

De mondelinge verpleegkundige overdracht, een garantie voor patiëntveiligheid?

Praktijkgericht onderzoek in hoeverre de mondelinge verpleegkundige
overdracht voldoet aan de eisen van patiëntveiligheid

Karine Boshoven

00061035

HBO-V 4^e jaar

CU06006

Begeleiders

Nicolette de Klerk-Jolink

Marjan de Rijke

Vlissingen

11 maart 2016

“Niets uit deze scriptie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur”

Voorwoord

Na een jaar ontzettend hard werken is dit mijn eindresultaat. Dit onderzoeksverslag gaat over de mondelinge verpleegkundige overdracht en patiëntveiligheid, geschreven in het kader van afstuderen aan de Bachelor opleiding Verpleegkunde van de HZ University of Applied Sciences.

Vier jaar geleden, aan het begin van deze studie had ik nooit gedacht dat ik zoveel kennis en (levens)ervaring zou opdoen. Na mijn laatste stage en dit onderzoek is het me duidelijk geworden dat de gezondheidszorg echt de beroepssector is waarin mijn hart ligt. Tijdens mijn afstudeeronderzoek heb ik ontdekt hoe belangrijk patiëntveiligheid voor de gezondheidszorg is en dat kleine veranderingen al een positief effect hebben op de patiëntveiligheid. Dit is dan ook iets wat ik zal meedragen in mijn toekomstige carrière en continu proberen om mijzelf verder te ontwikkelen.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die mij geholpen hebben bij de totstandkoming van dit onderzoek. Allereerst mijn eerste begeleider Nicolette de Klerk-Jolink, die altijd voor mij klaar stond en zelfs in haar vrije tijd bereid was om me te helpen als het even niet lukte. Verder wil ik Saskia Rolloos en Marjan de Rijke bedanken voor hun goede en kritische feedback, dit heeft me altijd goed op weg geholpen. Hierbij wil ik de leden van de peergroup bedanken voor hun kritische blik op mijn onderzoek. Ook wil ik Rianne Wouters, teamleider van de Acute Opname Afdeling van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis in Goes bedanken voor de toestemming om mijn afstudeeronderzoek uit te voeren en de collega's van de Acute Opname Afdeling dat ik hen mocht observeren.

Tot slot, wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken. Jullie stonden altijd voor mij klaar, ook wanneer het niet lukte en ik het even niet zag zitten. Dank hiervoor.

Ik wens u heel veel leesplezier toe van dit onderzoeksverslag.

Karine Boshoven

Vlissingen, maart 2016

Samenvatting

AANLEIDING Uit onderzoek in 2013 bleek dat een kwart van het aantal zorg gerelateerde schades te wijten is aan fouten rondom de informatie en communicatie. Om het aantal zorg gerelateerde schades terug te dringen is het Veiligheid Management Systeem (VMS) opgezet. Alle ziekenhuizen moeten sinds 2012 voldoen aan het VMS voldoen en worden geaccrediteerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). De informatieoverdracht tussen zorgverleners in eenzelfde zorgproces is een onderdeel van deze eisen. Met het oog op de toekomstige NIAZ accreditatie, is de keuze gemaakt om te onderzoeken of de Acute Opname Afdeling van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis in Goes voldoet aan de eisen rondom de informatieoverdracht.

METHODE Een kwantitatief onderzoek is uitgevoerd door middel van observaties aan de hand van een checklist. Tijdens dit onderzoek zijn dertig observaties uitgevoerd van de mondelinge verpleegkundige overdracht. De data is verwerkt met behulp van het statistische programma 'Statistical Package for the Social Science' (SPSS) versie 20.0. Frequentietabellen, staafdiagrammen en cirkeldiagrammen zijn opgesteld om de resultaten te analyseren.

RESULTATEN Uit deze observaties blijkt dat de verpleegkundigen van de Acute Opname Afdeling de helft van de onderdelen die de observatiechecklist kent uitvoeren. Een globaal beeld werd voornamelijk van de patiënt gegeven. Essentiële onderdelen van de overdracht zoals scores met betrekking tot de vitale functies, pijnscores, reanimatiecode en isolatiebeleid werden vaak niet besproken. De locatie waar de overdracht werd uitgevoerd had ook effect op het volledig en correct uitvoeren. Op de Acute Opname Afdeling is een overdrachtsmethode, welke meer structuur brengt aan de overdracht, beschikbaar maar deze wordt zelden gebruikt.

DISCUSSIE De onderdelen die uitgevoerd werden door de verpleegkundigen kwamen overeen met wat volgens de literatuur wordt gezien als correct en volledig. Echter, werden essentiële onderdelen regelmatig niet besproken. Het niet benoemen van deze essentiële onderdelen is volgens de literatuur te verhelpen door structuur aan te brengen in de overdracht. De overdrachtsmethode, welke beschikbaar is op de Acute Opname Afdeling en structuur moet brengen in de overdracht, wordt zelden gebruikt. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is discutabel omdat de respondenten slechts een vijfde bevatten van de gehele onderzoekspopulatie.

CONCLUSIE Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de mondelinge verpleegkundige overdracht van de Acute Opname Afdeling niet voldoet aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid en de normen van de NIAZ accreditatie omdat de gemaakte afspraken, zoals het gebruik van een overdrachtsmethode tijdens de verpleegkundige overdracht, niet worden nageleefd waardoor de patiëntveiligheid in het geding komt.

AANBEVELINGEN Allereerst het (her)implementeren van een overdrachtsmethode op macro-, meso- en microniveau is een aanbeveling. Vervolgens is het van belang dat in de opleiding tot verpleegkundige meer aandacht wordt besteed aan de verpleegkundige overdracht en een kritische houding omtrent dit onderwerp. Tot slot, is vervolgonderzoek met betrekking tot de volledigheid, actualiteit en structuur van de huidige overdrachtsmethode een aanbeveling.

Abstract

CAUSE Research in 2013 found that a quarter of the adverse events are due to omissions around the information and communication in healthcare. To reduce the amount of sentinel events, a Safety Management System (VMS) is established. All hospitals have to comply with the VMS since 2012 and are accredited by the Dutch Institute for Accreditation in Healthcare (NIAZ). The transfer of information between health care providers in the same care process is part of these VMS requirements. With a view on the future NIAZ accreditation, the choice is made to investigate if the information transfer on the Acute Medical Unit of the Admiraal De Ruyter Hospital in Goes meets the requirements concerning the transfer of information.

METHOD A quantitative study has been carried out by means of observations, on the basis of a checklist. During the study, thirty observations were carried out on oral nurse handover on the Acute Medical Unit in the Admiraal De Ruyter Hospital in Goes. The data is processed using the statistical program 'Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 20.0. Frequency tables, bar charts and pie charts are designed to analyse the results.

RESULTS The results of the observations show that the nurses of the Acute Medical Unit perform the half of the items on the observation checklist. A global image was primarily given on the patient. Essential parts of the handover, like scores regarding vital signs, pain scores, resuscitation code and isolation policies were not often discussed. The location where the transfer was performed also had an effect on a complete and correct performance of the handover. The Acute Medical Unit has a method of handover available, which will bring more structure to the handover. However, this method is rarely used.

DISCUSSION The items of the checklist, which were carried out by the nurses, were in line with what is in the literature seen as correct and complete. However, essential elements were not regularly discussed. To cover every item on the handover, implementing structure in the handover is a good intervention. The Acute Medical Unit has a method of handover available, however it is rarely used. The reliability of this study is debatable because the respondents contain only one-fifth of the entire study population.

CONCLUSION Based on the results of this study, it can be concluded that the oral nurse handover on the Acute Medical Unit does not meet with the quality indicators of patient safety and the requirement of the NIAZ accreditation. This is because the made agreements, like using a handover method during the nurse handover, were not respected which will put the patient safety at risk.

RECOMMENDATIONS First of all, the (re)implementation of the handover method on macro, meso, and micro level is a recommendation. Next to that, it is important that during the education of nursing more attention is given on the nurse handover and a critical attitude on this subject. Finally, further research related to the completeness, actuality and structure of the current handover method is a recommendation.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1. Theoretisch kader	10
1.1. Zoekstrategie	10
1.1.1. Zoekboom	11
1.1.2. Klinische verpleegkundige overdracht	14
1.1.3. Methoden verpleegkundige overdracht acute opname afdeling naar de kliniek	14
1.1.4. Acute opname afdeling	18
1.1.5. VMS, NIAZ en patiëntveiligheid	19
1.1.6. Aspecten verpleegkundige overdracht	21
1.1.7. Samenvatting	23
2. Methoden van onderzoek	24
2.1. Onderzoeksontwerp en onderzoekstype	24
2.2. Onderzoekspopulatie	24
2.3. Onderzoekperiode	25
2.4. Dataverzameling	25
2.4.1. Meetinstrument	26
2.4.2. Data-analyse	28
2.5. Onderzoekskwaliteit	28
3. Onderzoeksresultaten	31
3.1. Kenmerken van de respondenten	31
3.2. Handelingen uitgevoerd mondelinge verpleegkundige overdracht	31
3.3. Gebruik protocollen/werkafspraken:	35
3.4. NIAZ accreditatienorm en kwaliteitsindicator patiëntveiligheid	36
4. Discussie	37
4.1. Confrontatie van de resultaten met de literatuur	37
4.2. Sterke en zwakke punten van het onderzoek	38
5. Conclusie en aanbevelingen	40
5.1. Conclusie	40
5.2. Aanbeveling	41
5.2.1. Aanbevelingen voor het ADRZ	41
5.2.2. Aanbevelingen voor de opleiding	42
5.2.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	42

Bronvermelding	44
Bijlagen	47
Bijlage 1 Overdrachtsformulier SBAR, St. Joseph Medical Center, Verenigde Staten	48
Bijlage 2 Checklist overdracht AOA Heartlands Hospital, Engeland	49
Bijlage 3 Brief verpleegkundigen acute opname afdeling (AOA)	50
Bijlage 4 Checklist overplaatsing AOA – Kliniek, Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	51
Bijlage 5 Checklist mondelinge verpleegkundige overdracht	52
Bijlage 6 Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek	53
Bijlage 7 Codeboek onderzoek	54
Bijlage 8 Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322)	55

Inleiding

In 2013 bleek dat de prevalentie van potentieel vermijdbare schade rondom informatie en communicatie in Nederlandse ziekenhuizen 25,3% (N=416) was (Langelaan, Bruijne de, Baines, Broekens, Hammink, Schilp, Verweij, Asscherma en Wagner, 2013). Oftewel, een kwart van alle zorg gerelateerde schade (adverse events) die potentieel vermijdbaar is, is te wijten aan gebreken rondom de informatie en communicatie. Wanneer gesproken wordt over zorg gerelateerde schade/adverse events wordt de vermijdbare schade die een patiënt heeft opgelopen door fouten van de zorgverlener of door tekortkomingen in de organisatie van zorg bedoeld (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005). Hier kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het niet overdragen van belangrijke medicatiewijzigingen, welke van belang zijn voor het herstel van de patiënt. De verpleegkundige overdracht is een belangrijke vorm van communicatie. De mondelinge verpleegkundige overdracht is een risicovol moment waar veel mis kan gaan, wat van invloed is op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid (Vermeer, 2012).

Internationaal zijn meerdere onderzoeken uitgevoerd rondom de verpleegkundige overdracht in het ziekenhuis. Deze onderzoeken tonen aan dat de verpleegkundige overdracht niet altijd goed verloopt. Uit meerdere Europese onderzoeken blijkt dat ongeveer 25% (N=773) van de 'zorg gerelateerde schade' te wijten is aan fouten in de communicatie en informatie overdracht (Aranaz-Andrés, et al., 2011). Verder is bij 334 incidenten, die gerelateerd zijn aan de overdracht, gebleken dat bij 45% een slechte of onvolledige overdracht wordt uitgevoerd en bij 29% helemaal geen overdracht (Pezzolesi, et al., 2010). Om de patiëntveiligheid tijdens de mondelinge verpleegkundige overdracht te verbeteren, zijn internationaal interventies gestart door onder andere de World Health Organisation, de Joint Commission in Amerika, patiëntveiligheid commissies in het Verenigd Koninkrijk en in Australië. Zo schreven de World Health Organisation (WHO) en de Amerikaanse Joint Commission een verbeterplan voor de communicatie rondom de overdracht (WHO, 2007), het Verenigd Koninkrijk schreef de gids: 'safe handover: safe patients' (Haikerwal, Dobb, & Ahmed, 2006) en de patiëntveiligheid commissie in Australië schreef een gids om de klinische overdracht te verbeteren (Australian Commission on Safety and Quality Healthcare, 2010).

Om de gesignaleerde problemen bij de informatie en communicatie te verbeteren is in Nederland het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) opgestart. Sinds eind 2012 moeten Nederlandse ziekenhuizen een gecertificeerd en geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) hebben ingevoerd om de patiëntveiligheid te waarborgen en het aantal gevallen rondom zorg gerelateerde schade terug te dringen (Nederlands Normalisatie instituut, 2011). Deze zogeheten accreditatie is een toetsing van kwaliteitsnormen om de borging en verbetering van kwaliteit in de gezondheidszorg te garanderen, ook wel de NIAZ accreditatie genoemd. De accreditatie wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ, 2014). De verpleegkundige overdracht is zowel een verplicht onderdeel van de NIAZ accreditatie als van het VMS (Nederlands Normalisatie instituut, 2011).

Het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) kreeg het certificaat Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in april 2014 toegekend. Na deze toekenning heeft het ADRZ als motivatie om in het najaar van 2016 de NIAZ accreditatie instellingsbreed te behalen (ADRZ, 2014). Aangezien de mondelinge

verpleegkundige overdracht een cruciaal onderdeel is van de NIAZ accreditatie, moet dit in orde zijn wil het ADRZ deze accreditatie behalen (Nederlands Normalisatie instituut, 2011). Hierdoor is het van belang om te onderzoeken of het ADRZ aan de normen van de NIAZ accreditatie voldoet en aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid. Indien nodig wordt een aanbeveling gegeven waar ruimte voor verbetering kan plaatsvinden. Dit alles om de patiëntveiligheid in het ADRZ te optimaliseren en de (onbedoelde) zorg gerelateerde schade te reduceren.

Probleemomschrijving

In deze probleemomschrijving wordt het probleem beschreven aan de hand van een doelstelling, een centrale onderzoeksvraag en deelvragen.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen of de mondelinge verpleegkundige overdracht van Acute Opname Afdeling (AOA) naar de klinische afdelingen binnen het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis voldoet aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid en aan de normen van de NIAZ accreditatie.

Centrale onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

‘In hoeverre voldoet de mondelinge verpleegkundige overdracht van de Acute Opname Afdeling (AOA) naar de klinische afdelingen binnen het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid en de normen van de NIAZ accreditatie?’

Deelvragen

1. Op welke manier wordt de mondelinge verpleegkundige overdracht van patiënten die worden overgeplaatst van acute opname afdeling naar de klinische afdelingen uitgevoerd?
2. Welke maatregelen/protocollen/richtlijnen worden gebruikt om de mondelinge verpleegkundige overdracht van patiënten die worden overgeplaatst vanaf de acute opname afdeling naar de kliniek uit te voeren?
3. In welke mate worden NIAZ accreditatienormen en de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid tijdens de mondelinge verpleegkundige overdracht afgedekt?

