkundigen die gerelateerd zijn aan de interactie tussen de individuen van het team.
Stimulansen en middelen	De beïnvloedende middelen en voorwaarden die de individuele verpleegkundige nodig heeft, of verwacht nodig te hebben, om de 'verpleegkundige overdracht bij de patiënt' uit te kunnen voeren.
Capaciteiten voor organisatorische verandering	De mogelijkheden en de personen vanuit de organisatie die de individuele verpleegkundige of het team nodig heeft/verwacht nodig te hebben, om verandering binnen het team of de organisatie te willen en te kunnen invoeren.
Sociaal, politiek en juridische factoren	Beïnvloedende factoren en personen vanuit de politiek of de huidige wet- en regelgeving om verandering te willen en te kunnen invoeren.

Bijlage 5 – Mail contactpersoon

Aan: contactpersoon van de afdeling Algemene Interne Geneeskunde (AIG)
Onderwerp: werving respondenten

Geachte Hanneke,

Via deze mail willen wij, Robbert Gooijer en Maurits le Poole, u vragen naar de mogelijkheden met betrekking tot het werven van de respondenten.

Wij zijn beiden derdejaars HBO-V studenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Wij volgen op dit moment de onderwijseenheid Zorginnovatie in de Praktijk (ZidP) waarin het doen van gedegen onderzoek centraal staat. Vanuit de IQ-Healthcare van het Radboudumc doen wij onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren vanuit het verpleegkundige perspectief ten aanzien van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt op de afdeling Algemene Interne Geneeskunde (AIG). Wij hebben kennis genomen van de samenstelling van de afdeling en de pilot die in 2018 plaats heeft gevonden.

De gegevensverzameling van ons onderzoek willen wij werven door middel van twee meetinstrumenten: interviews en een focusgroep. Voor beide meetinstrumenten hebben wij respondenten nodig die voldoen aan de in- en exclusiecriteria van onze steekproef, zoals weergegeven in tabel 1. De samenstelling van de respondenten die wij willen hanteren, zal onderstaand per meetinstrument beschreven worden.

Interviews:

- Drie basisverpleegkundigen die geen ervaring hebben met de pilot.
- Drie basisverpleegkundigen die wel ervaring hebben met de pilot, waarvan één een seniorverpleegkundige is.

Focusgroep:

- Drie basisverpleegkundigen die geen ervaring hebben met de pilot.
- Drie basisverpleegkundigen die wel ervaring hebben met de pilot, waarvan één een seniorverpleegkundige is.

Deze zes verpleegkundigen moeten wel andere verpleegkundigen zijn als die hebben deelgenomen aan de interviews.

Tabel 1: in- en exclusiecriteria steekproef

Inclusie	Exclusie
Onderzoekspopulatie bestaande uit mannen en vrouwen.	Stagiaires en leerlingen van de afdeling AIG.
Gediplomeerde en BIG geregistreerde verpleegkundigen van de afdeling AIG niveau 4 of 5.	Flex-werkers.
De verpleegkundigen die informed consent willen tekenen.	

De zes interviews willen wij laten plaatsvinden in twee weken, wat betekent dat er drie interviews per week zullen moeten worden afgenomen. Wij willen starten met het eerste interview, indien mogelijk, op D.V. 2 april 2019. Dit is tevens onze eerste week voor het verzamelen van de onderzoeksdata.

De focusgroep zal plaatsvinden nadat de interviews zijn afgenomen en geanalyseerd. Indien mogelijk zal de focusgroep plaatsvinden in week 17.

De tijdsduur voor het afnemen van de verschillende meetinstrumenten is vastgesteld voor het interview op 30 minuten met een maximale uitloop tot 45 minuten en voor de focusgroep op 45 minuten met een

maximale uitloop tot één uur. De anonimiteit van de respondenten van de interviews zullen worden gewaarborgd.

