

Het verbeteren van de medische en verpleegkundige overdracht.



Department of Critical Care
University Medical Center Groningen



Hanzehogeschool Groningen
University of Applied Sciences

Naam:	Denise Weima Ceciel Houtsma
Uitstroomprofiel:	Algemene gezondheidszorg
Datum:	Juni 2016
Opleiding:	Academie voor verpleegkunde Hanzehogeschool te Groningen
Osiriscode	HVVB15AFOU3
Docentbegeleider:	Joya Smit
Opdrachtgever:	Dr. W. Dieperink, researchcoördinator Afdeling Intensive care volwassenen.

Voorwoord

Dit verslag is het verslag van het onderzoek dat heeft plaatsgevonden in de onderzoeksperiode van 2016 in het UMCG in Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd door Ceciel Houtsma en Denise Weima.

Het onderwerp van dit onderzoek is: Welke medische- en verpleegkundige overdracht items zijn relevant voor de continuïteit van zorg bij overplaatsing van de IC patiënten?

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Dr. W. Dieperink, researchcoördinator van de intensive care voor volwassenen in het UMCG en Dr. W. Paans, lectoraat verpleegkundige diagnostiek.

Graag willen wij Dr. W. Dieperink bedanken voor de begeleiding en voor de adviezen die wij gedurende de onderzoeksperiode hebben gekregen. Verder willen wij graag Marisa Onrust bedanken voor het bieden van de mogelijkheid om mee te kunnen lopen op de verschillende intensive care afdelingen. En graag willen wij J. M. Smit bedanken voor haar kritische blik en voor alle tijd die zij in ons onderzoek heeft gestoken. Tot slot willen wij graag alle mede onderzoekers die ook werkzaam waren in de flex ruimte bedanken voor hun betrokkenheid en adviezen.

Groningen, juni 2016
Ceciel Houtsma
Denise Weima

Samenvatting

Aanleiding

Door de invoering van het nieuwe PDMS (patiënten data management systeem) op de intensive care afdeling voor volwassenen (ICV) in het Universitair Medische Centrum Groningen is er geen duidelijke en eenduidige verpleegkundige overdracht meer. In de verpleegkundige overdracht staan geen vastgelegde verpleegkundige diagnoses, resultaten en interventies. Enkel de uitgevoerde zorg. In de medische overdracht echter ontbreekt de onderbouwing bij de medische diagnoses. Een eerder gestart onderzoek (*Bloemberg & Kuyper, 2016*) op de ICV van het UMCG laat zien dat bepaalde verpleegkundige diagnoses niet naar voren komen in de medische en verpleegkundige overdracht. Hierbij is de aanbeveling om verder onderzoek te doen naar de medische en verpleegkundige overdracht, zowel met betrekking tot de overdracht naar andere afdelingen als met betrekking tot de brieven die naar de huisarts worden verstuurd. Ook verschillende wetenschappelijke artikelen laten zien dat de overdracht fouten bevat.

Onderzoeksvraag

Welke medische- en verpleegkundige overdracht items zijn relevant voor de continuïteit van zorg bij overplaatsing van de IC patiënten?

Doel

Binnen veertien weken kan er gezegd worden of de samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht bijdraagt aan de continuïteit en kwaliteit van de patiëntveiligheid volgens de landelijke criteria.

Methode

De methode die tijdens het onderzoek gebruikt is, is een descriptieve exploratieve pilot methode. De opzet van het onderzoek is zowel kwalitatief als kwantitatief. Door middel van literatuurstudie zijn er gegevens verzameld voor het theoretisch kader. Hierin is onderzoek gedaan naar de medische en verpleegkundige overdracht. Waarom moet deze verbeterd worden? Ook is er onderzocht of deze overdrachten gekoppeld kunnen worden aan de NANDA, de NIC en de NOC classificatie. Daarnaast zijn medische en verpleegkundige overdrachten van de ICV beoordeeld aan de hand van een checklist. Hierin is onderzocht welke relevante items ontbreken, welke items dubbel geregistreerd zijn en of deze dubbele registratie aanvullend of overbodig is. Dit is gedaan aan de hand van een checklist die deels is opgesteld in een vorig onderzoek (*Bloemberg & Kuyper, 2016*) en is aangevuld met ontbrekende overdracht items. Deze overdracht items zijn bepaald aan de hand van de relevantie voor medici en verpleegkundigen. Er zijn er kwantitatieve gegevens verzameld rondom de samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht.

Resultaten

Uit de resultaten komt naar voren dat er veel ruimte is voor verbetering. Alle overdracht items zijn relevant wanneer deze van toepassing zijn op de patiënt. De volgende overdracht items worden het meest benoemd als relevant: Behandelsbeperking, reden voor opname, allergieën, voorgeschiedenis, cognitie, pijn, respiratoir, circulatie, vocht- en elektrolyten balans en neurologisch systeem.

De NANDA, NIC en NOC classificatie draagt bij aan de continuïteit van zorg en de volledigheid van de overdracht.

Conclusie

Er kan gesteld worden dat alle overdracht items relevant zijn voor de continuïteit van zorg bij overplaatsing van de ic patiënt. Een samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht kan de continuïteit van zorg verbeteren en zo een dubbele en overbodige registratie voorkomen en onduidelijkheden of verschillende notatie uit de weg te gaan.

Verder kan een Nanda, NIC en NOC classificatie ervoor zorgen dat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd en er geen informatie verloren gaat richting de verpleegafdeling en de huisarts.

Discussie

Tot slot zijn er gedurende de loop van het onderzoek aanpassingen gedaan in het huidige overdrachtssysteem. Hierdoor is de beginsituatie van het onderzoek niet meer de huidige situatie. Dit kan invloed hebben op de uitkomsten en aanbevelingen.

Op de intensive care werken dusdanig veel verpleegkundigen dat het niet mogelijk is geweest om alle verpleegkundigen een enquête in te laten invullen. Hierdoor zijn niet alle meningen meegenomen in het onderzoek en kunnen de resultaten hierdoor beïnvloed zijn.

Aanbevelingen

Tijdens het praktijkgericht onderzoek is er onderzoek gedaan naar een eventuele samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht items. Vanuit dit onderzoek zijn er aanbevelingen opgesteld om zo de overdracht te verbeteren en de continuïteit van zorg te waarborgen.

1. De NANDA, NIC en NOC classificatie implementeren in de overdracht draagt bij aan de continuïteit van zorg en patiëntveiligheid. Om de NANDA, NIC en NOC classificatie voor de verpleegkundige eigen te kunnen maken en ervoor te zorgen dat deze op de juiste wijze wordt toegepast is educatie nodig.
2. Er is veel onduidelijkheid over welke overdracht items behoren bij de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen en welke bij de verantwoordelijkheid van de medici. Hierdoor is een samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht een goede uitkomst. Om dit te realiseren is verder onderzoek nodig.
3. In het vernieuwde PDMS kan een samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht en een introductie van de NANDA, NIC en NOC classificatie ervoor zorgen dat de continuïteit van zorg beter gewaarborgd wordt en de overdracht soepel verloopt. Het advies is hier om verder onderzoek te verrichten naar een implementatie van de NANDA, NIC en NOC in de medische en verpleegkundige overdracht.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Inleiding.....	7
Vraagstelling.....	8
Deelvragen	9
Doelstelling	9
Definiëring van begrippen	9
Opbouw van het verslag	9
1. Theoretisch kader.....	10
1.1. De huidige overdrachtsvorm.....	10
1.2. Eisen verpleegkundige overdracht	10
1.3. Eisen voor de medische overdracht	11
1.4. Verbetering van het ziekenhuisontslag.....	11
1.5. Verpleegkundige overdracht, een geoliede machine?	12
1.6. De NANDA, NIC en NOC	13
2. Onderzoeksmethodiek.....	14
2.1. Onderzoeksdesign	14
2.2. Populatie	15
2.3. Dataverzameling	15
2.3.1. Literatuurstudie	15
2.3.2. Het analyseren van medische en verpleegkundige overdrachten.....	16
2.3.3. Enquêtes van verpleegkundigen en medici	17
2.4. Data-analyse	18
2.5. Betrouwbaarheid	18
2.6. Generaliseerbaarheid.....	19
2.7. Validiteit	19
2.8. Ethische verantwoording	20
3. Resultaten.....	20
3.1. Resultaten literatuurstudie.....	20
3.2. Resultaten analyse overdrachten	21
3.2.1. Resultaten, aanwezig in de medische en verpleegkundige overdracht.....	21
3.2.2. Resultaten analyse dubbele registratie.....	23

3.3. Analyse enquête	24
3.3.1. Ingevulde enquêtes door verpleegkundigen	25
3.3.2. Ingevulde enquêtes door medici.....	27
4. Conclusie	29
5. Discussie.....	30
6. Aanbevelingen	31
7. Literatuur.....	32
Bijlage 1. Checklist analyseren overdrachten.	36
Bijlage 2. De analyse van de overdrachten.	39
Bijlage 3. De enquête	42
Bijlage 4. Enquête resultaten verpleegkundige.....	44
Bijlage 5. Logboek.....	47
Bijlage 6. Peer assesment.....	49

Inleiding

Patiëntveiligheid wordt op nationaal en internationaal niveau steeds belangrijker. Door steeds meer inzichten in de gezondheidszorg door onderzoeken en betere verslaglegging, is er steeds meer bekend over de bijkomende risico's van patiëntoverdrachten.

Binnen de keten van zorg vinden vele momenten van overdracht plaats. Wanneer een patiënt met ontslag gaat wordt er zowel een medische als een verpleegkundige overdracht geschreven. De medische overdracht wordt zowel naar de verpleegafdeling als naar de huisarts van de patiënt verstuurd. De verpleegkundige overdracht wordt alleen naar de verpleegafdeling verstuurd.

Het verschijnen van het rapport van het Institute of Medicine (IOM) Genaamd '*To err is human*' (2000) heeft het onderwerp patiëntveiligheid wereldwijd op de kaart gezet. Uit dit onderzoek naar fouten in de gezondheidszorg blijkt dat deze voor 80% te wijten zijn aan miscommunicatie tussen zorgprofessionals. Gevolgen hiervan zijn: medicatiefouten, vallen, infecties, sepsis en ongeplande opname op de intensive care (*Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000*).

Tevens is er door een verbetering binnen de ziekenzorg een trend naar kortere opnames ontstaan. De verkorte duur van ziekenhuisopnames gaat wereldwijd gepaard met een aantal problemen. Deze bestaan veelal uit een inadequate overdracht richting de patiënt en onderling tussen de zorgverleners. Dit kan leiden tot levensbedreigende situaties, schade door handelingen die vermeden kunnen worden en heropnames.

Ieder ziekenhuis is uniek en heeft zijn eigen cultuur binnen de organisatie. Dit heeft als gevolg dat er niet een landelijk overdrachtssysteem is ontwikkeld maar dat ieder ziekenhuis zijn eigen vorm van overdracht en elektronische patiëntendossier bepaald. Tevens kan de vorm van overdracht in de Nederlandse ziekenhuizen per afdeling verschillen. Ondanks de aandacht voor het verbeteren van de overdracht is er weinig bekend over wat de factoren zijn van een ineffectieve en onveilige ontslagprocedure (*Hesselink & Wollersheim, 2012*). Australië, het Verenigd Koninkrijk en Ierland hebben dit probleem recent geëvalueerd en aanbevelingen gepubliceerd. Aanbevelingen zijn: een standaardisatie implementeren met betrekking tot de overdracht tussen werknemers, verschillende diensten en verschillende afdelingen. Ervoor zorgen dat gezondheidsorganisaties een systeem implementeren welke verzekerd dat bij een volgende zorginstelling alle belangrijke informatie bekend is over de patiënt met betrekking tot diagnoses, zorgpaden, medicatie en uitslagen. Geef trainingen over effectieve overdrachtscommunicatie in onderwijs en de continuïteit van de professionele ontwikkeling van zorgprofessionals. Moedig de communicatie tussen zorginstellingen die zorg leveren aan de zelfde patiënt aan. Hoewel er op dit moment geen effectieve methode is voor het verbeteren van patiënt overdrachten, zijn er verschillende strategieën geïmplementeerd in ziekenhuizen en deze worden op dit moment bestudeerd door de WHO (*WHO, 2007*). De patiëntveiligheid met betrekking tot de medische en verpleegkundige overdracht is een wereldwijd bekend probleem, er zijn echter nog geen effectieve oplossingen gevonden en er lopen nog veel onderzoeken.

Vanuit VMS (veiligheidsmanagement systeem) in Nederland zijn experts op het gebied van patiëntveiligheid het er over eens dat een verbetering van de communicatiesystemen de meest effectieve manier is om de overdrachtscommunicatie te verbeteren. De overdracht is één van de onderdelen van zorg waarin patiëntveiligheid verbeterd en vergroot kan worden. Dit kan doormiddel van een vernieuwd overdrachtssysteem waarbij de risico's voor patiënten verkleind worden. (*VMS Veiligheidsprogramma, 2013*).

Aan de hand van deze resultaten is het V&VN een onderzoek gestart naar het verloop van de verpleegkundige overdracht.

Uit het onderzoek van V&VN en Nictiz (*van Duijvendijk, 2014*) blijkt dat ruim 61% van de 800 geïnterviewde verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat de verpleegkundige overdracht nog niet goed verloopt.

Uit het IGZ rapport (2015) komt naar voren dat de beroepsnormen van de verpleegkundigen onvoldoende worden nageleefd. Hierdoor gaat de V&VN de huidige richtlijn voor verslaglegging herzien, in de vernieuwde versie zullen ook de beroepsnormen worden opgenomen. Hierin moeten duidelijke handvatten komen voor een goede overdracht. In het huidige V&VN verslaglegging wordt benoemd dat er nog geen gebruik gemaakt wordt van een eenduidige classificatie.

Ook het onderzoek van Castellan et al. (2015) laat zien dat het gebruik van een gestandaardiseerde classificatie bijdraagt aan het verbeteren van de verpleegkundige documentatie en de evaluatie van de verpleegkundige zorg aan patiënten.

Sinds vorig jaar zijn verschillende intensive care units overgestapt op een nieuw elektronisch patiëntendossier, ook wel het PDMS genoemd. Ook de intensive care voor volwassenen van het Universitair Medisch Centrum Groningen is sinds juli 2015 overgestapt op dit nieuwe systeem. Hierdoor verdween de schriftelijke verpleegkundige overdracht. In het UMCG zijn vier intensive care afdelingen voor volwassenen gevestigd. De ICV (Intensive Care Volwassenen) heeft in totaal 44 niveau III bedden, verdeeld over vier afdelingen, namelijk: de Thorax Intensive Care (THIC), de Neurochirurgische en Neurologie Intensive Care (NCIC), de Intensive Care Beademing (ICB) en de Chirurgische Intensive Care (CHIC). Niveau III biedt een zeer hoog zorgniveau, met specifieke medische technologie aan patiënten met zeer gecompliceerde ziekten. Het UMCG beschikt ook over een Mobiele Intensive Care Unit voor specifieke zorg op locatie (MICU) (UMCG, 2015).

Dr. W. Dieperink (researchcoördinator sector ICV UMCG) heeft echter op de intensive care volwassenen een probleem gesignaleerd met betrekking tot de medische en verpleegkundige overdracht. Voor dit onderzoek zijn Bloemberg & Kuyper (2016) aangesteld. Deze zijn tot de conclusie gekomen dat er door de invoering van dit nieuwe systeem geen duidelijke medische en verpleegkundige overdracht meer is. Hierdoor komt het met enige regelmaat voor dat de verpleegkundige de medische overdracht doet aan de patiënt en andere disciplines, terwijl dit de taak van de arts is. In de verpleegkundige overdracht staan geen vastgelegde verpleegkundige diagnoses (NANDA), resultaten (NOC) en interventies (NIC). Enkel wordt de uitgevoerde zorg beschreven. In de medische overdracht ontbreekt echter de onderbouwing bij de medische diagnosen. Hier staat bijvoorbeeld alleen: AP rechts. Hier staat verder geen informatie bij vermeld over de locatie, huidige situatie en behandeling.

Ook laat het eerder uitgevoerde onderzoek (Bloemberg & Kuyper, 2016) op de ICV van het UMCG zien dat bepaalde verpleegkundige diagnosen niet voor komen in de overdracht. Hierbij geven de vorige onderzoekers als aanbeveling om verder onderzoek te doen naar de verpleegkundige overdracht, zowel met betrekking tot de overdracht naar andere afdelingen als met betrekking tot de brieven naar de huisarts. Ook wordt aanbevolen om te kijken of het mogelijk is om de medische en verpleegkundige overdracht samen te voegen.

Zowel de medici, verpleegkundigen als de patiënten hebben baat bij de uitkomst. Hierdoor kan de patiëntveiligheid en continuïteit van zorg worden vergroot, verbeterd en worden gewaarborgd. Waardoor de kans op complicaties en incidenten geminimaliseerd wordt. De verpleegkundigen, medici en onderzoekers geven samen vorm aan het ontwikkelen van het nieuwe beleid met betrekking tot de individuele patiëntenzorg. De medici en verpleegkundigen kunnen deze onderzoeksresultaten toepassen in de praktijk waardoor de continuïteit en de kwaliteit van de overdracht gewaarborgd kan worden (V&V 2020, 2012).

Vraagstelling

Welke medische- en verpleegkundige overdracht items zijn relevant voor de continuïteit van zorg bij overplaatsing van de IC patiënten?