Relevantie van het verpleegkundig domein

De opleiding tot bachelor verpleegkundige kent vijf verschillende domeinen, zogeheten beroepsrollen. Dit zijn de zorgverlener, de regisseur, de ontwerper, de coach en de beroepsbeoefenaar. De rollen zorgverlener en regisseur hebben voornamelijk betrekking op de samenwerking, coördinatie en continuïteit van zorg. De rol coach is vooral het geven en ontvangen van feedback en het motiveren en stimuleren van collega's. De rol ontwerper is het handelen aan de hand van Evidence Based Practice (EBP) en het ontwikkelen van nieuwe procedures en protocollen en tot slot de beroepsbeoefenaar. De beroepsbeoefenaar werkt mee aan het op peil houden van de kwaliteit van zorg door de bevordering van de beroepsgroep. Dit onderzoeksvoorstel gaat voornamelijk over communicatie en de kwaliteit daarvan ten opzichte van de patiëntveiligheid. Het onderdeel communicatie beslaat voornamelijk de rol van regisseur, zorgverlener en coach. De kwaliteit van communicatie ten opzichte van de patiëntveiligheid valt meer onder de rol ontwerper en beroepsbeoefenaar.

Leeswijzer

In dit onderzoeksvoorstel komen verschillende hoofdstukken aan bod. Het eerstvolgende hoofdstuk is het theoretisch kader. In dat hoofdstuk wordt de zoekstrategie besproken en de gevonden literatuur verwerkt. In het hoofdstuk wat daarop volgt wordt de onderzoeksopzet besproken met onder andere het onderzoeksontwerp met het onderzoekstype en de onderzoekspopulatie. Verder komt de data verzameling, de data-analyse en de onderzoekskwaliteit zoals, de betrouwbaarheid en validiteit, de juridische en ethische aspecten. Tot slot volgt een literatuuroverzicht en aansluitend de bijlagen.

1. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk van het onderzoeksvoorstel beschrijft de zoekstrategie, de wijze waarop literatuur wordt verkregen, de uitwerking van de gevonden literatuur en het verhelderen van begrippen.

1.1. Zoekstrategie

Door het opstellen van zoekvragen kan gericht gezocht worden in databanken naar bruikbare wetenschappelijke informatie. Om de zoekvragen te kunnen beantwoorden zijn zoektermen opgesteld en booleaanse operatoren gebruikt. Deze zoektermen zijn terug te vinden in de gevonden literatuur en zo kunnen de zoekvragen worden beantwoord. Aan de hand van de gevonden informatie wordt een literatuurstudie uitgevoerd. De volgende zoekvragen zijn opgesteld:

1. Wat is een klinische verpleegkundige overdracht? Zowel mondeling als schriftelijk?
2. Wat is een acute opname afdeling (AOA)?
3. Welke methoden en/of procedures zijn er bekend met betrekking tot de mondelinge verpleegkundige overdracht van de acute opname afdeling (AOA) naar de klinische afdelingen?
4. Wat is het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ)?
5. Wat is patiëntveiligheid en de relatie tot de verpleegkundige overdracht?
6. Welke aspecten binnen de verpleegkundige overdracht zijn belangrijk om de patiëntveiligheid te waarborgen?

Databanken en zoektermen

De HZ University of Applied Sciences stelt meerdere databanken beschikbaar. Om de juiste literatuur te vinden in de databanken is gebruik gemaakt van zoektermen. Door gebruik te maken van booleaanse operatoren, zoals AND en/of OR, wordt het zoeken specifieker. De gebruikte databanken en zoektermen zijn terug te vinden in de zoekboom, in de volgende paragraaf.

In- en exclusiecriteria

De gevonden literatuur moet voldoen aan enkele voorwaarden. Voldoet een document niet aan deze voorwaarden, dan kan het niet gebruikt worden.

De gevonden literatuur is:

- Niet ouder dan tien jaar
- Alleen in het Engels of Nederlands geschreven
- Alleen van toepassing op het algemeen ziekenhuis

Sneeuwbalmethode

Tijdens literatuuronderzoek kan het voorkomen dat in een gevonden artikel een verwijzing staat naar een ander onderzoek of artikel wat mogelijk ook bruikbaar is voor het huidige onderzoek. Dit wordt ook wel de 'sneeuwbalmethode' genoemd (Verhoeven, 2011). De literatuur verkregen via de sneeuwbalmethode moet echter wel voldoen aan de inclusiecriteria alvorens deze gebruikt mag worden. In de literatuurstudie van dit onderzoek is ook gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode, deze is weergegeven in de zoekboom.

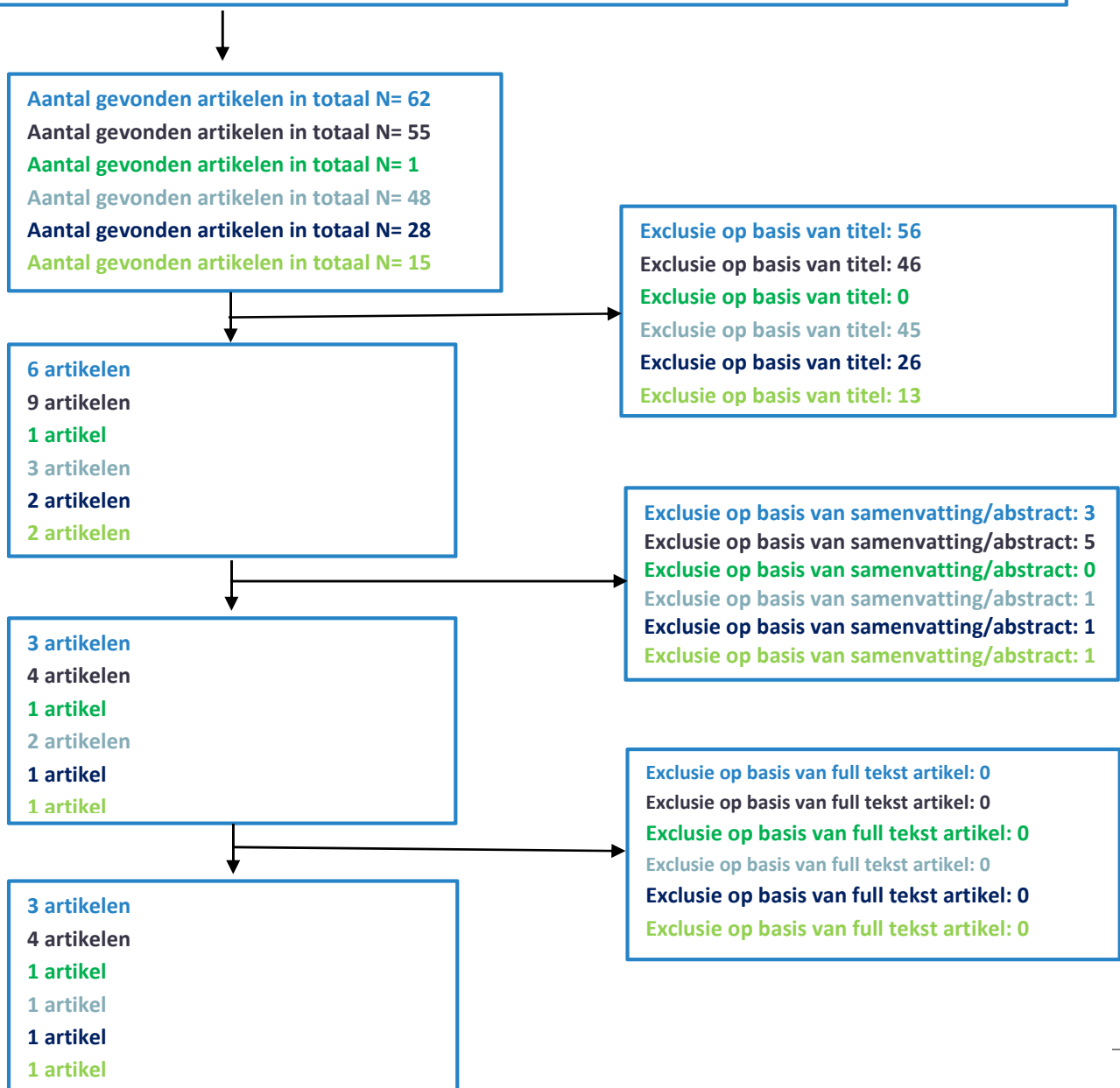
Bronvermelding

Bij het plaatsen van literatuurverwijzingen en bronvermeldingen worden bepaalde richtlijnen gehanteerd. Deze richtlijnen zijn opgesteld door de American Psychological Association en worden ook wel de 'APA-richtlijnen' genoemd (Verhoeven, 2011).

1.1.1. Zoekboom

Dit hoofdstuk toont de zoekstrategie, weergegeven in een zoekboom.

Database:	Zoekwoorden:	Aantal hits:
Springerlink	verpleegkundige AND overdracht AND patiëntveiligheid	N = 17
	ABCDE methodiek	N = 34
	AMPLE handover	N = 11
Science Direct	allintitle: acute medical units	N = 11
	Nurse AND handover AND patient AND safety	N = 36
	allintitle: sbar	N = 8
Internet:		
www.researchgate.net	allintitle: patient safety transfer AMU	N = 1
www.venvn.nl	verpleegkundige AND overdracht	N = 48
www.rijksoverheid.nl	zorggerelateerde schade	N = 28
www.adrz.nl	Acute Opname Afdeling	N = 15



1. Vermeer, K. (2012). Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid. *Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 5, 21-23.
2. Mout, P.; Fraanje, W. L.; Wulterkens, W. (2008). Het ABCDE van de acute huisartsgeneeskunde. *Huisarts & Wetenschap*, 54(4), 210-214
3. Ebben, R.; van Grunsven, P. M.; Moors, M. L.; Aldenhoven, P.; de Vaan, J.; van Hout, R.; van Achterberg, T.; Vloet, L. C. M. (2015). A tailored e-learning program to improve handover in the chain of emergency care: a pre-test post-test study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23-33.
4. Byrne, D.; Silke, B. (2011). Acute medical units: Review of evidence. *European Journal of Internal Medicine*, 344-347.
5. Manser, T.; Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25, 181-191.
6. Wasserman, M. (2014). In focus: Effective hand overs integral to high quality patient care. *AORN Connections*, 4, C7-C8.
7. Novak, K.; Fairchild, R. (2012). Bedside reporting and SBAR: Improving Patient Communication and Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 760-762.
8. Hindmarsh, D.; Lees, L. (2012). Improving the safety of patient transfer from AMU using a written checklist. *Acute Medicine*, 11(1), 13-17
9. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). (2011). Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. Verkregen op 1 oktober 2015: <https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/38/Richtlijn%20Verpleegkundige%20en%20verzorgende%20verslaglegging.pdf>
10. Langelan, M.; de Bruijne, M. C.; Baines, R. J.; Broekens, M. A.; Hammink, K.; Schilp, J.; Verweij, L.; Asscheman, H.; Wagner, C.; (2013). Monitor zorggerelateerde schade 2011/2012. *Nivel, VUmc, EMGO*.
11. ADRZ (2012). Jaarverslag 2011 'Op koers naar beter'. *Jaarverslag Admiraal De Ruyter Ziekenhuis*.

Sneeuwbaaleffect:

12. Inspectie voor de gezondheidszorg. (2011). Staat van de gezondheidszorg, Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. Verkregen op 1 oktober 2015: http://www.igz.nl/Images/2011-10%20Staat%20van%20de%20Gezondheidszorg%202011_tcm294-310059.pdf
13. Haikerwal, M.; Dobb, G.; Ahmed, T. (2006). Safe handover: safe patients – guidance on clinical handover for clinicians and managers. *Australian Medical Association*.
14. Scott, I.; Vaughan, L.; Bell, D. (2009). Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 21, No.6, pp. 397-407.
15. Haig, K. M.; Sutton, S.; Whittington, J. (2006). SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Vol. 32, No 2 pp 167-175.
16. Flemming, D.; Hübner, U. (2013). How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record play? Results of a systematic literature review. *International Journal of Medical Informatics*, 580-592.
17. McCloughen, A.; O'Brien, L.; Gillies, D.; McSherry, C. (2008). Nursing handover within mental health rehabilitation: An exploratory study of practice and perception. *International Journal of Mental Health Nursing*, 287-295.
18. Iedema, R.; Ball, C.; Daly, B.; Young, J.; Green, T.; Middleton, P. M.; Foster-Curry, C.; Jones, M.; Hoy, S.; Comerford, D. (2012). Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO'. *BMJ Quality & Safety*, Vol. 21, No.8, 627-633.
19. Baggen, V. J. M.; Exter van, P.; Steeg van der, G. J.; (2013). Gestructureerde overdrachtsmethoden voor ambulancezorgverleners. *Ambulancezorg*, 30-33.
20. WHO (2007). Communication during patient hand-overs. *Patient Safety Solutions*, Vol. 1, solution 3.

Overig:

21. Willems, R. (2004). Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Eindrapport Shell Nederland. *VMSzorg*.
22. NIAZ(2013). Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.4. *Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg*.
23. Nederlands Normalisatie instituut(2011). Nederlands technische afspraak NTA 8009, Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen. *NVZ, NFU, Orde, V&VN*.

1.1.2. Klinische verpleegkundige overdracht

De definitie van de klinische (verpleegkundige) overdracht, vrij vertaald vanuit het Engels, is: 'de overdracht van professionele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van een deel of alle aspecten van zorg voor een patiënt, of een groep patiënten, aan een andere persoon of professionele groep op een tijdelijke of permanente basis' (Haikerwal, Dobb, & Ahmed, 2006).

Wanneer gesproken wordt over de klinische verpleegkundige overdracht wordt de overdracht in het algemeen ziekenhuis bedoeld.

1.1.3. Methoden verpleegkundige overdracht acute opname afdeling naar de kliniek

De verpleegkundige klinische overdracht kan op meerdere manieren worden uitgevoerd, zowel mondeling of in combinatie met de schriftelijke documentatie (McCloughen, O'Brien, Gillies, & McSherry, 2008) (Vermeer, 2012). In dit literatuuronderzoek ligt de focus op de mondelinge verpleegkundige overdracht van de Acute Opname Afdeling (AOA) naar de klinische afdelingen in het algemeen ziekenhuis.

Mondeling

Uit de geschiedenis blijkt dat de eerste manier van overdragen, de mondelinge verpleegkundige overdracht was (McCloughen, O'Brien, Gillies, & McSherry, 2008). Wanneer men spreekt van een mondelinge overdracht wordt de overdracht face-to-face of telefonisch besproken.

De mondelinge overdracht heeft twee kanten. Enerzijds ervaren verpleegkundigen het als positief omdat het naast het uitwisselen van patiënten informatie ook ruimte biedt om kennis te delen, te reflecteren op het werk en als nabespreking en collegiale ondersteuning. Anderzijds wordt de mondelinge verpleegkundige overdracht gezien als tijdrovend, te taakgericht en ligt de focus met terugwerkende kracht op de verpleegkundige zorg en medische behandeling, maar niet op de patiënt als geheel. Verder wordt de overdracht eerder gezien als een probleembespreking, met irrelevante informatie die onbetrouwbaar en vaag is, dan dat er oplossingen worden aangedragen, maar ook het gebrek aan relevantie en de hoge mate van herhaling zijn punten waar de mondelinge overdracht op misgaat (McCloughen, O'Brien, Gillies, & McSherry, 2008; Novak & Fairchild, 2012; Vermeer, 2012).

SBAR methode

De SBAR methode is een andere methode van overdragen. SBAR staat voor Situation (situatie), Background (achtergrond), Assessment (beoordeling) en Recommendation (aanbeveling). De SBAR methode is een gestructureerd communicatie model dat voor meerdere communicatievormen gebruikt kan worden. Het model kan gebruikt worden voor de overdracht van verpleegkundigen naar verpleegkundigen tussen diensten of afdelingen, van arts naar arts maar ook in kritieke situaties van verpleegkundige naar arts. Ook de spoedeisende hulp kan gebruik maken van deze methode voor briefings, rapportage, overdrachten en casusbesprekingen. Ook voor rapporten zoals verbetering van zorg, patiëntevaluaties en incidentrapporten kan de SBAR worden gebruikt (Haig, Sutton, & Whittington, 2006).

Het gebruik van SBAR in zowel mondelinge als schriftelijke communicatie verbetert patiëntveiligheid door duidelijke, accurate feedback van informatie te geven tussen hulpverleners en reduceert het aantal adverse events (Haig, Sutton, & Whittington, 2006) (Novak & Fairchild, 2012).