Wilt u aan de hand van de genoemde criteria de respondenten selecteren die in de bovenstaande dataverzamelingsperiode beschikbaar zijn?

Wanneer deze geselecteerd zijn is het van belang dat zij u aan de respondenten toestemming vraagt voor het delen van de namen en mailadressen aan de studentonderzoekers. Wanneer wij deze verkregen hebben zullen wij de respondenten via een e-mail benaderen over de procedure en inhoud van deelname aan het onderzoek.

Voor vragen of opmerkingen kunt u met onderstaande gegevens contact opnemen met de onderzoekers:

- Robbert Gooijer
robbert98@live.nl
- Maurits le Poole
mauritslepoole@outlook.com

Wij ontvangen graag uiterlijk op D.V. 25 maart 2019 de namen en de mailadressen van de respondenten.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Robbert Gooijer en Maurits le Poole

Bijlage 6 – Mail respondentent

Aan: de potentiële respondentent

Onderwerp: deelname aan wetenschappelijk onderzoek op de afdeling

Geachte heer/mevrouw,

Via deze mail willen wij, Robbert Gooijer en Maurits le Poole, u vriendelijk vragen om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek: de verpleegkundige overdracht bij de patiënt.

Wij zijn beiden derdejaars voltijd HBO-V studenten op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Op dit moment doen wij onderzoek naar een nieuwe overdrachtsvorm binnen het Radboudumc op de afdeling Algemene Interne Geneeskunde (AIG). Via de contactpersoon van de afdeling hebben wij vernomen dat u werkzaam bent op deze afdeling. Hiermee komt u in aanmerking voor deelname aan ons onderzoek.

Voordat u een beslissing neemt, is het van belang dat u meer weet over het onderzoek. Wij willen u via deze mail meer informatie geven over de procedure en de inhoud van het onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is om vanuit verpleegkundig perspectief de belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt in kaart te brengen. De doeleinden van deze overdracht sluiten aan bij de manier van werken van het Radboudumc. Binnen het Radboudumc wordt onderzoek gedaan naar een mogelijke implementatie van deze overdrachtsvorm, waarvan dit onderzoek een deel is.

Met het afnemen van interviews of het houden van de focusgroep willen wij de belemmerende en bevorderende factoren in kaart brengen. De contactpersoon heeft hiervoor toestemming gegeven en de interviews en de focusgroep zullen plaats vinden op de afdeling. Als respondent hoeft u niets voor te bereiden op het interview of de focusgroep, niets te betalen en de tijdsduur van het interview betreft 30 minuten met een maximale uitloop tot 45 minuten. De tijdsduur van de focusgroep betreft 45 minuten met een maximale uitloop tot één uur. Deelname aan het onderzoek leidt niet tot direct voordeel van u, echter zijn de resultaten van het onderzoek van belang voor verder onderzoek in de toekomst.

Uw deelname is geheel vrijwillig, u beslist zelf of u mee wilt doen aan dit onderzoek. Als u besluit niet mee te doen, kunt u dit via deze mail aangeven. De reden dat u niet mee wilt doen, hoeft u niet op te geven. Ook wordt er met afwijzing van deelname niets gedaan. Als u wel mee wilt doen, kunt u dat meedelen door te antwoorden op deze mail. Wanneer u zich bedenkt, kunt u te allen tijde en zonder gevolgen stoppen. De deelname aan het onderzoek kan in uitzonderlijke gevallen, ook worden beëindigd door de onderzoekers.

De onderzoeksresultaten worden anoniem geanalyseerd en verwerkt in het onderzoeksverslag. Via de mail krijgt u een samenvatting van de resultaten uit de interviews of de focusgroep. Zodoende kan u inzien hoe de resultaten door de onderzoekers zijn geïnterpreteerd. Wanneer de resultaten volgens u niet juist geïnterpreteerd zijn, kunt u dit via de mail aangeven. De gegevens worden vertrouwelijk opgeslagen en zullen alleen door de onderzoekers worden gebruikt. In alle vormen van publicaties wordt gewerkt met niet te achterhalen codes. De persoonsgebonden gegevens zullen aan het einde van dit onderzoekstraject worden verwijderd, alleen de codes zullen gepubliceerd blijven.