Deelvragen

- Aan welke eisen moet een medische overdracht en een verpleegkundige overdracht voldoen?
- Hoe zien de huidige medische en verpleegkundige overdracht er uit op de ICV afdelingen, en waarom moeten deze overdrachten verbeterd worden?
- Welke overdracht items worden dubbel geregistreerd in de overdracht? Zowel in de medische als in de verpleegkundige overdracht. Zijn deze aanvullend of overbodig, of missen juist relevante medische of verpleegkundige items?
- Kan de verpleegkundige overdracht gekoppeld worden aan de NANDA, NIC en NOC classificatie?
- Kunnen de medische en verpleegkundige overdracht samengevoegd worden?

Doelstelling

- Binnen veertien weken kan er door middel van een literatuurstudie en enquêtes gezegd worden wat de koppeling van de verpleegkundige items aan de NANDA, NIC en NOC classificatie bijdraagt aan de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht.
- Binnen veertien weken kan er gezegd worden of de samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht bijdraagt aan de continuïteit en kwaliteit van de patiëntveiligheid met betrekking tot de overdracht volgens de landelijke criteria.

Definiëring van begrippen

PDMS:

- Het patiënt data management systeem verzorgt de automatische verslaglegging en dossiervoering op de ICV, waardoor het een overzichtelijke weergave laat zien van alle relevante informatie rondom de opname op de Intensive Care. Het verloop van de bloeddruk, hartslag en zuurstofopname van de patiënt zijn direct digitaal zichtbaar door dit nieuwe systeem. Dit geldt ook voor de rapportages over checklists rondom de patiëntveiligheid, scorelijsten, medicatie- en infuusbeleid, de vochtbalansen, en de curves (*Stichting DigitaleZorg.nl, 2010-2016*).

Relevante items:

- Belangrijke onderdelen van de verpleegkundige zorg die behoren in een medische en verpleegkundige overdracht volgens medici en verpleegkundigen, wanneer een patiënt met ontslag gaat.

Opbouw van het verslag

In het eerste hoofdstuk zal het theoretisch kader beschreven worden. Vanuit hier wordt het onderzoeksdesign weergegeven. Het praktijkgericht onderzoek is zowel kwalitatief als kwantitatief. Het is een verkennende studie. Dit onderzoeksverslag bestaat uit het analyseren en beoordelen van de medische en verpleegkundige overdracht, resultaten van enquêtes die afgenomen zijn bij medici en verpleegkundigen en een literatuurstudie. Vanuit deze onderzoeken worden de resultaten weergegeven. De conclusie en discussie volgen daarna. Gezien het verkennende karakter van het onderzoek zijn tot slot de aanbevelingen beschreven. De bewijsstukken zijn toegevoegd in de bijlagen.

1. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal het theoretische kader beschreven worden. Onder andere door praktijkgericht onderzoek, literatuurstudie en de huidige stand van zaken in het UMCG.

1.1. De huidige overdrachtsvorm

Op dit moment wordt er gebruik gemaakt van twee soorten overdrachten. De medische en de verpleegkundige overdracht. De medische overdracht bestaat uit een brief geschreven door de arts. Hierin staan de volgende punten: patiëntnummer, patiënten naam, geboortedatum, geslacht, opnamedatum, ontslagdatum, transfer, reden van opname, voorgeschiedenis, medicatie bij opname verpleegafdeling, allergie, actuele voorgeschiedenis, uitgevoerde zorg, lichamenlijk onderzoek bij opname, relevant laboratoriumonderzoek bij opname, microbiologie, diagnostiek, x-thorax, ECG, therapie, complicaties, decursus, conclusie, beleid bij ontslag, medicatie, overdracht items en adviezen, afzender en verzendlijst.

De verpleegkundige overdracht wordt door de verpleegkundigen geschreven, dit verloopt via het PDMS. Deze overdracht bevat: naam patiënt, voorletters patiënt, geslacht patiënt, geboortedatum, BSN, ZIS nummer, opname starttijd, patiënt gewicht, behandelbeperking, relevante verklaringen, isolatie op IC, voorgeschiedenis, reden van opname, actuele voorgeschiedenis, allergie, gebeurtenissen, neurologisch systeem, respiratoir, hemodynamiek, vochtbalans, gastro-intestinaal, sociaal, wond, opmerkingen, infuus, spuitpomp, intermitterende en eenmalige medicatie, zo nodige medicatie en familiegesprekken.

Niet alle gegevens worden benoemd bij beide overdrachten, enkel de onderdelen die op de patiënt van toepassing zijn (UMCG, 2016).

1.2. Eisen verpleegkundige overdracht

De verpleegkundige overdracht is een schriftelijke eidevaluatie van het zorgproces. De verpleegkundige stelt de overdracht op bij overplaatsing van de patiënt naar een andere afdeling, zorginstelling of bij ontslag naar huis. De overdracht moet de kwaliteit en continuïteit van de zorg waarborgen, door die informatie door te geven die nodig is om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten.

Bij het opstellen van deze overdracht moet er rekening gehouden worden met de kennis en kunde van de ontvanger.

Het dossier wordt afgesloten met het beantwoorden van de volgende vragen:

- Wie is verantwoordelijk voor het opstellen van de overdracht?
- Zijn de beoogde en vastgelegde resultaten bereikt?
- Heeft de patiënt nog zorg nodig?
- Zo ja, wat houdt deze zorg in?

Met als doel er voor te zorgen dat de overdracht goed verloopt (V&VN, 2011).

Daarnaast wordt de overdracht indien mogelijk in overleg met de patiënt opgesteld. Dit bevat ten minste de volgende elementen:

- De verleende zorg
- Aan wie de zorg wordt overgedragen
- Door wie de zorg wordt overgedragen
- Per wanneer de zorg wordt overgedragen
- De actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses
- De beoogde resultaten/doelen
- De redenen van overplaatsing of ontslag naar huis
- De redenen voor de voortzetting van de zorg
- Met de patiënt gemaakte afspraken
- Bij wie de patiënt na ontslag terecht kan met vragen

1.3. Eisen voor de medische overdracht

In het medische dossier bewaart de arts gegevens omtrent de gezondheid en behandeling van de patiënt. In dit dossier worden gegevens opgenomen die voor een 'goede hulpverlening' in de toekomst noodzakelijk zijn, volgens de arts. Per situatie kan dit verschillend zijn (KNMG, 2010).

Het is niet mogelijk om voor elke situatie precies aan te geven welke gegevens de arts in het dossier moet opnemen. Over het algemeen wordt in het medisch dossier het volgende vastgelegd:

- De inhoud van het medisch handelen
- Gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van zorg
- Gegevens die voor een patiënt ook bij de volgende behandeling of onderzoek relevant zijn
- Schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt

Vanuit de wetgeving is de arts verplicht om een dossier op te stellen rond om de behandeling van een patiënt. Dit heeft betrekking op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, ook wel de WGBO.

Doel is de kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen waarborgen van de patiënt. Het dossier speelt een belangrijke rol bij de verantwoording en toetsbaarheid van het medisch handelen van de arts en is in bijvoorbeeld juridische procedures een belangrijk bewijsstuk (KNMG, 2010).

1.4. Verbetering van het ziekenhuisontslag

Aandacht voor de veiligheid van de overdracht van zorg vanuit het ziekenhuis wordt op nationaal en internationaal niveau steeds belangrijker gezien de trend naar kortere ziekenhuisopnames, de verplaatsing van meer zorgactiviteiten naar de eerst lijn en de groei van chronische en oudere patiënten, die frequente en complexere overdrachten behoeven (Mistiaen et al., 1999). Het ontslagproces verloopt niet altijd optimaal. Er is sprake van inadequate informatieoverdracht van de zorgverlener naar de patiënt en onderling tussen zorgverleners (Kripalani et al., 2007). Daarnaast wordt het ontslagproces vaak gekenmerkt door een gebrekkige coördinatie van de zorg tussen de eerste en tweede lijn (Moore et al., 2007; Boockvar et al., 2004). Studies hebben aangetoond dat bijna één op de vijf patiënten te maken heeft met negatieve gevolgen van een overdracht van ziekenhuis naar huis. Van deze negatieve gevolgen was 62 procent te voorkomen of te verbeteren (Forster et al., 2003; 2004). Een suboptimaal ontslagproces kan uiteindelijk leiden tot levensbedreigende situaties, vermijdbare behandelingen en kostbare heropnames (Friedman en Basu, 2004; Foekema en Hendrix, 2004/6; Leendertse et al., 2008).

In totaal zijn in vijf EU-landen 192 individuele interviews en 26 focusgroep interviews gehouden met patiënten, naast en betrokken medici en verpleegkundigen uit de eerste en tweede lijn. Vanuit hier kwamen vier belangrijke bevindingen naar voren:

1. *Verschillende werelden*

Veel medici en verpleegkundigen in het ziekenhuis en in de eerste lijn geven aan te werken in twee verschillende werelden. Het ontbreekt aan voldoende inzicht in de wensen, vaardigheden en werkzaamheden van zorgverleners in de andere lijn.

2. *Zorgverlening heeft meer prioriteit dan administratieve taken*

Medici en verpleegkundigen identificeren zich het meest met hun primaire taak, namelijk het daadwerkelijk verlenen van zorg in het 'hier en nu'. Administratieve taken, zoals het (op tijd) schrijven van ontslagbrieven en het plannen van nazorg, worden beschouwd als een last.

3. *Omgang met reflectie en kwaliteitsverbetering*

De terugkoppeling van fouten of misverstanden bij overdracht situaties blijkt nauwelijks voor te komen. Dit komt door tijdgebrek, maar ook door een sceptische houding van medici en verpleegkundigen tegenover het nut van het terugkoppelen van fouten of misverstanden.

4. *Aandacht voor patiënt specifieke wensen en behoeften*

Patiënten geven aan te worden ontslagen zonder dat er een goede afstemming van zorg op hun specifieke wensen en behoeften had plaatsgevonden. Een gebrekkige aandacht van zorgverleners voor de emotionele ondersteuning van de patiënt en een overschatting van de zorgcapaciteiten en de aanwezige faciliteiten in de thuissituatie, worden zowel door zorgverleners als door patiënten, benoemd als belangrijke oorzaken.

Een belangrijke beperking van de literatuurstudie is, dat de gevonden studies sterk variëren in gebruikte uitkomstmaten, in populatieomvang en in de klinische setting waarin interventies worden getest. Tevens worden de doelen van de interventies en de specifieke interventiecomponenten in vrijwel alle studies slecht beschreven. Vrijwel alle studies (34) beschrijven een interventiebundel bestaande uit diverse activiteiten, personen en/of materialen. Kenmerken van effectieve interventies zijn: medicatieverificatie, elektronische hulpmiddelen voor het tijdig schrijven van een duidelijke ontslagbrief, ontslagplanning, betrokkenheid van zowel eerste als de tweedelijnszorgverleners in de follow-up na ontslag, het gebruik van elektronische ontslagberichten naar huisartsen en (beveiligde) toegang voor huisartsen naar relevante informatie gerelateerd aan de zojuist ontslagen patiënt. Drie studies beschrijven interventies met de intentie om het gedrag van zorgverleners te beïnvloeden. Dit door middel van: persoonlijke ontmoetingen tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn om de samenwerking bij ontslagsituaties te bevorderen (*Naylor et al., 2004*), een uitnodiging vanuit het ziekenhuis naar de huisarts om te assisteren in het plannen van ontslag (*Rutherford en Burge, 2001*) en persoonlijke contactlegging vanuit het ziekenhuis met de huisarts en het sturen van medische literatuur naar de huisarts om de kans op opvolging van zorgaanbevelingen te vergroten (*Siu et al., 1996*).

1.5. Verpleegkundige overdracht, een geoliede machine?

Bijna 70% van de (transfer)verpleegkundigen, verzorgenden en andere betrokkenen bij de verpleegkundige zorg ervaart knelpunten bij de verpleegkundige overdracht, zo blijkt uit het onderzoek dat Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en Nictiz in mei 2014 hebben uitgevoerd onder 804 respondenten.

Bijna 35% van de respondenten gaf aan de verpleegkundige overdracht uit te werken op papier en vervolgens met de patiënt mee te geven. Drie op de tien respondenten (28%) gaf aan de verpleegkundige overdracht in het elektronisch dossier te maken, vervolgens uit te printen en mee te geven met de patiënt of te versturen via de fax. En 17% van de respondenten maakt gebruik van een digitaal transfersysteem in de regio, om de verpleegkundige overdracht te versturen. Dit zijn de meest toegepaste manieren van overdragen. Dan is er nog 9% van de respondenten die de verpleegkundige overdracht op een 'andere manier' verstuurt, zoals telefonisch of via meerdere van bovenstaande manieren.

Het meest genoemde knelpunt (open vraag) van de respondenten, is dat de informatie die zij ontvangen onvolledig is (61%). Daarnaast gaf iets meer dan 23% aan helemaal geen overdracht te ontvangen en ruim 14% gaf aan dat de overdracht die zij ontvangen onduidelijk is. Bijna 11% noemt de inhoud van de overdracht niet eenduidig.

Er zijn veel verschillende zorginstellingen tegelijk betrokken bij de verpleegkundige overdracht van een patiënt. Onderlinge afstemming en afspraken maken tussen de verschillende zorginstellingen die betrokken zijn bij de verpleegkundige overdracht van patiëntgegevens is van groot belang.

Een elektronische overdracht bevordert de continuïteit en coördinatie van zorg doordat informatie toegankelijker wordt en men eerder op de hoogte is van de actuele situatie van de patiënt. Ook zorgt het er voor dat zorginhoudelijke informatie vollediger en nauwkeuriger wordt weergegeven (*van Duijvendijk et al., 2010*).

Tevens vindt men de informatie niet up-to-date is, het kost veel tijd, men moet veel overtypen en moet men regelmatig terugbellen naar de verzendende instelling om extra informatie op te vragen. Eerder onderzoek beschrijft dat de overdragende partij veelal niet van de ontvangende partij weet welke informatie gewenst is en de overgedragen informatie niet volledig is, of niet de juiste gegevens bevat (*De Blok et al., 2012*). Ook wordt de verpleegkundige overdracht regelmatig te laat ontvangen of is er helemaal geen overdracht. Hier wordt echter gesteld dat het gebrek aan informatiesystemen in zijn algemeenheid een belemmerende factor is voor een tijdige overdracht (*Coleman, 2003*).

1.6. De NANDA, NIC en NOC

De NANDA, NIC en NOC zijn classificatiesystemen voor het leveren van zorg door de verpleegkundige aan de patiënt. Deze worden als hulpmiddel gebruikt tijdens het klinisch redeneren. De diagnoses zijn verdeeld over dertien domeinen en er zijn 141 concepten, ieder concept bestaat weer uit verschillende verpleegkundige diagnoses. De NANDA maakt gebruik van de PES structuur: P (probleem) E (etiologie) S (signs and symptoms). Aan de verpleegkundige diagnoses van de NANDA worden verpleegkundige interventies gekoppeld vanuit de NIC (nursing intervention classification). Deze bestaat uit zeven domeinen en 500 interventies. Iedere interventie bestaat uit een label, een definitie en een overzicht van activiteiten. Tot slot wordt er gebruik gemaakt van zorgresultaten. Deze worden volgens de NOC (Nursing Outcome Classification) geëvalueerd. Hiermee wordt de uitgevoerde zorg geëvalueerd en kunnen de verpleegkundigen en andere zorgverleners de vooruitgang van de patiënt bijhouden. Een zorgresultaat bestaat uit een label, een definitie, en een lijst van indicatoren. Deze worden op een vijf punts beoordelingsschaal gescoord. De NOC is eveneens als de NIC in zeven domeinen verdeeld (*V&VN, 2016*).

Volgens K. S. Hoyt (1997) zitten er veel voordelen aan het gebruik van de NANDA, NIC en NOC classificatie. Zij benoemt het volgende:

- Het zorgt voor een gestandaardiseerde taal voor alle verpleegkundigen.
- Het vergemakkelijkt de keuze van de verpleegkundige interventies
- Het vergemakkelijkt de communicatie over verpleegkundige handelingen naar andere verpleegkundigen en andere disciplines.
- Het standaardiseert de kennisbasis en oefeningen.
- Het vergemakkelijkt het les geven en klinische beslissingen maken voor beginnende verpleegkundigen
- Het ondersteunt de administratoren in een effectieve planning voor de staf en de middelen
- Het zorgt er voor dat onderzoekers kunnen onderzoeken wat de effectiviteit en kosten van verpleging zijn
- Het ondersteunt docenten bij het ontwikkelen van een curriculum dat beter overeenkomt met de klinische praktijk
- Het bevordert de ontwikkeling van het verzekeringssysteem wat vergoedingen geeft voor verpleegkundige zorg
- Het vergemakkelijkt de ontwikkeling van geautomatiseerde informatiesystemen
- Het communiceert de aard van verpleegkunde naar het publiek

Zonder een gemeenschappelijk classificatie van deze nomenclatuur, zouden verpleegkundigen niet in staat zijn interventies uit te voeren en uitkomsten te controleren. Dus de classificaties zijn de basis voor de verpleegkundige om de kwaliteit van zorg te evalueren.

2. Onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethodiek beschreven worden. De volgende onderdelen komen aan de orde: het onderzoeksdesign, populatie, data verzameling, data – analyse, betrouwbaarheid, validiteit, generaliseerbaarheid en de ethische verantwoording. Deze methodiek zal als leidraad genomen worden voor het uitvoeren van het onderzoek.