Onderstaand figuur geeft de algemene manier weer om te communiceren volgens SBAR. Een voorbeeld van het overdrachtsformulier aan de hand van SBAR is terug te vinden in bijlage 1.

Figuur 1.1 Benadering volgens de SBAR methodiek

Note: SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians by Haig, KW. Sutton, S. Whittinton, J. Joint Commission Journal on Quality of Patient Safety. 32(3), pp 167-175.

Copyright 2015 by APA.

Het gebruiken van gestructureerde modellen heeft meerdere voordelen. Voordelen zijn dat de informatie die overgedragen wordt meer compleet is, meer accuraat en minder incorrecte informatie. De algemene communicatie wordt ondersteund door het gebruik van objectieve maatstaven in plaats van persoonlijke indrukken, een stijging van cruciale medische en organisatorische informatie, een verbeterde structuur en samenhang. Oftewel een verbetering van de algehele kwaliteit van de overdracht. Ook zorgt het voor een afname van vermijdbare adverse events.

Een nadeel van een gestructureerde overdracht kan zijn dat de focus vooral bij de gestructureerde overdracht ligt en de patiënt niet holistisch wordt bekeken. Het is belangrijk om niet alleen naar de structuur te kijken maar ook naar de patiënt als geheel (Flemming & Hübner, 2013).

DeMIST en AMPLE

De methode DeMIST wordt voornamelijk gebruikt door ambulanceverpleegkundigen om een patiënt over te dragen aan een spoedeisende hulp verpleegkundige. Het acroniem DeMIST staat voor: Demographics, de demografische gegevens zoals patiëntgegevens, Mechanism of injury/illness, mechanisme van het letsel/de ziekte, Injury or Illness found or suspected, gevonden of verwacht letsel/ziekte, Signs, de signalen, Treatment given, gegeven behandeling. Oorspronkelijk heette deze methode MIST, maar later is daar 'De' voorgezet zodat de demografische gegevens ook meegenomen worden in de overdracht (Ebben, et al., 2015).

De AMPLE methode is een andere methode die gebruikt wordt voor de overdracht van een patiënt van de ambulanceverpleegkundige naar de spoedeisende hulp verpleegkundige. Het acroniem AMPLE staat voor: Allergies, de allergieën die een patiënt heeft, Medication, de medicatie van de

patiënt, Past illnesses, de voorgeschiedenis van de patiënt, Last meal, wanneer de patiënt voor het laatst gegeten/gedronken heeft en Events, wat zich precies heeft voorgedaan (Ebben, et al., 2015). De meest voorkomende methode van overdragen in Nederland door de ambulanceverpleegkundigen is wel een combinatie van DeMIST en AMPLE (Baggen, van Exter, & van der Steeg, 2013).

IMIST-AMBO

De methode IMIST- AMBO is tevens ontstaan vanuit de MIST, waar ongeveer soortgelijke onderdelen zijn toegevoegd als de MIST-AMPLE. Het acroniem IMIST-AMBO staat voor: Identification, de identificatie van de patiënt, vervolgens de MIST, Allergies, de allergieën van de patiënt, Medications de medicatie, Background history, de voorgeschiedenis en Other (social) information, de overige (sociale) informatie. Ook deze methode wordt voornamelijk gebruikt bij de overdracht van een patiënt door de ambulanceverpleegkundige aan de spoedeisende hulp verpleegkundige. Deze manier van overdragen kan gebruikt worden voor zowel de overdracht van trauma patiënten als non-trauma patiënten (Iedema, et al., 2012).

ABCDE methode

De ABCDE methodiek is een methodiek die meerdere functies kent. De ABCDE methodiek wordt voornamelijk gebruikt om snel een patiënt te beoordelen, maar ook in de verslaglegging en overdracht van een patiënt. De ABCDE methodiek vindt zijn oorsprong in de spoedeisende geneeskunde, zoals Advanced Trauma Life Support (ATLS). De ABCDE methodiek is vooral gericht op de vitale functies die van het belang zijn voor het overleven van de patiënt. De letters staan voor Airway (luchtweg), Breathing (ademhaling), Circulation (circulatie), Disability (bewustzijn), Expose and protect (blootstellen en beschermen) of Environment (omgeving). Per letter worden de vitale functies behandeld die voor dat gebied van toepassing zijn (Mout, Fraanje, & Wulterkens, 2011).

Figuur 1.2 Benadering volgens de ABCDE methodiek

Note: reprinted from “Het ABCDE in de acute huisartsgeneeskunde” by Fraanje, W.; Mout, P.; in 't Veld, K.(2011).Huisarts & Wetenschap, 54(4), 210-214. Copyright 2015 by APA.

Schriftelijke documentatie

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst(WGBO) verplicht zorginstellingen om een dossier aan te leggen (V&VN, 2011). De richtlijn voor verslaglegging van de V&VN biedt houvast voor verpleegkundigen en verzorgenden om de juridische en beroepsinhoudelijke aspecten van goede verslaglegging en omgang met het dossier in de praktijk te brengen. Het doel hiervan is om de effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit van zorg zo hoog mogelijk te houden (V&VN, 2011). De

mondelinge verpleegkundige overdracht wordt ondersteund door de schriftelijke documentatie (McCloughen, O'Brien, Gillies, & McSherry, 2008).

De verpleegkundige overdracht wordt ook beschreven in de richtlijn. De schriftelijke verpleegkundige overdracht moet volgens de richtlijn de volgende elementen bevatten: de verleende zorg, wie de zorg heeft verleend en wie de zorg nu gaat verlenen, de verpleegkundige diagnoses en de beoogde resultaten/doelen en de reden voor overplaatsing. Tevens moet volgens de richtlijn rekening gehouden worden met de kennis en kunde van de ontvanger (V&VN, 2011). Volgens deze richtlijn is een adequate verslaglegging een voorwaarde om goede en verantwoorde patiëntenzorg te verlenen.

Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is de vervanger voor het papieren dossier. Elke zorgverlener, die voor de patiënt zorgt, heeft toegang tot de informatie over de patiënt. Om de mondelinge overdracht te ondersteunen is het mogelijk om de schriftelijke documentatie aan te houden. Sommige EPD's hebben zelfs een tool voor de overdracht ingebouwd (Flemming & Hübner, 2013). Het EPD verbetert de kwantiteit van bruikbare informatie, zoals minder ontbrekende data, meer compleet ingevulde velden, de kwaliteit van informatie is meer accuraat en up to date, de informatie wordt beter behouden omdat het mogelijk is om deze terug te zoeken (Flemming & Hübner, 2013).

Het gebruik van een 'tool' voor de overdracht, zoals bijvoorbeeld een checklist, heeft positieve effecten op de overdracht. De studie van Fleming en Hübner laat zien dat, wanneer de overdracht completer is, de overdracht een hogere kwaliteit heeft. De overdracht bevat dan minder ontbrekende, incorrecte en inadequate informatie en dit verbetert de patiëntveiligheid. Ook is het niet meer nodig om berichten door te geven, omdat de informatie digitaal beschikbaar is en het kost minder tijd om alle informatie in te voeren (Flemming & Hübner, 2013).

Het EPD en de tool voor de overdracht wordt door de gebruiksvriendelijkheid en de kwaliteit van de informatie beoordeeld als een goed systeem voor de rapportage en communicatie rondom de patiënt. Dit is alleen van toepassing als het systeem optimaal werkt en alle medewerkers volledig met het systeem werken, zodat de informatie compleet is (Flemming & Hübner, 2013).

Checklists en overdrachtsformulieren

Een checklist of een overdrachtsformulier is een manier om te zorgen dat de overdracht volgens een bepaalde structuur plaatsvindt en dat de informatie die overgedragen zou moeten worden, daadwerkelijk wordt overgedragen. Het St. Joseph Medical Center in de Verenigde Staten, maakt gebruik van een overdrachtsformulier volgens de SBAR methode (Haig, Sutton, & Whittington, 2006). Het formulier is terug te vinden in bijlage 1. Het Heartlands Hospital in Engeland heeft een checklist opgesteld voor de patiëntoverdracht van de AOA naar de kliniek. In deze lijst worden de SBAR methode en de ABCDE methode gecombineerd samen met praktische zaken zoals persoonlijke spullen van de patiënt enzovoorts (Hindmarsh & Lees, 2012). Het formulier van deze checklist is terug te vinden in bijlage 2.

Locatie van de overdracht

De mondelinge verpleegkundige overdracht wordt voornamelijk in een aparte ruimte, weg bij de patiënt gegeven (McCloughen, O'Brien, Gillies, & McSherry, 2008). Om de overdracht meer structuur en efficiëntie te geven is het 'bedside briefen' ontstaan (Vermeer, 2012) (Novak & Fairchild, 2012).

Bedside briefing

Bedside briefing is het uitvoeren van de verpleegkundige overdracht aan het bed van de patiënt. Deze manier van overdragen kent meerdere voordelen (Vermeer, 2012). Door de overdracht aan bed uit te voeren kunnen beide verpleegkundigen gezamenlijk de toestand van de patiënt beoordelen op het gebied van zijn huidige conditie, het inspecteren van de omgeving zoals, infuuslijnen, drains en katheters en het eventueel herstellen van vergissingen. Maar ook het gezamenlijk navragen van de pijnscore, de mobiliteit en het cognitief vermogen van de patiënt (Novak & Fairchild, 2012).

Overdragen aan bed vergroot de patiënttevredenheid en de tevredenheid van naasten en familie. Tijdens de overdracht ziet de patiënt welke verpleegkundige voor hem zal zorgen en kan zowel de patiënt als zijn familie vragen stellen over het zorgproces. De patiënt en zijn naasten worden meer betrokken bij het zorgproces van de patiënt, hierdoor kan de patiënt tijdens de overdracht de besproken informatie bevestigen of corrigeren waardoor eventuele fouten en/of miscommunicatie kunnen worden voorkomen. Dit zorgt voor het terugdringen van zorg gerelateerde schade en het vergroten van de continuïteit van zorg (Vermeer, 2012) (Novak & Fairchild, 2012).

Tijdens de bedside briefing wordt soms ook gebruik gemaakt van de SBAR methode. Deze methode zorgt voor structuur in de overdracht en legt de focus van de overdracht volledig op de patiënt en zijn zorgproces en niet op het sociale aspect van de overdracht (Novak & Fairchild, 2012).

Het gebruik van bedside briefen heeft ook financiële voordelen. Het overdragen aan bed kost minder tijd, waardoor het geld bespaart en het zorgt voor minder zorg gerelateerde schade omdat minder fouten worden gemaakt (Novak & Fairchild, 2012).

Wat wordt gezien als een nadeel is de privacy van de patiënt op gedeelde patiëntenkamers. Wanneer gevoelige informatie wordt besproken is het aan de verantwoordelijke verpleegkundigen om de overdracht niet aan bed uit te voeren maar de gevoelige informatie privé te bespreken (Vermeer, 2012).

1.1.4. Acute opname afdeling

De acute opname afdeling (AOA) is een afdeling waar patiënten worden opgenomen nadat ze zijn doorgestuurd vanaf de spoedeisende hulp (SEH). Voordat de AOA bestond gebeurde het regelmatig dat patiënten op grote schaal werden verspreid over het hele ziekenhuis met weinig aandacht voor de coördinatie van de onderzoeken of behandelingen. Dit resulteerde vervolgens in langere ziekenhuisverblijven en een toename van adverse events, zoals medicatiefouten, complicaties en overlijdens die voorkomen hadden kunnen worden (Byrne & Silke, 2011).

Uit de literatuur wordt de volgende definitie van de acute opname afdeling gehandhaafd (vrij vertaald uit het Engels): "Aangewezen ziekenhuis afdelingen specifiek bemand en uitgerust om patiënten die zich presenteren met acute medische aandoeningen vanaf de spoedeisende hulp, een

versnelde multidisciplinaire en medisch specialistische beoordeling, zorg en behandeling te geven voor maximaal een bepaalde periode (24-72u) voorafgaand aan het ontslaan of overdragen naar andere afdelingen (Scott, Vaughan, & Bell, 2009). De AOA is dus een afdeling waar patiënten, die zich presenteren met een acute medische aandoening, worden opgenomen vanaf de SEH om binnen een korte tijd (24-72u) een multidisciplinaire en medische beoordeling, zorg en behandeling te krijgen. De patiënten die niet langer dan de maximale verblijfsduur op de AOA hoeven te blijven worden na diagnose behandeld en vervolgens ontslagen. Wanneer patiënten langer moeten blijven dan de maximale verblijfsduur worden ze overgeplaatst naar een andere afdeling (Byrne & Silke, 2011).

1.1.5. VMS, NIAZ en patiëntveiligheid

De inspectie voor de gezondheidszorg heeft alle kernbegrippen rondom patiëntveiligheid gedefinieerd. De definitie van patiëntveiligheid is: "Patiëntveiligheid is het (nagenoeg) ontbreken van de (kans op) schade aan de patiënt ontstaan door het niet volgende de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem" (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005).

Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

In 2004 heeft Shell Nederland het rapport, 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet' gepubliceerd over een onderzoek naar de veiligheid in de zorg (Willems, 2004). Dit onderzoek is uitgevoerd op verzoek van minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport omdat Shell al sinds de jaren negentig werkt met veiligheidsmanagementsystemen om optimale veiligheid gedurende de werkprocessen te garanderen. Uit dit rapport bleek onder andere dat in Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks 1.500 tot 6.000 mensen overlijden ten gevolge van incidenten die konden voorkomen worden. Het invoeren van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) zou volgens Shell zorgen voor een afname van het aantal incidenten tot 75% en een kostenbesparing van miljarden euro's (Willems, 2004). Dit rapport heeft ervoor gezorgd dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg per 1 januari 2008 elk ziekenhuis in Nederland verplicht om het VMS in te voeren.

Voor het VMS zijn basiseisen vastgelegd. Deze basiseisen worden beschreven in de Nederlands Technische Afspraak (NTA) voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen. De NTA is een document waarin concreet, per onderwerp van het VMS, staat beschreven aan welke eisen ziekenhuizen moeten voldoen. De onderdelen van de basiseisen zijn leiderschap, communicatie, medewerkers, management en derden, patiënten participatie, prospectieve risico-inventarisatie, melden van incidenten en complicaties en retrospectieve risico-inventarisatie, beheersmaatregelen, beheren en beheersen van veranderingen, monitoren van uitkomsten en rapportage en continu verbeteren van de patiëntveiligheid. De belangrijkste onderdelen om de NTA te ontwikkelen vinden hun oorsprong in het rapport van Shell Nederland (Willems, 2004). Volgens dit rapport bestaat de kern van een VMS uit risico-inventarisatie, een systematiek voor het (veilig) melden van incidenten, een methode voor incidentenanalyse en een systeem om de hieruit voortkomende aanbevelingen en verbetermaatregelen te managen. Een randvoorwaarde hierbij is de betrokkenheid van de medewerkers en het 'commitment' van directies of Raden van Bestuur van de ziekenhuizen. Het management heeft de verantwoording voor de patiëntveiligheid en niet de medewerkers zelf. Wanneer het management zich niet toewijdt aan het VMS is het bijna onmogelijk om deze toewijding te verwachten van medewerkers (Willems, 2004). Ook de verbetercyclus (plan-do-check-act) vanuit andere managementsystemen zijn een belangrijk element van de NTA (Nederlands Normalisatie

instituut, 2011). Elke vier jaar wordt een nieuwe NTA opgesteld. In elke versie wordt de NTA aangepast aan de hand van de ervaringen van ziekenhuizen met betrekking tot het VMS. De huidige versie is de NTA 8009:2013.