Dit onderzoek is door de Ethische Adviescommissie Onderzoek, Faculteit Gedrag Gezondheid en Maatschappij (FGGM) goedgekeurd. Hiermee tonen de onderzoekers aan te handelen binnen de geldende wet- en regelgeving. Voordat het interview zal starten, is het van belang dat er wederzijds het document 'Informed consent' wordt ondertekend. U kunt dit document vooraf lezen uit de bijlage.

Om de continuïteit van dit onderzoek te waarborgen, vragen de onderzoekers u binnen 72 uur na het ontvangen van deze mail te reageren. Voor vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met één van de onderzoekers:

Robbert Gooijer
Robbert98@live.nl
Maurits le Poole
mauritslepoole@outlook.com

Bij voorbaat dank.

Met vriendelijke groet,

Robbert Gooijer en Maurits le Poole

Bijlage 3: Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgave van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat het niet meer tot de persoon is te herleiden.

Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen de faculteit GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge (indien mogelijk) en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 8 – Interviewguide

Introductie Vormgeving	Voorafgaand aan het afnemen van de individuele interviews, worden via de contactpersoon van de afdeling AIG de respondenten geworven. De respondenten krijgen voorafgaand via e-mail van de studentonderzoekers de volgende zaken: - Doel van het onderzoek; - Uitnodiging tot deelname (locatie en tijd); - Document 'informed consent'. Vormgeving: De studentonderzoekers zorgen voor een rustige en afgesloten ruimte op de afdeling en nemen de volgende middelen mee: - Audiorecorder; <i>Om de interviews te transcriberen.</i> - Pen en papier; - Taakverdeling studentonderzoekers.
Interview – inleiding Demografische gegevens	Voorafgaand aan het interview wordt het document 'informed consent' door de respondent en de studentonderzoekers getekend. Daarna wordt de respondent op de hoogte gesteld van: - Introductie en taakverdeling van de onderzoekers; - Doel interview; <i>In kaart brengen van de belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt.</i> - Tijdsduur; - Wat als de respondent wil stoppen; <i>De respondent kan ten alle tijde, geheel vrijwillig en zonder gevolgen, stoppen met de deelname aan het onderzoek.</i> - Mogelijkheid om vooraf vragen te stellen over onduidelijkheid. Demografische gegevens: Vervolgens worden de demografische gegevens van de respondent gevraagd en genoteerd: - Leeftijd; - Opleiding; - Werkervaring; - Ervaring met pilot; - E-mailadres controleren.
Interview – kern Vervolg vragen uit de topic	Voorafgaand aan de vragen vanuit de topiclijst, wordt de respondent op de hoogte gesteld van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt.* Het interview is semigestructureerd en wordt afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. In deze topiclijst zijn uit de thematieken beginvragen opgesteld. Vanuit de antwoorden en reacties van de respondent, stellen de studentonderzoekers doorvragen. Voorbeelden hiervan zijn: U geeft ... aan, kunt u dit toelichten? U geeft ... aan, kunt u dit verduidelijken? Is de strekking ... zoals u bedoeld heeft?