2.1. Onderzoeksdesign

Het onderzoek is een descriptieve prospectieve exploratieve pilot onderzoek geworden. Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Aan de hand van literatuuronderzoek zijn er kwalitatieve gegevens verzameld. Uit eerder onderzoek (Bloemberg & Kuyper, 2016) is er een checklist opgesteld over de medische en verpleegkundige overdracht items die van belang zijn in een medische en verpleegkundige overdracht. Deze checklist is aangepast voor het huidige onderzoek (bijlage 1). Met behulp van deze checklist is onderzoek gedaan naar de medische en verpleegkundige overdracht. Vanuit hier zijn de volgende kwantitatieve gegevens geanalyseerd en beoordeeld:

- Dubbele registratie
 - Is deze registratie overbodig?
 - Is deze registratie aanvullend?
- Belangrijke medische en verpleegkundige relevante overdracht items die ontbreken in de overdracht.

Aan de hand van de verkregen resultaten wordt duidelijk welke relevante medische en verpleegkundige overdracht items wel naar voren komen in de medische en verpleegkundige overdracht.

Ook is er gebruikt gemaakt van een prospectief exploratieve pilot onderzoek. Er is een steekproef genomen van het onderzoek van Bloemberg en Kuyper (2016) met betrekking tot de samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht. Dit is als uitgangspunt genomen voor het huidige onderzoek. Vooraf zijn er geen verwachtingen opgesteld met betrekking tot het vinden van de resultaten. Het is een verkennend onderzoek, gericht op het opdoen van ideeën en het kijken naar een mogelijke samenhang tussen de medische en overdracht. Het gebruik van exploratief onderzoek heeft als doel om het onderzoeksgebied te verkennen voor eventueel vervolgonderzoek.

Het praktijkgerichte onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen:

- Het verzamelen van gegevens door middel van literatuurstudie voor het theoretisch kader, om deze vorm en inhoud te geven. Hierin is onderzoek gedaan naar de medische overdracht en verpleegkundige overdracht.
Ook is er onderzoek gedaan of deze gegevens gekoppeld kunnen worden aan de Nanda, de NIC en de NOC classificatie. Wat voor eerder onderzoek is er gedaan naar de NANDA, NIC en NOC classificatie op de intensive care? Voor het verkrijgen van relevante artikelen is er gekeken in de volgende databanken: PubMed, SpringerLink, Medline en Google Scholar. Daarnaast is er een screening gedaan in de literatuurlijsten van de artikelen die verkregen zijn vanuit het UMCG.
- Het beoordelen van de overdrachten (medische en verpleegkundige overdrachten). Er is gekeken welke relevante items missen en welke er juist dubbel en overbodig in beide overdrachten staan. Dit is gedaan aan de hand van de punten uit de checklist van een eerder onderzoek (Bloemberg & Kuyper, 2016). Deze checklist is als basis gebruikt voor het huidige onderzoek. Deze kan gevonden worden in bijlage één.
- Er zijn enquêtes opgesteld, de onderwerpen die in de enquêtes zijn opgenomen zijn in samenwerking met de begeleiders gekozen. Met als basis de onderwerpen van hoofdvraag en deelvragen. Aan de hand van deze enquêtes die gemaakt zijn voor zowel de medici als verpleegkundigen zijn er kwantitatieve gegevens verzameld rondom de samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht. Welke

overdracht items zijn nu relevant als toevoeging voor de medische en verpleegkundige overdracht. De opgestelde enquête kan gevonden worden in bijlage drie.

2.2. Populatie

De onderzoekspopulaties staan hieronder beschreven. Er zijn drie deelonderzoeken voor de onderzoeksvraag. Voor elke groep is een andere populatie samengesteld.

- Tijdens het beoordelen van de overdracht staan de IC patiënten centraal. Door de onderzoekers zijn er veertig medische en verpleegkundige overdrachten, die richting de huisarts zijn verstuurd, geanalyseerd. Vanuit hier is er onderzoek gedaan naar welke overdracht items dubbel geregistreerd worden, en of deze toevoeging hebben of juist overbodig zijn. Ook is er gekeken welke medische en verpleegkundige relevante overdracht items missen in de overdracht. Dit behoort tot het prospectieve onderzoek.
- In de literatuurstudie staan de onderzoekers centraal, zij hebben literatuur opgezocht die betrekking heeft op de onderzoeksvraag. Er is onderzoek gedaan of de medische en verpleegkundige overdracht samengevoegd kan worden. Ook is er met behulp van wetenschappelijke artikelen onderzocht of de verpleegkundige overdracht items gekoppeld kunnen worden aan de NANDA, NIC en de NOC classificatie. Deze gegevens zijn descriptief geclusterd.
- In de enquêtes staan de IC medici en IC verpleegkundigen centraal. Hiervoor zijn vragen opgesteld over de samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht. Tevens is er onderzoek gedaan naar welke medische en verpleegkundige overdracht items relevant zijn in een samengevoegde overdracht. Ook is er een onderdeel over het gebruik van de NANDA, NIC en NOC classificatie verwerkt in de enquête. Deze vragen zijn gesteld aan de verpleegkundigen. De enquêtes behoren tot het kwantitatieve exploratieve descriptieve deel van het onderzoek. We verwachten minimaal veertig reacties terug van de verpleegkundigen en twintig reacties van de medici. Om zo voldoende informatie te verkrijgen voor een betrouwbare conclusie.

2.3. Dataverzameling

2.3.1. Literatuurstudie

Voordat er een start wordt gemaakt met het praktijkgerichte onderzoek, is er al een verkennend literatuur onderzoek uitgevoerd. Literatuurstudie heeft de onderzoekers inzicht gegeven in het onderwerp. Vanuit hier is het theoretisch kader opgesteld.

Het is van belang om literatuuronderzoek uit te voeren. Dit heeft te maken met de generaliseerbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid. Door middel van de literatuurstudie zijn deze punten van het praktijkgericht onderzoek gewaarborgd.

Tijdens de literatuurstudie is er gekeken of er wetenschappelijke literatuur beschikbaar is over het classificatiesysteem van NANDA classificatie, NIC classificatie en de NOC classificatie. Ook is er onderzoek gedaan naar de eisen waar de medische overdracht en verpleegkundige overdracht aan moeten voldoen. Daarnaast heeft er literatuurstudie plaatsgevonden met betrekking tot de mogelijkheid van het samenvoegen van deze twee overdrachten. De gevonden wetenschappelijke literatuur is meegenomen tijdens het praktijkgericht onderzoek.

Voor het zoeken van literatuur is er gebruik gemaakt van de volgende databanken: Pubmed, SpringerLink, Medline en Google Scholar. Daarbij zijn er twee artikelen verkregen vanuit het UMCG, afdeling ICV 4.

Inclusie criteria:

- Nederlandse of Engelstalige artikelen

- De artikelen moeten in full tekst te verkrijgen zijn
- De wetenschappelijke artikelen moeten gratis zijn
- De wetenschappelijke artikelen moeten recenter zijn dan 2000
- De wetenschappelijke artikelen moeten aansluiten op de vraagstelling
- De wetenschappelijke artikelen moeten betrekking hebben op ziekenhuisopnames
- De wetenschappelijke artikelen moeten betrekking hebben op patiënten die zorg behoeven
- De wetenschappelijke artikelen moeten betrekking hebben op de overdracht van zorg

Exclusie criteria:

Artikelen die niet voldoen aan de inclusiecriteria worden geëxcludeerd.

Zoektermen:

Nederlandstalig	Engelstalig
Verpleegkundige overdracht en verbetering	Nurse handover and improvement
Verpleegkundige classificatie	Nurse classification
NANDA classificatie	NANDA taxonomy
Intensive care	ICU, intensive care, critical care
Ontslag uit het ziekenhuis	Discharge
NIC	NIC
NOC	NOC
Medische overdracht	Medical transfer
Samenvoeging	Aggregation
Patiëntveiligheid	Patiënt safety
Continuïteit in zorg	Care contunuity
Incidenten zorg	Incidents care
Ontslag	Discharge
Structuur	Structure
Ineffectieve communicatie	Ineffective communication
Schriftelijke overdracht	Written transfer

Tabel 1. Zoektermen

Selectie artikelen:

De selectie van artikelen heeft aan de hand van de inclusie en exclusie criteria plaatsgevonden. Er is door de onderzoekers onafhankelijk gezocht naar artikelen, hierdoor is er gelijker tijd gekeken naar de methodologische zwakte in het onderzoek en daarmee ook naar de validiteit. De kans op een selectiebias is beperkt. De selectie van artikelen is in eerste instantie op basis van de titel gedaan, en vervolgens op basis van de abstract. Werd de abstract en titel goedgekeurd, dan is het gehele artikel beoordeeld op zijn bruikbaarheid voor dit onderzoek. Ook hierdoor is de kans dat artikelen op basis van de resultaten zijn uitgesloten beperkt gebleven.

Data- extractie

Op basis van het abstract of full tekst artikel is er gekeken welke data uit de artikelen relevant of potentieel relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Bij afwijkende interpretaties, tussen beide onderzoekers, van artikelen is er in een tweede ronde een overeenstemming bereikt.

2.3.2. Het analyseren van medische en verpleegkundige overdrachten

Vanuit het UMCG is er besloten dat veertig medische en verpleegkundige overdrachten van de intensive care patiënten geanalyseerd en beoordeeld worden. Deze veertig overdrachten zijn door eerdere onderzoekers beoordeeld met behulp van een checklist. De medische en

verpleegkundige overdrachten zijn in beheer van Dr. W. Dieperink Er is gekozen voor totaal veertig brieven, tien ontslagbrieven van elke intensive care voor volwassenen.

- Inclusiecriteria --> patiënten moeten ouder zijn dan achttien en opgenomen op de ICV van het UMCG.
- Exclusiecriteria --> alle patiënten jonger dan achttien en die niet opgenomen zijn op de ICV van het UMCG.

Vanuit eerder uitgevoerd onderzoek (*Bloemberg & Kuypers, 2016*) is er gebleken dat belangrijke medische en verpleegkundige items ontbreken in de overdracht. Daarbij is hun aanbeveling om verder te kijken naar de medische en verpleegkundige overdracht. Het streven is te analyseren en te beoordelen welke overdracht items vaak dubbel, zowel in de medische als verpleegkundige overdracht, benoemd worden. En of die dubbele registratie overbodig of aanvullend is. En of juist relevante medische of verpleegkundige overdracht items worden vergeten?

De verkregen onderzoeksresultaten uit de medische en verpleegkundige overdrachten zijn verwerkt in SPSS en Excel.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is er bij elke medische en verpleegkundige overdracht dezelfde methode van analyseren en beoordelen toegepast. Daarnaast is het onderzoek uitgevoerd door twee onderzoekers en zijn de medische en verpleegkundige overdrachten onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Door het onafhankelijk beoordelen van de medische en verpleegkundige overdrachten, is de geldigheid van het onderzoek vergroot en de kans op toevallige fouten verkleind.

2.3.3. Enquêtes van verpleegkundigen en medici

Er zijn enquêtes uitgedeeld voor zowel de medici als de verpleegkundigen. 20 medici en 60 verpleegkundigen hebben de enquête ingevuld.

Bij deze enquête is er geanalyseerd hoe de medici en verpleegkundigen staan tegenover de huidige medische en verpleegkundige overdracht en een eventuele samenvoeging. Naast deze vragen zijn er ook vragen specifiek gericht aan de verpleegkundigen met betrekking tot de NANDA, NIC en NOC classificatie. De enquête geeft inzicht in de houding van de verpleegkundigen tegenover het classificatiesysteem. Ook is er onderzocht wat verpleegkundigen nodig hebben om te kunnen werken met de NANDA, NIC en de NOC classificatie.

Volgens een analyse van Colvin et al. (2016) is gebleken dat een eenduidig classificatiesysteem bijdraagt aan minder fouten bij de medische en verpleegkundige overdracht (*Colvin et al., 2016*).

Naast deze vragen is het van belang te weten welke relevante medische en verpleegkundige overdracht items in een overdracht belangrijk zijn. Vanuit hier kan er een antwoord gegeven worden op de volgende vraag: Welke relevante overdracht items missen in de huidige overdracht?

Met behulp van een schaalverdeling (likertschaal) konden de respondenten een keuze maken uit: zeer oneens – oneens – neutraal – eens – zeer eens.

Er is gekozen om zoveel mogelijk enquêtes te verzamelen om de onderzoeksgroep zo groot mogelijk te houden. Hierdoor zijn de resultaten zo nauwkeurig mogelijk.

Voorafgaand is afgesproken met Dr. W. Dieperink dat er minimaal 20 medici en 40 verpleegkundigen de enquête moeten invullen om de resultaten zo betrouwbaar mogelijk te maken.

Tijdens het opstellen van de enquête is er voor gekozen om de begrippen toe te lichten wanneer deze dubbel geïnterpreteerd kunnen worden. Hierbij wordt rekening gehouden met de begripsvaliditeit. Begripsvaliditeit wil zeggen dat er gekeken wordt naar een theoretisch begrip, voorbeelden hiervan kunnen zijn: wordt er sociaal wenselijk antwoord gegeven, wordt de vraag goed gesteld of worden de vragen verkeerd geïnterpreteerd (*Tilburg University, 2016*).

2.4. Data-analyse

Door middel van literatuurstudie zijn er kwalitatieve gegevens verzameld rondom het samenvoegen van de medische en verpleegkundige overdracht. Ook is onderzoek gedaan naar de koppeling van de verpleegkundige items aan de NANDA, NIC en NOC classificatie. Dit is gebruikt voor de theoretische onderbouwing van het praktijkgerichte onderzoek. Er is een intern bestand verkregen vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen, over de structuur van de verpleegkundige overdracht voor de invoering van het nieuwe rapportagesysteem PDMS.

De gevonden wetenschappelijke artikelen zijn geanalyseerd door het lezen van de titel en de abstract. Wanneer deze passen bij het onderwerp is het artikel in zijn geheel gelezen. Ook zijn relevante documenten geanalyseerd die antwoord kunnen geven op de deelvragen. Een groot deel van de artikelen was in het Engels geschreven, deze zijn vertaalt.

Naast de literatuurstudie zijn ook veertig overdrachten (zowel medisch als verpleegkundig) geanalyseerd met behulp van de checklist van eerder uitgevoerd onderzoek en deze is aangevuld met ontbrekende relevante overdracht items. Deze overdrachten zijn uitgekozen van het eerder uitgevoerde onderzoek (*Bloemberg & Kuiper, 2016*). Om dezelfde onderzoeksgroep te behouden is de keuze gemaakt om in dit onderzoek gebruik te maken van dezelfde brieven.

Deze resultaten van het analyseren van de overdrachten zijn gecodeerd. De huidige punten uit de checklist zijn omgezet met behulp van de likertschaal. Aanwezig: ja = 1, nee = 2. Dubbel geregistreerd: ja = 1, nee = 2. Zijn deze items relevant of overbodig, ja = 1, nee = 2. Dit is ingevoerd in het software programma SPSS en vanuit hier zijn de gegevens weergegeven. Daarbij is ook Excel gebruikt om grafieken uit te werken vanuit de resultaten van de analyse van de overdracht.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is er bij elke medische en verpleegkundige overdracht dezelfde methode van analyseren en beoordelen toegepast. Daarnaast is het onderzoek uitgevoerd door twee onderzoekers en zijn de medische en verpleegkundige overdrachten onafhankelijk van elkaar beoordeeld.

De data analyse van de enquêtes is op de volgende manier uitgevoerd:

Er is gebruik gemaakt van de programma's SPSS en Excel. De verkregen antwoorden uit de enquête zijn gecodeerd met behulp van de likertschaal. De volgende schaalverdeling is gebruikt: bij de vragen van zeer oneens tot zeer eens was dit zijn van 1-5, waarbij niet ingevuld is aangeduid met 0. Vanuit hier kunnen tabellen en grafieken weergegeven worden. Uit deze tabellen en grafieken is af te lezen welke verpleegkundige relevante items van belang zijn in de overdracht en welke toevoeging deze geven. Daarbij is er ook af te lezen welke houding de medici en verpleegkundigen hebben tegenover de huidige overdracht. Ook zijn vanuit de enquêtes resultaten verkregen over de houding van de medici en verpleegkundigen tegenover de samenvoeging van de beide overdrachten.

2.5. Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van onderzoeksresultaten geeft aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Hoe groter het aantal eenheden waarbij waarnemingen kunnen worden verricht, hoe groter de betrouwbaarheid. Ook kan ervoor gekozen worden om de waarneming meerdere malen te herhalen. Tevens geldt dat als er meerdere waarnemers betrokken zijn, de betrouwbaarheid vergroot wordt (*'t Hart et. Al. 1998*).

Om de betrouwbaarheid te bewaken is er gekeken naar de steekproefomvang en is de rapportage en verantwoording uitgewerkt. Hierdoor wordt bij herhaling van het onderzoek kans op mogelijke fouten geminimaliseerd.

Om de betrouwbaarheid van de beoordeling van de medische en verpleegkundige overdracht zo hoog mogelijk te houden, zijn deze overdrachten onafhankelijk van elkaar door

de onderzoekers beoordeelt. Hier wordt rekening gehouden met de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Cohen's kappa) (Verhoeven, 2014).

Om de betrouwbaarheid in het onderzoek te waarborgen is er gebruik gemaakt van het software programma SPSS. Deze controleert de betrouwbaarheid van de steekproef ten opzichte van de gehele populatie.