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ)

Vanaf 2012 moeten alle Nederlandse ziekenhuizen een gecertificeerd en geaccrediteerd VMS hebben. De accreditatie geschiedt door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ, 2014). Het NIAZ ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. Het doel van het NIAZ is: "Een bijdrage te leveren aan de borging en verbetering van kwaliteit van de gezondheidszorg, in het bijzonder door het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en het toepassen daarvan in de toetsing van zorginstellingen en zorgprocessen, resulterend in een jugement waaraan derden – zorgconsumenten, zorgverzekeraars, samenwerkingspartners, overheden en samenleving – het vertrouwen kunnen ontleenen dat de zorg reproduceerbaar op een adequate en veilige manier wordt voortgebracht" (NIAZ, 2014). Het NIAZ komt bij ziekenhuizen langs voor een audit en kijkt dan naar alle aspecten die getoetst moeten worden om deze accreditatie te behalen. Dit kunnen grote aspecten zijn hoe de infrastructuur is geregeld, maar ook kleine dingen zoals de houdbaarheidsdatum van desinfectiepompjes of hoe men omgaat met strikte isolatie. Het NIAZ toetst ziekenhuizen aan de hand van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.4 (KZi 2.4) of volgens de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.0 (KZi 3.0). De laatste versie, KZi 3.0, is ontwikkeld in 2007 door Accreditation Canada en wordt momenteel al toegepast in 27 landen wereldwijd (NIAZ, 2015).

De Nederlands Technische Afspraak en de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.4/3.0 hebben veel overlappings, voornamelijk op het gebied van VMS. De VMS basiseisen, die beschreven zijn in de NTA 8009:2013 komen terug in de KZi 2.4/3.0. De VMS basiseisen zijn normelementen van de KZi 2.4/3.0. Een normelement wil zeggen dat het specifieke element op zichzelf gescoord wordt en voorwaarde is om de NIAZ accreditatie te behalen.

Het normelement wat van belang is voor dit onderzoek luidt als volgt: *"De instelling heeft afspraken voor informatieoverdracht tussen de medewerkers en werkeenheden die bij eenzelfde (zorg)proces zijn betrokken* (NIAZ, 2014).

Klinische verpleegkundige overdracht en patiëntveiligheid

Fouten die worden gemaakt in de algemene communicatie en communicatie rondom de verpleegkundige overdracht hebben verband met zorg gerelateerde schade. Dit is zowel een nationaal als internationaal probleem (WHO, 2007). Verschillende organisaties hebben dan ook acties ondernomen zoals het schrijven van rapporten en het starten van patiëntveiligheid programma's. Op nationaal gebied is een kwart van de zorg gerelateerde schade/adverse events te wijten aan de fouten rondom de informatie en communicatie (Langelaan, et al., 2013).

De overdracht is een belangrijke vorm van communicatie. Gevolgen van een inadequate overdracht zijn adverse events, vertraagde diagnose en behandeling waardoor het risico voor overplaatsing naar de intensive care wordt vergroot, medicatiefouten en inaccurate patiëntbehandelplannen, onnodig herhaalde testen, vertraagd ontslag en vanwege tijdgebrek minder één op één zorg met de patiënt (Flemming & Hübner, 2013).

Om de adverse events te verminderen en de patiëntveiligheid te verbeteren moet gekeken worden naar de bron van deze fouten. Wanneer de informatieoverdracht tussen twee zorgverleners al niet in orde is, heeft dit effect op alle zorgprocessen die rondom de patiënt plaatsvinden. Verschillende methoden zijn ontwikkeld om de overdracht structuur te geven en op deze manier te verbeteren. Om na te gaan of de overdracht goed verloopt, is een Handover Evaluation Scale (HES) ontwikkeld. De HES is een vragenlijst die op vier onderdelen van de overdracht ingaat namelijk, de kwaliteit van de informatie, de mate van interactie en steun, de efficiëntie van de overdracht en de patiëntbetrokkenheid. In het onderdeel kwaliteit van informatie gaat het over de actualiteit van de informatie, of de overdracht goed te volgen is en de mogelijkheid om de informatie te bespreken. Het onderdeel interactie en steun gaat in op het sociale aspect van de overdracht, zoals het evalueren en reflecteren op de dag, maar ook de mogelijkheid tot het stellen van vragen bij onduidelijkheden. Het onderdeel efficiëntie gaat over de relevantie van de overgedragen informatie en of de overdracht te lang duurt. Het laatste onderdeel patiëntbetrokkenheid bespreekt de betrokkenheid van de patiënt en zijn naasten bij de overdracht en in welke mate de overdracht wordt onderbroken door de patiënt en zijn naasten (O'Connell, Ockerby, & Hawkins, 2013).

Enkel, het implementeren en uitvoeren van deze methoden gaat soms moeizaam en kost veel tijd. Voor een overdrachtsmethode volledig geïmplementeerd kan worden moet de verantwoording niet alleen bij de uitvoerende zorgverlener liggen, maar ook bij de leidinggevende. Ook is de juiste scholing en kennis rondom de overdrachtsmethode van belang. Verder is het belangrijk dat de manier van overdragen regelmatig geëvalueerd wordt en wat beter zou kunnen of moeten (Haig, Sutton, & Whittington, 2006).

1.1.6. Aspecten verpleegkundige overdracht

De laatste jaren zijn al veel onderzoeken gedaan over de (verpleegkundige) overdracht in ziekenhuizen. Uit deze onderzoeken komen over het algemeen dezelfde aspecten naar voren die niet goed gaan en hoe het wel goed zou moeten gaan (Manser & Foster, 2011; Vermeer, 2012; Flemming & Hübner, 2013).

De voorbereiding op de overdracht is onvoldoende, bijvoorbeeld het niet afronden van gestarte taken (zoals controles) en een onvolledige schriftelijke rapportage. De mondelinge overdracht zelf heeft verschillende factoren die ervoor zorgen dat de overdracht minder goed verloopt. Onderzoek toont aan dat de overdracht vaak ongestructureerd is, door gebrek aan gestandaardiseerde procedures/protocollen. Andere factoren die de overdracht beïnvloeden zijn omgevingsfactoren, gedragsfactoren, sociale factoren, factoren met betrekking tot de patiëntinformatie, factoren met betrekking tot schriftelijke documentatie en de educatie van de verpleegkundigen op het gebied van de verpleegkundige overdracht (Manser & Foster, 2011) (Flemming & Hübner, 2013). Ook de patiëntbetrokkenheid bij de overdracht is een belangrijke factor (Novak & Fairchild, 2012).

Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren spelen een belangrijke rol zoals, geen aparte beschikbare ruimte voor de overdracht, veel geluid en de drukte op de afdeling. Een hoge werkdruk en onvoldoende tijd om over te dragen geven amper tot geen mogelijkheid tot het maken van notities of het stellen van vragen. Gedurende de overdracht komt het ook regelmatig voor dat de overdracht wordt onderbroken door

telefoons die overgaan, piepers of door bijvoorbeeld patiënt gerelateerde activiteiten zoals een infuussysteem dat in alarm gaat (Flemming & Hübner, 2013) (Vermeer, 2012).

Gedragsfactoren

Tijdens de overdracht is het van belang om gezamenlijk naar de patiënt te kijken, keuzes te maken en kritisch te zijn op de bestaande rapportage. Verder is het belangrijk dat de ontvanger van de informatie en nieuwe kennis begrijpt en bevestiging geeft dat hij de ontvangen informatie begrijpt (Manser & Foster, 2011).

Sociale factoren

De verpleegkundige overdracht wordt gezien als een vorm van teambuilding, socialiseren van nieuwe medewerkers, het hart luchten na een zware dienst, het bespreken van moeilijke patiëntvraagstukken (Vermeer, 2012).

Factoren met betrekking tot patiëntinformatie

Factoren gerelateerd aan de patiënten informatie zijn onder andere, veel onnodige herhalingen van informatie, het ontbreken van de opname reden, de huidige klinische conditie van de patiënt en de nog te volbrengen taken. Maar ook onvolledige en irrelevante informatie (Flemming & Hübner, 2013).

Factoren met betrekking tot schriftelijke documentatie

De mondelinge verpleegkundige overdracht wordt gebaseerd op schriftelijke documentatie. Het komt regelmatig voor dat de beschikbare verpleegkundige rapportages en medische dossiers niet gebruikt worden en dat verpleegkundige rapportages en medische dossiers incompleet zijn en niet overeenkomen met wat in de overdracht is besproken (Manser & Foster, 2011) (Flemming & Hübner, 2013).

Patiëntbetrokkenheid gedurende de mondelinge verpleegkundige overdracht

Wanneer de mondelinge verpleegkundige overdracht aan het bed wordt uitgevoerd, het zogeheten bedside brieven, ligt de focus voor de overdracht voornamelijk op de patiënt. De verpleegkundige die de patiënt overneemt kan zo ook gelijk de huidige klinische situatie beoordelen, alle lijnen en katheters controleren en eventuele vergissingen herstellen. Uit onderzoek blijkt ook dat door het uitvoeren van de overdracht aan bed de patiënttevredenheid en van zijn naasten omhoog gaat. Ook is het mogelijk voor de patiënt en zijn naasten om de overgedragen informatie aan te vullen of te corrigeren. Uit onderzoek blijkt dat wanneer de patiënt betrokken wordt bij de overdracht dit ten goede komt aan de continuïteit van zorg en de patiëntveiligheid, hierdoor is het risico op adverse events duidelijk verminderd (Novak & Fairchild, 2012) (Vermeer, 2012).

Educatie

Uit onderzoek blijkt dat in de opleiding tot verpleegkundige wel aandacht wordt besteed aan de rapportage, maar niet of weinig aan de verpleegkundige overdracht (Vermeer, 2012). De oorzaak van problemen of het niet goed uitvoeren van de overdracht ligt onder andere bij de basis, de educatie (WHO, 2007). Ook het hebben van een verkeerd rolmodel of een ongemotiveerd team kan leiden tot het niet goed uitvoeren van de verpleegkundige overdracht (Wasserman, 2014).

De kwaliteit van de overdracht is niet alleen afhankelijk van de structuur, de kwantiteit en de kwaliteit. Ook het type informatie is belangrijk, het is belangrijk om naar de patiënt als holistische eenheid te kijken en niet alleen volgens een gestructureerde lijst te werken (Flemming & Hübner, 2013).

1.1.7. Samenvatting

In 2013 bleek dat de prevalentie van potentieel vermijdbare schade rondom informatie en communicatie in Nederlandse ziekenhuizen 25,3% (N=416) was (Langelaan, et al., 2013) die potentieel vermijdbaar is, is te wijten aan gebreken rondom de informatie en communicatie. Voorbeelden van potentieel vermijdbare schade rondom informatie en communicatie zijn bijvoorbeeld, het niet overdragen van allergieën of de reanimatiecode van de patiënt. Om deze potentieel vermijdbare schades terug te dringen is na uitgebreid onderzoek door Shell (Willems, 2004) het Veiligheid Management Systeem (VMS) in het leven geroepen. Dankzij dit rapport zijn ziekenhuizen sinds 2008 verplicht om het VMS in te voeren. de basiseisen voor het VMS zijn vastgelegd in de Nederlands Technische Afspraak (NTA) (Nederlands Normalisatie instituut, 2011). Om na te gaan of een ziekenhuis voldoet aan de eisen, worden accreditaties uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ, 2015). In de NTA wordt ook de informatieoverdracht tussen zorgverleners in eenzelfde zorgproces beschreven, oftewel de verpleegkundige overdracht.

De mondelinge klinische verpleegkundige overdracht is de mondeling overdracht van de verantwoordelijkheid over een patiënt (Haikerwal, Dobb, & Ahmed, 2006). De mondelinge verpleegkundige overdracht kent verschillende methoden. De meest bekende methoden zijn wel de SBAR methode en de ABCDE methode. Deze methoden geven structuur aan de overdracht en zorgen ervoor dat zoveel mogelijk relevante informatie wordt overgedragen (Flemming & Hübner, 2013). Overige methoden zijn DeMIST, AMPLE (Baggen, van Exter, & van der Steeg, 2013) en IMIST-AMBO (Iedema, et al., 2012). De mondelinge verpleegkundige overdracht wordt ondersteund door de schriftelijke documentatie. Waar voorheen als op papier moest, wordt alles steeds meer digitaal. Dus ook het patiëntendossier (Flemming & Hübner, 2013). De locatie van de overdracht had de voorkeur om in een aparte ruimte gedaan te worden. Om de overdracht meer structuur en efficiëntie te bieden is het bedside briefen ontstaan (Novak & Fairchild, 2012).

De Acute Opname Afdeling (AOA) is een afdeling waar patiënten naartoe komen nadat ze vanaf de spoedeisende hulp zijn opgenomen. Op de AOA blijven ze maximaal 48 uur liggen, daarna worden ze ontslagen naar huis of overgeplaatst naar een andere afdeling. De AOA is een drukke afdeling waar dagelijkse patiënten worden overgeplaatst naar andere afdelingen (Byrne & Silke, 2011). De informatie overdracht tussen zorgverleners is dan ook een moment wat op de AOA veel voorkomt en de nodige verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Het is van meerdere factoren afhankelijk in hoeverre de informatieoverdracht volledig en correct wordt uitgevoerd (Flemming & Hübner, 2013).

2. Methoden van onderzoek

In het hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven. Het onderzoeksontwerp, het onderzoekstype, de onderzoekspopulatie, de onderzoeksperiode, de dataverzameling, het meetinstrument en data-analyse komt aan bod. Verder komt ook de onderzoekskwaliteit zoals, betrouwbaarheid en validiteit en de juridische en ethische aspecten aan de orde.

2.1. Onderzoeksontwerp en onderzoekstype

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen of de mondelinge verpleegkundige overdracht van Acute Opname Afdeling (AOA) naar de klinische afdelingen binnen het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) voldeed aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid en aan de normen van de NIAZ accreditatie. Om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. De keuze voor kwantitatief onderzoek ligt bij het feit dat het goed bij het doel past, het meten of de mondelinge verpleegkundige overdracht voldeed aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid en de NIAZ accreditatienormen. Dit kan enkel met kwantitatief onderzoek, wat ook wel gezien wordt als objectief vanwege het verzamelen van cijfermatige, meetbare gegevens (Verhoeven, 2011). De keuze om dit onderzoek op de AOA uit te voeren, is vanwege het feit dat op de AOA de mondelinge verpleegkundige overdracht vaker plaatsvindt omdat patiënten vaker worden overgeplaatst naar een andere afdeling dan dat dit het geval is bij de verpleegafdelingen.

Het kwantitatief onderzoek is uitgevoerd door middel van kwantitatieve observaties. In dit onderzoek is gekozen voor de waarnemer als participant, hierin neemt de onderzoeker niet deel aan de activiteiten, maar de deelnemers weten wel dat hij onderzoeker is (onthulde onderzoeksrol). Het gaat hier om een openlijke observatie waarbij het observatietype de formele, gestructureerde observatie is. Bij dit type liggen zowel de onderzoekseenheden, als de waarden waarin de variabelen kunnen worden beschreven en alle andere aspecten van de observatieprocedure vast (Glabbeek van, 2014). Tijdens deze observaties werd gebruik gemaakt van een checklist als meetinstrument.

2.2. Onderzoekspopulatie

De populatie van dit onderzoek bestond uit alle verpleegkundigen werkzaam op de acute opname afdeling (AOA) van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) in Goes. Op het moment dat het onderzoek uitgevoerd werd, waren in totaal vijftig verpleegkundigen werkzaam op de afdeling. Hierbij was geen exclusie op leeftijd, geslacht, functie, opleidingsniveau, dienstverband (fulltime/parttime), het aantal jaren dat ze werkzaam zijn als verpleegkundige en het aantal jaren dat ze werkzaam zijn op de AOA.