Afsluitende vragen van een topic	Wat heeft u nodig om vertrouwen te krijgen in de overdracht bij de patiënt? Wat heeft u nodig om de overdracht bij de patiënt uit te kunnen voeren? U noemt een aantal belemmerende factoren, namelijk ... Wat zou u helpen om deze factoren te weg te nemen? U geeft aan dat de patiënt de overdracht bij de patiënt (niet) op prijs zou stellen. Wat zijn volgens u de voordelen van deze overdracht voor de patiënt? Wat zijn volgens u de nadelen van deze overdracht voor de patiënt? Voorbeelden hiervan zijn: - Begrijp ik het goed dat u ...? - U heeft het gehad over..., klopt dit?
Interview – afsluiting	De respondent wordt op de hoogte gesteld van het einde van het interview. De respondent heeft de mogelijkheid om vragen te stellen of opmerkingen te geven over de inhoud of procedure van het interview. Voorbeelden hiervan zijn: - Wat zijn volgens u de drie belangrijkste zaken die geregeld moeten worden voordat de overdracht bij de patiënt op de afdeling AIG kan starten? - Buiten de thema's die we besproken hebben, wil u ons als onderzoekers nog iets meegeven?
Afsluiting	Na het interview wordt de respondent: - Bedankt voor het interview; - Uitleg gegeven over dataverwerking en terugkoppeling; - Afspraken maken over het waarborgen van de anonimiteit. En wordt er afscheid genomen.
Terugkoppeling	Om de betrouwbaarheid te vergroten, doen de studentonderzoekers aan member checking. Dit doen de studentonderzoekers door: - Versturen van een samenvatting van de resultaten via e-mail; - Bekendmaken van de resultaten, met in acht neming van de anonimiteit van de respondenten.

*(AHRQ, 2013):

- De verpleegkundigen voeren de overdracht in het bijzijn van de patiënt uit;
- De patiënt en zijn naaste worden uitgenodigd om deel te nemen aan de overdracht;
- Het dossier van de patiënt wordt gehanteerd door de verpleegkundigen en de overdracht wordt gestart;
- De overdracht vindt plaats volgens een vaste overdrachtsstructuur.

Bijlage 9 – Topiclijst

Topics	Suptopics	Vragen
Richtlijn factoren	1. Haalbaarheid op de afdeling; 2. Vertrouwen in de doeleinden van de handeling.	1. In welke mate denkt u dat de overdracht bij de patiënt haalbaar is op de afdeling AIG? 2. In welke mate denkt u dat de overdracht bij de patiënt effect heeft op de patiëntveiligheid? 3. In welke mate denkt u dat de overdracht bij de patiënt effect heeft op de patiëntparticipatie?
Individuele zorgprofessional factoren	1. Benodigde kennis; 2. Benodigde vaardigheden; 3. Houding; 4. Motivatie; 5. Vertrouwen in eigen capaciteiten.	1. Welke kennis heeft u nodig om de overdracht bij de patiënt uit te voeren? 2. Welke vaardigheden heeft u nodig om de overdracht bij de patiënt uit te voeren? 3. In welke mate bent u bereid om de overdracht bij de patiënt uit te voeren? En vervolgens: 4. Hoe staat u tegenover het uitvoeren de overdracht bij de patiënt? 5. Wat is uw motivatie om de overdrachtsvorm bij de patiënt te hanteren? 6. In welke mate vertrouwt u op uw capaciteiten om de overdracht bij de patiënt uit te kunnen uitvoeren?
Patiënt factoren	1. Behoeft patiënt; 2. Gedrag patiënt; 3. Relatie tussen patiënt en professional.	1. In welke mate denkt u dat de patiënt de overdracht bij de patiënt op prijs zou stellen? 2. In welke mate denkt u dat de patiënt behoefte heeft aan de overdracht bij de patiënt? 3. Welk gedrag van de patiënt zou u stimuleren om de overdracht bij de patiënt uit te voeren? 4. Welk gedrag van de patiënt zou u belemmeren om de overdracht bij de patiënt uit te voeren? 5. Wat is volgens u de invloed van de overdracht bij de patiënt op de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige?
Professionele interactie	Teamproces	Hoe kan het team je beïnvloeden in het faciliteren van de overdracht bij de patiënt?