Om de betrouwbaarheid te bewaken zijn de enquêtes bewaard. Hierdoor kunnen deze op ieder gewenst moment opgevraagd worden. Ook kunnen andere onderzoekers de enquêtes doorlezen indien zij dit wensen. De enquête is anoniem afgenomen om de respondent zo min mogelijk te beïnvloeden in zijn beantwoording van de vragen. Toch zit er een nadeel aan een enquête, de onderzoekers weten niet of de respondent de vragen naar waarheid heeft beantwoord. Hiervoor hebben de onderzoekers de verschillende uitkomsten van de enquêtes met elkaar vergeleken.

2.6. Generaliseerbaarheid

De generaliseerbaarheid van de resultaten wordt bepaald door de mate waarin de steekproef representatief is. Dit wil zeggen dat de eenheden in deze steekproef wat betreft een aantal kenmerken (die belangrijk zijn in het onderzoek) gelijk zijn aan de populatie (Verhoeven, 2014).

Onderzoekers willen met hun resultaten uitspraken doen over een zo groot mogelijke groep personen of situaties (Verhoeven, 2014). In het huidige onderzoek hebben de uitspraken betrekking op de organisatie van de afdeling Intensive Care Volwassenen van het UMCG. Vanuit hier zijn verbetervoorstellen opgesteld voor de IC voor volwassenen. Deze verbetervoorstellen kunnen ook gelden voor overdrachten op afdelingen met een soortgelijke structuur.

Daarnaast is er een enquête afgenomen bij de medici en verpleegkundigen van de verschillende ICV afdelingen. Het kan zijn dat de medici en verpleegkundigen niet hun eigen mening hebben gegeven omdat hier geen motivatie voor is of juist omdat ze bang zijn om hun mening te uiten. Hierdoor kunnen de resultaten beïnvloed worden. Dit is geprobeerd te voorkomen door de verpleegkundigen en medici anoniem antwoord te laten geven op de vragen.

2.7. Validiteit

Validiteit betekent: geldigheid. Met de validiteit wordt bepaald in welke mate het onderzoek vrij is van systematische fouten. Hierbij wordt gekeken naar de echtheid ook wel het waarheidsgehalte genoemd.

Bij kwantitatief onderzoek wordt de validiteit gecontroleerd nadat er is nagegaan in hoeverre het onderzoek vrij is van fouten.

De belangrijkste twee vormen van validiteit zijn de geldigheid van het meetinstrument en de geldigheid van de onderzoeksgroep (Verhoeven, 2014).

Voor het onderzoek naar samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht, en de koppeling van de NANDA, NIC, NOC classificatie is er een selectie gemaakt van medici en verpleegkundigen die werkzaam zijn op de IC. Er hebben zoveel mogelijk medici en verpleegkundigen de enquête ingevuld. Hoe groter de onderzoeksgroep, hoe nauwkeuriger de resultaten ('t Hart et al, 1998). Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is bij elke medische en verpleegkundige overdracht dezelfde methode van analyseren en beoordelen toegepast. Daarnaast is het onderzoek uitgevoerd door twee onderzoekers en zijn de medische en verpleegkundige overdrachten onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Door het onafhankelijk beoordelen van de medische en verpleegkundige overdrachten, is de geldigheid van het onderzoek vergroot en de kans op toevallige fouten verkleind. De onderzoeksgroep is vastgesteld door het UMCG, de onderzochte medische en verpleegkundige overdrachten zijn door het UMCG geselecteerd en door de onderzoekers geanalyseerd.

2.8. Ethische verantwoording

Om praktijkgericht onderzoek te verrichten voor het HBO, moet men zich houden aan de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO.

Dit bestaat uit de volgende punten:

1. Aan het professionele en maatschappelijke belang dienen.
2. Respectvol zijn
3. Zorgvuldig zijn
4. Integer zijn
5. Keuzes en gedrag verantwoorden

(Andriessen, D., Onstenk J., Delnooz P., Smeijsters H. & Peij, S., 2010).

Wet Geneeskundige Behandelingen Overeenkomst (WGBO)

Tijdens het onderzoek moet er rekening gehouden worden met de WGBO omdat er tijdens dit onderzoek gewerkt wordt met overdrachten.

Met het volgende punt zal rekening gehouden moeten worden: Recht op bescherming van het medisch dossier en privacy.

Hierin staat beschreven dat de zorgverleners zorgvuldig om moeten gaan met de persoonlijke en medische gegevens. Dit staat in de wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

Tijdens dit onderzoek zullen deze gegevens op de afdeling blijven, nooit onbeheerd achtergelaten worden. Ook mag de inhoud niet met iemand anders buiten het ziekenhuis besproken worden. Dit is de geheimhoudingsplicht (*Rijksoverheid, ND*).

3. Resultaten

In het hoofdstuk resultaten worden de resultaten beschreven vanuit de drie deelonderzoeken. De resultaten van de enquêtes zullen apart beschreven worden. Er is onderscheid gemaakt tussen de enquêtes die door de verpleegkundigen en de enquêtes die door de medici zijn ingevuld.

3.1. Resultaten literatuurstudie

M. Moon (2011) heeft onderzoek gedaan naar het gebruik van de NANDA, NIC en NOC classificatie in zorgplannen op de intensive care. Verschillende studies tonen aan dat er een relatie is tussen de verpleegkundige uitkomsten zoals verblijfsduur of ziekenhuiskosten en het gebruik van de NANDA, NIC en NOC classificatie (*Shever et al., 2008; Titler et al., 2007; Titler et al 2008*). Uit onderzoek van Moon blijkt dat de IC patiënten minder NANDA diagnoses, NOC uitkomsten en NIC interventies bevatten dan patiënten op een verpleegafdeling. Dit kan betrekking hebben op de verblijfsduur, die gewoonlijk zeer kort is op de intensive care. Ook is volgens Moon de beschikbaarheid van de verpleegkundige zorgplannen, waaruit men de NNN kan kiezen, gelimiteerd. Ook noemt Moon dat het verblijf op de intensive care langer is wanneer er verminderde NOC uitkomsten zijn.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat risico op ernstige complicaties of hogere kans op sterfte in verband staan met een langere verblijfsduur op de intensive care (*Soares et al., 2008; Laupland, Kirkpatrick, Kortbeek, & Zuege, 2006*). Dit zegt ook het onderzoek van Castellan et al., (2015).

De studie van Moon (2011) toont aan dat de kwaliteit en continuïteit van zorg wordt verbeterd bij invoering van de NANDA I diagnoses, de NOC uitkomsten en de NIC interventies.

Colvin et al. (2016) heeft in zijn onderzoek uitgewezen dat de implementatie van een gestandaardiseerde overdracht en scholing met betrekking tot de overdracht er voor heeft gezorgd dat er minder overdracht gerelateerde fouten in de zorg worden gemaakt. Ook zijn er minder medische fouten.

Lunney (2006) benoemt dat het elektronisch rapporteren een gestandaardiseerde taal zoals NANDA internationaal vereist. Om dit te verwezenlijken is er educatie nodig. Volgens Lunney zijn de drie belangrijkste redenen voor implementeren van vernieuwde educatie: Het gebruiken van gestandaardiseerde verpleegkundige modellen verschilt van het traditionele verpleegkundige proces, het gebruik van gestandaardiseerde verpleegkundige modellen vereist meer aandacht voor het ontwikkelen van intellectualiteit, interpersoonlijkheid en technische competenties en accurate diagnosticeren is de basis voor gepaste selectie van patiëntuitkomsten en verpleegkundige interventies. Bij het gebruik van de NNN classificatie worden de beslissingen over dataverzameling gebaseerd op aanvankelijke signalen. Deze worden weer gebruikt om diagnoses en diagnostische hypothesen in overweging te stellen voor individuele patiënten. Zonder het gebruik van de NNN classificatie beschrijven de verpleegkundigen patiëntresultaten en interventies in een narratieve vorm. Met het gebruik van de NNN classificatie in een EPD worden de termen voor patiëntresultaten en verpleegkundige interventies beter beschikbaar.

Uit onderzoek is gebleken dat het korte termijn geheugen slechts een klein deel van de informatie opslaat.

In klinische situaties, worden stukjes data continu omgezet in interpretaties om ruimte te besparen in het korte termijn geheugen. Het voordeel van het benoemen van deze interpretaties, in plaats van enerveren zonder het benoemen Zoals wanneer verpleegkundige diagnoses niet bepaald zijn, dan kan de nauwkeurigheid in twijfel gesteld worden. Het kan dan een interpretatie zijn van de verpleegkundige. Studies hebben uitgewezen dat hoge nauwkeurigheid wordt geassocieerd met verpleegkundige die geschoold zijn in diagnosticeren.

Gebaseerd op ervaringen van de docenten die lesgeven in de NANDA, NIC en NOC classificatie kan gesteld worden dat verpleegkundigen die net zijn afgestudeerd het minste moeite hebben met het gebruik van NANDA, NIC en NOC classificatie.

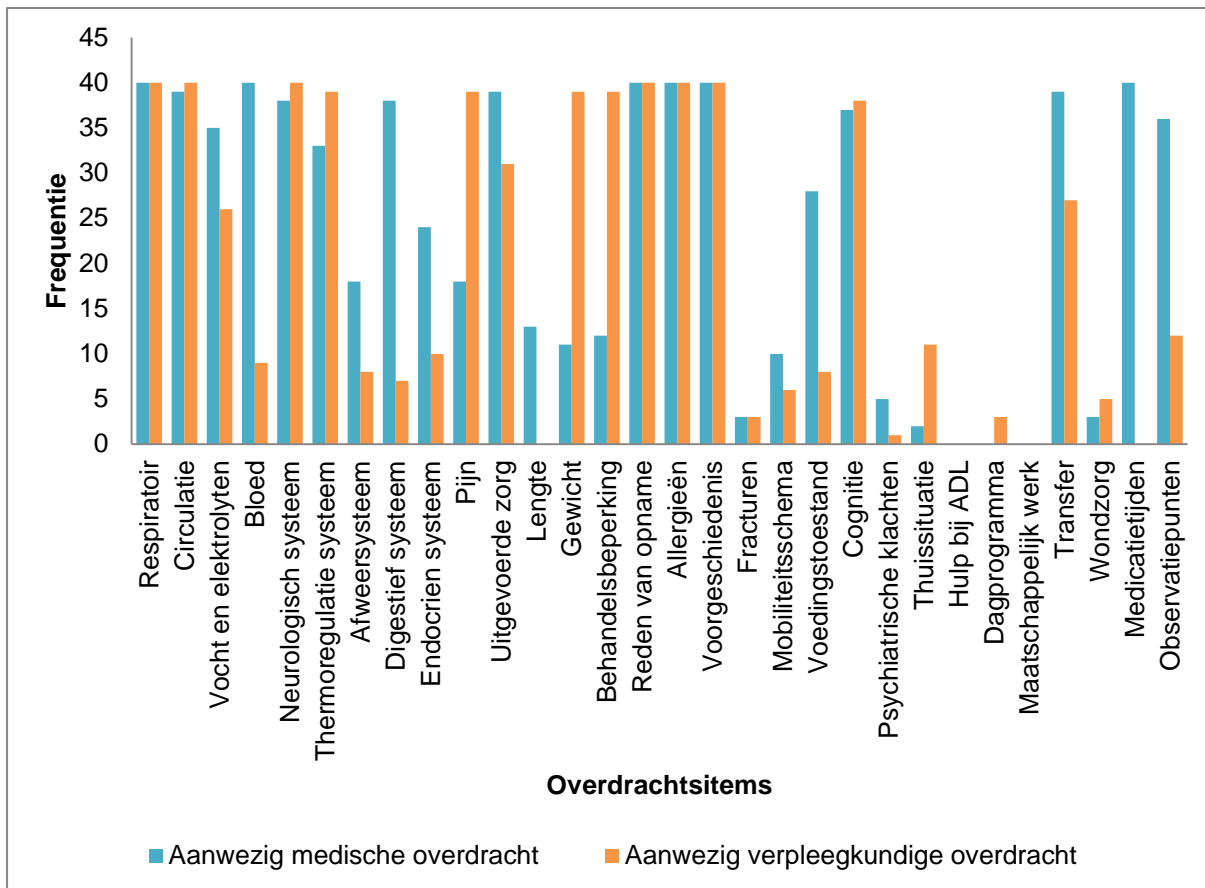
Manias et al., (2015) benoemd in zijn onderzoek dat slechts 38% van de verpleegkundigen een training gehad heeft over het uitvoeren van de overdracht, echter vinden verpleegkundigen dat er meer trainingen moeten komen over de overdracht. Van de medici vind 57% dat trainingen nodig zijn om de overdracht te verbeteren.

3.2. Resultaten analyse overdrachten

Bij het beoordelen van de medische en verpleegkundige overdracht is er gebruik gemaakt van een checklist (bijlage één). Hierin is aangegeven: Aanwezig in de medische overdracht: ja of nee. Aanwezig in de verpleegkundige overdracht: ja of nee. De gegevens zullen weergegeven worden in een staafdiagram en in cijfers.

3.2.1. Resultaten, aanwezig in de medische en verpleegkundige overdracht

Om vast te kunnen stellen of de medische en verpleegkundige overdrachten dubbele registraties bevatten of dat er informatie ontbreekt, is er als eerst onderzoek gedaan naar welke overdracht items voorkomen in beide overdrachten. Hiervoor zijn veertig overdrachten geanalyseerd, zowel medisch als verpleegkundig.



Figuur 1. Aanwezigheid overdracht items in de medische en verpleegkundige overdracht.

De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in figuur 1. In bijlage 1 is de checklist toegevoegd.

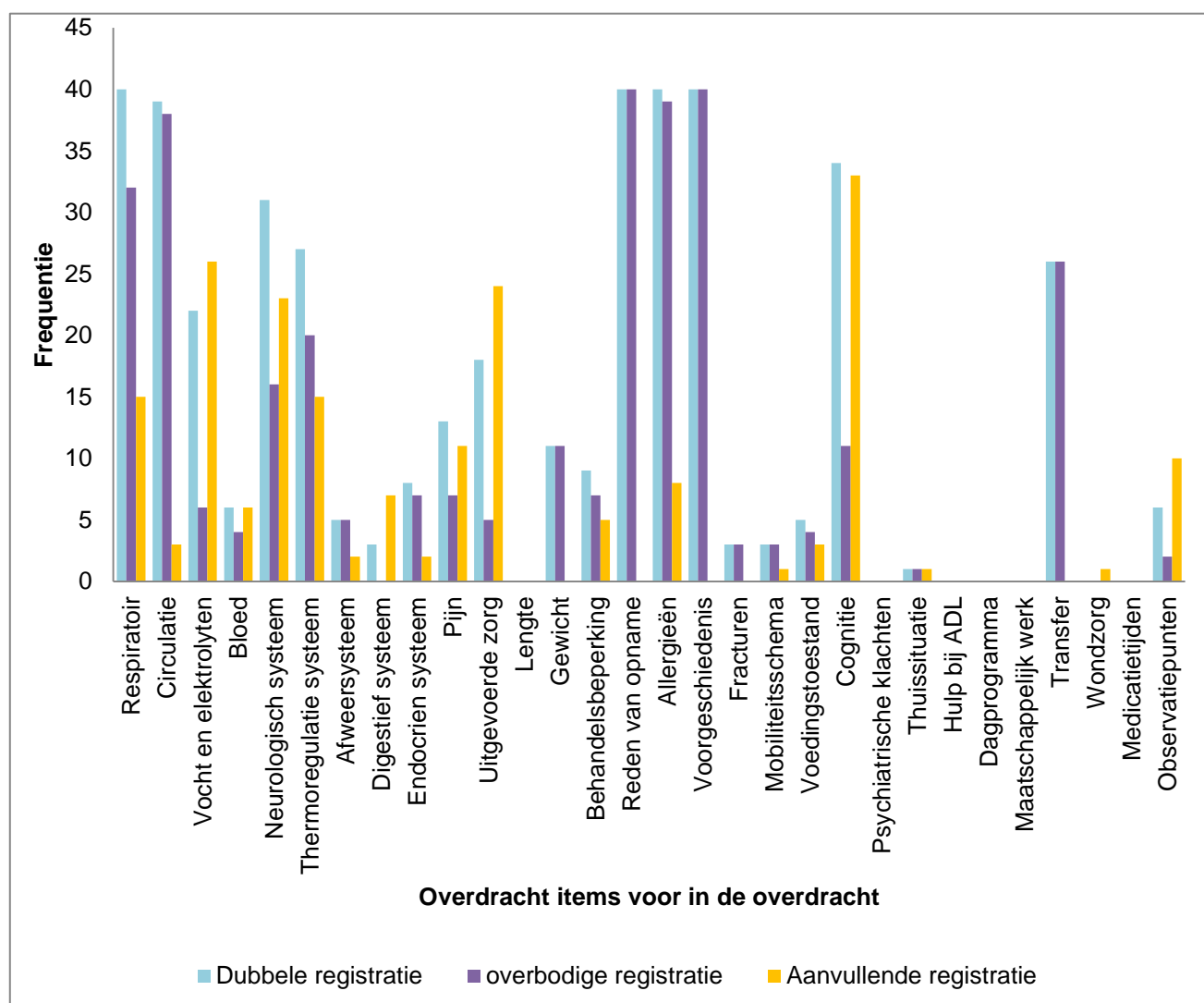
De resultaten vanuit de staafdiagram zijn hieronder toegelicht:

- Het aandachtspunt respiratoir wordt zowel in de veertig medische als verpleegkundige overdrachten 40 keer beschreven.
- Het aandachtspunt circulatie wordt in 39 van de medische overdrachten en in 40 van de verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt vocht- en elektrolytenbalans wordt in 35 medische overdrachten beschreven. Waarbij dit bij de verpleegkundige overdracht in 26 overdrachten beschreven is.
- Het aandachtspunt bloed wordt in 40 medische overdrachten beschreven. Bij de verpleegkundige overdrachten is dit negen keer beschreven.
- Het aandachtspunt neurologisch systeem wordt in 38 van de medische overdrachten beschreven. Waarbij dit bij de verpleegkundige overdrachten 40 keer bedraagt.
- Het aandachtspunt thermoregulatie systeem wordt in 33 medische overdrachten beschreven. In 39 verpleegkundige overdrachten komt dit aandachtspunt naar voren.
- Het aandachtspunt afweersysteem wordt in 18 medische overdrachten en in acht verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt digestief systeem wordt in 38 medische overdrachten en in zeven verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt endocrien systeem wordt in 24 medische overdrachten en in 10 verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt pijn wordt in 18 medische overdrachten en in 39 verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt uitgevoerde zorg wordt in 39 medische overdrachten en in 31 verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt lengte wordt in 13 medische overdrachten beschreven. Deze komt niet voor in de verpleegkundige overdrachten.
- Het aandachtspunt gewicht wordt in 11 medische overdrachten beschreven. Dit wordt in 39 verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt behandelsbeperking wordt in 12 medische overdrachten en in 39 verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt reden van opname wordt in beide overdrachten 40 keer beschreven.
- Het aandachtspunt Allergieën wordt in beide overdrachten 40 keer beschreven.
- Het aandachtspunt voorgeschiedenis wordt in beide overdrachten 40 keer beschreven.
- Het aandachtspunt fracturen wordt in beide overdrachten drie keer beschreven.
- Het aandachtspunt mobiliteitschema wordt in tien medische overdrachten beschreven. In zes verpleegkundige overdrachten wordt dit beschreven.
- Het aandachtspunt voedingstoestand wordt in 28 medische overdrachten en in acht verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt cognitie wordt in 37 medische overdrachten en in 38 verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt psychiatrische klachten wordt in vijf medische overdrachten beschreven. Dit is in één verpleegkundige overdracht beschreven.
- Het aandachtspunt thuisituatie wordt in twee medische overdrachten en in 11 verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt hulp bij ADL wordt in beide overdrachten niet beschreven.