Na goedkeuring van het onderzoeksvoorstel, welke terug te vinden is in bijlage zes, heeft de teamleider van de AOA de verpleegkundigen ingelicht. Een brief voor de verpleegkundigen is opgesteld om hen in te lichten over het uit te voeren onderzoek, zie bijlage drie. Mocht een verpleegkundige bezwaar hebben dan kon binnen vijf werkdagen reactie worden gegeven op de brief. Voorafgaand aan de observatie werd wederom de reden van observatie en de anonimiteit van het onderzoek besproken en om toestemming gevraagd. Na het meetmoment werd de werkervaring van de verpleegkundige nagevraagd en de werkervaring op de AOA als verpleegkundige. Iedere verpleegkundige die aanwezig was op de AOA kon tijdens meetmomenten geobserveerd worden.

Het was afhankelijk welke verpleegkundige op het moment van observatie de mondelinge overdracht zou uitvoeren. De respondenten hebben op geheel vrijwillige basis deelgenomen aan het onderzoek.

De steekproef van het onderzoek is een aselechte clustersteekproef. Het was niet mogelijk om te voorspellen welke verpleegkundige de mondelinge overdracht van een patiënt naar afdeling uitvoerde, daarom is de volledige groep onderzocht.

2.3. Onderzoeksperiode

In het kader van de afstudeeropdracht aan de opleiding Bachelor Verpleegkunde van de HZ University of Applied Sciences is dit praktijkgerichte onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek is uitgevoerd op de acute opname afdeling (AOA) in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) in Goes. Het volledige onderzoek heeft een tijdsbestek van september 2015 tot en met maart 2016 in beslag genomen. De voorbereiding van dit onderzoek heeft plaatsgevonden tussen september 2015 en december 2015. De uitvoering van het onderzoek en de verwerking hebben plaatsgevonden tussen januari 2016 en maart 2016.

2.4. Dataverzameling

De dataverzameling van dit onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van kwantitatieve observaties aan de hand van een checklist. De observaties hebben enkel overdag plaatsgevonden op de acute opname afdeling (AOA). Elke verpleegkundige, die in de observatieperiode werkzaam was op de AOA, kon worden geobserveerd. Het streven was om minimaal 45 observaties uit te voeren. Dit streven is niet behaald aangezien het aantal overdrachtsmomenten op de AOA overdag rond dezelfde tijd plaatsvond en het onmogelijk was om op dezelfde tijd op meerdere plaatsen te observeren. Ook is het voorgekomen dat de kliniek geen plaats had voor patiënten en konden helemaal geen patiënten overgedragen worden. Uiteindelijk zijn 30 observaties uitgevoerd.

Tijdens de observatieperiode werd duidelijk dat de AOA reeds over een overdrachtsmethode beschikt, een overdrachtschecklist. Deze checklist is terug te vinden in bijlage vier. Tevens, is voor de observatieperiode een audit uitgevoerd op de AOA in verband met de toekomstige NIAZ accreditatie. Echter, het rapport werd pas beschikbaar gesteld tijdens de observatieperiode. In dit rapport kwam aan het licht dat de afdeling afspraken heeft gemaakt met betrekking tot de informatie overdracht, maar deze afspraken hebben geen formele status of zijn enigszins gedateerd. Verder bleek dat de AOA geen protocol of werkafpraak heeft voor de overdracht van de AOA naar de verpleegafdelingen en dat meerdere manieren van overdragen worden gebruikt zoals de SBAR methode of ABCD methode (Wielemaker & Cijssouw, 2015). Indien deze informatie bekend was voor de aanvang van de observatieperiode had dit effect gehad op de onderzoeksvraag en deelvragen. In dit geval had onderzocht kunnen worden of de huidige checklist wel actueel en compleet is met de huidige literatuur en of de huidige afspraken aangepast zouden moeten worden gezien de patiëntveiligheid en NIAZ accreditatie.

2.4.1. Meetinstrument

Het meetinstrument van dit onderzoek is een checklist. De checklist bestaat vanuit het 'Evidence Based Practice (EBP)' principe. Bij dit principe wordt gehandeld op basis van de literatuur, de evidence. Vanuit de literatuur wordt onderzocht wat het beste bewijs is voor een handeling, de ervaring van de patiënt en de kennis en ervaring van de verpleegkundige (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012). In de literatuurstudie van dit onderzoek is gezocht welke aspecten onder een 'goede' overdracht vallen, maar ook de patiëntbetrokkenheid rondom de mondelinge verpleegkundige overdracht en de kennis en ervaring van de verpleegkundige ten opzichte van de mondelinge verpleegkundige overdracht.

De checklist, welke te vinden is in bijlage vijf, is opgebouwd aan de hand van de 'Handover Evaluation Scale (HES)' (O'Connell, Ockerby, & Hawkins, 2013). De HES is opgebouwd uit vier subgroepen: kwaliteit van informatie, interactie en steun, efficiëntie en patiëntbetrokkenheid. Deze vier subgroepen zijn gebruikt voor het opstellen van de checklist en zijn aangevuld met de gevonden literatuur uit het theoretisch kader en bestaande checklists welke zijn terug te vinden in de bijlagen.

Operationalisatie

Operationalisatie is het ontwikkelen van de begrippen tot meetbare instrumenten (Verhoeven, 2011). Vanuit de centrale onderzoeksvraag zijn drie deelvragen opgesteld. De centrale onderzoeksvraag en de deelvragen kunnen beantwoord worden door de onderdelen van de checklist. De checklist bestond uit 25 items, welke beantwoord konden worden met ja of nee. Eventuele bijzonderheden kunnen onder het kopje opmerkingen worden geschreven. Het eerste gedeelte, nog voor de checklist, betrof de algemene gegevens. Dit waren de datum, tijd, de afdeling van bestemming voor de patiënt, het aantal jaren dat de respondent werkzaam is als verpleegkundige en het aantal jaren dat de respondent werkzaam is als verpleegkundige op de AOA. In tabel 2.1 staan de items van de checklist weergegeven met de verantwoording van de deelvragen. De deelvragen geven vervolgens antwoord op de centrale onderzoeksvraag. De volgende items, zijn de onderdelen van de checklist met de verantwoording naar de literatuur.

Kwaliteit van informatie (O'Connell, Ockerby, & Hawkins, 2013)

- Onderdeel 1 – 6

Onderdeel 1 tot en met 6 beslaat de patiëntgerichte informatie zoals een korte situatieschets, de reanimatiecode/isolatie, de voorgeschiedenis en allergieën, het beleid van de arts en de scores voor de vitale functies zoals de Early Warning Score (EWS) en de pijnscore aan de hand van de Numerieke Rating Schaal (NRS) (Flemming & Hübner, 2013).

- Onderdeel 7 en 8

Deze onderdelen zijn de scores voor de kwetsbare ouderen zoals de Snaq, Katz, valrisico en delierscore en het benoemen of een patiënt lijnen, sondes of katheters heeft (Novak & Fairchild, 2012).

- Onderdeel 9

Dit onderdeel moet aantonen in hoeverre de AOA verpleegkundige de taken heeft afgerond en of de verpleegkundige van de kliniek nog taken moet afronden (Flemming & Hübner, 2013).

- Onderdeel 10, 11 en 12

Deze onderdelen komen uit de overdrachtschecklist van de AOA uit het Heartland Hospital in Engeland (Hindmarsh & Lees, 2012). De focus van deze onderdelen ligt bij de praktische informatie

zoals het inschakelen van een transferverpleegkundige, of de familie op de hoogte is en of alle spullen bij de patiënt zijn.

Interactie en steun (O'Connell, Ockerby, & Hawkins, 2013)

- Onderdeel 13 en 14

Deze onderdelen moeten weergeven of het mogelijk is om vragen te stellen en notities te maken tijdens de mondelinge verpleegkundige overdracht (Flemming & Hübner, 2013) (Vermeer, 2012).

- Onderdeel 15

Dit onderdeel gaat over de verificatie, of een bevestiging wordt gevraagd voor het begrijpen van de ontvangen informatie (Wasserman, 2014).

Efficiëntie (O'Connell, Ockerby, & Hawkins, 2013)

- Onderdeel 16 – 19

De onderdelen 16 – 19 gaan voornamelijk over het gebruik van een protocol tijdens de overdracht, het gebruik van een overdrachtsmethode, de relevantie van de ontvangen informatie en de holistische benadering van de patiënt (Manser & Foster, 2011) (Flemming & Hübner, 2013).

- Onderdeel 20, 21 en 22

Deze onderdelen gaan over de tijd die beschikbaar is voor de overdracht, of een aparte ruimte voor de overdracht wordt gebruikt en of de overdracht wordt onderbroken door telefoons, piepers of personen (Flemming & Hübner, 2013) (Vermeer, 2012).

Patiëntbetrokkenheid (O'Connell, Ockerby, & Hawkins, 2013)

- Onderdeel 23, 24 en 25

Deze onderdelen zijn specifiek op de patiënt gericht. Voornamelijk of de overdracht aan bed wordt uitgevoerd (onderdeel 23), of de overdracht wordt onderbroken/gecorrigeerd door de patiënt en of de patiënt betrokken wordt bij de overdracht. Deze onderdelen zijn gebaseerd op de literatuur van Novak & Fairchild (2012) en Vermeer (2012).

Tabel 2.1 – Onderdelen checklist kwantitatieve observatie

Onderdelen checklist	
<i>Kwaliteit van informatie</i>	
<u>Patiëntgerichte informatie:</u>	<i>Geeft antwoord op:</i>
1. Korte situatieschets: opname reden, diagnose en behandeling	Deelvraag 1
2. DNR/isolatie	Deelvraag 1
3. Voorgeschiedenis en allergieën	Deelvraag 1
4. Beleid arts: afspraken, behandeling	Deelvraag 1
<i>Scores:</i>	
5. EWS	Deelvraag 1
6. NRS	Deelvraag 1
7. Kwetsbare ouderen (Snaq, Katz, valrisico, delier)	Deelvraag 1
8. Lijnen, sondes en katheters	Deelvraag 1
9. Taken nog niet afgerond door AOA verpleegkundige en nog moeten worden afgerond door overnemende verpleegkundige	Deelvraag 1
<u>Praktische informatie:</u>	
10. Transferverpleegkundige ingeschakeld	Deelvraag 1
11. Familie is op de hoogte van overplaatsing	Deelvraag 1
12. Alle persoonlijke spullen zijn bij de patiënt	Deelvraag 1

Interactie en steun	
13. Mogelijkheid tot het stellen van vragen	Deelvraag 1
14. Mogelijkheid tot het maken van notities	Deelvraag 1
15. Verificatie: een bevestiging vragen of de ontvangen informatie begrepen is	Deelvraag 1
Efficiëntie	
16. De overdracht wordt volgens een protocol/werkafspraken uitgevoerd	Deelvraag 1, 2 & 3
17. Een overdrachtschecklist/methode wordt gebruikt, zo ja welke?	Deelvraag 1, 2 & 3
18. Patiënt wordt holistisch benaderd	Deelvraag 1, 2 & 3
19. Ontvangen informatie is relevant	Deelvraag 1, 2 & 3
20. Genoeg tijd beschikbaar	Deelvraag 1, 2 & 3
21. Een aparte ruimte voor de overdracht	Deelvraag 1, 2 & 3
22. De overdracht wordt onderbroken door telefoons, piepers of personen	Deelvraag 1, 2 & 3
Patiëntbetrokkenheid	
23. Overdracht aan bed	Deelvraag 1, 2 & 3
24. Onderbroken/gecorrigeerd door patiënt	Deelvraag 1, 2 & 3
25. Patiënt is betrokken bij de overdracht	Deelvraag 1, 2 & 3

2.4.2. Data-analyse

Na de observaties zijn de gegevens verwerkt en geanalyseerd. Bij de analyse en verwerking van de gegevens is gebruik gemaakt van het data-analyse programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 20.0, het programma Microsoft Word 2013, het programma Microsoft Excel 2013 en het boek 'Wat is onderzoek?' van Verhoeven (2011). Bij voldoende data is een codeboek opgesteld in SPSS. Een codeboek is een lijst waarin zichtbaar is hoe de gemeten kenmerken omgezet worden naar variabelen die bij de analyses gebruikt worden. Variabelen zijn kenmerken of eigenschappen van de respondenten (V&VN, 2011). De uitkomst van de data-analyse is uitgewerkt in frequentieverdelingen, staafgrafieken en cirkeldiagrammen. Deze tabellen en grafieken zijn omgezet in Microsoft Excel 2013. De data en grafieken zijn uiteindelijk beschreven in Microsoft Word 2013. Hieruit is een conclusie getrokken die antwoord geeft op de probleemstelling.

2.5. Onderzoekskwaliteit

De kwaliteit van een onderzoek is van groot belang. Begrippen zoals betrouwbaarheid en validiteit spelen hierin een grote rol. In de volgende paragrafen worden de begrippen nader toegelicht.

Betrouwbaarheid

Het onderzoek wordt beoordeeld op betrouwbaarheid van de resultaten. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor belangrijke beslissingen of beleidsaanpassingen binnen een organisatie. Het onderzoek moet dus van goede kwaliteit zijn. Toevallige fouten, oftewel menselijke fouten in de opzet of uitvoering van het onderzoek kunnen de betrouwbaarheid aantasten (Verhoeven, 2011).

Het streven is een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid van dit onderzoek. De betrouwbaarheid ofwel nauwkeurigheid van het onderzoek wordt hoger naarmate de steekproef van het onderzoek ook

groter is. In dit onderzoek wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke steekproef binnen het beschikbare tijdsbestek. Het betrouwbaarheidsniveau is 95% bij een minimale steekproefomvang van 45. Het streven was dan ook om minimaal 45 observaties uit te voeren.

Na enkele weken van observeren bleek dit streven te hoog. De reden hiervoor is dat het regelmatig voorkwam dat op een dag misschien maximaal twee à drie patiënten overgeplaatst konden worden door gebrek aan beddencapaciteit in de kliniek, veel patiënten die met ontslag mochten of weinig patiënten op de AOA zelf.

De observaties worden gedaan door één observator, hierdoor is de interbeoordelaar-betrouwbaarheid maximaal. Om de betrouwbaarheid van de checklist te verhogen en de manier van observeren te controleren is een pilot van twee observaties uitgevoerd. Na deze pilot is gekeken of de huidige manier van observeren en de checklist aangepast moest worden. De definitieve checklist is terug te vinden in bijlage 4.

Alle aspecten van dit onderzoek zijn door middel van peer examination op betrouwbaarheid nagekeken door leden van de peergroup. De leden van de peergroup zijn (ex)collega onderzoekers die tevens de opleiding bachelor verpleegkunde volgen of hebben gevolgd.

Validiteit

Validiteit hangt samen met geldigheid en zuiverheid van de onderzoeksresultaten. Dus dat gemeten wordt wat gemeten moest worden en dat systematische fouten uitgesloten kunnen worden. De validiteit kan gecontroleerd worden door de geldigheid van het meetinstrument op de onderzoeksgroep te testen. Hoe minder systematische fouten het onderzoek kent, hoe meer het onderzoek een reële afspiegeling van de werkelijkheid is (Verhoeven, 2011).

De *interne validiteit* is het vermogen tot het trekken van juiste conclusies. Wanneer is een conclusie juist en wat is de relatie hierin met de interne validiteit (Verhoeven, 2011).

De interne validiteit kan in het geding komen door een selectie van respondenten uit de onderzoekspopulatie. In dit onderzoek is dit niet het geval, gekeken wordt naar de gehele onderzoekspopulatie. Verder kan het zijn dat de validiteit minder zal zijn door het 'testeffect'. Het testeffect kan zijn dat respondenten anders handelen omdat ze weten dat ze onderzocht worden. Om dit te voorkomen wordt alvorens een observatie start duidelijk en concreet uitgelegd wat de bedoeling is van het onderzoek en niet om respondenten te 'keuren' of ze 'goed' of 'fout' handelen. Ook werden de observaties enkel overdag uitgevoerd op de AOA en niet in de avond op de afdeling waar de patiënt komt te liggen.