Stimulansen en middelen	Beschikbaarheid en stimulans van middelen.	Wie heeft u nodig om de overdracht bij de patiënt uit te voeren? Wat heeft u nodig om de overdracht bij de patiënt uit te voeren?
Capaciteiten voor organisatorische verandering	1. Leiderschap; 2. Regels en beleid organisatie; 3. Ondersteuning vanuit organisatie.	Wie heeft u nodig om de benoemde stimulansen en middelen in te zetten/ te realiseren? Wat heeft u nodig om de benoemde stimulansen en middelen in te zetten/ te realiseren?
Sociaal, politiek en juridische factoren	Privacy	Wat is vanuit uw perspectief van belang bij het delen van persoonsgebonden en vertrouwelijke informatie in de overdracht bij de patiënt?

Bijlage 10 – Focusgroepgide

Introductie Vormgeving:	Voorafgaand aan het houden van de focusgroep, worden via de contactpersoon van de afdeling AIG de respondenten geworven. De respondenten krijgen voorafgaand via e-mail van de studentonderzoekers de volgende zaken: - Doel van het onderzoek; - Uitnodiging tot deelname (locatie en tijd); - Document 'informed consent'. Vormgeving: De studentonderzoekers zorgen voor een rustige en afgesloten ruimte op de afdeling en nemen de volgende middelen mee: - Audiorecorder; <i>Om een samenvatting te maken van de focusgroep.</i> - Pen en papier; - Taakverdeling studentonderzoekers.
Interview – inleiding Demografische gegevens	Voorafgaand aan de focusgroep wordt het document 'informed consent' door de respondenten en de studentonderzoekers getekend. Daarna wordt de respondenten op de hoogte gesteld van: - Introductie en taakverdeling van de onderzoekers; - Doel focusgroep; <i>Bespreken van enkele belemmerende en bevorderende factoren, die voortvloeien uit de interviews, ten aanzien van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt.</i> - Tijdsduur; - Wat als de respondent wil stoppen; <i>De respondent kan ten alle tijde, geheel vrijwillig en zonder gevolgen, stoppen met de deelname aan het onderzoek.</i> - Mogelijkheid om vooraf vragen te stellen over onduidelijkheid. Demografische gegevens: Vervolgens worden de demografische gegevens van de respondenten gevraagd en genoteerd: - Leeftijd; - Opleiding; - Werkervaring; - Ervaring met pilot; - E-mailadres controleren.
Interview – kern	Voorafgaand aan de vragen vanuit de topiclijst, worden de respondenten op de hoogte gesteld van de verpleegkundige overdracht bij de patiënt.* In de focusgroepdiscussie worden de belemmerende en bevorderende factoren uit de interviews voorgelegd aan de respondenten. Zij moeten individueel de drie meest belangrijke factoren kiezen. De drie meest gekozen factoren uit de groep worden in de focusgroep verder uitgediept. Vanuit de antwoorden en reacties

Vervolg vragen uit de topic:	van de respondenten, stellen de studentonderzoekers doorvragen. Voorbeelden hiervan zijn: U geeft ... aan, kunt u dit toelichten? U geeft ... aan, kunt u dit verduidelijken? Is de strekking ... zoals u bedoeld heeft?
Afsluitende vragen van een topic	De studentonderzoekers streven naar een gelijke inbreng van de respondenten en nodigen de respondenten, indien nodig, hiervoor uit. Voorbeelden hiervan zijn: - Begrijp ik het goed dat u? - U heeft het gehad over, klopt dit?
Interview – afsluiting	De respondenten worden op de hoogte gesteld van het einde van de focusgroep. De respondenten hebben de mogelijkheid om vragen te stellen of opmerkingen te geven over de inhoud of procedure van de focusgroep. Voorbeelden hiervan zijn: - Buiten de thema's die we besproken hebben, wilt u ons als onderzoekers nog iets meegeven?
Afsluiting	Na de focusgroep wordt de respondent: - Bedankt voor het interview; - Uitleg gegeven over dataverwerking en terugkoppeling; - Afspraken maken over het waarborgen van de anonimiteit. En wordt er afscheid genomen.
Terugkoppeling	Om de betrouwbaarheid te vergroten, doen de studentonderzoekers aan member checking. Dit doen de studentonderzoekers door: - Versturen van de resultaten via e-mail; - Bekendmaken van de resultaten, met in acht neming van de anonimiteit van de respondenten.

*(AHRQ, 2013):

- De verpleegkundigen voeren de overdracht in het bijzijn van de patiënt uit;
- De patiënt en zijn naaste worden uitgenodigd om deel te nemen aan de overdracht;
- Het dossier van de patiënt wordt gehanteerd door de verpleegkundigen en de overdracht wordt gestart;
- De overdracht vindt plaats volgens een vaste overdrachtsstructuur.

Bijlage 11 – Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Studentonderzoeker Robbert Gooijer



Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dient je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Je verbindt je aan deze geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

in te vullen door student

Studentnummer	582231
Naam	Robbert Gooijer
Opleiding	Verpleegkunde
Geboortedatum	30-12-1998
Geboorteplaats	Eindhoven

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze Gedragscode;
- ik de informatie en werkwijze begrijp en me eraan zal houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier is weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	22-3-2019
Handtekening	

De Gedragscode is het document dat goedkeuring heeft gekregen van de Hogeschool Utrecht en de HAN. Het document is te vinden op de website van de Hogeschool Utrecht. De Gedragscode is van toepassing op alle studenten van de Hogeschool Utrecht. De Gedragscode is van toepassing op alle studenten van de Hogeschool Utrecht. De Gedragscode is van toepassing op alle studenten van de Hogeschool Utrecht.



Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met de informatie om te gaan. Je verbindt je aan deze geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	516000
Naam	Maurits le Poole
Opleiding	Wetenschappelijke
Geboortedatum	24-04-1999
Geboorteplaats	Opheusden

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze Gedragscode;
- ik de informatie en werkwijze begrijp en me eraan zal houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier in weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	22-02-2019
Handtekening	

Bijlage 12 – Codeboek

Code	Kleur	Sub-codes	Sub-sub-codes
Richtlijn factoren	Geel	Haalbaarheid op de afdeling [Ge1] Vertrouwen doeleinden [Ge2]	Patiëntveiligheid [Ge2a] Patiëntparticipatie [Ge2b]
Individuele zorgprofessional factoren	Groen	Kennis [Gr1] Vaardigheden [Gr2] Houding [Gr3] Motivatie [Gr4] Vertrouwen in eigen capaciteiten [Gr5]	
Patiënt factoren	Turkoois	Behoeftte [Tu1] Gedrag [Tu2] Relatie tussen verpleegkundige en patiënt [Tu3] Somatische en psychische gesteldheid [Tu4] Kennisniveau [Tu5]	
Professionele interactie	Blauw	Teamproces [Bl1]	Motivatie [Bl1a] Corrigeren [Bl1b] Houding [Bl1c]
Stimulansen en middelen	Rood	Personen [Ro1] Middelen [Ro2]	Zorgprofessionals [Ro1a] Familie/naasten [Ro1b] Patiënt [Ro1c] Computer [Ro2a] Dossiergegevens [Ro2b] Afspraken maken [Ro2c] Omgevingsfactoren [Ro2d] Tijd [Ro2e]
Capaciteiten voor organisatorische verandering	Grijs	Leiderschap [Gri1] Regels en beleid [Gri2] Ondersteuning [Gri3]	Visie [Gri2a] Protocol [Gri2b] Personen [Gri3a] Middelen [Gri3b]
Sociaal, politiek en juridische factoren	Paars	Privacy [Pa1] Rechten patiënt [Pa2]	

Bijlage 13 – Keuze onderwerpsbespreking focusgroep

Nummer in onderstaande tabel de vijf belangrijkste onderwerpen (1,2,3,4,5) aan die u zou willen bespreken in de focusgroep. Binnen de nummering is nummer 1 het meest relevante onderwerp.

Nummer	Onderwerp	Keuze
1	Haalbaarheid van het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt op de afdeling AIG.	
2	Effect van het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt op patiëntveiligheid.	
3	Effect van het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt op patiëntparticipatie.	
4	Benodigde kennis voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
5	Benodigde vaardigheden voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
6	Individuele houding tegenover het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
7	Individuele motivatie tegenover het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
8	Individueel vertrouwen in eigen capaciteiten voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
9	Behoeft patiënt aan participatie in de overdracht bij de patiënt.	
10	Beïnvloedend gedrag van de patiënt op het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
11	Effect van het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt op de relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt.	
12	Effect van de somatische en/of psychische gesteldheid van de patiënt op het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
13	Effect van het kennisniveau van de patiënt op het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
14	Invloed van het team op het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
15	Benodigde personen voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
16	Benodigde middelen voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
17	Leiderschap vanuit de organisatie voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
18	Regels en beleid vanuit de organisatie voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
19	Ondersteuning vanuit de organisatie voor het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
20	Persoonsgebonden en vertrouwelijke informatie (privacy) tijdens het uitvoeren van de overdracht bij de patiënt.	
21	Recht van de patiënt op informatie.	

Bijlage 14 – Fragment codering

Tabel 1: Codeboek transcripten

Code	Betekenis
SP1	Studentonderzoeker 1
SP2	Respondent
SP3	Studentonderzoeker 2
...	Stilte

Voorbeeld gecodeerd transcript

SP1: Als je denk aan uhm... de overdracht bij de patiënt, in welke mate denk jij dat deze overdracht haalbaar is op de afdeling AIG [Ge1]?

SP2: Uhm... De overdracht aan het bed bij de patiënt bedoel je? Ik denk uhm... dat het niet heel handig is om het te gaan doen. En dat denk ik om verschillende redenen [Ge1]. Uhm... als eerste dat bij veel overdrachtsmomenten die wij hebben dat patiënten zelf niet aanwezig zijn [Ro1c]. Uhm... maar ook dat we soms informatie overdragen aan collega's waarvan we liever, in ieder geval, waar de patiënt over heeft, of waar de patiënt vanaf weet, maar we het liever niet over hebben in het bijzijn van andere patiënten [Pa1]. Denk aan psychische problemen [Tu4], uhm... angsten van patiënten [Tu2], uhm... Dus dat zou voor mij redenen zijn waarom ik denk van dat is niet zo handig [Ge1]. Uhm... in sommige, heel soms wordt er echter wel gedaan uhm... de overdracht aan het bed, maar dat is alleen in speciale situaties zoals wanneer een patiënt bijvoorbeeld stervende is of wanneer uhm... die heel instabiel hier op de afdeling ligt [Tu4] zodat de volgende collega een goed beeld heeft van hoe de situatie van de patiënt eruit ziet, daarbij staat en uhm... ook zelf een beeld vooraf heeft [Gr4].

SP1: Dus je zegt, het gebeurd wel hier, maar eigenlijk is het niet haalbaar [Ge1]?

SP2: Nou, het gebeurd niet structureel, en er zijn ook geen afspraken over [Ro2c]. Want op het moment waarbij wij een patiënt hebben die in de stervensfase ligt of wanneer een patiënt die heel instabiel is en waarbij wij ons zorgen wordt er nog wel eens besloten om het toch wel aan het bed te doen [Tu4]. En dat om een goed beeld te krijgen van de patiënt [Gr4].

SP1: Je gaf al aan dat het volgens jou niet haalbaar is omdat uhm... zaken over de patiënt zegt die andere patiënten niet mogen weten [Pa1].

SP2: Ja, dat klopt ja [Pa1].