- Het aandachtspunt dagprogramma is niet beschreven in de medische overdrachten. In drie verpleegkundige overdrachten wordt dit aandachtspunt beschreven.
- Het aandachtspunt maatschappelijk werk wordt in beide overdrachten niet beschreven.
- Het aandachtspunt transfer wordt in 39 medische overdrachten en in 27 verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt wondzorg wordt in drie medische overdrachten beschreven. Dit is in vijf verpleegkundige overdrachten beschreven.
- Het aandachtspunt medicatie tijden worden niet benoemd in de medische overdrachten. Wel staan de medicatielijsten van voor en na opname in de medische overdracht. In de verpleegkundige overdracht komt dit niet voor.
- Het aandachtspunt observatiepunten wordt in 36 medische overdrachten en in 12 verpleegkundige overdrachten beschreven.

3.2.2. Resultaten analyse dubbele registratie

Nu de resultaten van de aanwezigheid van de overdracht items in de medische en verpleegkundige overdracht bekend zijn, kan er onderzoek gedaan worden naar de dubbele registratie van overdracht items in de medische en verpleegkundige overdracht. Wanneer overdracht items in beide overdrachten beschreven worden kan dit worden aangeduid worden met een ja of een nee. Als een overdracht item in de medische en verpleegkundige overdracht benoemd wordt, kan de dubbele registratie aanvullend zijn of juist overbodig. Hieronder worden de resultaten weergegeven van de mogelijk dubbele, aanvullende of overbodige registratie.



Figuur 2. Dubbele, overbodige en aanvullende registratie van de overdracht items.

Om meer duidelijkheid te verkrijgen vanuit de figuur, zal deze hieronder toegelicht worden:

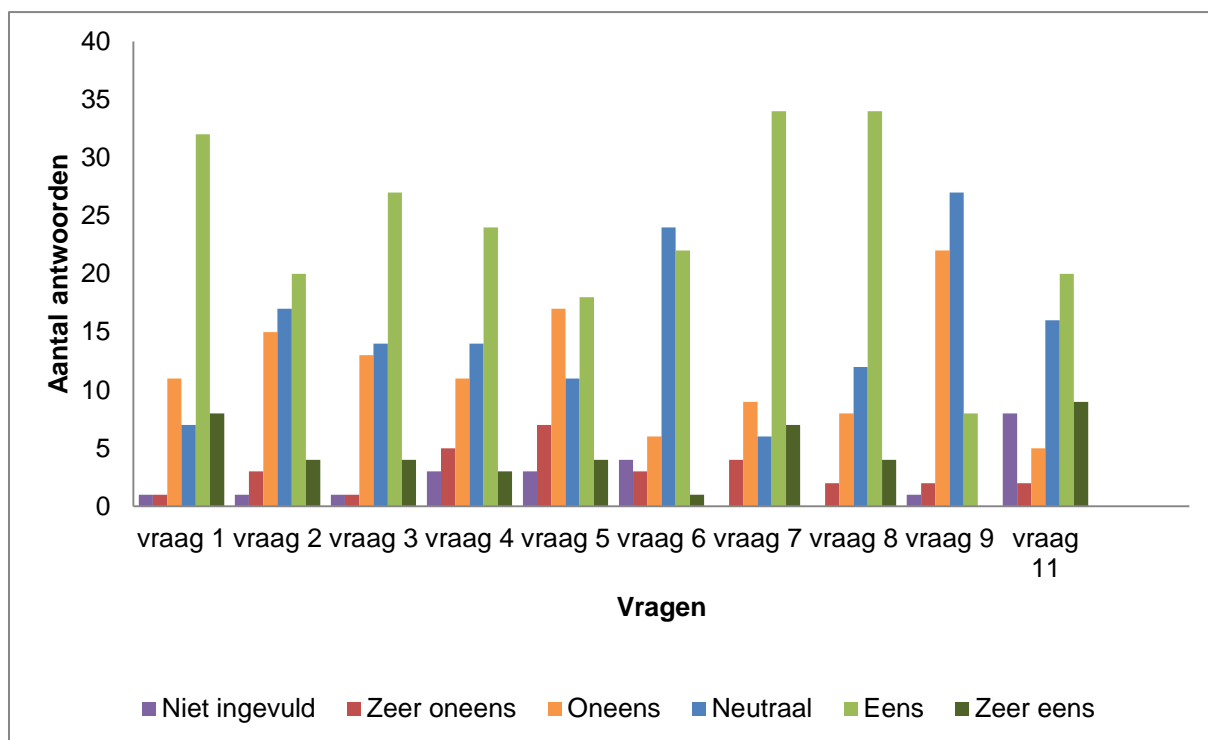
- Het aandachtspunt respiratoir is veertig keer dubbel geregistreerd, 32 keer is overbodige registratie en vijftien keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt circulatie is 39 keer dubbel geregistreerd, 38 keer overbodig en drie keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt vocht en elektrolyten is 22 keer dubbel geregistreerd, zes keer overbodig en 26 keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt bloed is zes keer dubbel geregistreerd, vier keer overbodig en zes keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt neurologisch systeem is 31 keer dubbel geregistreerd, 16 keer overbodig en 23 keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt thermoregulatie systeem is 27 keer dubbel geregistreerd, 20 keer overbodig en 15 keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt afweersysteem is vijf keer dubbel geregistreerd, vijf keer overbodig en twee keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt digestief systeem is drie keer dubbel geregistreerd, nul keer overbodig en zeven keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt endocrien systeem is acht keer dubbel geregistreerd, zeven keer overbodig en twee keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt pijn is 13 keer dubbel geregistreerd, zeven keer overbodig en elf keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt uitgevoerde zorg is 18 keer dubbel geregistreerd, vijf keer overbodig en 24 keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt lenqte is geen enkele keer dubbel, overbodig of aanvullend geregistreerd. Dit komt doordat dit aandachtspunt alleen voorkomt in de medische overdracht.
- Het aandachtspunt gewicht is 11 keer dubbel geregistreerd, 11 keer overbodig en nul keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt behandelsbeperking is negen keer dubbel geregistreerd, zeven keer overbodig en vijf keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt reden van opname is 40 keer dubbel geregistreerd, 40 keer overbodig en nul keer aanvullend geregistreerd
- Het aandachtspunt allergieën is 40 keer dubbel geregistreerd, 39 keer overbodig en acht keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt voorgeschiedenis is 40 keer dubbel geregistreerd, 40 keer overbodig en nul keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt fracturen is drie keer dubbel geregistreerd, drie keer overbodig en nul keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt mobilitéitsschema is drie keer dubbel geregistreerd, drie keer overbodig en één keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt voedingstoestand is vijf keer dubbel geregistreerd, vier keer overbodig en drie keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt cognitie is 34 keer dubbel geregistreerd, 11 keer overbodig en 33 keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt psychiatrische klachten is geen enkele keer dubbel, overbodig of aanvullend geregistreerd. Dit komt doordat dit aandachtspunt alleen voorkomt in de medische overdracht.
- Het aandachtspunt thuisituatie is één keer dubbel geregistreerd, één keer overbodig en één keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt hulp bij ADL is geen enkele keer dubbel, overbodig of aanvullend geregistreerd. Deze komen zowel in de medische als verpleegkundige overdracht niet naar voren.
- Het aandachtspunt dagprogramma is geen enkele keer dubbel, overbodig of aanvullend geregistreerd. Deze wordt benoemd in drie verpleegkundige overdrachten, echter gaat dit om het dagprogramma in de thuisituatie.
- Het aandachtspunt maatschappelijk werk is geen enkele keer dubbel, overbodig of aanvullend geregistreerd. Deze komen zowel in de medische als verpleegkundige overdracht niet naar voren.
- Het aandachtspunt transfer is 26 keer dubbel geregistreerd, 26 keer overbodig en nul keer aanvullend geregistreerd.
- Het aandachtspunt wondzorg is nul keer dubbel geregistreerd, nul keer overbodig en één keer aanvullend geregistreerd. In één verpleegkundige overdracht worden de wonden van de patiënt beschreven. Verder is dit aandachtspunt niet beschreven in de overdrachten terwijl er meerdere patiënten met wonden zijn.
- Het aandachtspunt medicatie tijden is geen enkele keer dubbel, overbodig of aanvullend geregistreerd. De medicatielijst wordt in iedere medische overdracht benoemd, echter worden hier geen tijden bij beschreven.
- Het aandachtspunt observatiepunten is zes keer dubbel geregistreerd, twee keer overbodig en tien keer aanvullend geregistreerd.

3.3. Analyse enquête

Bij het invullen van de enquête konden de respondenten de vragen met zeer oneens, oneens, neutraal, eens en zeer eens invullen. Wanneer er op een vraag geen antwoord is gegeven is deze verwerkt als niet ingevuld.

Hieronder worden de resultaten van de geanalyseerde enquêtevragen weergegeven. In de tabel staat verwerkt hoeveel respondenten er antwoord hebben gegeven. In figuur 3 kan de analyse gevonden worden van de enquêtes die verpleegkundigen ingevuld hebben. In figuur 5 worden de resultaten van de ingevulde enquêtes door medici weergegeven. De gehele enquête kan gevonden worden in bijlage drie.

3.3.1. Inge vulde enquêtes door verpleegkundigen



Figuur 3. Enquête resultaten, verpleegkundigen.

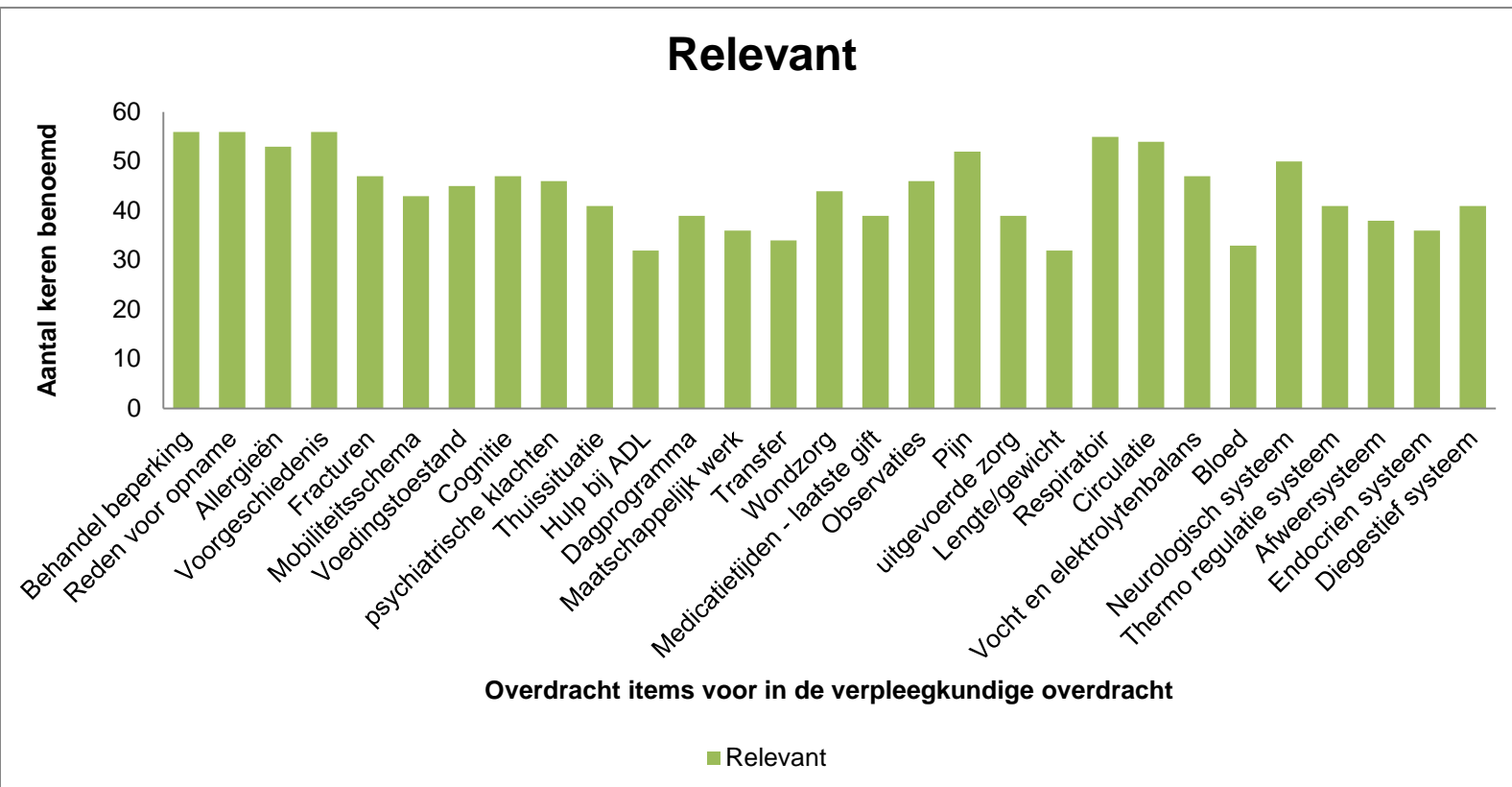
Om meer duidelijkheid te verkrijgen vanuit de tabel zal deze hieronder toegelicht worden:

- Met vraag één is 32 van de respondenten het eens, 11 het oneens, acht zeer eens, zeven zijn neutraal en één is zeer oneens. Eén respondent heeft deze vraag niet ingevuld.
- Met vraag twee is 20 van de respondenten het eens, 17 zijn neutraal, 15 zijn het oneens met deze stelling, vier zijn het hier zeer mee eens, tegenover staat 3 met zeer oneens. Eén respondent heeft deze vraag open gelaten.
- Met vraag drie zijn de respondenten wisselend in hun antwoord. 27 van de respondenten zijn het eens met deze stelling, 14 zijn neutraal, 13 zijn het oneens, vier zijn het zeer eens, één is het zeer oneens. Eén respondent heeft deze vraag niet ingevuld.
- Met vraag vier hebben 24 van de respondenten eens geantwoord, 14 zijn neutraal, 11 zijn het oneens, vijf zijn het zeer oneens, drie zijn het zeer eens met deze stelling. Drie respondenten hebben deze stelling niet ingevuld.
- Met vraag vijf zijn 18 van de respondenten het eens, 17 zijn het oneens, 11 zijn neutraal, zeven zijn het zeer oneens, vier zijn het zeer eens met deze stelling. Drie respondenten hebben deze stelling niet ingevuld.
- Met vraag zes zijn 24 van de respondenten neutraal, 22 zijn het eens, zes zijn het oneens, drie zijn het zeer oneens en één respondent is het zeer eens met deze stelling. Vier respondenten hebben deze vraag niet ingevuld.
- Met vraag zeven zijn 34 van de respondenten het eens, negen oneens, zeven zeer eens, zes is neutraal en vier zijn het zeer oneens met deze stelling.
- Met vraag acht zijn 34 van de respondenten het eens, 12 zijn neutraal, acht zijn het oneens, vier zijn het zeer eens en twee respondenten zijn het zeer oneens met deze stelling.
- Met vraag negen zijn 27 van de respondenten neutraal, 22 zijn het oneens, acht zijn het eens en twee zijn het zeer oneens. Eén respondent heeft deze vraag niet ingevuld.
- Met vraag tien zijn 20 van de respondenten het eens, 16 zijn neutraal, negen zijn het zeer eens, vijf zijn het oneens en twee respondenten zijn het zeer oneens. Acht respondenten hebben deze vraag niet ingevuld.