De *externe validiteit* is het nagaan of de steekproef de juiste weergave is van de onderzoekspopulatie (Verhoeven, 2011). Het onderzoek wordt uitgevoerd onder verpleegkundigen van de acute opname afdeling (AOA). De centrale onderzoeksvraag is gericht op deze onderzoekspopulatie. De inclusiecriteria voor het onderzoek zijn dat enkel verpleegkundigen werkzaam op de AOA deel mogen nemen aan dit onderzoek en dat zij geschoold moeten zijn om op de AOA te mogen werken.

Verder wordt de validiteit van het meetinstrument en de daarbij behorende onderzoekspopulatie gecontroleerd door leden van de peergroup. Tevens zullen de begeleidend docenten van dit onderzoek, de onderzoeksopzet beoordelen op validiteit.

Juridische en ethische aspecten

De onderzoeksopzet en later het onderzoeksvoorstel is volledig beoordeeld en goedgekeurd door de begeleidende docenten alvorens gestart mocht worden met de uitvoering van het onderzoek. Na de goedkeuring van het onderzoeksvoorstel is ook goedkeuring verschaft van de instelling waar het onderzoek zou plaatsvinden. Deze is terug te vinden in bijlage vijf.

Het deelnemen aan dit onderzoek is geheel op vrijwillige basis, de respondenten zijn dus niets verplicht. De respondenten hebben het recht om op ieder moment van het onderzoek hun medewerking stop te zetten. De privacy van de respondenten wordt gewaarborgd, door de gegevens van de respondenten volledig anoniem te verwerken. De ingevulde checklists van de observaties worden niet openbaar gemaakt, enkel de dataverwerking is opgenomen in het onderzoeksverslag.

3. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven. De resultaten komen voort uit de observaties die zijn afgenomen. Allereerst worden de kenmerken van de respondenten beschreven en de subgroepen van de checklist zoals de kwaliteit van informatie, de interactie en steun, efficiëntie en de patiëntbetrokkenheid. Vervolgens komt de locatie van de overdracht kort aan bod. Tot slot, het gebruik van protocollen en de NIAZ accreditatienorm en kwaliteitsindicator van patiëntveiligheid.

3.1. Kenmerken van de respondenten

Alle verpleegkundigen die werkzaam zijn op de acute opname afdeling (AOA) van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) in Goes konden worden geobserveerd. Een verpleegkundige werd alleen uitgesloten van het onderzoek, als hij/zij zelf aangaf niet te willen deelnemen. Dit was niet van toepassing. Van de vijftig verpleegkundigen, die werkzaam zijn op de AOA, zijn tien verpleegkundigen (20%) geobserveerd. In totaal zijn dertig observaties uitgevoerd. Alle respondenten waren vrouwelijk.

De kenmerken van de respondenten zijn weergegeven in onderstaande tabel. De spreidingsbreedte van het aantal jaren dat een respondent werkzaam is als verpleegkundige is erg groot, deze loopt van 1 tot 32 jaar. In verband met de grote spreiding, is de data in kwartielen verdeeld, dit resulteerde echter in ongelijke klassenbreedtes.

Tabel 3.1 Kenmerken respondenten

N = 30	Aantal jaren werkzaam als verpleegkundige	Aantal jaren werkzaam als verpleegkundige op de AOA
1 – 4 jaar	27% (8)	40% (12)
5 – 7 jaar	23% (7)	60% (18)
8 – 19 jaar	23% (7)	n.v.t.
20 – 32 jaar	27% (8)	n.v.t.

3.2. Handelingen uitgevoerd mondelinge verpleegkundige overdracht

De checklist bestaat uit 25 onderdelen, hierna te noemen handelingen. Wanneer in de resultaten gesproken wordt van een correct uitgevoerde handeling betekent dit dat een onderdeel van de checklist wel is uitgevoerd of benoemd. Bijvoorbeeld, onderdeel 13, de mogelijkheid tot het stellen van vragen is correct uitgevoerd. Dit betekent dat tijdens de overdracht het mogelijk was om vragen te stellen. De resultaten zijn beschreven aan de hand van vier subgroepen: de kwaliteit van informatie, de interactie en steun, de efficiëntie en de patiëntbetrokkenheid. Een extra categorie die beschreven wordt is de locatie van de overdracht, omdat in meerdere onderdelen van de checklist de locatie van de overdracht wordt geobserveerd. De locatie is aangegeven in zowel de demografische gegevens van de checklist, als in de subgroep efficiëntie en in de subgroep patiëntbetrokkenheid.

Kwaliteit van informatie

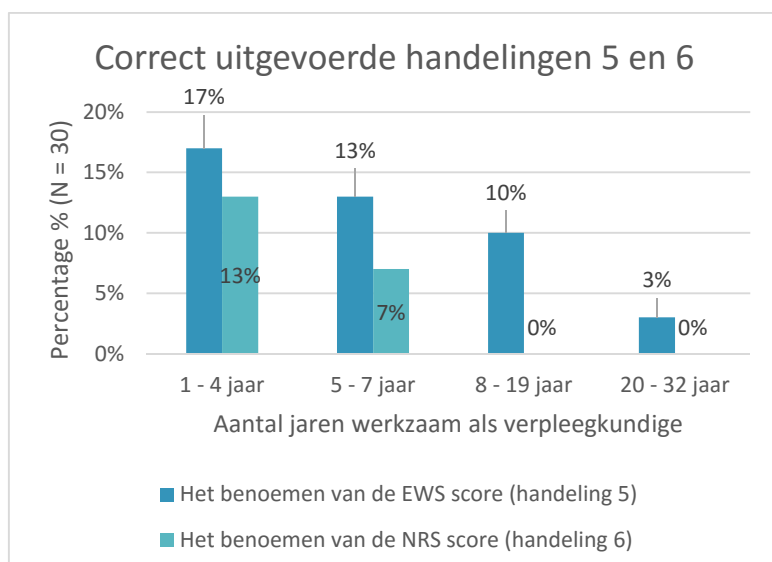
De kwaliteit van informatie is opgesplitst in een onderdeel patiënten informatie, deze bevat de handelingen 1-9 en een onderdeel praktische informatie, deze bevat de handelingen 10-12. De handeling zoals een korte situatieschets (1), de DNR/isolatie van de patiënt (2), de voorgeschiedenis en allergieën (3), het beleid van de arts (4), kwetsbare ouderen scores (7), lijnen/infusen en katheters van de patiënt (8), of de familie op de hoogte is van de overplaatsing (11) en of alle persoonlijke spullen bij de patiënt zijn (12) werden in meer dan de helft (> 60%) van de observaties besproken. De EWS score (5), de NRS score (6) en taken die nog niet afgerond zijn door de AOA verpleegkundige en het inschakelen van een transferverpleegkundig werd in minder dan de helft (< 45%) van de observaties besproken. Onderdelen 5 en 6 zijn scores die van belang zijn voor de vitaliteit van de patiënt, zoals vitale functies (EWS) en de pijnscore (NRS). Wanneer deze score niet wordt overgedragen weet de ontvangende verpleegkundige niet wat de actuele status is van de patiënt. Onderdelen 9 en 10 zijn praktische zaken zoals het afronden van taken en het inschakelen van een transferverpleegkundige.

Tabel 3.2 Een correcte uitvoering van alle handelingen welke onder de subgroep 'kwaliteit van informatie' vallen (N=30).

vanen (N=56):

Handeling correct uitgevoerd (N = 30)		Aantal	%	
Patiënten informatie				
Kwaliteit van informatie	1	Korte situatieschets: opname reden, diagnose en behandeling	30	100
	2	DNR/isolatie	19	63
	3	Voorgeschiedenis en allergieën	27	90
	4	Beleid arts: afspraken, behandeling	30	100
	5	Scores: EWS	13	43
	6	Scores: NRS	6	20
	7	Kwetsbare ouderen (Snaq, Katz, valrisico, delier)	27	90
	8	Lijnen, sondes en katheters	23	77
	9	Taken nog niet afgerond door AOA vpk en nog moeten worden afgerond door overnemende vpk	5	17
	Praktische informatie:			
	10	Transferverpleegkundige ingeschakeld	4	13
	11	Familie is op de hoogte van overplaatsing	30	100
12	Alle persoonlijke spullen zijn bij de patiënt	30	100	

In figuur 3.1 is de mate in hoeverre handelingen 5 en 6 correct worden uitgevoerd zichtbaar. In de figuur is af te lezen dat respondenten die maximaal 4 jaar als verpleegkundige werken de EWS score (handeling 5) in 17% van de observaties benoemen en de NRS score (handeling 6) in 13% van de observaties benoemen. Verpleegkundigen die maximaal 32 jaar als verpleegkundige werken, benoemen de EWS score in 3% van de observaties en de NRS score helemaal niet tijdens de observaties.



Figuur 3.1 Correct uitgevoerde handelingen 5 en 6 Score EWS en NRS (N=30)

Interactie en steun

De subgroep interactie en steun bevat handeling 13-15, dit is weergegeven in onderstaande tabel. De mogelijkheid tot het stellen van vragen (13) en de mogelijkheid tot het maken van notities (14) werd in > 95% van de observaties uitgevoerd. De verificatie, het vragen om bevestiging of de ontvangen informatie duidelijk is (15) werd in geen enkele observatie uitgevoerd.

Tabel 3.3 Een correcte uitvoering van alle handelingen welke onder de subgroep 'interactie en steun' vallen (N=30).

Handeling correct uitgevoerd (N=30)		Aantal	%
Interactie en steun	13 Mogelijkheid tot het stellen van vragen	29	97
	14 Mogelijkheid tot het maken van notities	30	100
	15 Verificatie: een bevestiging vragen of de ontvangen informatie begrepen is	0	0

Efficiëntie

Deze subgroep bevat handeling 16-22, zie tabel 3.4. De onderdelen een holistische benadering van de patiënt (18), relevantie van de ontvangen informatie (19) en de beschikbare tijd (20) werden in vrijwel alle observaties uitgevoerd (> 90%). De overdracht werd in meer dan de helft van de observaties (57%) onderbroken door telefoons, piepers of personen (22). Het overdragen volgens een overdrachtsmethode (17) is tijdens twee observaties gedaan. Het overdragen in een aparte ruimte (21) is tevens tijdens twee observaties uitgevoerd. Het overdragen volgens protocol of werkafpraak (16) werd in geen enkele observatie uitgevoerd.

Tabel 3.4 Een correcte uitvoering van alle handelingen welke onder de subgroep 'efficiëntie' vallen (N=30).

Handeling correct uitgevoerd (N=30)			Aantal	%
Efficiëntie	16	De overdracht wordt volgens een protocol/werkafspraken uitgevoerd	0	0
	17	Een overdrachtschecklist/methode wordt gebruikt	2	7
	18	Patiënt wordt holistisch benaderd	29	97
	19	Ontvangen informatie is relevant	30	100
	20	Genoeg tijd beschikbaar	27	90
	21	Een aparte ruimte voor de overdracht	2	7
	22	De overdracht wordt onderbroken door telefoons, piepers of personen	17	57

Patiëntbetrokkenheid

De handelingen 23-25 vallen onder deze subgroep. De onderdelen het onderbreken/corrigeren van de overdracht door de patiënt (24) en het betrekken van de patiënt bij de overdracht (25) is in geen enkele observatie uitgevoerd. Eenmalig heeft een observatie aan bed (23) plaatsgevonden, dit is zichtbaar in de onderstaande tabel.

Tabel 3.5 Een correcte uitvoering van alle handelingen welke onder de subgroep 'patiëntbetrokkenheid' vallen (N=30).

Handeling correct uitgevoerd (N=30)			Aantal	%
Patiënt-betrokkenheid	23	Overdracht aan bed	1	3
	24	Onderbroken/gecorrigeerd door patiënt	0	0
	25	Patiënt is betrokken bij de overdracht	0	0

Locatie van de overdracht

Zoals weergegeven in figuur 3.3, werd het merendeel (90%) van de geobserveerde overdrachten uitgevoerd op de gang, bij de computers, tussen patiëntenkamers in. De overige geobserveerde overdrachten werden in een aparte ruimte (7%) of aan het bed (3%) uitgevoerd.

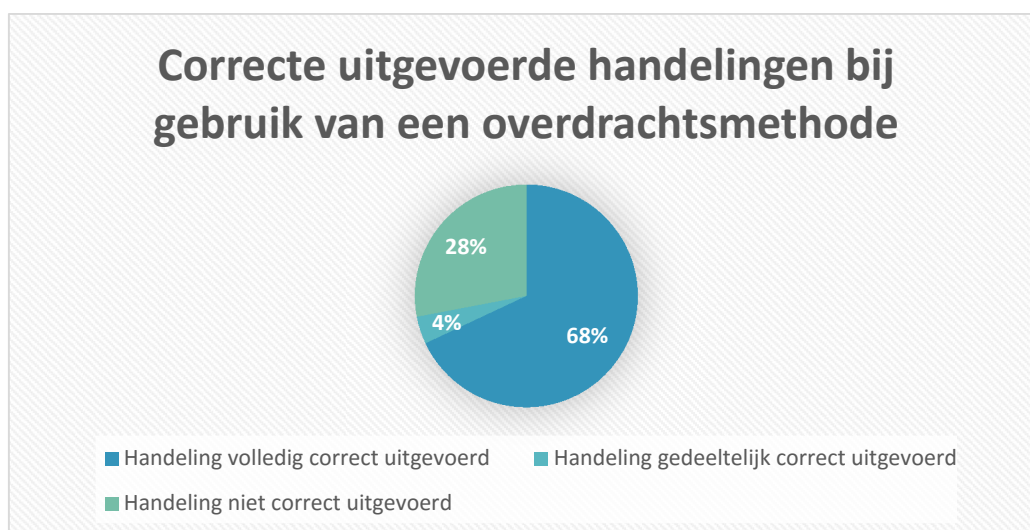


Figuur 3.3 Locatie van de verpleegkundige overdracht (N=30).

Wanneer gekeken werd naar het correct uitvoeren van de handelingen tijdens de overdracht aan bed en de overdracht in een aparte ruimte resulteerde dit in het volgende. Tijdens de overdracht aan bed (N=1) werd 48% van alle handelingen correct uitgevoerd. Wanneer de overdracht in een aparte ruimte (N=2) plaatsvond werd 68% van de handelingen correct uitgevoerd.

3.3. Gebruik protocollen/werkafspraken:

Tijdens de observaties (N=30) is geen enkele overdracht volgens protocol uitgevoerd. Enkel tijdens twee observaties (7%) is de overdracht uitgevoerd volgens een overdrachtsmethode, die op de afdeling aanwezig bleek te zijn. Onderstaande figuur geeft weer in hoeverre alle onderdelen van de checklist tijdens de overdracht volledig werden besproken bij het gebruiken van een overdrachtsmethode. In de figuur is te zien dat een ruime meerderheid (68%) van de overdracht volledig en correct is uitgevoerd, volgens de observatiechecklist.



Figuur 3.4 Het correct uitvoeren van de handelingen bij gebruik van een overdrachtsmethode (N=2).

3.4. NIAZ accreditatienorm en kwaliteitsindicator patiëntveiligheid

De NIAZ accreditatienorm en de kwaliteitsindicator van patiëntveiligheid die voor dit onderzoek geldt is: *“De instelling heeft afspraken voor informatieoverdracht tussen de medewerkers en werkeenheden die bij eenzelfde (zorg)proces zijn betrokken (NIAZ, 2014). Aan deze norm moet voldaan worden wil het ADRZ de NIAZ accreditatie behalen.*

Tijdens alle observaties is tweemaal gebruik gemaakt van een overdrachtsmethode, die op de afdeling beschikbaar was. Dit betrof een checklist, deze is terug te vinden in bijlage vier. De overige overdrachten zijn zowel zonder een protocol als overdrachtsmethode uitgevoerd.

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten vergeleken met de beschikbare literatuur en worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek uitgelicht.

4.1. Confrontatie van de resultaten met de literatuur

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de checklist in driekwart van de observaties werd uitgevoerd. Onderdelen die in het merendeel van de observaties werden uitgevoerd zijn onder andere het geven van een korte situatieschets, het bespreken van het behandelbeleid, de mogelijkheid tot interactie, het maken van notities, de relevantie van de ontvangen informatie, de beschikbare tijd en de holistische benadering van de patiënt. Deze onderdelen komen overeen met wat in de literatuur beschreven wordt als een goed lopende overdracht (Wasserman, 2014) (Flemming & Hübner, 2013).

In de subgroep van de checklist 'kwaliteit van informatie' werden de onderdelen zoals het benoemen van de reanimatiecode/isolatie en de scores (EWS en NRS) in veel mindere mate gedaan. In het onderzoek van Flemming en Hübner (2013), werd dit ook aangegeven als een van de meest voorkomende aspecten die niet worden benoemd in de mondelinge verpleegkundige overdracht.

In de subgroep 'interactie en steun' werd nooit de ontvangen informatie geverificeerd. Volgens Wasserman (2014), is de verificatie van de ontvangen informatie erg belangrijk omdat het begrijpen van de overdracht een essentieel onderdeel is van een correcte en volledige overdracht. De overige handelingen van de subgroep werden voor het merendeel van de observaties volledig en correct uitgevoerd.

Uit de subgroep 'efficiëntie' kwam naar voren dat geen van de geobserveerde overdrachten is de overdracht uitgevoerd aan de hand van een protocol, enkel tijdens twee observaties werd gebruik gemaakt van een overdrachtsmethode. De overdrachtsmethode die gebruikt was, was een checklist. Uit het auditrapport van september 2015, bleek dat de AOA geen protocol of werkafpraak heeft voor de overdracht van de AOA naar de verpleegafdelingen. In het rapport kwam aan het licht dat de AOA wel afspraken heeft omtrent de informatieoverdracht maar dat deze informeel en gedateerd zijn (Wielemaker & Cijssouw, 2015). Volgens de audit worden meerdere overdrachtsmethoden gebruikt zoals de SBAR methode en de ABCDE methode, dit is echter niet zichtbaar geweest tijdens de observaties.

Wanneer tijdens de observatie een overdrachtsmethode werd gebruikt, kwam dit ten goede aan de volledigheid en het correct uitvoeren van de handelingen die in de observatiechecklist zijn opgenomen. Dit is een gegeven wat ook terugkomt in de literatuur. Volgens meerdere bronnen komt het inbrengen van structuur tijdens de verpleegkundige overdracht ten goede aan de volledigheid van de informatie maar ook aan de patiëntveiligheid en wordt het aantal potentieel vermijdbare zorg gerelateerde schades verminderd (Flemming & Hübner, 2013; WHO, 2007; Novak & Fairchild, 2012).

De onderdelen van de subgroep 'patiëntbetrokkenheid' werden vrijwel niet uitgevoerd. De overdracht is slechts een enkele keer aan bed uitgevoerd. Tijdens deze ene keer was de overdracht

niet volledig en correct uitgevoerd, dit spreekt de literatuur tegen. Volgens meerdere onderzoeken komt het overdragen aan bed ten goede aan de volledigheid en structuur van de overdracht en de patiëntveiligheid (Vermeer, 2012) (Novak & Fairchild, 2012).

Uit dit onderzoek is enige bewijs gekomen om aan te nemen dat de overdracht meer volledig en correct wordt uitgevoerd wanneer de overdracht in een aparte ruimte plaatsvindt dan wanneer deze aan bed wordt uitgevoerd. De literatuur spreekt dit tegen. Volgens de literatuur is het uitvoeren van de overdracht aan bed juist vollediger (Novak & Fairchild, 2012).

4.2. Sterke en zwakke punten van het onderzoek

De uitkomsten van een onderzoek zijn altijd wel voor een klein deel vertekend met de werkelijkheid. In dit onderzoek wisten de verpleegkundigen dat ze geobserveerd werden waardoor ze mogelijk een andere houding hebben aangenomen dan ze normaliter zouden doen. Echter, om wenselijk gedrag te reduceren is vooraf elke observatie duidelijk uitgelegd dat het onderzoek volledig anoniem is en dat het onderzoek objectief is. Om de interne validiteit te waarborgen hebben de observaties enkel overdag plaatsgevonden op de Acute Opname Afdeling en is getracht om zoveel mogelijk observaties uit te voeren bij verschillende verpleegkundigen. De diversiteit van de onderzoekspopulatie werd vergroot doordat het een aselechte steekproef betrof, welke vervolgens de externe validiteit vergrootte (Verhoeven, 2011).

Voorafgaand aan dit onderzoek is een pilot uitgevoerd om de betrouwbaarheid van de checklist te verhogen door deze te controleren op volledigheid en eventuele fouten. Tijdens het onderzoek is de checklist altijd gebruikt, zodat geen enkel onderdeel werd vergeten of overgeslagen. Aan het begin van de dataverwerking is het codeboek gecontroleerd. Tijdens de gegevensverwerking is feedback gegeven en de data gecontroleerd door een lid van de peergroup. Door de feedback van zowel de docent als (ex)collega onderzoekers van de peergroup wordt de betrouwbaarheid verhoogd (Verhoeven, 2011). De betrouwbaarheid van de checklist is gecontroleerd in het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) door middel van de Cronbach Alpha analyse. Uit deze analyse kwam het gegeven dat de betrouwbaarheid 0,53 is. Is het getal > 0,60 dan geeft het een voldoende homogeen beeld van hetzelfde begrip (Verhoeven, 2011). De betrouwbaarheid van het meetinstrument is te laag.

Tijdens de observaties is het opleidingsniveau, of een verpleegkundige MBO of HBO als vooropleiding heeft, niet nagevraagd. Volgens het nieuwe opleidingsprofiel is een MBO verpleegkundige opgeleid om te werken volgens structuur in voorspelbare en planbare situaties. Een HBO verpleegkundige is opgeleid om te werken in zorgsituaties die onvoorspelbaar en complex kunnen zijn (V&VN, 2016). De visie wat een correcte uitvoering van de overdracht is, is voor de MBO verpleegkundige mogelijk anders dan dat voor de HBO verpleegkundige is. Ditzelfde geldt voor het belang van correct uitvoeren van de overdracht en welk effect dit heeft op de patiëntveiligheid. Het gegeven dat een MBO verpleegkundige de overdracht mogelijk anders uitvoert dan een HBO verpleegkundige maakt dat dit geen betrouwbaar beeld geeft van de uitvoering van de mondelinge verpleegkundige overdracht.

Het aantal geobserveerde respondenten is summier ten opzichte van de gehele onderzoekspopulatie. Het verband tussen de locatie van de overdracht en het effect op de

volledigheid van de overdracht is discutabel omdat het overdragen in een aparte ruimte tijdens twee observaties, beide uitgevoerd door dezelfde verpleegkundige, is voorgekomen en de overdracht aan bed eenmalig. Ook het gebruik van een overdrachtsmethode en het effect op de volledigheid van de overdracht is slechts in twee observaties voorgekomen waardoor ook dit gegeven niet volledig betrouwbaar is. De overdrachtsmethode, een checklist welke terug te vinden is in bijlage vier, beslaat slechts de helft van de onderdelen die de observatiechecklist kent. In hoeverre deze overdrachtschecklist alle onderdelen met betrekking tot de patiëntveiligheid en een correcte en volledige overdracht dekt is discutabel.

De uitkomst van dit onderzoek is enkel te generaliseren voor de Acute Opname Afdeling en niet voor alle afdelingen in het ziekenhuis. Om een gegeneraliseerd resultaat te verkrijgen moet dit onderzoek uitgevoerd worden op alle afdelingen in het ziekenhuis. Enkel, de afdelingen spoedeisende hulp, intensive care en het operatiekwartier vallen hier standaard buiten omdat ze te specifiek zijn en vaste methoden.

5. Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bespreekt de conclusie van dit onderzoek aan de hand van de gestelde deelvragen en centrale onderzoeksvraag. Vervolgens volgt hieruit een aanbeveling.

5.1. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen of de mondelinge verpleegkundige overdracht van Acute Opname Afdeling (AOA) naar de klinische afdelingen binnen het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) voldoet aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid en aan de normen van de NIAZ accreditatie. Dit inzicht is nodig in verband met de NIAZ accreditatie die binnen het ADRZ zal plaatsvinden.

Op welke manier wordt de mondelinge verpleegkundige overdracht van patiënten die worden overgeplaatst van acute opname afdeling naar de klinische afdelingen uitgevoerd?

De mondelinge verpleegkundige overdracht vindt veelal plaats op de gang bij de computers tussen de patiëntenkamers in. Tijdens de mondelinge verpleegkundige overdracht op de AOA wordt altijd een korte situatieschets en het behandelbeleid van de arts gegeven. In een groot deel van alle observaties werd de kwetsbare ouderen scores zoals, snaq, Katz, valrisico en delierscore benoemd en de lijnen, sondes en katheters die de patiënt heeft. Tijdens het overdragen is het ook mogelijk om vragen te stellen, notities te maken en is de informatie die wordt overgedragen altijd relevant. Praktische informatie of de familie op de hoogte is van de overplaatsing wordt ook altijd benoemd. In enkele observaties werd gebruik gemaakt van een checklist. Essentiële onderdelen zoals de scores van de vitale functies (EWS), pijnscore (NRS), reanimatiecode en isolatie maatregelen werden met enige regelmaat niet benoemd, maar deze zijn wel van belang voor de patiëntveiligheid.

Welke maatregelen/protocollen/richtlijnen worden gebruikt om de mondelinge verpleegkundige overdracht van patiënten die worden overgeplaatst vanaf de acute opname afdeling naar de kliniek uit te voeren?

Op de AOA beschikt men niet over een protocol met betrekking tot de verpleegkundige overdracht van de AOA naar de kliniek, alleen informele en enigszins gedateerde afspraken. In twee observaties is gebruik gemaakt van een overdrachtsmethode. Deze overdrachtsmethode betrof een checklist die aanwezig bleek te zijn op de AOA.

In welke mate worden NIAZ accreditatienormen en de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid tijdens de mondelinge verpleegkundige overdracht afgedekt?

Het normelement wat van belang is voor dit onderzoek luidt als volgt: *“De instelling heeft afspraken voor de informatieoverdracht tussen de medewerkers en werkeenheden die bij eenzelfde (zorg)proces zijn betrokken* (NIAZ, 2014). Op de AOA is geen protocol/werkafpraak beschikbaar welke de informatieoverdracht beschrijft. Datgene wat enige vorm van structuur biedt tijdens de overdracht is een checklist en informele, gedateerde afspraken omtrent de informatieoverdracht. Deze checklist wordt echter zelden gebruikt. Doordat de bestaande checklist, zelden wordt gebruikt komt het regelmatig voor dat aspecten zoals scores omtrent de vitale functies en pijn, allergieën, reanimatiebeleid en isolatiebeleid niet benoemd worden. Dit zijn belangrijke aspecten die invloed hebben op de patiëntveiligheid en potentieel vermijdbare zorg gerelateerde schade.

Centrale onderzoeksvraag:

‘In hoeverre voldoet de mondelinge verpleegkundige overdracht van de Acute Opname Afdeling (AOA) naar de klinische afdelingen binnen het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid en de normen van de NIAZ accreditatie?’

Ongeveer de helft van alle onderdelen van de observatiechecklist werden door de AOA verpleegkundigen uitgevoerd. Ze gaven vooral een globaal beeld van de patiënt. Essentiële onderdelen van de overdracht werden met enige regelmaat niet besproken, maar deze zijn wel van belang voor de patiëntveiligheid. Ook het feit dat op de AOA geen protocol of werkafpraak is gemaakt met betrekking op de informatieoverdracht heeft effect op de patiëntveiligheid. De afspraken die gemaakt zijn, zijn informeel en gedateerd. De overdrachtsmethode, die op de AOA aanwezig is, wordt zelden gebruikt waardoor de mondelinge verpleegkundige overdracht geen structuur heeft volgens een specifieke methodiek.

Geconcludeerd kan worden dat de mondelinge verpleegkundige overdracht van de Acute Opname Afdeling niet voldoet aan de kwaliteitsindicatoren van patiëntveiligheid en de normen van de NIAZ accreditatie omdat de gemaakte afspraken, zoals het gebruik van een overdrachtsmethode tijdens de verpleegkundige overdracht, niet worden nageleefd waardoor de patiëntveiligheid in het geding komt.

5.2. Aanbeveling

Vanuit de resultaten, discussie en conclusie van dit onderzoek wordt een aanbeveling gegeven naar het ADRZ, de opleiding en voor eventueel vervolgonderzoek.

5.2.1. Aanbevelingen voor het ADRZ

Het blijkt dat de acute opname afdeling beschikt over een checklist maar dat de implementatie hiervan nog aandacht nodig heeft. om de implementatie van de checklist tot een succes te brengen zijn een aantal aanbevelingen verwoord op macro-, meso- en microniveau.

Macroniveau (binnen het ziekenhuis)

Het opstellen van randvoorwaarden die ervoor zorgen dat de overdracht uitgevoerd wordt op basis van Evidence Based Practice (EBP). Dit betekent dat gekeken moet worden naar het perspectief van de literatuur op de correcte en volledige manier van overdragen, het perspectief van de patiënt op de verpleegkundige overdracht en het perspectief van de verpleegkundige op de verpleegkundige overdracht. Deze randvoorwaarden moeten worden gecombineerd waaruit vervolgens richtlijnen en protocollen vloeien.

Met het oog op de digitalisering binnen de zorg is het van belang om een digitaal overdrachtsformulier in het elektronisch patiëntendossier in te bouwen. Dit digitale overdrachtsformulier moet alle onderdelen bevatten die volgens het EBP principe in de overdracht thuishoren. Ook moet het praktische en gebruiksvriendelijk zijn door bijvoorbeeld functies in te bouwen dat informatie die al ergens anders in het dossier staat (zoals voorgeschiedenis) automatisch ingevuld wordt bij het openen van het overdrachtsformulier.

Mesoniveau (binnen de afdeling)

Wanneer een innovatie wordt ingevoerd, zijn meerdere aspecten van belang. Het succes van implementatie is afhankelijk van de cultuur van de afdeling, de rol van de leidinggevende hierin, een veilige leeromgeving en het inzien van de zin van de innovatie. In dit geval is het belangrijk dat de afdeling open staat voor de invoer van een checklist en dat de leidinggevende dit stimuleert. Ook is het belangrijk dat een veilige omgeving wordt gecreëerd waar de ruimte bestaat om fouten te maken en van elkaar te leren. Tot slot, is het van belang om bewust te zijn wat het nut is van de implementatie van de checklist.

Microniveau (verpleegkundigen)

De overdracht verloopt regelmatig zoals het niet hoort doordat bepaalde rolmodellen het verkeerde voorbeeld geven. Om de overdracht te verbeteren is het belangrijk dat de ruimte bestaat om feedback te geven of te ontvangen, onafhankelijk van het aantal jaren dat een verpleegkundige al werkzaam is.

5.2.2. Aanbevelingen voor de opleiding

Het is bekend dat in de opleiding veel aandacht wordt besteed aan de verpleegkundige rapportage, maar de verpleegkundige overdracht wordt vaak amper of niet besproken. Hoewel een overdracht in elke instelling anders verloopt, is het essentieel om in de opleiding de meest algemene manieren van de verpleegkundige overdracht te behandelen en de relatie hiervan tot patiëntveiligheid. In deze lessen is het belangrijk dat de student leert om een kritische houding te creëren aan de hand van Evidence Based Practice. Een voorbeeld hierin kan zijn om ze te leren wat zowel de voordelen en nadelen van bedside briefing zijn aan de hand van de bestaande literatuur.