Naast de hierboven beschreven vragen, is er ook een vraag aanwezig waar de respondenten meerdere antwoorden in kunnen vullen. Deze vraag heeft betrekking op de items die volgens de respondenten relevant zijn voor in de overdrachten.

Dit is weergegeven in figuur 4.

Vanuit de grafiek kan afgelezen worden hoeveel van de 60 respondenten welke overdracht items het belangrijkste vinden.



Figuur 4. Overdracht items overdracht verpleegkundigen

Van de 60 respondenten hebben vier deze vraag niet beantwoordt. Dit heeft als resultaat dat maximaal 56 keer een aandachtspunt als relevant is benoemd.

- Het aandachtspunt behandelsbeperking is 56 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt reden voor opname is 56 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt allergieën is 53 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt voorgeschiedenis is 56 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt fracturen is 47 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt mobiliteitsschema is 43 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt voedingstoestand is 45 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt cognitie is 47 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt psychiatrische klachten is 46 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt thuisituatie is 41 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt hulp bij ADL is 32 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt dagprogramma is 39 keer benoemd als relevant.
- Het aandachtspunt maatschappelijk werk is 36 als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt transfer is 34 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt wondzorg is 44 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt medicatie tijden – laatste gift is 39 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt observaties is 46 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt pijn is 52 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt uitgevoerde zorg is 39 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt lengte / gewicht is 32 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt respiratoir is 55 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt circulatie is 54 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt vocht en elektrolyten balans is 47 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt bloed is 33 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt neurologisch systeem is 50 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt thermoregulatie systeem is 41 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt afweer systeem is 38 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt endocrien systeem is 36 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt digestief is 41 keer als relevant benoemd.

Meerdere verpleegkundigen benoemen dat het patiëntafhankelijk is welke overdracht items naar voren moeten komen. Dit heeft ook te maken met bijzonderheden per aandachtspunt.

Naast de meerkeuze vragen stond er één open vraag tussen.

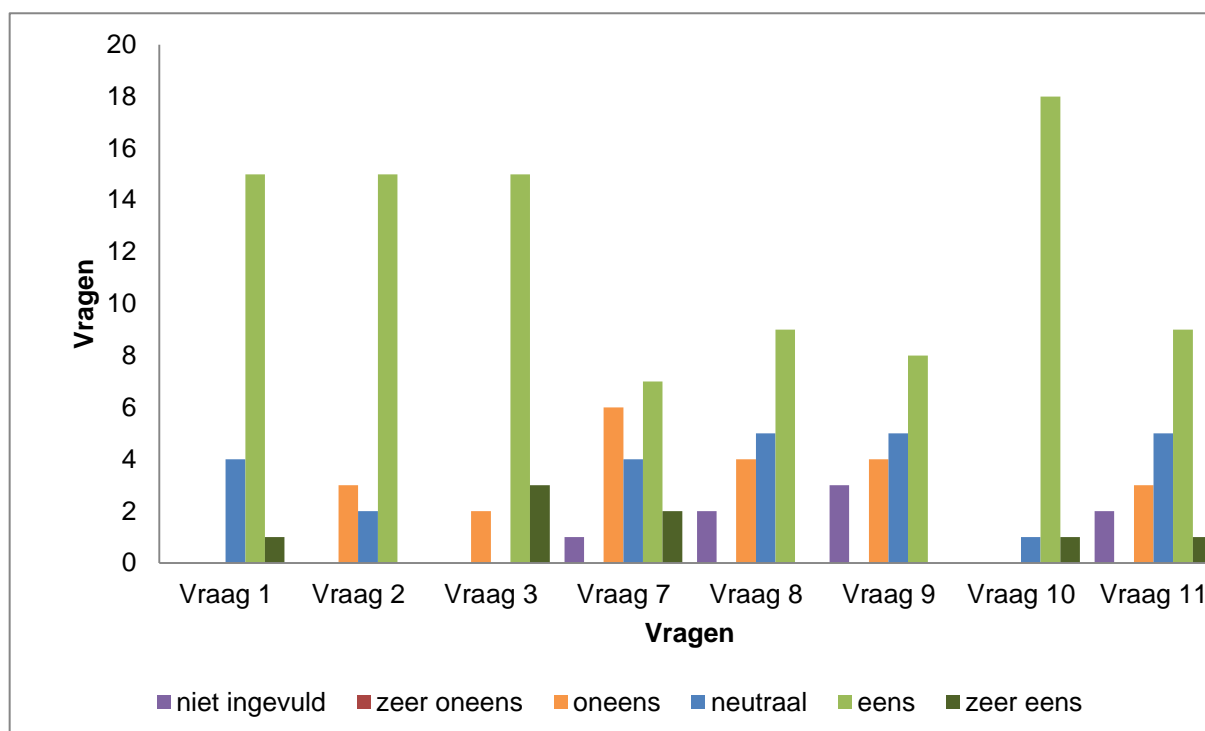
Uit de analyse van deze open vraag kwam het volgende resultaat: 12 van de respondenten vinden dat er te weinig structuur en overzicht in zit. 4 van de respondenten mist de overeenstemming tussen de medici en verpleegkundigen. Ook is het beleid voor vier van de respondenten niet duidelijk en deze kan volgens hun verbeterd worden.

Drie van de respondenten vinden dat de aandacht voor de verpleegkundige overdracht items verbeterd kan worden, dit is volgens hen te weinig.

Ook de overdracht items: wondzorg, mobiliteitsschema, behandelbeperking, medicatieoverzicht, ADL, vochtbalans en observatiepunten worden benoemd als verbeterpunt.

Ook missen enkele respondenten een kopje algemeen in de huidige overdracht. Twee van de respondenten benoemd dat het samenvoegen van de medische en verpleegkundige overdracht een mogelijkheid zou kunnen zijn, gezien er grotendeels informatie uit de medische brief gehaald wordt.

3.3.2. Inge vulde enquêtes door medici.



Figuur 5. Enquête resultaten, medici

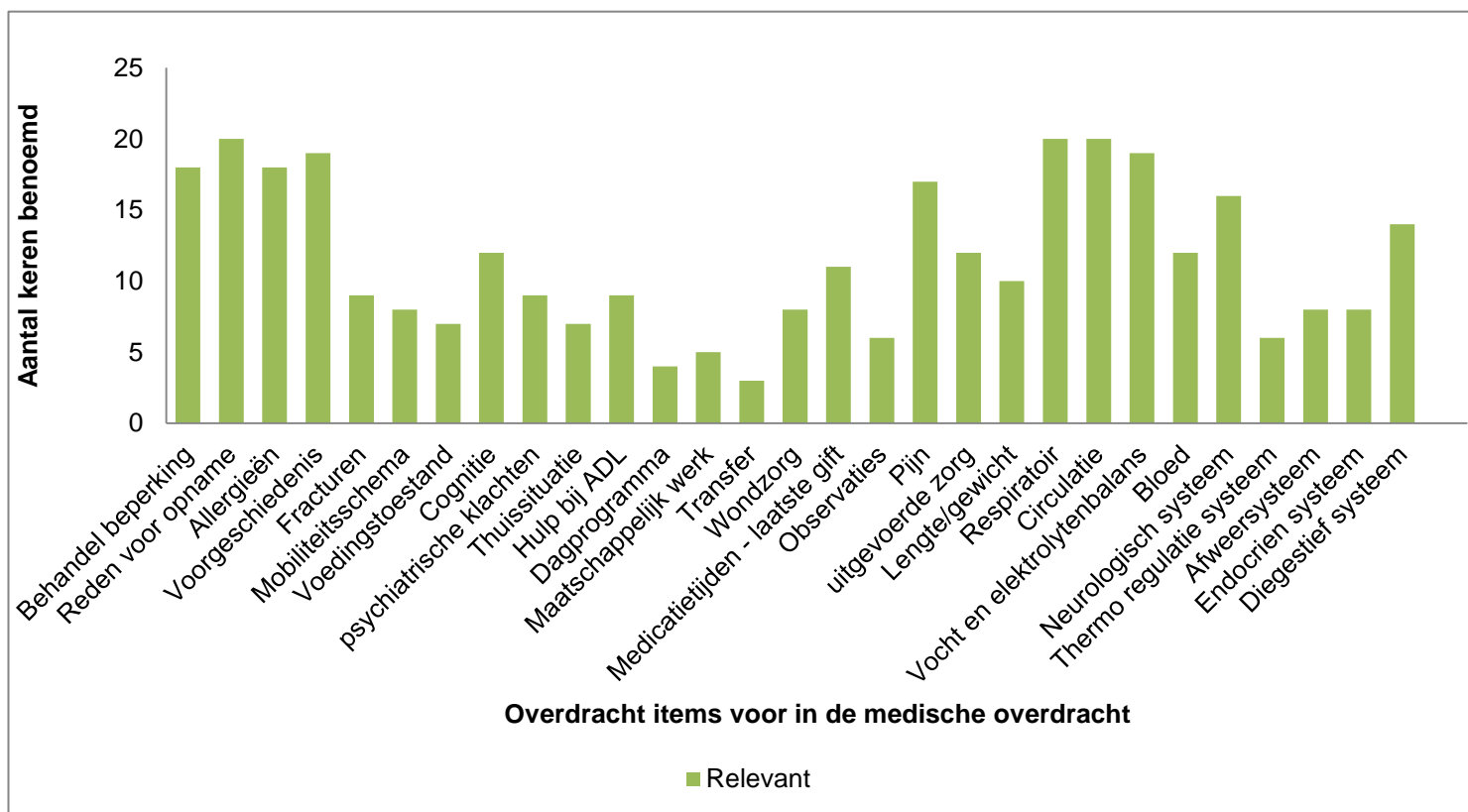
Om meer duidelijkheid te verkrijgen vanuit de tabel zal deze hieronder toegelicht worden:

- Met vraag één zijn 15 van de respondenten het eens, vier zijn neutraal en één van de respondenten is het zeer eens.
- Met vraag twee zijn 15 van de respondenten het eens, drie zijn het oneens en twee respondenten zijn neutraal over deze vraag.
- Met vraag drie zijn 15 van de respondenten het eens, drie zijn het zeer eens en twee van de respondenten zijn het oneens met deze vraag.
- Met vraag zeven zijn zeven van de respondenten het eens, zes zijn het oneens, vier zijn neutraal en twee zijn zeer eens met deze vraag. Eén respondent heeft deze vraag niet ingevuld.
- Met vraag acht zijn negen van de respondenten het eens, vijf zijn neutraal en vier zijn het oneens. Twee respondenten hebben deze vraag niet ingevuld.
- Met vraag negen zijn acht van de respondenten het eens, vijf zijn neutraal, vier zijn het oneens en twee respondenten hebben deze vraag niet ingevuld.
- Met vraag tien zijn 18 van de respondenten het eens, één is het zeer eens en één van de respondenten is neutraal.
- Met vraag elf zijn negen van de respondenten het eens, vijf zijn neutraal, drie zijn oneens, twee respondenten hebben deze vraag niet ingevuld en één respondent is het zeer eens met deze vraag.

Naast de zeer oneens tot zeer eens vragen, was er ook een vraag aanwezig waar de respondenten meerdere antwoorden aan konden kruisen. Deze vraag heeft betrekking op de items die behoren in de overdrachten volgens de respondenten.

Dit is weergegeven in figuur 3.

Hierin kan afgelezen worden hoeveel van de 20 respondenten welke overdracht items het belangrijkste vinden.



Figuur 6. Overdracht items overdracht medici.

Van de twintig respondenten heeft iedereen deze vraag beantwoord.

- Het aandachtspunt behandelsbeperking is 18 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt reden voor opname is 20 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt allergieën is 18 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt voorgeschiedenis is 19 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt fracturen negen keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt mobiliteitsschema is acht keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt voedingstoestand is zeven keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt cognitie is 12 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt psychiatrische klachten is negen keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt thuis situatie is zeven keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt hulp bij ADL is negen keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt dagprogramma is vier keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt maatschappelijk werk is vijf keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt transfer is drie keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt wondzorg is acht keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt medicatie tijden - laatste gift is 11 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt observaties is zes keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt pijn is 17 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt uitgevoerde zorg is 12 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt lengte / gewicht is tien keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt respiratoir is 20 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt circulatie is 20 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt vocht en elektrolyten balans is 19 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt bloed is 12 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt neurologisch systeem is 16 keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt thermoregulatie systeem is zes keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt afweersysteem is acht keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt endocrien systeem is acht keer als relevant benoemd.
- Het aandachtspunt diegestief systeem is 14 keer als relevant benoemd.

Bij deze vraag benoemden een aantal medici dat alle overdracht items relevant zijn voor in de overdracht wanneer deze van toepassing zijn op de patiënt.

4. Conclusie

In dit hoofdstuk conclusie zal antwoord gegeven worden op de hoofdvraag en deelvragen die voorafgaand aan dit onderzoek zijn opgesteld.

Voor het praktijkgericht onderzoek zijn 40 medische en verpleegkundige overdrachten geanalyseerd aan de hand van een checklist (bijlage één). Hierbij is s hier onderscheid gemaakt tussen een dubbele registratie, overbodige registratie en een aanvullende registratie.

In de medische overdrachten worden over het algemeen de overdracht items vaker benoemd dan in de verpleegkundige overdrachten. Bepaalde overdracht items worden in beide overdrachten vaak dubbel benoemd. Bijvoorbeeld: Respiratoir, circulatie, neurologisch systeem, thermoregulatie systeem, reden van opname, behandelsbeperking, allergieën, voorgeschiedenis en cognitie worden in het grootste deel van de geanalyseerde overdrachten dubbel benoemd. En de overdracht items: Lengte, fracturen, mobiliteitsschema, psychiatrische klachten, thuissituatie, hulp bij ADL, dagprogramma, maatschappelijk werk en de wondzorg worden in het grootste deel van de overdrachten niet benoemd.

Een aantal overdracht items is dubbel geregistreerd en deze dubbele registratie gaat vaak gepaard met een overbodige registratie. Als een dubbele registratie gekoppeld is aan een aanvullende registratie komt dit bij de meerderheid doordat het aandachtspunt beknopt is beschreven in de verpleegkundige overdracht, deze is dan verder uitgewerkt in de medische overdracht. Bijvoorbeeld bij de overdracht items: respiratoir, circulatie, afweersysteem, endocrien systeem, gewicht, reden van opname, allergieën, voorgeschiedenis, fracturen, mobiliteitsschema en transfer betreft het een dubbele registratie die gepaard gaat met een overbodige registratie. Bij de overdracht items: vocht en elektrolytenbalans, digestief systeem, uitgevoerde zorg, cognitie en observatiepunten betreft het een dubbele registratie die aanvullend is.

De volgende relevante medische overdracht items worden niet of nauwelijks beschreven in de overdracht: lengte, gewicht, behandelsbeperking, fracturen, mobiliteitsschema, psychiatrische klachten, thuissituatie, hulp bij ADL, dagprogramma, maatschappelijk werk en wondzorg.

De medicatielijsten worden in alle medische overdrachten beschreven, echter worden de medicatietijden en het laatste gift nooit benoemd.

De volgende relevante verpleegkundige overdracht items worden niet of nauwelijks beschreven in de overdracht: afweersysteem, digestief systeem, endocrien systeem, lengte, fracturen, mobiliteitsschema, voedingstoestand, psychiatrische klachten, thuissituatie, hulp bij ADL, dagprogramma, maatschappelijk werk, wondzorg, medicatietijden en observatiepunten. Verder wordt de verpleegkundige uitgevoerde zorg vaak beknopt beschreven.

In het praktijkgerichte onderzoek zijn enquêtes ingevuld door 60 verpleegkundigen en 20 medici. Hierin konden de respondenten aangeven welke overdracht items relevant zijn voor de medische en verpleegkundige overdracht.

De verpleegkundigen hebben de volgende overdracht items 56 keer als relevant aangegeven: behandelsbeperking, reden voor opname en voorgeschiedenis. Dit is de maximaal haalbare score omdat deze vraag door vier respondenten niet is ingevuld. Het minst benoemde aandachtspunt van relevantie is 32 keer benoemd. Dit is opmerkend omdat veel overdracht items die door verpleegkundigen als relevant zijn benoemd, niet of nauwelijks worden beschreven in de verpleegkundige overdracht. Verpleegkundigen

benoemen dat de overdracht items pas relevant zijn wanneer het van toepassing is op de patiënt.

De volgende overdracht items zijn 20 keer als relevant aangegeven door medici: reden voor opname, respiratoir en circulatie. Dat is het maximaal haalbare. Het aandachtspunt wat als niet relevant benoemd wordt is transfer, echter wordt deze in 39 van de 40 geanalyseerde overdrachten benoemd.

De overdracht items: dagprogramma, hulp bij ADL, maatschappelijk werk, voedingstoestand, mobiliteitsschema en wondzorg worden door medici het minst vaak als relevant benoemd. Medici benoemen vaak dat overdracht items pas als relevant worden beschouwd wanneer deze van toepassing zijn op de patiënt.

Echter kan gesteld worden dat deze overdracht items dusdanig patiëntafhankelijk zijn, dit heeft als gevolg dat er geen vaste overdracht items benoemd kunnen worden als relevant. Er kan gesteld worden dat alle overdracht items relevant zijn voor de continuïteit van zorg bij overplaatsing van de ic patiënt. Een samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht kan de continuïteit van zorg verbeteren en zo een dubbele en overbodige registratie voorkomen en onduidelijkheden of verschillende notatie uit de weg te gaan.

Naast de vraag over de relevante overdracht items zijn er ook vragen gesteld over de huidige overdracht, de NANDA, NIC en NOC classificatie, een eventuele samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht en over eventuele verbetering van de continuïteit van zorg.

Het grootste deel van de respondenten benoemt dat zij voldoende kennis beschikken om de NANDA, NIC en NOC classificatie te kunnen toepassen in de overdracht.

Echter is er in geen van de geanalyseerde overdrachten een NANDA, NIC en NOC classificatie waargenomen.

Educatie op het gebied van het toepassen van de NANDA, NIC en NOC classificatie in de rapportage zou hier mogelijkheden tot verbetering kunnen bieden.

Verder kan een Nanda, NIC en NOC classificatie ervoor zorgen dat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd en er geen informatie verloren gaat richting de verpleegafdeling en de huisarts.

Uit de enquête komt naar voren dat verpleegkundigen positiever tegenover een samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht staan dan de medici. Tevens komt naar voren dat er veel overdracht items in beide overdrachten benoemd worden zonder dat deze aanvullend zijn. Ook geven veel medici aan dat bepaalde overdracht items behoren tot het verpleegkundig domein. Echter worden deze punten in de verpleegkundige overdracht niet benoemd. Een samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht kan voorkomen dat de overdracht items dubbel worden geregistreerd en voorkomt onduidelijkheid over welke overdracht items door welke disciplines benoemd moeten worden.

5. Discussie

Op de intensive care werken dusdanig veel verpleegkundigen dat het niet mogelijk is geweest om alle verpleegkundigen een enquête te laten invullen. Hierdoor zijn niet alle meningen meegenomen in het onderzoek en kunnen de resultaten hierdoor zijn beïnvloed. Daarbij zijn voorafgaand aan het onderzoek inclusiecriteria opgesteld met betrekking tot de literatuurstudie, hierin is benoemd dat de gebruikte literatuur niet ouder mag zijn dan 2005. Echter is er een artikel gevonden van K.S. Hoyt uit 1997 over de NANDA, NIC en NOC classificatie. Deze is zeer bruikbaar voor dit onderzoek geweest en is daarom gebruikt als wetenschappelijk bewijs.

Tijdens het analyseren van de medische en verpleegkundige overdrachten is er geen enkele keer een NANDA, NIC en NOC classificatie gevonden. Echter benoemt een derde van de

verpleegkundigen respondenten dat zij aan de hand van deze structuur rapporteert. Dit is benoemenswaardig.

Ook is een derde van de respondenten neutraal tegenover de positieve effecten van het gebruik van de NANDA, NIC en NOC classificatie. De bewustwording onder de verpleegkundigen kan aanzienlijk verhoogd worden.

Naast deze vraag is er ook een vraag gesteld over de relevante overdracht items die behoren in een overdracht. Alle overdracht items zijn vaker dan 30 keer benoemd (van de 60). Toch is dit ook opmerkelijk gezien bepaalde items helemaal niet beschreven worden in de overdracht.

Tot slot zijn er gedurende de loop van het onderzoek aanpassingen gedaan in het huidige overdrachtssysteem. Hierdoor is de beginsituatie niet meer de huidige situatie. Dit kan invloed hebben op onze uitkomsten en aanbevelingen.

6. Aanbevelingen

In het hoofdstuk zijn aanbevelingen opgesteld die behoren bij het praktijkgericht onderzoek.

Tijdens het praktijkgericht onderzoek is gekeken naar de eventuele samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht items. Vanuit dit onderzoek zijn er aanbevelingen opgesteld om zo de overdracht te verbeteren en de continuïteit van zorg te waarborgen.

1. De NANDA, NIC en NOC classificatie implementeren in de overdracht draagt bij aan de continuïteit van zorg en patiëntveiligheid. Om de NANDA, NIC en NOC classificatie eigen te maken en om deze op de juiste wijze toe te passen is educatie voor de verpleegkundige nodig.
2. Er is veel onduidelijkheid over welke overdracht items behoren bij de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen en welke bij de verantwoordelijkheid van de medici. Daarom is een samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht een goede uitkomst. Om dit te bereiken is verder onderzoek nodig naar de samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht. En hoe deze vorm kan krijgen in het PDMS.
3. In het volgende PDMS kan een samenvoeging van de medische en verpleegkundige overdracht en een introductie van de NANDA, NIC en NOC classificatie er voor zorgen dat de continuïteit van zorg beter gewaarborgd wordt en de overdracht soepel verloopt. Hier wordt geadviseerd om verder onderzoek te doen naar de koppeling van de NANDA, NIC en NOC classificatie en de verpleegkundige overdracht.

7. Literatuur

Andriessen, D., Onstenk J., Delnooz P., Smeijsters H. & Peij, S., (2010) *Gedragcode praktijkgericht onderzoek voor het hbo Gedragcode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland. Geraadpleegd op 26-2-2016 van: <file:///C:/Users/Denise/Downloads/gedragcode-praktijkgericht-onderzoek.pdf>*

Bloemberg, M. & Kuyper, L. (2016). *Verpleegkundige overdrachtsitems in de overdracht van intensive care patiënten*. Universitair Medisch Centrum Groningen.

Blok de , C., Vat, L., van Soest-Poortvliet, M., Pieter, D., Minkman, M., de Bruijne, M., Hertogh, C., Wagner, C. 2012. Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVTNIVEL, Vilans, Vrije universiteit Amsterdam, EMGO, KIWA .

Boockvar, K., Fishman, E., Kyriacou, C.K. et al., Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities, *Archives of Internal Medicine*, 164, 2004, 545-550.

Castellan, C., Sluga, S., Spina, E. & Sanson, G. (2015) *Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit*. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/jan.12913

Coleman, E. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am. Geriatr.Soc.*, 51, 549- 555.

Colvin, MO. Eisen, LA., Gong MN. Improving the patient handoff process in the intensive care unit keys to reducing errors and improving outcomes. *Semin Respir Crit Care Med*. 2016 Feb;37(1):96-106. doi: 10.1055/s-0035-1570351. Epub 2016 Jan 28

Duijvendijk van, I.(2014). *Verpleegkundige overdracht, een geoliede machine?* Geraadpleegd op 22-02-2015 van: <http://venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2014%20Documenten/20140903%20onderzoek%20Verpleegkundige%20overdracht.pdf>

Duijvendijk van, I. , Verwey, R., Vreeke, E., Zondervan, R. (2010). eOverdracht in de care, een inventarisatie. Nictiz

Foekema, H. en C. Hendrix, [Mistakes are expensive, An investigation into medical transcription errors, (Part 2)] *Fouten worden duur betaald, Een onderzoek naar medische overdrachtsfouten (deel 2)*, TNS NIPO, Amsterdam, 2004.

Forster, A.J., Murff, H.J., Peterson, J.F. et al., The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital, *Annals of Internal Medicine*, 138, 2003, 161-167.

Forster, A.J., Clark, H.D., Menard, A. et al., Adverse events affecting medical patients following discharge from hospital, *Canadian Medical Association Journal*, 170, 2004, 345-349. Friedman, B. en J. Basu, The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions, *Medical Care Research and Review*, 61, 2004, 225-240

't Hart, H. van Dijk, J. de Goede, M. Jansen, W. Teunissen, J. (1998). *Soorten onderzoek* p 99. Boom Amsterdam Meppel. Geraadpleegd op 25 februari 2016. Uit onderzoeksmethoden.

Hesselink G. & Wollersheim, H. (2012). *Verbetering van ziekenhuisontslag*. Geraadpleegd op 3 maart 2016 van: <http://www.tijdschriftkiz.nl/artikel/13000/Verbetering-van-ziekenhuisontslag>

Hoyt K.S. (1997) *Validating nursing with "NANDA, NIC and NOC"*. Journal of Emergency Nursing Volume 23, Issue 6, December 1997, Pages 507-509

IGZ (2015). *Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd*. Geraadpleegd op 3 maart 2016 van: http://www.igz.nl/Images/2015-06-08%20Rapport%20Continu%C3%AFteit%20van%20zorg%20voor%20kwetsbare%20oudere n%20ZH-VVT_tcm294-366374.pdf

KMNG (2010). *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens*. Geraadpleegd op 26-2-2016 van: <http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/61660/Advies-voor-overdracht-patientendossier-bij-verandering-van-huisarts-eeen-actualisering-2008.htm>

Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS. (2000). *To err is human: Building a safer health care system*. Washington, DC: National Academic Press.

Kripalani, S., LeFevre, F., Philips, C.O. et al., Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care, *JAMA*, 297, 2007, 831-841.

Laupland, K. B., Kirkpatrick, A. W., Kortbeek, J. B., & Zuege, D. J. (2006). Long-term mortality outcome associated with prolonged admission to the ICU. *Chest*, 129(4), 954-959

Leendertse, A.J., Egberts, A.C., Stoker, L.J. en P.M. van den Bemt, HARM Study Group Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands, *Archives of Internal Medicine*, 168, 2008, 1890-1896

Lunney, M. (2006a). Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. *Journal of Nursing Administration*: March 2006- volume 36- issue 3 – pp 118-125

Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D. & Della, P. *Perspectives of clinical handover processes: a multi survey across different health professionals*. *J Clin Nurs*. 2016 Jan;25(1-2):80-91. doi: 10.1111/jocn.12986. Epub 2015 Sep 28.

Mistiaen, P., Duijnhouwer, E. en T. Ettema, The construction of a research model on post-discharge problems based on a review of the literature 1990-1995, *Social Work in Health Care*, 29, 1999, 33-68.

Moon, M. (2011) *Relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing interventions for patients care in intensive care units*. University of Iowa 2011.

Moore, C., McGinn, T. en E. Halm, Tying up loose ends: discharging patients with unresolved medical issues, *Archives of Internal Medicine*, 167, 2007, 1305-1311.

Naylor, M.D., Brooten, D.A., Campbell, R.L., Maislin, G., McCauley, K.M. en J.S. Schwartz, Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial, *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 2004, 675-684.

Rijksoverheid (ND). Patiëntenrecht en cliëntenrecht. Geraadpleegd op 26-2-2016 van: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/inhoud/rechten-in-de-zorg>

Rutherford, A. en B. Burge, General practitioners and hospitals. Continuity of care, Australian Family Physician, 30, 2001, 1101-1107

Shever, L. L., Titler, M. G., Kerr, P., Qin, R., Kim, T., & Picone, D. M. (2008). *The effect of high nursing surveillance on hospital cost. Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 40(2), 161-169.

Siu, A.L., Kravitz, R.L., Keeler, E., Hemmerling, K., Kington, R., Davis, J.W. et al., Postdischarge geriatric assessment of hospitalized frail elderly patients, Archives of Internal Medicine, 156, 1996, 76-81.

Soares, M., Salluh, J. I., Torres, V. B., Leal, J. V., & Spector, N. (2008). Short- and longterm outcomes of critically ill patients with cancer and prolonged ICU length of stay. *Chest*, 134(3), 520-526.

StichingDigitaleZorg.nl(2010-2016). *UMCG implementeert CS-PDMS van Chipsoft*. Geraadpleegd op 16-03-2016 van: <http://www.digitalezorg.nl/digitale/umcg-implementeer-cs-pdms-van-chipsoft/>

Tilburg University. (2016). *Betrouwbaarheid en validiteit*. Geraadpleegd op 14-06-2016 van: <https://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/studie/colleges/spsshelpdesk/eddesk/betrouwba.htm>

Titler, M., Dochterman, J., Kim, T., Kanak, M., Shever, L., Picone, D. M., et al. (2007). *Cost of care for seniors hospitalized for hip fracture and related procedures*. Nursing Outlook, 55, 5-14.

Titler, M. G., Jensen, G. A., Dochterman, J. M., Xie, X. J., Kanak, M., Reed, D., et al. (2008). Cost of hospital care for older adults with heart failure: Medical, pharmaceutical, and nursing costs. *Health Services Research*, 43(2), 635-655.

UMCG (2016). *Intern document*. Opgevraagd op 22-02-2016 vanuit het UMCG.

UMCG (2015). Intensive Care Volwassenen. Geraadpleegd op 22 februari 2016 van: http://cms.umcg.nl/patientenzorg/centrum_intensive_care/

V&V 2020 (2012). *Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op 23-02-2016 van: http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

V&VN, (2016). *Classificatie*. Geraadpleegd op 22-02-2016 van: <http://vzi.venvn.nl/Standaarden/Classificatie>

V&VN (2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Geraadpleegd op 23-02-2015 van: <https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/38/Richtlijn%20Verpleegkundige%20en%20verzorgende%20verslaglegging.pdf>

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Boom Lemma uitgevers, Den Haag.

VMS Veiligheidsprogramma. (2013) Patiëntveilig communiceren. *Geraadpleegd op 23-03-2016 van: <http://www.vmszorg.nl/Onderwijs-and-Opleiding/Patientveilig-communiceren>*

Wal van der, G. (2011). Staat van de gezondheidszorg 2011, informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van informatie-uitwisseling niet op. Inspectie voor de Gezondheidszorg

WHO (2007) *Communication during patient hand-over*. Patient safety solutions. Volume 1, solution 3, may 200

Bijlage 1.

Checklist analyseren overdrachten.

Orgaansystemen	Aanwezig in de verpleegkundige overdracht	Aanwezig in de medische overdracht	Dubbele registratie	Overbodig	aanvullend
Overdracht nr 1 Pt nr 9340493					
Respiratoir (Luchtwegen, adem prikkel, ademaarbeid, diffusie, pulmonale perfusie)					
Circulatie (Veneus aanbod, hart prikkel, pompfunctie, arteriële distributie, microcirculatie)					
Vocht- en elektrolyten balans (Inname/behoefte, osmolariteit, watermassa, nierfunctie, mictie)					
Bloed (Zuur-base-evenwicht, zuurstoftransport, stolling, klinische chemie)					
Neurologisch systeem (Zintuigelijke input, hogere cerebrale functies, motorische output)					
Thermoregulatiesysteem (Warmteproductie, warmteafgifte)					
Afweersysteem (Huid en slijmvliezen, bloed en lymfe)					
Digestief systeem (Inname/behoefte, afbraak en vertering, transport, absorptie, defecatie)					
Endocrien systeem (Centrale regulatie, lagere endocriene organen, doelorganen)					
Pijn					
Uitgevoerde zorg					

Lengte					
Gewicht					

Overdracht items	Aanwezig in de verpleegkundige overdracht	Aanwezig in de medische brief	Dubbele registratie?	Overbodig	Aanvullen ?
-------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------	------------------	--------------------

Behandels beperking					
Reden van opname					
Allergieën					
Voorgeschiedenis (medische voorgeschiedenis en thuissituatie voor opname)					
Fracturen					
Mobiliteitschema <i>(verpleegkundige diagnoses: mobiliteit, inactieve levensstijl, verstoorde aanpassing)</i>					
Voedingstoestand: <i>(Ondervoeding, overvoeding, obstipatie,)</i>					
Cognitie verwardheid, verstoorde zintuiglijke waarneming desoriëntatie syndroom					
Psychiatrische klachten <i>(verpleegkundige diagnoses: angst, vrees, denkprocessen, geestelijke nood, machteloosheid, ongemak, vertraagt postoperatief herstel, posttraumatische reactie, seksueel functioneren, inadequate sociale interactie, zelfverwonding, overplaatsingstres)</i>					
Thuissituatie <i>Verpleegkundige diagnoses: zelfbeeld, inadequate therapietrouw, verstoorde rolvervulling, overbelasting mantelzorgverlener, kennistekort, verminderde zorg voor huishouden, gezinsfunctioneren, coping)</i>					
Hulp bij ADL <i>(verpleegkundige diagnoses: zelfzorgtekort, overbelasting mantelzorgverlener)</i>					
Dagprogramma					
Maatschappelijk werk					
Transfer					
Wondzorg <i>Verpleegkundige diagnoses: ineffectieve perifere weefsel doorbloeding, weefselbeschadiging, letsel, infectie</i>					
Medicatietijden + laatste gift					
Observaties <i>(extra toevoeging aan overdracht.</i>					

Bijlage 2. De analyse van de overdrachten.

Aandachtspunt		Aanwezig	Frequentie	Percentage %	Gegeven percentage	Cumulatief percentage
Respiratoir	Medische overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	ja	40	100,0	100,0	100,0
Circulatie	Medische overdracht	Nee Ja	1 39	2,5 97,5	2,5 97,5	2,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
Vocht en elektrolyten	Medische overdracht	Nee Ja	5 35	12,5 87,5	12,5 87,5	12,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	14 26	35,0 65,0	35,0 65,0	35,0 100,0
Bloed	Medische overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	31 9	77,5 22,5	77,5 22,5	77,5 100,0
Neurologisch systeem	Medische overdracht	Nee Ja	2 38	5,0 95,0	5,0 95,0	5,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
Thermoregulatie systeem	Medische overdracht	Nee Ja	7 33	17,5 82,5	17,5 82,5	17,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	1 39	2,5 97,5	2,5 97,5	2,5 100,0
Afweersysteem	Medische overdracht	Nee Ja	22 18	55,0 45,0	55,0 45,0	55,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	32 8	80,0 20,0	80,0 250,0	80,0 100,0
Digestief systeem	Medische overdracht	Nee Ja	2 38	5,0 95,0	5,0 95,0	5,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	33 7	82,5 17,5	82,5 17,5	82,5 100,0
Endocrien systeem	Medische overdracht	Nee Ja	16 24	40,0 60,0	40,0 60,0	40,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	30 10	75,0 25,0	75,0 25,0	75,0 100,0
Pijn	Medische overdracht	Nee Ja	22 18	55,0 45,0	55,0 45,0	55,0 100,0

	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	1 39	2,5 97,5	2,5 97,5	2,5 100,0
Uitgevoerde zorg	Medische overdracht	Nee Ja	1 39	2,5 97,5	2,5 97,5	2,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	9 31	22,5 77,5	22,5 77,5	22,5 100,0
Lengte	Medische overdracht	Nee Ja	27 13	67,5 32,5	67,5 32,5	67,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee	40	100,0	100,0	100,0
Gewicht	Medische overdracht	Nee Ja	29 11	72,5 27,5	72,5 27,5	72,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	1 39	2,5 97,5	2,5 97,5	2,5 100,0
Behandelsbeperking	Medische overdracht	Nee Ja	28 12	70,0 30,0	70,0 30,0	70,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	1 39	2,5 97,5	2,5 97,5	2,5 100,0
Reden van opname	Medische overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
Allergieën	Medische overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
Voorgeschiedenis	Medische overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
Fracturen	Medische overdracht	NVT Ja	37 3	92,5 7,5	92,5 7,5	92,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	NVT Ja	37 3	92,5 7,5	92,5 7,5	92,5 100,0
Mobiliteitsschema	Medische overdracht	Nee Ja	30 10	75,0 25,0	75,0 25,0	75,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	34 6	85,0 15,0	85,0 15,0	85,0 100,0
Voedingstoestand	Medische overdracht	Nee Ja	12 28	30,0 70,0	30,0 70,0	30,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	32 8	80,0 20,0	80,0 20,0	80,0 100,0
Cognitie	Medische overdracht	Nee Ja	3 37	7,5 92,5	7,5 92,5	7,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	2 38	5,0 95,0	5,0 95,0	5,0 100,0
Psychiatrische klachten	Medische overdracht	Nee Ja	35 5	87,5 12,5	87,5 12,5	87,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	39 1	97,5 2,5	97,5 2,5	97,5 100,0
Thuisituatie	Medische overdracht	Nee Ja	38 2	95,0 5,0	95,0 5,0	95,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	29 11	72,5 27,5	72,5 27,5	72,5 100,0

Hulp bij ADL	Medische overdracht	Nee	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee	40	100,0	100,0	100,0
Dagprogramma	Medische overdracht	Nee	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	37 3	92,5 7,5	92,5 7,5	92,5 100,0
Maatschappelijk werk	Medische overdracht	Nee	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee	40	100,0	100,0	100,0
Transfer	Medische overdracht	Nee Ja	1 39	2,5 97,5	2,5 97,5	2,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	13 27	32,5 67,5	32,5 67,5	32,5 100,0
Wondzorg	Medische overdracht	Nee Ja	37 3	92,5 7,5	92,5 7,5	92,5 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	35 5	87,5 12,5	87,5 12,5	87,5 100,0
Medicatietijden	Medische overdracht	Ja	40	100,0	100,0	100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee	40	100,0	100,0	100,0
Observatiepunten	Medische overdracht	Nee Ja	4 36	10,0 90,0	10,0 90,0	10,0 100,0
	Verpleegkundige overdracht	Nee Ja	28 12	70,0 30,0	70,0 30,0	70,0 100,0

Bijlage 3. De enquête

	Vraag	Zeer oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer eens
1.	De huidige overdracht voldoet aan de volgende aspecten: medisch/verpleegkundig onderzoek, uitgevoerde zorg, observaties/overdrachtsitems, orgaansystemen en informatie met betrekking tot de situatie van de patiënt					
2.	De huidige overdracht is gestructureerd en volledig					
3.	Het is voor de verpleegkundigen en medici die werkzaam zijn op de ICV duidelijk welke onderdelen van zorg en de uitvoering hiervan in de overdracht beschreven dienen te worden en waar deze onderdelen geclusterd dienen te worden.					
Bent u medicus, ga door naar vraag 7.						
4.	U bezit voldoende kennis m.b.t. de verpleegkundige interventies (NIC) en resultaten (NOC) aan de verpleegkundige diagnoses (NANDA).					
5.	U kunt de verpleegkundige interventies (NIC) en resultaten (NOC) relateren aan de verpleegkundige diagnoses (NANDA) en rapporteert deze in de verpleegkundige overdracht.					
6.	Het beschrijven van de verpleegkundige diagnoses (NANDA), interventies (NIC) en resultaten (NOC) vergroot de patiëntveiligheid, continuïteit van zorg en draagt bij aan het optimaliseren van een zo volledig mogelijke overdracht.					
7.	Een samenvoeging van de verpleegkundige en de medische overdracht draagt bij de verbetering van de continuïteit van zorg. Het voorkomt dubbele registratie, overbodige registratie en het ontbreken van informatie.					
8.	De overdracht naar andere verpleegafdelingen en naar de huisarts verloopt soepeler bij een bundeling van de medische en verpleegkundige overdracht.					
9.	Er is een relatie tussen onvoldoende informatie in de verpleegkundige en medische overdracht. en het aantal heropnames					
Bent u verpleegkundige, ga door naar vraag 11						
10.	De huidige ontslagbrief verschaft de huisarts voldoende informatie over de patiënt.					
11.	Op dit moment kan de vorm van overdracht tussen de verpleegkundigen en medici verbeterd worden.					
12.	Welke onderdelen van de verpleegkundige en medische overdracht kunnen verbeterd worden?					

.....
.....
.....
.....

13. Welke onderwerpen vindt u die benoemd moeten worden in de overdracht? (kruis aan wat u relevant vindt)

- Behandelbeperking
- Reden voor opname
- Allergieën
- Voorgeschiedenis
- Fracturen
- Mobiliteitsschema
- Voedingstoestand
- Cognitie
- Psychiatrische klachten
- Thuisituatie
- Hulp bij ADL
- Dagprogramma
- Maatschappelijk werk
- Transfer
- Wondzorg
- Medicatie tijden – laatste gift
- Observaties
- Pijn
- Uitgevoerde zorg
- Lengte/gewicht
- Respiratoir
- Circulatie
- Vocht – en elektrolyten balans
- Bloed
- Neurologisch systeem
- Thermo regulatie systeem
- Afweersysteem
- Endocrien systeem
- Digestief systeem

Opmerkingen:

Bijlage 4. Enquête resultaten verpleegkundige

1. De huidige overdracht voldoet aan de volgende aspecten: medisch/ verpleegkundig onderzoek, uitgevoerde zorg, observaties/ overdrachtsitems, orgaansystemen en informatie met betrekking tot de situatie van de patiënt				
Gegeven	Frequentie	Percentage %	Gegeven percentage	Cumulatief percentage
Niet ingevuld	1	1,7	1,7	1,7
Zeer oneens	1	1,7	1,7	3,3
Oneens	11	18,3	18,3	21,7
Neutraal	7	11,7	11,7	33,3
Eens	32	53,3	53,3	86,7
Zeer eens	8	13,3	13,3	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	
2. De huidige overdracht is gestructureerd en volledig				
Niet ingevuld	1	1,7	1,7	1,7
Zeer oneens	3	5,0	5,0	6,7
Oneens	15	25,0	25,0	31,7
Neutraal	17	28,3	28,3	60,0
Eens	20	33,3	33,3	93,3
Zeer eens	4	6,7	6,7	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	
3. Het is voor de verpleegkundigen en medici die werkzaam zijn op de ICV duidelijk welke onderdelen van zorg en uitvoering hiervan in de overdracht beschreven dienen te worden en waar deze onderdelen geclusterd dienen te worden				
Niet ingevuld	1	1,7	1,7	1,7
Zeer oneens	1	1,7	1,7	1,7
Oneens	13	21,7	21,7	25,0
Neutraal	14	23,3	23,3	48,3
Eens	27	45,0	45,0	93,3
Zeer eens	4	6,7	6,7	100
Totaal	60	100,0	100,0	
4. U bezit voldoende kennis m.b.t. de verpleegkundige interventies (NIC) en resultaten (NOC) aan de verpleegkundige diagnoses (NANDA)				
Niet ingevuld	3	5,0	5,0	5,0
zeer oneens	5	8,3	8,3	13,3
Oneens	11	18,3	18,3	31,7
Neutraal	14	32,3	32,3	55,0
Eens	24	40,0	40,0	95,0
Zeer eens	3	5,0	5,0	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	100,0
5. U kunt de verpleegkundige interventies (NIC) en resultaten (NOC) relateren aan de verpleegkundige diagnoses (NANDA) en rapporteert deze in de verpleegkundige overdracht				
Niet ingevuld	3	5,0	5,0	5,0
Zeer oneens	7	11,7	11,7	16,7



Oneens	17	28,3	28,3	45,0
Neutraal	11	18,3	18,3	63,3
Eens	18	30,0	30,0	93,3
Zeer eens	4	6,7	6,7	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	

6. Het beschrijven van de verpleegkundige diagnoses (NANDA), interventies (NIC) en resultaten (NOC) vergroot de patiëntveiligheid, continuïteit van zorg en draagt bij aan het optimaliseren van een zo volledig mogelijke overdracht

Niet ingevuld	4	6,7	6,7	6,7
Zeer oneens	3	5,0	5,0	11,7
Oneens	6	10,0	10,0	21,7
Neutraal	24	40,0	40,0	61,7
Eens	22	36,7	36,7	98,3
Zeer eens	1	1,7	1,7	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	

7. Een samenvoeging van de verpleegkundige en de medische overdracht draagt bij de verbetering van de continuïteit van zorg. Het voorkomt dubbele registratie, overbodige registratie en het ontbreken van informatie.

Zeer oneens	4	6,7	6,7	6,7
Oneens	9	15,0	15,0	21,7
Neutraal	6	10,0	10,0	31,7
Eens	34	56,7	56,7	88,3
Zeer eens	7	11,7	11,7	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	

8. De overdracht naar andere verpleegafdelingen en naar de huisarts verloopt soepeler bij een bundeling van de medische en verpleegkundige overdracht.

zeer oneens	2	3,3	3,3	3,3
Oneens	8	13,3	13,3	16,7
Neutraal	12	20,0	20,0	36,7
Eens	34	56,7	56,7	93,3
Zeer eens	4	6,7	6,7	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	

9. Er is een relatie tussen onvoldoende informatie in de verpleegkundige en medische overdracht. en het aantal heropnames

Niet ingevuld	1	1,7	1,7	1,7
Zeer oneens	2	3,3	3,3	5,0
Oneens	22	36,7	36,7	41,7
Neutraal	27	45,0	45,0	86,7
Eens	8	13,3	13,3	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	

10. Op dit moment kan de vorm van overdracht tussen de verpleegkundigen en medici verbeterd worden.

Niet ingevuld	8	13,3	13,3	13,3
Zeer oneens	2	3,3	3,3	16,7
Oneens	5	8,3	8,3	25,0
Neutraal	16	26,7	26,7	51,7
Eens	20	33,3	33,3	85,0



Zeer eens	9	15,0	15,0	100,0
Totaal	60	100,0	100,0	



Bijlage 5. Logboek

Datum	Activiteiten	Uren	Problemen en oplossingen
14-2-2016	Oriëntatie op het praktijkgerichte onderzoek, module doorlezen en voorbereiding op onderzoeksvoorstel.	2uur	
15-2-2016	Kennismakingsgesprek	1 uur	
15-2-2016	Onderzoeksvoorstel / literatuurstudie	2 uur	
16-2-2016	Onderzoeksvoorstel / literatuurstudie	3 uur	Op zoek naar artikelen en een passende onderzoeksvraag bedenken. Morgen gesprek met opdrachtgever dus hier vragen wat exact hun wens is.
22-2-2016	Onderzoeksvoorstel/ literatuurstudie	8 uur	
23-2-2016	Inleiding opstellen/ literatuurstudie	8 uur	
24-2-2016	Onderzoeksmethoden selecteren/ literatuurstudie	8 uur	Gesprek gehad met Wim over de keuze van onderzoek
25-2-2016	Onderzoeksmethoden	6 uur	
26-2-2016	Onderzoeksmethoden	4 uur	
29-2-2016	Flow-chart	4 uur	
4-3-2016	Onderzoeksvoorstel	5 uur	
7 -3 -2016	Onderzoeksvoorstel aanpassen	3 uur	
8-3 2016	Onderzoeksvoorstel aanpassen	4 uur	
14 – 3 -2016	Literatuurstudie / onderzoeksvoorstel	3uur	
16 – 3 -2016	Gesprek met opdrachtgever / onderzoeksvoorstel	6 uur	Gesprek over de onderzoeksvraag en de huidige design
18 – 3 -2016	Onderzoeksvoorstel aanpassen	8uur	
19-3-2016	Onderzoeksvoorstel 2 ^o versie inleveren	4 uur	
21-3 – 2016	Enquêtes opstellen	3 uur	
25 – 3-2016	Onderzoeksvoorstel aanpassen	2 uur	
30 – 3 –2016	Overdrachten analyseren	4 uur	Gesprek met opdrachtgever rondom het onderzoek. (15



			min)
1 – 4 – 2016	Overdrachten analyseren	7 uur	
2 – 4 – 2016	Overdrachten analyseren	2 uur	
4 – 4 – 2016	Overdrachten analyseren	6 uur	
5 – 4 – 2016	Overdrachten analyseren	5 uur	
6 – 4 – 2016	Gesprek met opdrachtgever en begeleider vanuit school	1 uur	Onderzoeksvoorstel werd doorgenomen en de stand van zaken op dit moment.
7-4-2016	Enquête verbeteren	1 uur	
8-4-2016	Literatuurstudie	5uur	
9-4-2016	Enquête uitdelen	1 uur	
10-4-2016	Enquête uitdelen	1 uur	
12-4 -2016	Literatuurstudie	5 uur	
13-4-2016	Overdrachten vergelijken en analyse samenvoegen	5uur	
14-4-2016	Overdrachten vergelijken en analyse samenvoegen	5 uur	
17 – 4 – 2016	Overdrachten vergelijken en analyse samenvoegen	3 uur	
19-4 -2016	Literatuurstudie en Overdrachten vergelijken en analyse samenvoegen	4 uur	
24 -4 -2016	Analyse verwerken SPSS	6uur	
25-4-2016	Analyse verwerken SPSS	6uur	
2 – 5 – 2016	Analyse verwerken	5 uur	
9 – 5 -2016	Enquête resultaten verwerken	5uur	
10 -5	Literatuurstudie en enquête resultaten verwerken	5 uur	
17 – 5 – 2016	Literatuurstudie en enquête verwerken		
18-05-2016	Literatuur verwerken Resultaten verwerken Conclusie schrijven Discussie schrijven Aanbevelingen	8uur	



Bijlage 6. Peer assesment

naam invuller: Denise Weima

naam duo: Ceciel Houtsma

datum: 14-06-2016

Puntenverdeling:

3 beter

2 ongeveer hetzelfde

1 minder goed

Beoordelingscriteria:	Ceciel	Denise
1. Betrokkenheid (bij de zaak zijn, meedenken, de gedachtegang volgen, taakgerichtheid).	2	2
2. Initiatief nemen (bereidheid tot het opnemen van taken, zelf handen uit de mouwen steken).	2	2
3. Goed voorbereid zijn (goede en bruikbare informatie inbrengen).	2	2
4. Structuur aanbrengen in de eigen opgezochte informatie en deze beknopt en overzichtelijk meedelen aan de anderen.	2	2
5. Inbrengen van vernieuwende ideeën in de discussie.	2	2
6. Kritisch zijn.	2	2
7. Constructief meebouwen aan probleemoplossing (bruikbare oplossingen voorstellen en bereid tot zoeken naar compromissen).	2	2
8. Eigen mening durven geven (assertiviteit).	3	1
9. Luisteren naar de anderen en moeite doen om hen echt te begrijpen.	2	3
10. Constructieve bijdrage aan het onderzoeksvoorstel/verslag	2	2
TOTAAL aantal punten	21	20



naam invuller: Ceciel Houtsma

naam duo: Denise Weima

datum: 14-06-2016

Puntenverdeling:

- 3 beter
- 2 ongeveer hetzelfde
- 1 minder goed

Beoordelingscriteria:	Student 1	Student 2
1. Betrokkenheid (bij de zaak zijn, meedenken, de gedachtegang volgen, taakgerichtheid).	2	2
2. Initiatief nemen (bereidheid tot het opnemen van taken, zelf handen uit de mouwen steken).	3	2
3. Goed voorbereid zijn (goede en bruikbare informatie inbrengen).	2	3
4. Structuur aanbrenge n in de eigen opgezochte informatie en deze beknopt en overzichtelijk meedelen aan de anderen.	2	2
5. Inbrengen van vernieuwende ideeën in de discussie.	2	2
6. Kritisch zijn .	2	2
7. Constructief meebouwen aan probleemoplossing (bruikbare oplossingen voorstellen en bereid tot zoeken naar compromissen).	2	2
8. Eigen mening durven geven (assertiviteit).	3	2
9. Luisteren naar de anderen en moeite doen om hen echt te begrijpen.	2	3
10. Constructieve bijdrage aan het onderzoeksvoorstel/verslag	2	2
TOTAAL aantal punten	22	22