5.2.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Gedurende dit onderzoek kwam aan het licht dat de AOA reeds over een checklist beschikt. Deze checklist beslaat slechts de helft van de complete checklist die gebruikt is voor de observaties. Ook de overdrachtschecklists uit de literatuur zijn meer uitgebreid en gestructureerd door bijvoorbeeld een methodiek zoals de SBAR methode. Vervolgonderzoek zou gedaan kunnen worden naar de actualiteit en de volledigheid van de checklist, maar ook het inbrengen van structuur aan de hand van een bepaalde methodiek, zoals de SBAR methode.

Het meetinstrument wat gebruikt is voor dit onderzoek is een observatiechecklist. De checklist is gecontroleerd op volledigheid door het uitvoeren van een pilot. De subgroepen en de onderdelen van de checklist moeten in vervolgonderzoek ook worden nagekeken. De subgroep, patiëntbetrokkenheid van de checklist, was maar een klein deel van de gehele observatie dat aan bod kwam. Met het oog op de ontwikkelingen in de zorg, moet zeker gekeken worden naar de mondigheid van de patiënt en de interactie tussen patiënt en verpleegkundige tijdens de verpleegkundige overdracht.

De betrouwbaarheid van de checklist is gecontroleerd door middel van de Cronbach Alpha analyse in het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Uit deze analyse kwam het gegeven dat de betrouwbaarheid 0,53 is. Deze waarde moet > 0,60 zijn om een voldoende homogeen beeld van hetzelfde begrip te geven (Verhoeven, 2011). Indien deze checklist in vervolgonderzoek wordt gebruikt moet deze op validiteit worden nagekeken.

Tijdens de observaties is niet gevraagd naar het opleidingsniveau. Het opleidingsniveau, MBO verpleegkunde of HBO verpleegkunde, kan wel degelijk effect hebben op hoe de overdracht wordt uitgevoerd. Dit omdat zowel de denkwijze als inzicht in situaties verschillend is door het verschil in moeilijkheidsgraad van beide opleidingen.

De focus van dit onderzoek lag voornamelijk op de mondelinge verpleegkundige overdracht. Tijdens het literatuuronderzoek als basis voor dit onderzoek, bleek uit de literatuur dat de schriftelijke rapportage en schriftelijke overdracht niet altijd compleet en correct is.

Naast de mondelinge verpleegkundige overdracht tussen de AOA en de kliniek kan ook de verpleegkundige overdracht tussen diensten worden onderzocht. Waar de overdracht tussen de AOA en de kliniek misschien na implementatie en verbeteringen goed gaat, wil niet zeggen dat dit ook geldig is voor de overdracht tussen diensten.

Bronvermelding

- ADRZ. (2012). *Jaarverslag 2011 'Op koers naar beter'*. Goes: Admiraal De Ruyter Ziekenhuis.
- ADRZ. (2014, April 8). *Certificaten en keurmerken*. Opgehaald van Admiraal de Ruyter Ziekenhuis: <http://www.adrz.nl/over-adrz/onze-zorg/certificaten-en-keurmerken?steID=1&catID=473>
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar, C., Limón, R., Mira, J. J., Vitaller, J., Agra, Y., & Terol, E. (2011). A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*, 1-5.
- Australian Commission on Safety and Quality Healthcare. (2010). *OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality Healthcare.
- Baggen, V., van Exter, P., & van der Steeg, G. (2013). Gestructureerde overdrachtsmethoden voor ambulancezorgverleners. *Ambulancezorg*, 30-33.
- Byrne, D., & Silke, B. (2011). Acute medical units: Review of evidence. *European Journal of Internal Medicine*, 344-347.
- Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Ebben, R., van Grunsven, P., Moors, M., Aldenhoven, P., de Vaan, J., van Hout, R., . . . Vloet, L. (2015). A tailored e-learning program to improve handover in the chain of emergency care: a pre-test post-test study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23-33.
- Flemming, D., & Hübner, U. (2013). How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *International Journal of Medical Informatics*, 580-592.
- Glabbeek van, N. (2014). *Succesvol studeren, communiceren en onderzoeken*. Amsterdam: Pearson.
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 167-175.
- Haikerwal, M., Dobb, G., & Ahmed, T. (2006). *Safe handover: Safe patients - guidance on clinical handover for clinicians and managers*. Kingston, Australia: Australian Medical Association.
- Hindmarsh, D., & Lees, L. (2012). Improving the safety of patient transfer from AMU using a written checklist. *Acute Medicine*, 13-17.
- Iedema, R., Ball, C., Daly, B., Young, J., Green, T., Middleton, P. M., . . . Comerford, D. (2012). Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO'. *BMJ Quality & Safety*, 627-633.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2005). *Definitielijst patiëntveiligheid*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

- Langelaan, M. C., M., d. B., Baines, R. J., Broekens, M. A., Hammink, K., Schilp, J., . . . Wagner, C. (2013). *Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012*. Utrecht: Nivel.
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 181-191.
- McCloughen, A., O'Brien, L., Gillies, D., & McSherry, C. (2008). Nursing handover within mental health rehabilitation: An exploratory study of practice and perception. *International Journal of Mental Health Nursing*, 287-295.
- Mout, P., Fraanje, W. L., & Wulterkens, W. (2011). Het ABCDE van de acute huisartsgeneeskunde. *Huisarts & Wetenschap*, 210-214.
- Nederlands Normalisatie instituut. (2011). *NTA 8009:2011, veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die zorg verlenen*. Delft: NEN, Nederlands Normalisatie instituut.
- NIAZ. (2014). *Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.4*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Accreditatie ini de Zorg.
- NIAZ. (2015). *Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg*. Opgehaald van www.niaz.nl
- Novak, K., & Fairchild, R. (2012). Bedside reporting and SBAR: Improving Patient Communications and Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 760-762.
- O'Connell, B., Ockerby, C., & Hawkins, M. (2013). Construct validity and reliability the Handover Evaluation Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 560-570.
- Pezzolesi, C., Schifano, F., Pickles, J., Randell, W., Hussain, Z., Muir, H., & Dhillon, S. (2010). Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 396-401.
- Scott, I., Vaughan, L., & Bell, D. (2009). Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 397-407.
- V&VN. (2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Utrecht: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).
- V&VN. (2016, Januari 13). *Eindelijk onderscheid tussen verpleegkundige mbo en hbo*. Opgehaald van V&VN: <http://www.venvn.nl/Berichten/ID/1020793/Eindelijk-onderscheid-tussen-verpleegkundige-mbo-en-hbo>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Vermeer, K. (2012). Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid. *Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 21-23.
- Wasserman, M. (2014). In focus: Effective hand overs integral to high quality patient care. *AORN Connections*, C7 - C8.
- WHO. (2007, Mei). Communication During Patient Hand-Over. *Patient Safety Solutions*.

Wielemaker, A., & Cijssouw, P. (2015). *Auditrapport Acute Opname Afdeling*. Goes: ADRZ.

Willems, R. (2004). *Hier werk je veilig, of je werkt hier niet - Sneller beter: De veiligheid in de zorg*. Den Haag: Shell Nederland.

Bijlagen

Bijlage 1 Overdrachtsformulier SBAR, St. Joseph Medical Center, Verenigde Staten
Dit formulier wordt gehanteerd in het St. Joseph Medical Center, Illinois, Verenigde Staten (Haig, Sutton, & Whittington, 2006).

Bijlage 2 Checklist overdracht AOA Heartlands Hospital, Engeland

Deze checklist wordt gehanteerd in het Heartlands Hospital, Birminigham, Engeland

Bijlage 3 Brief verpleegkundigen acute opname afdeling (AOA)

Geachte verpleegkundige,

Met het oog op het continue verbeteren van de zorg in het ADRZ en de NIAZ accreditatie in april 2016, vraag ik het volgende.

Mijn naam is Karine Boshoven en ik ben vierdejaars verpleegkunde student aan de HZ University of Applied Sciences. Mijn vraag is of u deel wilt nemen aan mijn afstudeeronderzoek over de mondelinge verpleegkundige overdracht van de acute opname afdeling naar de klinische afdelingen.

Het onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van observaties. Ik kijk mee tijdens de mondelinge overdracht van de patiënt en maak aantekeningen aan de hand van een checklist. Dit geldt alleen voor de mondelinge verpleegkundige overdracht van de acute opname afdeling (AOA) naar de klinische afdelingen. Bij de uitvoering zullen uw gegevens volledig anoniem worden verwerkt.

Mocht u bezwaar willen maken of andere vragen hebben dan verzoek ik u vriendelijk om contact met mij op te nemen via: bosh0003@hz.nl.

Bij voorbaat hartelijk dank voor de deelname aan dit onderzoek,

Met vriendelijke groet,
Karine Boshoven

Bijlage 4 Checklist overplaatsing AOA – Kliniek, Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Bijlage 5 Checklist mondelinge verpleegkundige overdracht

Datum: _____ Tijd: _____ Observatienummer: _____

Locatie overdracht: _____ Overplaatsing naar: _____

AOA verpleegkundige:

Geslacht: M/V

Aantal uren: full time/ part time

Aantal jaren werkzaam als verpleegkundige: _____ Aantal jaren werkzaam op AOA: _____

Onderdeel	Uitgev oerd	Opmerkingen
Kwaliteit van informatie		
Patiëntgerichte informatie:	Ja/nee	
1. Korte situatieschets: opname reden, diagnose en behandeling	Ja/nee	
2. DNR/isolatie	Ja/nee	
3. Voorgeschiedenis en allergieën	Ja/nee	
4. Beleid arts: afspraken, behandeling	Ja/nee	
Scores:		
5. EWS	Ja/nee	
6. NRS	Ja/nee	
7. Kwetsbare ouderen (Snaq, Katz, valrisico, delier)	Ja/nee	
8. Lijnen, sondes en katheters	Ja/nee	
9. Taken nog niet afgerond door AOA vpk en nog moeten worden afgerond door overnemende vpk	Ja/nee	
Praktische informatie:		
10. Transferverpleegkundige ingeschakeld	Ja/nee	
11. Familie is op de hoogte van overplaatsing	Ja/nee	
12. Alle persoonlijke spullen zijn bij de patiënt	Ja/nee	
Interactie en steun		
13. Mogelijkheid tot het stellen van vragen	Ja/nee	
14. Mogelijkheid tot het maken van notities	Ja/nee	
15. Verificatie: een bevestiging vragen of de ontvangen informatie begrepen is	Ja/nee	
Efficiëntie		
16. De overdracht wordt volgens een protocol/werkafpraak uitgevoerd	Ja/nee	
17. Een overdrachtschecklist/methode wordt gebruikt Zoja, welke?	Ja/nee	
18. Patiënt wordt holistisch benaderd	Ja/nee	
19. Ontvangen informatie is relevant	Ja/nee	
20. Genoeg tijd beschikbaar	Ja/nee	
21. Een aparte ruimte voor de overdracht	Ja/nee	
22. De overdracht wordt onderbroken door telefoons, piepers of personen	Ja/nee	
Patiëntbetrokkenheid		
23. Overdracht aan bed	Ja/nee	
24. Onderbroken/gecorrigeerd door patiënt	Ja/nee	
25. Patiënt is betrokken bij de overdracht	Ja/nee	

Bijlage 6 Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Nadat de opleiding fase 1B heeft goedgekeurd dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in het onderzoeksvoorstel (fase 1B).

Door dit formulier te ondertekenen wordt er toestemming gegeven aan Karine Boshoven om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de benoemde instelling zoals beschreven in de onderzoeksopzet van fase 1B.

Naam instelling : Admiraal de Ruyter Ziekenhuis
Naam begeleider/contactpersoon : *Rianne Wouters*
Functie begeleider/contactpersoon : *Teamleider*
Adres : 's Gravenpolderseweg 114
Postcode en Plaats : 4462 RA Goes
E-mail begeleider/contactpersoon : *R.Wouters@adrz.nl*

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum
26-11-2015

Plaats
Goes

Handtekening

R. Wouters

Bijlage 7 Codeboek onderzoek

Bijlage 8 Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322)

Naam student: Karine Boshoven

Studentnummer: 00061035

Differentiatie: AGZ

Datum:

	Elk item wordt beoordeeld op een 10-puntsschaal: 5 is onvoldoende en 6 is voldoende. Score 3 mag in de beoordeling niet voorkomen.			Aantal punten
0	Rapportage <i>Indicatoren HZ kader: 1 – 4</i> (LET OP, moet minimaal zes zijn anders geen verdere beoordeling)	Onderzoeksverslag is geschreven in eigen woorden. Verslag ziet er netjes en verzorgd uit, inclusief voorwerk. Lettergrootte klopt. Alle hoofdstukken zijn opgenomen. Taalgebruik is objectief, correct en zakelijk. Bronvermelding en literatuurlijst zijn volgens de APA-normen. Voor spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl geldt: maximaal drie fouten per pagina!		
1	Inleiding <i>Indicatoren HZ kader: 5 – 7</i>	De student noemt de aanleiding en achtergronden van het onderzoek. De student beschrijft zorgvuldig, logisch en helder het praktijkprobleem. De student beschrijft de relevantie voor Verpleegkunde/vroedkunde. De student noemt de doelstelling van het onderzoek. De student noemt de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Er is een leeswijzer aanwezig.		
2	Theoretisch kader <i>Indicatoren HZ kader: 8 -10</i> <i>DD 1*</i>	Zoekplan (zoekvraag +zoekstrategie+ zoekboom) wordt beschreven. In het theoretisch kader worden de kernbegrippen beschreven in eigen woorden. De bestudeerde literatuur is hierbij leidend. Er is een logische opbouw. Aantal bronnen en relevantie van bronnen is voldoende.		
3	Methode <i>Indicatoren HZ kader: 11-13</i>	De student noemt onderzoekstype, onderzoeksontwerp, onderzoekspopulatie, Plaats en tijd. De student beschrijft het operationalisatieproces en het verloop van de dataverzameling, verwerking en analyse. Duidelijk wordt hoe de kwaliteit van het onderzoek (betrouwbaarheid, validiteit) is gewaarborgd. De student verantwoordt elke keuze vanuit onderzoeksliteratuur.		
4	Resultaten <i>Indicatoren HZ kader: 14 -16</i>	Resultaten worden zonder interpretatie benoemd en duidelijk weergegeven met behulp van tabellen, grafieken en/of schema's.		
5	Discussie <i>Indicatoren HZ kader: 17-18, 20</i> <i>DD3*</i>	Resultaten zijn geanalyseerd. Student laat zien kritisch te kunnen zijn, verbanden te leggen tussen bevindingen en koppeling te maken met theoretische kader. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek worden benoemd en de gevolgen daarvan voor de betrouwbaarheid en externe en interne validiteit.		
6	Conclusies <i>Indicator HZ kader: 19</i>	Hoofd en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie.		
7	Aanbevelingen <i>Indic HZ kader 21 – 24</i> <i>DD2*</i>	Aanbevelingen volgen logisch uit onderzoek, zijn concreet en realistisch, dragen bij aan een daadwerkelijke en duurzame oplossing		
6	Evaluatie <i>Indicatoren HZ kader: 28-30</i> <i>DD2, DD5*</i> Alleen in te vullen door 1^e begeleider!	Toont professioneel gedrag tijdens onderzoek. Hieronder valt: Planmatig werken (volgens de tijdsplanning van het concept en definitieve versie); Zelfstandigheid (eigen keuzes gemaakt en eigen invulling; binnen begeleidingsuren gebleven; feedback adequaat opgepakt); Samenwerking met 1 ^{ste} begeleider (tijdig geïnformeerd over problemen en belangrijke keuzes, openstaan voor suggesties en kritiek).		
		Max aantal te halen punten	80 of 90*	Behaalde punten
	Toegekend cijfer	Behaalde punten / 8 of 9* *2^e beoordelaar vult onderdeel 6 niet in!		

*Dublindescriptoren zie bijlage 9

Naam eerste beoordelaar:

Naam tweede beoordelaar: