



UC Leuven
Limburg
MOVING MINDS

Gegevensoverdracht van de kritiek zieke patiënt van de spoedgevallendienst naar de intensieve therapie eenheid:

Hoe kan het efficiënter?

Bachelor in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg

UC Leuven – Limburg

Departement Gezondheid en Welzijn

2018 – 2019

Kelly Bastiaensen en Griet Merken

An Kenis

Christine Nollet



UC Leuven
Limburg
MOVING MINDS

Gegevensoverdracht van de kritiek zieke patiënt van de spoedgevallendienst naar de intensieve therapie eenheid:

Hoe kan het efficiënter?

Bachelor in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg

UC Leuven – Limburg

Departement Gezondheid en Welzijn

2018 – 2019

Kelly Bastiaensen en Griet Merken

An Kenis

Christine Nollet

Voorwoord

Deze specialisatieproef is een groepswerk van twee werkstudenten. Beiden zijn we tewerkgesteld in het Jessa Ziekenhuis, campus Virga Jesse te Hasselt. Kelly werkt sinds drie jaar op de spoedgevallendienst en Griet vier jaar op de intensieve therapie eenheid (ITE). We hebben beide een stage op elkaars afdeling achter de rug waardoor we het reilen en zeilen van beiden diensten onder de knie hebben.

De gegevensoverdracht van de spoedgevallendienst naar de ITE kent hiaten waardoor belangrijke informatie verloren gaat. Door een ontbrekende gemeenschappelijke visie tussen beiden diensten is er geen of een beperkt teamgevoel tussen de spoedgevallendienst en ITE waardoor communicatiefouten gemaakt worden. Om de patiëntveiligheid en het teamgevoel tussen de beiden gespecialiseerde diensten te verbeteren is dit onderwerp gekozen en zijn we in de literatuur op zoek gegaan naar valkuilen, reeds bestaande methoden en mogelijke verbeteringen in de manier van overdracht tussen een spoedgevallendienst en een intensieve therapie eenheid.

Door te werken aan deze specialisatieproef, is er getracht een gemeenschappelijk doel te bekomen, een volledige gestructureerde gegevensoverdracht, en leerden beiden diensten beter samenwerken omtrent dit gegeven.

Welgemeend willen we onze dank betuigen aan enkele personen die bij de samenstelling van dit project behulpzaam zijn geweest.

Mevrouw An Kenis, docente aan UCLL Leuven en verpleegkundige op ITE in het Maria Ziekenhuis Overpelt, om ons te begeleiden in alle situaties, voor de steun en de goede raad.

Mevrouw Christine Nollet, stafmedewerkster en verpleegkundige op de spoedgevallendienst van het Jessa Ziekenhuis, voor de bijsturing, steun en inzichten die we gekregen hebben bij het maken van dit afstudeerproject.

Onze collega's van de spoedgevallendienst en de drie intensieve eenheden, voor de fijne medewerking.

Ondergetekenden dragen de uiteindelijke verantwoordelijkheid:

Kelly Bastiaensen

Griet Merken

Abstract

Inleiding

Het overdragen van gegevens van een kritiek zieke patiënt van een spoedgevallendienst naar een ITE is een van de belangrijkste onderdelen in de zorg voor deze patiëntenpopulatie. In de praktijk blijkt dat er veel frustratie is rond de overdracht door verschillende verwachtingspatronen tussen beiden diensten. Hierdoor gaat er informatie verloren wat nefast is voor de patiëntveiligheid en de onderlinge relaties tussen de dienst spoedgevallen en de intensieve therapie eenheid. Het doel van deze specialisatieproef is het op punt stellen van de gegevensoverdracht van kritiek zieke patiënten die overgedragen worden van de spoedgevallendienst naar de intensieve therapie eenheid.

Methode

Het betrof een literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek waarin de overdracht van de spoedgevallendienst naar de ITE geëvalueerd werd aan de hand van een evaluatieschaal.

Resultaten

Uit de literatuurstudie is gebleken dat gegevensoverdracht tussen de spoedgevallendienst en de ITE op frequente basis voor problemen zorgt in verschillende ziekenhuizen over de hele wereld. Hierdoor ontstaan er frustraties tussen de diensten en de patiëntveiligheid komt in het gedrang. Door de gegevensoverdracht te standaardiseren en duidelijke regels vast te leggen weten beiden diensten wat van hen verwacht wordt tijdens een gegevensoverdracht. De overdracht zal gestructureerd gebeuren waardoor er efficiënter en correctere informatie overgedragen wordt.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de perceptie van de verpleegkundigen over de informatie tijdens de overdracht verschillend is tussen de spoedgevallendienst en de ITE. De studie toont aan dat de overdracht bemoeilijkt wordt door storende omgevingsfactoren zoals andere verpleegkundigen, chaos, artsen etc. Het gebruik van een gestandaardiseerd overdrachtsformulier gaf de overdracht structuur en werd als kwaliteitsvoller aanzien.

Conclusie

Een gestandaardiseerde manier van overdracht geeft structuur en voorkomt miscommunicatie aangezien de onderwerpen gerangschikt zijn in een bepaalde volgorde zodat alle relevante informatie aan bod komt. Door de resultaten van de evaluatieschaal te analyseren en samen te voegen werd er een nieuw protocol geschreven. Ook werd er een gemeenschappelijke visie gevonden met eenzelfde doel, namelijk een gestructureerde overdracht waarbij patiëntveiligheid voorop staat.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Abstract	5
Inhoudsopgave	6
1 Inleiding	1
2 Methode	2
2.1 Methodologie literatuurstudie	2
2.2 Methodologie praktijkgedeelte	3
3 Resultaten	5
3.1 Verpleegkundige overdracht	5
3.2 Fasen in de verpleegkundige overdracht	7
3.2.1 Pre-transfer periode	7
3.2.2 Aankomst van de patiënt op ITE	8
3.2.3 Briefing.....	8
3.2.4 Post-transfer periode	10
3.3 Belemmerende factoren	10
3.4 Verpleegkundige werkcultuur en attitude	10
3.5 Gevolgen van een slechte overdracht	12
3.6 Nood aan standaardisatie	12
3.6.1 SBAR-DR.....	13
3.6.2 SOAP	13
3.6.3 MAN	14
4 Praktische luik	15
4.1 Handover Evaluation Scale	15
4.2 Overdracht van gegevens	15
4.3 Resultaten	17
4.3.1 Observaties	17
4.3.2 HES: kwaliteit van informatie.....	18
4.3.3 HES: structuur van informatie.....	19
4.3.4 HES: werksfeer	22
4.4 SWOT-analyse	25
4.5 Nieuwe procedure	26
4.5.1 Pre-transfer periode	26
4.5.2 Aankomst van de patiënt op ITE	26
4.5.3 Briefing.....	26
4.5.4 Post-transfer periode	27
5 Discussie	28
5.1 Interpretatie van de resultaten	28
5.2 Beperkingen	31
6 Conclusie	33
7 Bijlagen	34
8 Bibliografie	47
9 Literatuurtabel	50

1 Inleiding

Verpleegkundige overdracht wordt gedefinieerd als *“de overdracht van professionele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor sommige of alle aspecten van zorg voor een patiënt of patiëntengroep, aan een andere persoon of een professionele groep op tijdelijke of permanente basis”* (Safe handover: safe patients, 2004). Het is een proces dat centraal staat bij de levering van hoogwaardige en veilige zorg.

Patiëntveiligheid aan de hand van verpleegkundige overdracht verbeteren, werd in de doestellingen van de World Health Organization in 2006 opgenomen, dit om te illustreren hoe belangrijk de verpleegkundige overdracht is. Een effectieve informatieoverdracht is van toenemend belang voor de gezondheidszorg omdat diensten steeds complexer worden. Deze complexiteit betekent dat medewerkers vaker en sneller over complexe zaken met elkaar moeten communiceren. Veel van het klinisch werk wordt gedaan door multidisciplinaire teams, die het vermogen vereisen om buiten de professionele discipline te communiceren. Een goede overdracht gaat gepaard met een verbetering van de patiëntveiligheid, continuïteit van de patiëntenzorg en een verbeterde besluitvorming (Hovenkamp, Olgers, Tycho, Wortel, Noltes, Dercksen & ter Maaten, 2018).

Vanuit de literatuur blijkt dat de overdracht in het verpleegkundige beroep regelmatig problemen ondervindt. In de literatuur beschrijven McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby (2007) en Currie (2002) dat een overdracht een gebeuren is waarbij veel externe invloeden een rol spelen op het al dan niet succesvol uitvoeren hiervan. Niet enkel stoorzenders als lawaai en drukte veroorzaken problemen bij gegevensoverdracht, ook tijdsdruk en onderlinge attitude naar elkaar toe zorgen voor problemen. Door de vele stoorzenders gaat er informatie verloren met een negatieve invloed op de verdere zorgverlening en veiligheid van de kritiek zieke patiënt (Currie, 2002). Ook de samenwerking en de communicatie tussen diensten komt in het gedrang (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007). Verpleegkundigen op de spoedgevallendienst en de ITE staan voor verschillende en complexe uitdagingen tijdens de zorg voor een kritiek zieke patiënt. Beiden diensten werken nauw samen waarbij de verantwoordelijkheid voor de patiënt van de spoedgevallenverpleegkundige verschoven wordt naar de ITE-verpleegkundige. Er wordt veel belang gehecht aan een goede informatieoverdracht tussen de verschillende zorgverleners omdat deze de kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid kan verbeteren (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007).

Het doel van dit eindwerk is het verzekeren van een kwalitatieve en efficiënte overdracht van de spoedgevallendienst naar de ITE aan de hand van een nieuwe procedure. Een secundaire doelstelling is terug aandacht vestigen op de overdracht om zo het vertrouwen, de communicatie en de interdisciplinaire samenwerking tussen beiden diensten te verbeteren.

2 Methode

2.1 Methodologie literatuurstudie

Bij het opstarten van dit afstudeerproject werd er een PICO opgesteld, aan de hand hiervan was het mogelijk om doelgerichte literatuur op te zoeken.

- P:** Ineffectieve verpleegkundige overdracht van patiënten van de dienst spoedgevallenzorg naar de dienst intensieve therapie eenheid
- I:** gebruik van een gestandaardiseerde procedure
- C:** huidige manier van overdracht van de dienst spoedgevallenzorg naar de dienst intensieve therapie eenheid
- O:** verzekeren van kwaliteit en continuïteit in de zorgverlening.

“Is het gebruik van een gestandaardiseerde wijze van gegevensoverdracht een effectieve manier om de continuïteit, patiëntveiligheid en hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verzekeren?”, deze onderzoeksvraag werd gesteld.

Voor het bekomen van de resultaten werd er gebruik gemaakt van volgende databanken: Limo, Google Scholar, Medline (Pubmed), Elsevier, The New England Journal of Medicine en Cochrane Library. Door de sneeuwbal methode toe te passen werden er nog enkele artikels gevonden. Er werd gebruik gemaakt van volgende zoektermen: ICU, Intensive Care, nursing handover, patient handover, handover, communication, transfer, ER en Emergency Room. Gebruikte Mesh-termen waren: ‘patient handoff’, ‘intensive care unit’, ‘communication’ en ‘emergency room’.

Zowel gelijkaardige artikels die werden aangeraden door de databanken als de literatuurlijsten van de geselecteerde artikels werden bekeken. De eerste selectie gebeurde op basis van titel en abstract. Via expertconsulten werden er drie artikels verkregen. Uiteindelijk werden er 35 artikels in dit afstudeerproject geïncorporeerd naargelang de relevantie op de onderzoeksvraag.

Bij verdere selectie werden volgende inclusie- en exclusiecriteria gehanteerd: Engelstalige artikels niet ouder dan tien jaar en focus op de patiëntenoverdracht. Er werden uitzonderingen gemaakt voor de artikels van Safe handover: safe patients (2004), Currie (2002), Dunn, Gwinnutt, & Gray (2007), Iedema & Merrick (2008), McFetridge et al. (2007) en Patterson, Roth & Woods (2004). Deze vijf artikels gaven een duidelijk inzicht over de fasen van de overdracht, de methodes, het belang en de omkadering van een gegevensoverdracht. Om deze redenen werden ze wel geïncorporeerd in deze specialisatieproef, ook al zijn ze ouder dan tien jaar.

2.2 Methodologie praktijkgedeelte

Vanuit de literatuuranalyse kwamen er kernpunten naar voren. Op basis hiervan werd een evaluatieschaal opgesteld zodat kon worden nagegaan wat de visie is van de verpleegkundigen op de beide diensten. Er werd gebruik gemaakt van de Handover Evaluation Scale (HES), een meetinstrument gebruikt in het onderzoek van Bergs, Lambrechts, Mulleneers, Lenaerts, Hauquier, Proesmans, Creemers & Vandijck (2018). Deze schaal werd aangepast aan de noden van dit afstudeerproject. Tijdens de periode waarin de evaluatieschalen werden afgenomen, werden er observatiemomenten uitgevoerd.

Hierbij werd er op basis van een aantal punten, gevonden in de literatuurstudie, nagegaan welke problemen er ontstonden tijdens een overdracht en hoe de overdracht uitgevoerd werd. Als buitenstaander van de overdracht kon er gelet worden op externe factoren die een invloed hadden op de handelingen van de verpleegkundigen.

Aan de hand van de evaluatieschalen die de participerende verpleegkundigen invulden, werd onderzocht hoe de verpleegkundigen de overdracht ervaarden en hoe het in de toekomst anders kan. Na het verzamelen en het interpreteren van de resultaten van de HES, werd er op basis van deze resultaten en van de literatuur een protocol uitgeschreven.

Op basis van een aantal vooropgestelde stappen kan een eenduidig proces ontstaan waarbij de overdracht kwalitatief kan verlopen. Een protocol maken, aanpassen aan de werkcultuur en vragen naar feedback maakt de implementatie eenvoudiger (Rodriguez , Fernández, & Vidal, 2018). Clarke en Persaud (2011) bespreken in hun onderzoek een vierstappenmodel om de gegevensoverdracht van een kritiek zieke patiënt effectiever te maken en de problemen van de bestaande overdrachten in kaart te brengen, te bespreken, aan te pakken en te her-evalueren. Aan de hand van de literatuurstudie werd het vierstappenmodel van Clarke en Persaud (2011) aangepast en werden onderstaand beschreven stappen ondernomen om dit eindwerk te verwezenlijken. Volgens het onderzoek van Bakon (2017) zijn de laatste twee stappen 'implementatie' en 'consequentie' noodzakelijk en werden daarom toegevoegd in dit proces. Zo werd een plan van aanpak bekomen, bestaande uit zes stappen.

- Stap 1 (literatuurstudie)

Door het uitvoeren van een literatuurstudie zal naar voren komen welke inhoud een kwalitatieve overdracht moet hebben en hoe deze moet verlopen. Welke onderwerpen moeten zeker vermeld worden in de nieuwe procedure en bestaat er misschien al een procedure die gehanteerd wordt? Is er in het huidige beleid van het ziekenhuis een procedure waarin staat vermeld hoe een overdracht moet verlopen en wordt deze toegepast?

- Stap 2 (evaluatieschaal overdracht)

Door het gebruik van een evaluatieschaal (in deze specialisatieproef een aangepaste versie van de Handover Evaluation Scale) wordt de verbale en schriftelijke overdracht bekeken en getoetst aan de verwachtingspatronen van de verpleegkundigen op beiden diensten. Door een suggestie-vak toe te voegen kunnen de verpleegkundigen zelf aangeven wat ze belangrijk vinden en waaraan ze zich storen. De resultaten voor beiden diensten zullen hierin verschillen waardoor er kan ingespeeld worden op de noden van de beiden diensten.

Als de problemen geïdentificeerd worden, kan probleemherkenning volgen. Het identificeren van oplossingen begint met het stellen van doelen. De doelen moeten realistisch, meetbaar en tijdsgebonden zijn om ervoor te zorgen dat de verpleegteams blijvende problemen, verbeteringen en effectiviteit kunnen herkennen.

- Stap 3 (resultaten)

Aan de hand van de resultaten wordt er vastgesteld welke informatie zowel spoedgevallenverpleegkundigen als ITE-verpleegkundigen belangrijk vinden met betrekking tot de overdracht van de patiënt. Er wordt een completer beeld geschetst over hoe de informatieoverdracht in zijn werk gaat.

- Stap 4 (nieuwe procedure)

Aan de hand van de literatuurstudie en de resultaten van dit onderzoek kan er een nieuwe procedure worden uitgeschreven.

Als de organisatie bewust is van het probleem van de discrepantie tussen wat er verwacht wordt en de prestaties, kan er gekeken worden naar hoe dit kan verbeterd worden. Wanneer de problemen beschreven zijn geeft dit ook een interne druk om de problemen aan te pakken.

- Stap 5 (implementatie)

De verpleegkundigen van de spoedgevallendienst sensibiliseren om de nieuwe procedure van gegevensoverdracht te gebruiken en aan de ITE-verpleegkundigen vragen een open houding aan te nemen en actief te luisteren naar de briefing, aangezien deze punten aangehaald werden als een bron van frustratie en kernproblemen. Deze stap wordt niet verwezenlijkt in deze specialisatieproef maar is wel noodzakelijk in het proces om een betere gegevensoverdracht tot stand te brengen.

- Stap 6 (consequentie)

Om ervoor te zorgen dat de implementatie van de veranderingen blijvend is, moeten de leidinggevenden ervoor zorgen dat er ondersteuning is door communicatie, training en continue evaluatie. De inhoud en grondgedachten van de wijzigingen moeten duidelijk gecommuniceerd worden en er moet tijdig feedback gegeven worden. Door bijscholingen te geven omtrent de veranderingen die doorgevoerd gaan worden, kunnen ook de patiëntveiligheid- en efficiëntie-doelen besproken worden. Door de veranderingen te blijven opvolgen kunnen er blijvende verbeteringen doorgevoerd worden.

3 Resultaten

3.1 Verpleegkundige overdracht

De patiëntenoverdracht is een cruciaal moment in de zorg aangezien de aansprakelijkheid en de verantwoordelijkheid verschuift van de ene verpleegkundige naar de andere. De overdracht van de spoedgevallendienst naar de ITE is des te uitgebreider en staat voor grotere uitdagingen vanwege hun complexe en dynamische werkomgevingen (Dunn, Gwinnutt, & Gray, 2007). Volgens Manser (2011) is overdracht naar een ITE ingewikkelder omdat een ITE gekenmerkt is door tijdsdruk, veel afleiding en de kritieke toestand van de patiënt.

In bovenstaande definitie zitten twee belangrijke begrippen: *verantwoordelijkheid* en *aansprakelijkheid*. *Verantwoordelijkheid* is gebonden aan het erkennen dat informatieoverdracht en de bijhorende documentatie doorslaggevend zijn in de zorgverlening en de patiëntveiligheid. Iemands erkenning van die verantwoordelijkheid is een indicator van hun betrokkenheid. *Aansprakelijkheid* is gebonden aan het feit dat de zorgverlener een verplichting heeft jegens de patiënt, zijn collega's en hun organisatie. Deze verplichting bestaat erin informatieoverdracht uit te voeren volgens de beste methode en om hun handelingen te documenteren (Iedema, 2008).

Volgens Clarke & Persaud (2011) bestaan er verschillende manieren van overdracht die gebruikt worden in de verpleegkundige praktijk: 1) de bedside overdracht, waarbij de patiënteninformatie aan het bed van de patiënt wordt gedeeld, 2) schriftelijke overdracht, met een beoordeling van gedocumenteerde informatie waardoor de mogelijkheid tot persoonlijke discussie tot een minimum wordt beperkt en 3) mondelinge overdracht op afstand van de patiënt.

De literatuur geeft de voorkeur aan de bedside overdracht om drie hoofdredenen: 1) het biedt een mogelijkheid om patiënten te betrekken en te laten participeren in hun zorg, 2) het voorkomt dat verpleegkundigen hun patiënten stereotyperen en 3) ontmoedigt verpleegkundigen om subjectieve, veroordelende opmerkingen te maken die kunnen helpen een negatieve houding aan te nemen (Clarke & Persaud, 2011). Bovendien is de overdracht niet beperkt tot professionele groepen. Patiënten, hun gezinsleden en primaire zorgverleners hebben vaak kennis en informatie die relevant is voor de zorg van de patiënt en dus voor het overdrachtsproces. De rol van de patiënt tijdens de klinische overdracht wordt daarom sinds geruime tijd als cruciaal erkend (Iedema, 2008). Het opnemen van deze personen in het overdrachtsproces heeft de potentie om de geldigheid en diversiteit van beschikbare kennis en informatie te vergroten en te verduidelijken (Clarke & Persaud, 2011). Volgens het onderzoek van Bruton, Norton, Smyth, Ward, & Day (2016) ondervinden verpleegkundigen ook nadelen aan een bedside overdracht. Wanneer de patiënt bewust is en geen relevante informatie kan geven vertraagt en onderbreekt dit de overdracht.

Bij de verpleegkundigen zelf is er een voorkeur om de overdracht in de verpleegpost uit te voeren. Hier kunnen de verpleegkundigen zich in een rustige omgeving concentreren op het geven en ontvangen van informatie. Door minder storing kan de overdracht in één keer gegeven worden, wat ook de lengte van de overdracht reduceert (Currie, 2002).

Er wordt vastgesteld dat de verpleegkundige overdracht een kritisch punt is inzake patiëntveiligheid. Een effectieve overdracht, waarbij informatie over de zorg van een patiënt nauwkeurig en betrouwbaar wordt doorgegeven van de ene zorgverlener naar de volgende, is van essentieel belang voor de continuïteit van de zorg (Marmor & Li, 2017). Uit de conclusie van het onderzoek van Manser (2011) blijkt dat standaardisatie van de overdracht gecombineerd met bijscholingen de communicatie kan verbeteren, wat resulteert in een betere outcome van de patiëntveiligheid.

De patiëntenoverdracht bevat heel veel informatie, zonder de nodige opleiding in communicatie kan een verpleegkundige geen adequate en gestructureerde overdracht geven. Deze verpleegkundigen zijn wel in staat om een overdracht te geven aan een niet-kritieke dienst maar wanneer het over een kritieke dienst gaat met complexe situaties falen ze meestal (Leenstra, et al., 2018). Er is een positieve correlatie tussen goede communicatie en een goede, gestructureerde overdracht. Communicatie in de gezondheidszorg wordt gezien als een van de sleutelfactoren voor het succesvol managen van kritieke situaties en levert een belangrijke bijdrage aan de patiëntveiligheid (Waßmer, et al., 2011).

Effectieve communicatie tijdens de overdracht, in een gestructureerde en gestandaardiseerde vorm, omvat actieve luistervaardigheden en participatie van de ontvanger. De manier waarop de overdracht gebeurt is minstens even belangrijk als de inhoud. Disrespectvol gedrag van één van beide partijen heeft een negatieve invloed op de overdracht en uiteindelijk op de patiëntveiligheid. Respectvol gedrag houdt in: 1) het begroeten, 2) actief luisteren en 3) actief participeren (de Lange, van Eeden, & Heyns, 2017).

Er wordt gesteld dat een vijfde van de klinisch gemaakte fouten in de verpleegkundige zorg te wijten zijn aan slechte communicatie door het verlies aan informatie tijdens de overdracht (Johnson, Sanchez, & Zheng, 2015). Abraham J., et al. (2014) omschrijven deze communicatiestoring als '*een hiaat of een fout bij het overbrengen van informatie door de zender (of het team) naar de ontvanger*'. Deze communicatiestoringen worden onderverdeeld in vier types op basis van de aard van de informatiekloof, vermeld in onderstaande tabel 1.

Communicatie storing	Omschrijving
Type 1	Onvolledige informatie (van zender): het onvermogen van het uitgaande team om gevraagde aanvullende informatie te verstrekken
Type 2	Onnauwkeurige en tegenstrijdige informatie: onvermogen van het uitgaande team om correcte informatie te verstrekken
Type 3	Irrelevante informatie: onvermogen van het uitgaande team om gepaste informatie te verstrekken
Type 4	Onvolledige of onnauwkeurige informatie (van het team): onvermogen van de rest van het team om volledige en juiste informatie te verstrekken

Tabel 1: Types communicatiestoringen (Abraham J., Kannampallil, Almoosa, Patel, & Patel, 2014)

3.2 Fasen in de verpleegkundige overdracht

Een overdracht kan ingedeeld worden in vier fasen: 1) pre-transfer periode, 2) aankomst op de ITE, 3) briefing en 4) post-transfer periode (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2017; Manser, 2011). Deze fasen lopen in elkaar over, wanneer één fase foutief verloopt en hiaten vertoont, is de volgende fase gevoeliger aan fouten. Uit onderzoek van McFetridge (2007) blijkt dat de verpleegkundige perceptie over wanneer een overdracht exact begint, verschillend is. Door dit verschil in perceptie ontstaat er een negatieve start van de verpleegkundige overdracht.

3.2.1 Pre-transfer periode

Tijdens deze periode worden er op de ITE voorbereidingen getroffen voor de opname. Deze voorbereiding is een kritisch punt om de overdracht vlot te laten verlopen. Als deze fase incorrect verloopt zal de fase 'aankomst op ITE' variabel, ongestructureerd en gevoelig aan fouten zijn (Patterson, Roth, & Woods, 2004). Manser (2011) duidt dat bij overdrachten in kritieke situaties, zoals de overdracht van een spoedgevallendienst naar de ITE, de pre-transfer periode van groot belang is.

De pre-transfer periode bestaat uit vijf gecoördineerde activiteiten op de dienst spoedgevallen: 1) het onderzoeken van de patient, 2) het verzamelen van de informatie, 3) het aanpassen van de huidige informatie (up-to-date), 4) review en analyse van de huidige informatie en 5) het voorbereiden van het ontslag (Abraham, Kannampallil, & Patel, 2012).

De patiënt wordt van de spoedgevallendienst naar de ITE gebracht door de verantwoordelijke spoedgevallenverpleegkundige en een arts. Zij hebben kennis van het transportmateriaal, de monitoring en de klinische status van de patiënt. Het minimum van monitoring tijdens de transfer omvat volgens Sethi & Subramanian (2014): continue pulsoximetrie, elektrocardiografie, niet-invasieve bloeddrukmeting en ademhalingsfrequentie. Op basis van de klinische status van de patiënt kan extra monitoring zoals capnografie en invasieve monitoring voor arteriële, centrale veneuze of intracraniale druk nodig zijn.

De verantwoordelijkheid van de overdracht ligt primair bij de verwijzende arts, omdat deze aangeeft naar welke afdeling de patiënt moet getransfereerd worden en neemt contact op met de ontvangende arts. Er moet directe communicatie zijn tussen de verwijzende en ontvangende arts, alsook tussen de verantwoordelijke spoedgevallenverpleegkundige en de verantwoordelijke ITE-verpleegkundige. Tijdens dit eerste contact wordt er belangrijke informatie over de klinische toestand van de patiënt gedeeld. De wijze van vervoer en de geschatte tijdslijn van de overdracht ligt in de handen van de verpleegkundigen (Sethi & Subramanian, 2014).

De klinische status van de patiënt en de vitale parameters moeten gedocumenteerd zijn en meegegeven worden aan de ontvangende afdeling. Moest dit nog niet gebeurd zijn, kan dit later nog aangevuld worden mits het personeel wordt ingelicht (Currie, 2002).

3.2.2 Aankomst van de patiënt op ITE

Deze fase beschrijft de installatie van de patiënt op ITE en omvat het verbedden van de patiënt, het overschakelen van de huidige medicatie, de kunstmatige ventilator en de monitor. Vaak komen patiënten onstabiel aan, waardoor deze fase ook het stabiliseren van de patiënt bevat (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007).

De aankomst van de patiënt wordt getypeerd door omgevings- en gedragsfactoren (Manser, 2011). Omgevingsfactoren bestaan uit onderbrekingen, het geluidsniveau en de werkbelasting. Gedragsfactoren omvat planning, besluitvorming en bevestiging van de informatie door de ontvanger. Als de omgevingsfactoren miniem zijn en de gedragsfactoren positief, is de kans op een volledige en effectieve overdracht groter.

Tijdens deze fase vindt het tweede contact tussen de verpleegkundigen van de twee diensten plaats en begint de indirecte en informele communicatie. Het is net op dit moment dat miscommunicatie ontstaat, omdat er verschil in perceptie bestaat over het starttijdstip van de overdracht (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007).

Het onderzoek van McFetridge et al. (2007) geeft aan dat de spoedgevallenverpleegkundige vaak niet weet wie de verantwoordelijke ITE-verpleegkundige is en met welke verpleegkundige de overdracht zal plaatsvinden. Het onderzoek toont aan dat de spoedgevallenverpleegkundigen de controle over hun patiënt verliezen wanneer de medische overdracht begint omdat de ITE-verpleegkundige al zijn aandacht vestigt op deze medische overdracht en zich daarna onmiddellijk richt op de installatie van de patiënt. De spoedgevallenverpleegkundige weet niet welke informatie de ITE-verpleegkundige kreeg en welke belangrijke onderdelen nog aangehaald moeten worden (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007).

3.2.3 Briefing

Tijdens deze fase begint de effectieve verpleegkundige informatie-uitwisseling. Er zijn verschillende richtlijnen voor een goede informatieoverdracht in de literatuur terug te vinden (Iedema R, 2008; Ilan, et al., 2012). Wanneer een gegevensoverdracht begint zijn er een aantal punten waar rekening mee gehouden moet worden:

- Wees duidelijk, beknopt en nauwkeurig;
- Verifieer en documenteer de inhoud van mondelinge overdracht zo snel als praktisch mogelijk is;
- Bied de mogelijkheid voor het stellen van vragen en verduidelijkende informatie;
- Maak voldoende tijd en voldoende ruimte vrij;
- Minimaliseer onderbrekingen door piepers, collega's, artsen etc.;
- Maak bekend wie de verantwoordelijke verpleegkundige is.

Het structureren van de informatieoverdracht is essentieel voor effectieve zorg, zorgcontinuïteit en patiëntveiligheid. Uit het onderzoek van Smith, Buzalko, Anderson, Michalski, Warchol, Ducey & Branecki (2018) blijkt dat het houden van educatieve sessies over de manier van overdracht, de patiëntveiligheid en efficiëntie verbeterd.

Abraham et al. (2014) verdelen een briefing onder in verschillende communicatie-gebeurtenissen. In onderstaande tabel (tabel 2) is deze onderverdeling terug te vinden.

De 'zender' wordt hier toegeschreven aan de spoedgevallenverpleegkundige en de ontvanger aan de ITE-verpleegkundige. Het team representeert het spoedgevallenteam met urgentieartsen, geneesheer-assistenten in opleiding en verpleegkundigen.

1) Introductie	Zender geeft patiënten informatie
2) Ontvangen	Ontvanger erkent en accepteert de informatie
3) Verzoek	Ontvanger vraagt aanvullende informatie aan de zender
4) Antwoord	Zender geeft de gevraagde informatie
5) Ontvangen (2)	Ontvanger accepteert antwoordinformatie van de zender op basis van nauwkeurigheid, relevantie en volledigheid
6) Antwoord team	Extern team reageert op de gevraagde informatie door de ontvanger
7) Ontvangen (3)	Acceptatie van reactie-informatie verstrekt door het team op basis van nauwkeurigheid, relevantie en volledigheid
8) Afwijzing	Ontvanger weigert ongepaste/irrelevante informatie van de zender

Tabel 2: Communicatieve gebeurtenissen tijdens de verpleegkundige overdracht (Abraham J., Kannampallil, Almoosa, Patel, & Patel, 2014)

Een briefing moet voldoen aan zeven voorwaarden, terug te vinden in onderstaande tabel 3.

Toepassing	Aanbeveling	Motivering
Tweezijdige verbale communicatie	Interactie waarbij de zender en de ontvanger actief betrokken zijn bij de overdrachtscommunicatie met de mogelijkheid vragen te stellen en terugkerende informatie te herhalen	Verbetert de volledigheid en nauwkeurigheid van de informatie. Verbetert wederzijds respect en communicatie
Face - to - face communicatie	Niet alleen telefonische communicatie	Minder communicatiestoornissen door non-verbale communicatie
Minimum aan data	Een gestandaardiseerde procedure om de overdracht te begeleiden en structuur te bieden.	Vermindert fouten en verhoogt de betrouwbaarheid van de informatie. Alle aspecten worden nagegaan
Geschreven ondersteuning	De ontvanger schrijft bijkomende informatie op	Verhoogt de betrouwbaarheid van informatieoverdracht
Bedside	Overdracht wordt uitgevoerd aan het bed van de patiënt. Dit moedigt de deelname van de patiënt aan om deel te nemen door vragen te stellen en verduidelijking te geven	Vergroot de zorg aan de patiënt en kan ook de veiligheid, efficiëntie en samenwerking met de patiënt verbeteren
Weinig afleiding	Overdracht wordt uitgevoerd in een omgeving vrij van geluiden, onderbrekingen en afleidingen	Verbetert de nauwkeurigheid en volledigheid van de overdracht door verminderen van verwarring
Duidelijke procedure	Regels, gecommuniceerde normen en strategieën.	Verbetert de rolverdeling en de verantwoordelijkheid van de verpleging

Tabel 3: Voorwaarden van een goede overdracht (Clarke & Persaud, 2011)

3.2.4 Post-transfer periode

De post-transfer periode start wanneer de briefing tussen beide verpleegkundigen afgelopen is. Aan het einde van deze briefing spreken de verpleegkundigen onderling af op welke manier (eventueel) missende informatie bij de verantwoordelijke ITE-verpleegkundige zal geraken.

Smith et al. (2018) beschrijven dat er een mogelijkheid moet bestaan om na de verbale overdracht tijd te voorzien om het medisch en verpleegkundig dossier te vervolledigen op de spoedgevallendienst. Na het vervolledigen van deze informatie is het nodig dat de spoedgevallenverpleegkundige contact opneemt met de verantwoordelijke ITE-verpleegkundige van de patiënt die net overgedragen is. Deze kan dan ongekende informatie overdragen. Dit blijkt in vele gevallen de behandeling en therapieplan van de patiënt te wijzigen. In vele gevallen gaat deze bijkomende informatie over belangrijke voorgeschiedenis of gemiste letsels (Zakrisson, et al., 2014).

3.3 Belemmerende factoren

Voorwaarden voor een effectieve en kwaliteitsvolle overdracht zijn een goede communicatie, actief luisteren en gezonde interdisciplinaire relaties (Hovenkamp, et al., 2018). Studies hebben aangetoond dat externe factoren een belemmering kunnen vormen voor een effectieve overdracht. Zo leiden onder andere telefoons, extern geluid en lawaai en andere onderbrekingen tijdens de briefing tot een ineffectieve overdracht (Fealy, et al., 2018). Ook het feit dat het personeel onder tijdsdruk staat, is een barrière tot een effectieve overdracht (Marmor & Li, 2017).

McFetridge (2007) meldt dat anciënniteit een rol speelt in de kwaliteit van de overdracht. Verpleegkundigen die al meerdere jaren in het werkveld staan, weten beter wat er verwacht wordt en hoe ze de overdracht het beste uitvoeren. Doordat ze al meer ervaring hebben, kunnen ze een meer gestructureerde overdracht geven. Het is dan ook belangrijk dat nieuwe verpleegkundigen op hun dienst bijgestuurd worden in hun overdracht (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007). Abraham et al. (2014) bevestigen dat er door meer ervaring in het geven van een overdracht minder communicatiefouten gemaakt worden.

3.4 Verpleegkundige werkcultuur en attitude

De manier waarop verpleegkundigen de overdracht uitvoeren, weerspiegelt de behoeften van hun specialiteit en de uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden (Iedema, 2008). Wat verpleegkundigen definiëren als een kwaliteitsvolle overdracht hangt af van wat zij zien als de primaire functie van overdracht: informatieoverdracht, gedeelde besluitvorming of overdracht van de verantwoordelijkheid. De algemene kwaliteit van de overdracht wordt voorspeld door drie factoren: 1) de inhoud van de informatie, 2) gedeeld begrip en 3) de werksfeer (Manser, 2011).

De variabelen die van invloed zijn op de tevredenheid van de overdracht tussen de spoedgevallendienst en de ITE verschillen. Het is moeilijk om een gedeelde gedachtegang te creëren tussen de verpleegkundigen van beiden diensten.

Een frequente bron van frustratie van het ontvangende team tijdens overdrachten wordt veroorzaakt door onvoldoende en onvolledige informatie. Omdat verbetering van de werkomgeving en tevredenheid resulteert in een verbeterde kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, kan dit ook gelden voor de tevredenheid van overdracht (Hovenkamp, et al., 2018).

Om de complexe dynamiek van de effectieve overdracht te begrijpen, is het essentieel om de verschillende kwaliteitsaspecten niet alleen te overwegen, maar ook om hun onderlinge relaties te onderzoeken. Beiden diensten vinden dezelfde items belangrijk: 1) diagnose, 2) voorgeschiedenis, 3) documentatie, 4) nood aan ondersteuning, maar de interpretatie van de inhoud is verschillend (Toccafondi, et al (2012). De overdracht van de spoedgevallendienst naar de ITE verloopt moeizaam omdat de verwachtingen anders zijn (Bergs, et al., 2018). Uit onderzoek blijkt dat tachtig procent van de zenders, in dit geval de spoedgevallenverpleegkundigen, vinden duidelijk te zijn geweest over de toestand van de patiënt, terwijl slechts de helft van de ontvangers vindt dat er duidelijkheid was. Verder geeft slechts een derde van de ontvangers aan uitleg gehad te hebben over 'waarschuwingen' terwijl twee-derde van de zender zegt hier duidelijk in geweest te zijn (Toccafondi, et al., 2012).

Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de cultuur op de werkplek. Handelingen, attitudes en gedrag bepalen een werkcultuur, maar deze moeten aangepast worden om de toegankelijkheid tot hun werkplek te vergroten. De werkomgeving zelf heeft hierop ook een invloed (de Lange, van Eeden, & Heyns, 2017). Omdat de verpleegkundigen van beiden diensten geen idee hebben over elkaars werkomgeving, kan de attitude verkeerd opgevat worden (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007). Op een spoedgevallendienst kan het heel hectisch zijn waardoor de spoedgevallenverpleegkundige opgejaagd over komt of iets vergeet. De ITE-verpleegkundige kan door drukte met onstabiele patiënten niet genoeg aandacht opbrengen om de overdracht aan te nemen. Doordat deze werkcultuur verschilt, is het belangrijk om respect te tonen naar elkaar. Disrespect voor elkaar ontwikkelt stress, frustratie en mismanagement van de patiënt. Het verschil in werkcultuur leidt tot moeilijkheden bij de overdracht omdat iedereen zijn prioriteiten heeft (de Lange, van Eeden, & Heyns, 2017).

Op de spoedgevallendienst wordt de verpleegkundige klinische praktijk gekenmerkt door een breed scala aan aspecten en een korte verblijfsduur. Vanwege de chaos, de grote patiëntenstroom, de drukte etc. wordt de informatieoverdracht overschaduwd (Dunn, Gwinnutt, & Gray, 2007).

Bakon & Millichamp (2017) omschrijven de overdracht binnen de spoedgevallenzorg als complex met een verhoogd risico op fouten vanwege de urgente aard van de geleverde zorg en de afdelingsomgeving. Patiënten op spoedgevallen vereisen een acutere zorgverlening, beslissingen moeten sneller genomen worden en er is veel afleiding. Verpleegkundigen op de spoedgevallendienst ervaren een sneller verloop van patiënten, een toename van het aantal patiënten, inconsistentie en onvoorspelbaarheid van de belasting van de patiënt etc. Hierdoor hebben de verpleegkundigen weinig of minder kans om hun documentatie in orde te brengen vanwege het ontwikkelende karakter van de zorg die zij bieden. Ook is de overdracht afhankelijk van de kennis, ervaring en interpersoonlijke communicatievaardigheden van de spoedgevallenverpleegkundigen.

Op de ITE zorgen de verpleegkundigen voor patiënten in levensbedreigende omstandigheden. Expertise, technische apparatuur en monitoring omkaderen de zorgverlening van de kritiek zieke patiënt (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007). Hier zijn overdrachten langdurig, gedetailleerd en frequenter. Vanwege de kritieke toestand en complexe zorg is de inhoud van de overdracht diepgaand en is er veel ruimte voor discussie en vragen. De overdracht binnen de ITE steunt op een verscheidenheid aan technologische bronnen. De verpleegkundigen kunnen beroep doen op andere specialiteiten die nodig zijn voor een bredere zorg van de patiënt zoals de sociale dienst, een psychologe, een kinesist, etc. (Iedema, 2008).

Verscheidene kwalitatieve studies hebben aangetoond dat actief luisteren en het gebruik van een gestandaardiseerde procedure leidt tot een verbetering van de kwaliteit van de overdracht. Deze studies hadden echter geen methode om de kwaliteit te meten. De tevredenheid van de overdracht werd daarom weerspiegeld aan de kwaliteit van de zorg. Een ongestructureerde of onvolledige overhandiging kan een actief verlies van informatie riskeren. Recente onderzoeken tonen aan dat het verbeteren van de tevredenheid van de verpleegkundigen de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënten verbetert. Bovendien is bekend dat betere werkomgevingen gepaard gaan met een hogere kwaliteit van de zorg en ook een hogere patiënttevredenheid (Hovenkamp, et al., 2018).

3.5 Gevolgen van een slechte overdracht

Miscommunicatie, misverstanden en onvoldoende mogelijkheden om taken, informatie en verantwoordelijkheden te controleren, kunnen ernstige fouten veroorzaken. Een ontoereikende overdracht kan tot verschillende afspraken en behandelplannen leiden om aan de behoefte van de patiënt tegemoet te komen. Het communiceren van taken die cruciaal zijn voor het welzijn van de patiënt in drukke en lawaaierige omgevingen zoals spoedgevallen en ITE is op zich al moeilijk genoeg, en vereist daarvoor extra aandacht (Iedema, 2008). Een variatie in informatie kan leiden tot ineffectieve overdrachten die kunnen bijdragen aan medicatiefouten, onvolledige of ontbrekende informatie, vertraagde en ongeschikte behandelingen, verlenging van de verblijfsduur en achterwege gebleven zorg (Drach-Zahavy & Hadid, 2015).

Helaas is het aantal overdrachten omgekeerd evenredig met het bewaren van informatie volgens het onderzoek van Clanton, et al. (2017). Hoe meer overdrachten, hoe minder informatie wordt bewaard.

3.6 Nood aan standaardisatie

De verpleegkundige overdracht van spoedgevallen naar ITE is vaak ineffectief door een gebrek aan standaardisatie. Standaardisatie vermindert communicatiefouten tijdens de overdracht omdat er regels –zoals functie, proces, inhoud, timing en wie direct of indirect aansprakelijk is- worden opgelegd, doch kan de inhoud variabel zijn (Spooner, Aitken, Corley, Fraser, & Chaboyer, 2016). Standaardisatie zorgt voor uniformiteit en biedt houvast zodat iedere verpleegkundige op dezelfde manier informatie doorgeeft en de ontvangende verpleegkundige krijgt alle nodige informatie (Ilan, et al., 2012). Ten gevolge van afwezigheid in standaardisatie leveren verpleegkundigen van de spoedgevallendienst informatie aan die door hun als belangrijk wordt geacht (Dunn, Gwinnutt, & Gray, 2007).

Elke overdracht moet een erkende en gestandaardiseerde methode bevatten en gedocumenteerd zijn na mondelinge overdracht om miscommunicatie te voorkomen (Marmor & Li, 2017).

Checklijsten, notities en andere data bepalen de onderwerpen die aan bod moeten komen en zijn gerangschikt in een bepaalde volgorde waardoor in principe alle relevante informatie aan bod moet komen (Manser, 2011).

De meest voorkomende en bekende overdrachtsmodellen zijn de SBAR-DR, SOAP en MAN. Deze modellen voldoen aan de zeven voorwaarden van een goede overdracht (beschreven in tabel 3) en worden uitvoerig besproken in de literatuur.

In elk overdrachtsmodel kunnen problemen vastgesteld worden, er is geen 'gouden standaard'. Het gebruik van het model is belangrijk. Tijdens de overdracht moet de juiste volgorde gehanteerd worden om het overzicht te behouden en een onvolledige overdracht te vermijden. Het stellen van vragen tijdens of na de overdracht kan leiden tot nieuwe klinische inzichten en het opsporen van verdoken fouten (Ilan, et al., 2012).

3.6.1 SBAR-DR

SBAR levert een model waarbij de verantwoordelijke verpleegkundige zijn patiënt als volgt presenteert: Situation (situatie), Background (achtergrond), Assesment (beoordeling) en Recommendations (aanbeveling) (tabel met extra uitleg is terug te vinden in bijlage 1). Het principe hierachter is om de aanpak van overdracht te standaardiseren en het begrijpen gemakkelijker te maken en ernaar te handelen. Deze overdrachtsmethode had initieel andere doeleinden maar wordt gepromoot als één van de betere overdrachtvormen. SBAR kan gebruikt worden als geheugensteuntje (Ilan, et al., 2012) en verbetert de outcome (Muller, et al., 2018).

Smith C. et al (2018) geven aan dat er nog twee topics bij de SBAR horen: Discussion & Disposition (D) en Read-back & Record (R). Door deze twee kernelementen toe te voegen ontstaat SBAR-DR. Door vraagstelling, herhaling en discussie mogelijk te maken, kunnen onduidelijkheden of misverstanden onmiddellijk verduidelijkt worden.

3.6.2 SOAP

SOAP is een overdrachtvorm dat gebruik maakt van een ezelsbruggetje dat op grote schaal door zorgverleners wordt gebruikt in overeenstemming met het probleemgeoriënteerde medische dossier (zie bijlage 2). Het herinnert de gebruiker eraan om de subjectieve symptomen (S) en klachten van de patiënt en de objectieve fysieke bevindingen en testresultaten (O), evenals het beoordelings- (A) en beheersplan (P) van de arts te beschouwen en vast te leggen (Ilan, et al., 2012).

3.6.3 MAN

MAN staat voor Medical Admission Note, ofwel de medische toelatingsnota, die regelmatig wordt gebruikt in de medische wereld. De MAN, hoewel niet specifiek ontworpen voor overdrachten, is volgens Ilan, et al (2012) waarschijnlijk het meest gedetailleerd. Deze vorm zou de meeste topics aanhalen om zo een globaal beeld te kunnen geven van de kritiek zieke patiënt.

De MAN omvat onderstaande onderdelen (Weed, 1970):

- Patiënt identificatie zoals leeftijd etc.;
- Hoofdklacht of reden van opname op ICU;
- Medische voorgeschiedenis;
- Voorgeschiedenis van de ziekte;
- Een opsomming van de systemen (nieren, lever, gastro-enteraal, etc.);
- Familiale voorgeschiedenis;
- Thuismedicatie;
- Allergieën;
- Sociale status;
- Bevindingen van het klinisch onderzoek en test resultaten;
- Probleem-formulatie en behandelplan.

4 Praktische luik

Er is veel aandacht besteed aan het evalueren van de huidige manier van overdracht, de ontwikkeling van een gestructureerde overdrachtsvorm en een bijhorende procedure. Het verschil in perceptie tussen de spoedgevallen- en de ITE-verpleegkundigen werd via de afgenomen en aangepaste vorm van de Handover Evaluation Scale (HES) duidelijk (deze is terug te vinden in bijlage 3 en 4). De resultaten van de HES werden vergeleken met de literatuur en dienden als basis voor het opstellen van een procedure betreffende de gestructureerde overdracht in het Jessa Ziekenhuis tussen de spoedgevallendienst en de ITE.

4.1 Handover Evaluation Scale

Uit een aantal evaluatieschalen werd de HES weerhouden en aangepast aan de noden van deze specialisatieproef. De HES evalueert de kwaliteit van de overdracht op een adequate manier (O'Connell, Ockerby, & Hawkins, 2014). Het biedt een handig hulpmiddel voor het controleren en evalueren van overdrachtsprocessen in gezondheidsorganisaties en het wordt aanbevolen voor gebruik en verdere ontwikkeling. De HES helpt organisaties een veilige patiëntenzorg te garanderen omdat deze hiaten identificeert die ondersteuning en verdere ontwikkeling nodig hebben (Bergs, et al., 2018).

Hoewel de meting van de inhoud van een overdracht vrij eenvoudig lijkt en meestal betrekking heeft op belangrijke informatie die moet worden overgedragen (bijvoorbeeld identiteit of allergieën), is een opsomming van onderwerpen vaak een bron van verhitte discussies. Om de kwaliteit te meten, wordt de nadruk gelegd op de volledigheid en nauwkeurigheid van de informatie. Evaluaties van een overdracht kunnen gegroepeerd worden in de kwaliteit van de overdracht, de relevantie en de interactie (Bergs, et al., 2018). De algemene kwaliteit van de overdracht kan gemeten worden aan de hand van 1) de inhoud (structuur), 2) gedeeld begrip en 3) werksfeer (Manser, 2011). Op basis van deze bevindingen werd de aangepaste HES ingedeeld in drie domeinen namelijk 1) kwaliteit, 2) structuur en 3) werksfeer (onderverdeling terug te vinden in bijlage 5).

De resultaten van de HES weerspiegelen de verwachtingen van de spoedgevallen- en ITE-verpleegkundigen en geven een beeld hoe de functies, processen en uitdagingen worden ervaren.

4.2 Overdracht van gegevens

Er werd gekozen om de HES te gebruiken op de drie intensieve therapie eenheden op campus Virga Jesse (ITE 1, ITE 2 en ITE 4) en de spoedgevallendienst van het Jessa Ziekenhuis. De ITE van campus Salvator (ITE 3) werd niet geïncludeerd mits de verantwoordelijke spoedgevallenverpleegkundige de patiënt nooit transporteert naar deze campus en dit een invloed heeft op de resultaten. De gegevens werden verzameld tussen 4 maart 2019 en 4 april 2019.

Een kopie van de vragenlijst was beschikbaar voor alle potentiële deelnemers, deze werden in het verpleegstation ter beschikking gesteld. Er werd gevraagd aan de verpleegkundigen van de spoedgevallendienst om de vragenlijst mee te nemen tijdens een overdracht naar een ITE. De opnamenummer van de patiënt werd genoteerd om de bij elkaar horende vragenlijsten correct te analyseren. In deze analyse werd er zowel globaal als per casus gekeken naar de antwoorden van beide partijen.

De verpleegkundigen werden vooraf ingelicht via een PowerPoint presentatie met uitleg over de doelstelling van de studie en het gebruik van de HES. Een verzamelbox werd op de vier diensten voorzien voor deponering van de ingevulde vragenlijsten. Regelmatige herinneringen en opvolging werden gedaan om een hoge respons te bekomen.

In totaal zijn er in de studieperiode 41 overdrachten gebeurd van de spoedgevallendienst naar de drie ITE's. Negentien overdrachten omvatten een ingevulde evaluatieschaal over dezelfde casus door de spoedgevallen- en de ITE-verpleegkundige (resultaten terug te vinden in bijlage 6). Zes overdrachten werden gevoerd door de urgentiearts, hier werd de HES enkel door de ITE-verpleegkundige ingevuld. Er werd gekozen om de resultaten inzake de medische overdracht niet te includeren in de outcome daar het onderwerp van deze specialisatieproef zich toespitst op de verpleegkundige overdracht. Er werd geen verschil gemaakt tussen de antwoorden 'erg mee eens' en enigszins mee eens' en 'helemaal niet mee eens' en 'niet mee eens' om de resultaten gemakkelijker te analyseren.

Van de negentien overdrachten die uiteindelijk geïnccludeerd werden, is er verscheidenheid terug te vinden in anciënniteit en leeftijd van de verpleegkundigen, deze hebben een invloed op de resultaten (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007). De socio-demografische kenmerken van de deelnemende verpleegkundigen zijn terug te vinden in tabel 4.

	Volledige onderzoekspopulatie (n = 38)	Spoedgevallen- verpleegkundigen (n = 19)	ITE- verpleegkundigen (n = 19)
Geslacht, n (%)			
• Man	7 (18,42%)	4 (21,05%)	3 (15,79%)
• Vrouw	31 (81,58%)	15 (78,95%)	16 (84,21%)
Leeftijd			
• Med [min – max]	31 [22 – 53]	32 [22 – 53]	28 [23 – 47]
• M (SD)	33,45 (9,01)	35,05 (9,93)	31,84 (7,66)
Anciënniteit op huidige afdeling			
• Med [min – max]	5,5 [1 – 30]	4 [1 – 30]	6 [2 – 24]
• M (SD)	9,05 (7,94)	9,63 (9,30)	8,47 (6,24)

Tabel 4: De socio-demografische kenmerken van de deelnemende verpleegkundigen.
Med: mediaan, M: gemiddelde, SD: standaardafwijking

4.3 Resultaten

Er werd gevraagd naar de werkervaring van de verpleegkundigen, zo kan er een analyse gebeuren op de verhouding tussen een kwaliteitsvolle overdracht en anciënniteit van de zender. Vier vijfde (n=8) van de ITE-verpleegkundigen geeft aan een kwaliteitsvolle overdracht te krijgen als de anciënniteit van de zender hoger is dan drie jaar (n=10). Wanneer de zender minder lang werkzaam is op de spoedgevallendienst, is dit in de helft (n=9) van de overdrachten. Tien procent (n=1) van de overdrachten gegeven door een zender met hoge anciënniteit wordt door de ITE-verpleegkundigen als negatief ervaren, de resultaten zijn terug te vinden in onderstaande tabel 5.

	Positieve kwaliteit (n = 13)	Negatieve kwaliteit (n = 3)	Gemengde kwaliteit (n = 2)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Anciënniteit > drie jaar van de spoedgevallenverpleegkundige (n = 10)	80%	10%	10%	0%	10
Anciënniteit < drie jaar van de spoedgevallenverpleegkundige (n = 9)	55,6%	22,2%	22,2%	11,1%	9
Totaal	13	3	2	1	19

Tabel 5: Kwaliteit van de overdracht gescoord door de ITE-verpleegkundigen in verband met de anciënniteit van de spoedgevallenverpleegkundige

4.3.1 Observaties

De helft (n=13) van de overdrachten werd door externen (de auteurs of de coördinator van de ITE) geobserveerd. De andere helft (n=12) werd geëvalueerd aan de hand van mondelinge vragen achteraf: 1) wie ondernam het eerste contact 2) hoe gebeurde het eerste contact, 3) wie deed de installatie van de patiënt en 4) hoe was de communicatie onderling. Deze vragen zijn gebaseerd op de inhoud van de fasen van de verpleegkundige overdracht. De installatie gebeurde bij elke overdracht (n=25) door de spoedgevallen- en ITE-verpleegkundige.

Uit de observaties van de overdrachten blijkt de perceptie wanneer de overdracht begint verschillend. In acht procent (n=2) van alle geobserveerde overdrachten (n=25) is er sprake van miscommunicatie. Er werd hier belangrijke informatie gemist, namelijk het juiste tijdstip en de nodige ondersteuning voor de behandeling van de kritiek zieke patiënt. Uit de analyse blijkt dat deze casussen negatiever worden gescoord door beide partijen. Bij alle (n=25) overdrachten was er onderling contact tussen de urgentiearts en de intensivist.

4.3.2 HES: kwaliteit van informatie

In het onderdeel kwaliteit van informatie behoren de volgende vragen: 1) de informatie die ik geef/ontvang is correct en volledig, 2) ik geef/ontvang voldoende informatie, 3) de informatie die ik geef/ontvang is relevant, 4) de gegeven/ontvangen informatie wordt nader toegelicht.

Uit de resultaten blijkt dat de spoedgevallenverpleegkundige in 84 procent (n=16) van de overdrachten vindt dat er voldoende informatie wordt gegeven in tegenstelling tot 66 procent (n=13) van de ITE-verpleegkundigen.

In bijna 90 procent (n=17) van de overdrachten vinden de spoedgevallenverpleegkundigen dat zij correcte informatie geven, terwijl dit volgens de ITE-verpleegkundigen in 66 procent (n=13) correct is en 27 procent (n=5) is niet correct. Als er wordt gekeken naar de relevantie van de informatie, zijn deze resultaten gelijklopend. Beide diensten vinden in bijna 90 procent (n=17) van de overdrachten dat er relevante informatie gegeven wordt.

De gegeven informatie wordt in bijna 85 procent (n=16) nader toegelicht volgens de spoedgevallenverpleegkundigen. Volgens de resultaten gescoord door de ITE-verpleegkundigen is dit 70 procent (n=13), zij wensen uitgebreider informatie te verkrijgen. De resultaten van deze vragen staan uitgeschreven in onderstaande tabel 6.

Vraag 1: De informatie die ik geef/ontvang is correct en volledig

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	5,26%	26,31%
Geen mening	5,26%	5,26%
Mee eens	89,47%	68,42%

Vraag 2: Ik geef/ontvang voldoende informatie

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	5,26%	26,31%
Geen mening	10,53%	5,26%
Mee eens	84,21%	68,42%

Vraag 3: De informatie die ik geef/ontvang is relevant

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	5,26%	0%
Geen mening	5,26%	10,53%
Mee eens	89,47%	89,47%

Vraag 4: De gegeven/ontvangen informatie wordt nader toegelicht

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	5,26%	21,06%
Geen mening	10,53%	10,53%
Mee eens	84,21%	68,42%

Tabel 6: Resultaten HES: kwaliteit van informatie

4.3.3 HES: structuur van informatie

Het tweede onderdeel van de HES is de structuur van informatie. Hierbij horen de vragen: 1) de manier waarop de informatie wordt gegeven verloopt gestructureerd en 2) bij het geven/ontvangen van informatie wordt er gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd overdrachtsformulier.

De spoedgevallenverpleegkundigen geven aan dat zestig procent (n=12) gestructureerde informatie geeft. De helft (n=10) van de ITE-verpleegkundigen vindt dat de ontvangen informatie gestructureerd verloopt.

Volgens de spoedgevallenverpleegkundigen gebruikt ongeveer 35 procent een standaardformulier tijdens de briefing, in tegenstelling tot wat de ITE-verpleegkundigen scoren. Zij geven aan dat er in twintig procent (n=4) van de overdrachten een overdrachtsformulier wordt gebruikt. De resultaten van deze vragen zijn terug te vinden in onderstaande tabel 7.

Vraag 5: De manier waarop de informatie wordt gegeven verloopt gestructureerd

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	5,25%	42,10%
Geen mening	31,58%	5,26%
Mee eens	63,16%	52,64%

Vraag 7: Bij het ontvangen van informatie wordt er gebruikt gemaakt van een gestandaardiseerd overdrachtsformulier

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	26,32%	68,42%
Geen mening	36,84%	10,53%
mee eens	36,84%	21,05%

Tabel 7: Resultaten HES: structuur van de informatie

Als het bestaande standaard overdrachtsformulier wordt gebruikt volgens de ITE-verpleegkundigen (n=4), geven ze allemaal (n=4) aan dat de overdracht kwaliteitsvol is. Als er geen documentatie gebruikt wordt (n=13), is dit nog 61 procent (n=8) en 23 procent (n=3) geeft aan dat de kwaliteit niet goed is. Bij de spoedgevallenverpleegkundigen geeft meer dan vier vijfde (n=6) aan dat een overdracht met documentatie kwaliteitsvol is, tegenover 40 procent (n=2) zonder documentatie. De resultaten van deze analyse zijn terug te vinden in onderstaande tabellen, tabel 8 en tabel 9.

	Positieve kwaliteit (n = 13)	Negatieve kwaliteit (n = 3)	Gemengde kwaliteit (n = 2)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Gebruik documentatie (n = 4)	100%	0%	0%	0%	4
Geen gebruik documentatie (n = 13)	61,5%	23,1%	15,4%	0%	13
Geen mening over gebruik documentatie (n = 2)	50%	0%	0%	50%	2
Totaal	13	3	2	1	19

Tabel 8: Kwaliteit van de informatie van de overdracht en gebruik documentatie door de spoedgevallenverpleegkundigen, gescoord door de ITE-verpleegkundigen

	Positieve kwaliteit (n = 14)	Negatieve kwaliteit (n = 1)	Gemengde kwaliteit (n = 3)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Gebruik documentatie (n = 7)	85,7%	0%	14,3%	0%	17
Geen gebruik documentatie (n = 5)	40%	20%	20%	0%	5
Geen mening over gebruik documentatie (n = 7)	85,7%	0%	0%	14,3%	7
Totaal	14	1	3	1	19

Tabel 9: Kwaliteit van de overdracht en gebruik documentatie door de spoedgevallenverpleegkundigen, gescoord door de spoedgevallenverpleegkundigen

De overdrachten verlopen gestructureerd volgens de spoedgevallenverpleegkundigen en de ITE-verpleegkundigen in respectievelijk 90 procent (n=17) en 55 procent (n=10) van de overdrachten. Van deze casussen wordt volgens de scores van de ITE-verpleegkundigen geconcludeerd dat bij alle van de ongestructureerde overdrachten (n=8) geen documentatie gebruikt wordt (n=8). De spoedgevallenverpleegkundigen geven op hun beurt weer dat als de overdracht gebeurt aan de hand van documentatie (n=7) deze in bijna 90 procent gestructureerd is (n=6), in tegenstelling tot 40 procent (n=5) zonder documentatie (n=2). De analyse van deze resultaten is terug te vinden in onderstaande tabel 10.

	Gestructureerd verloop (n = 10)	Ongestructureerd verloop (n = 8)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Gebruik documentatie (n = 4)	100%	0%	0%	4
Geen gebruik documentatie (n = 13)	38,5%	61,5%	0%	13
Geen mening over gebruik documentatie (n = 2)	50%	0%	50%	2
Totaal	10	8	1	19

***Tabel 10:** Structuur van de overdracht en gebruik documentatie door de spoedgevallenverpleegkundigen, gescoord door de ITE-verpleegkundigen*

Wanneer de ITE-verpleegkundige scoort dat er gebruik gemaakt wordt van documentatie (n=4), komt de perceptie over de totaliteit van de overdracht in 84 procent overeen tussen de spoedgevallendienst en de ITE (visuele weergave met verschil in perceptie terug te vinden in bijlage 7, tabel met resultaten met verschil in perceptie terug te vinden in bijlage 8).

4.3.4 HES: werksfeer

Onder de werksfeer behoren de vragen: 1) ik kan gefocust blijven bij het geven/ontvangen van de informatie, 2) ik heb de kans om vragen te beantwoorden/te stellen tijdens de overdracht, 3) ik krijg de kans om alle nodige informatie te geven/te verkrijgen, 4) ik heb me kunnen voorbereiden op de overdracht en 5) de verpleegkundige die mij informatie geeft/ontvangt is de verantwoordelijke verpleegkundige van de patiënt. De resultaten van deze vragen zijn terug te vinden in onderstaande tabel 11.

Vraag 6: Ik kan gefocust blijven bij het geven/ ontvangen van de informatie

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	31,58%	31,58%
Geen mening	5,26%	5,26%
Mee eens	63,15%	63,15%

Vraag 8: Ik heb de kans om vragen te beantwoorden/stellen tijdens de overdracht

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	15,78%	0%
Geen mening	5,26%	5,26%
Mee eens	78,95%	94,74%

Vraag 9: Ik krijg de kans om al nodige informatie te geven/ verkrijgen

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	15,79%	15,79%
Geen mening	15,79%	21,05%
Mee eens	68,42%	63,16%

Vraag 10: Ik heb me kunnen voorbereiden op de overdracht

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	10,52%	26,31%
Geen mening	0%	31,58%
Mee eens	89,47%	42,11%

Vraag 11: De ontvanger/zender van de informatie is de verantwoordelijke verpleegkundige van de patiënt

	Spoedgevallendienst	ITE
Niet mee eens	5,26%	31,58%
Geen mening	10,53%	10,52%
Mee eens	84,21%	57,90%

Tabel 11: Resultaten HES: werksfeer

De vraag 'ik kan gefocust blijven bij het geven/ontvangen van de informatie' uit de HES gaat in op de storende omgeving- en gedragsfactoren. Volgende factoren worden als storend ervaren door de respondenten: 1) andere verpleegkundigen, 2) artsen, 3) een bewuste patiënt en 4) alarmen die afgaan. Deze vraag wordt door twee derde (n=12) van zowel de spoedgevallen- als de ITE-verpleegkundigen als positief gescoord.

Indien er sprake is van een goede focus (n=12) en een goede luisterhouding van de ITE-verpleegkundige wordt twee derde (n=8) als een kwaliteitsvolle overdracht gescoord. Is er sprake van storende omgevingsfactoren (n=6), is dit ook twee derde (n=4). De resultaten zijn uitgeschreven in onderstaande tabel 12.

	Positieve kwaliteit (n = 13)	Negatieve kwaliteit (n = 3)	Gemengde kwaliteit (n = 2)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Storende omgevingsfactoren (n = 6)	66,7%	16,65%	16,65%	0%	6
Geen storende omgevingsfactoren (n = 12)	66,7%	16,7%	8,3%	8,3%	12
Geen mening over omgevingsfactoren (n = 1)	100%	0%	0%	0%	1
Totaal	13	3	2	1	19

Tabel 12: Kwaliteit van de overdracht en omgevingsfactoren gescoord door de ITE-verpleegkundigen

Er is een verschil te vinden tussen de concentratie van de spoedgevallenverpleegkundige op de overdracht en de kwaliteit gescoord door de ITE-verpleegkundige. Driekwart (n=9) van de ITE-verpleegkundigen ervaart een kwaliteitsvolle overdracht als de spoedgevallenverpleegkundige geen last heeft van storende omgevingsfactoren (n=12), in tegenstelling tot twee derde (n=4), als de spoedgevallenverpleegkundige hier wel last van ondervindt (n=6). De resultaten zijn beschreven in onderstaande tabel 13.

	Positieve kwaliteit (n = 13)	Negatieve kwaliteit (n = 3)	Gemengde kwaliteit (n = 2)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Storende omgevingsfactoren (n = 6)	66,7%	16,7%	0%	16,7%	6
Geen storende omgevingsfactoren (n = 12)	75%	16,7%	8,3%	0%	12
Geen mening over omgevingsfactoren (n = 1)	0%	0%	100%	0%	11
Totaal	13	3	2	1	19

Tabel 13: Kwaliteit van de overdracht gescoord door de ITE-verpleegkundigen en de omgevingsfactoren, gescoord door de spoedgevallenverpleegkundigen

Bijna 70 procent (n=13) van de spoedgevallenverpleegkundigen vindt dat er tijd genoeg is om alle nodige informatie te geven, ongeveer 80 procent (n=15) geeft aan tijd te vinden om vragen te beantwoorden. De ITE-verpleegkundigen scoren hier positiever. Zo vindt bijna 95 procent (n=18) van de ITE-verpleegkundigen tijd om vragen te stellen tijdens de briefing, bijna 64 procent (n=12) geeft aan de kans te krijgen om alle informatie te verkrijgen.

De spoedgevallen- en de ITE-verpleegkundigen geven aan dat ze zich respectievelijk in 90 procent (n=17) en 23 procent (n=8) van de overdrachten hebben kunnen voorbereiden.

Twee derde (n=17) van de ITE-verpleegkundigen scoren de overdracht als kwaliteitsvol indien de spoedgevallenverpleegkundige zich voorbereid heeft op de overdracht, terwijl meer dan tien procent (n=2) een gemengde kwaliteit ondervindt. Als de spoedgevallenverpleegkundige geen voorbereiding (n=2) heeft gehad, scoren alle (n=2) ITE-verpleegkundigen de kwaliteit van de overdracht slecht. De helft van de spoedgevallenverpleegkundigen (n=1) geeft aan een minder goede overdracht te geven door gebrek aan voorbereiding (n=2). De resultaten zijn terug te vinden in onderstaande tabellen 14 en 15.

	Positieve kwaliteit (n = 13)	Negatieve kwaliteit (n = 3)	Gemengde kwaliteit (n = 2)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Positieve voorbereiding gescoord door spoedgevallendienst (n = 17)	64,7%	17,8%	11,7%	5.8%	17
Negatieve voorbereiding gescoord door spoedgevallendienst (n = 2)	100%	0%	0%	0%	2
Totaal	13	3	2	1	19

Tabel 14: Kwaliteit van informatie gescoord door ITE en voorbereiding op de overdracht gescoord door de spoedgevallendienst

	Positieve kwaliteit (n = 14)	Negatieve kwaliteit (n = 1)	Gemengde kwaliteit (n = 3)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Vorbereiding kunnen treffen op de spoedgevallendienst (n = 17)	76,5%	5,9%	11,7%	5.8%	17
Geen voorbereiding kunnen treffen op de spoedgevallendienst (n = 2)	50%	0%	50%	0%	2
Totaal	14	1	3	1	19

Tabel 15: Kwaliteit en voorbereiding op de overdracht, beiden gescoord door de spoedgevallendienst

Uit de antwoorden blijkt verder dat de ITE-verpleegkundigen minder tijd hebben om zich voor te bereiden op de opname. Uit de resultaten blijkt dat wanneer de ITE-verpleegkundige zich kon voorbereiden (n = 8), 75 procent de overdracht als kwalitatief scoort (n = 6), anders dan 60 procent (n = 3) zonder voorbereiding (n = 5). De resultaten zijn terug te vinden in onderstaande tabel 16.

	Positieve kwaliteit (n = 13)	Negatieve kwaliteit (n = 3)	Gemengde kwaliteit (n = 2)	Geen mening (n = 1)	Totaal
Vorbereiding kunnen treffen op ITE (n = 8)	75%	0%	12,5%	12,5%	8
Geen voorbereiding kunnen treffen op ITE (n = 5)	60%	20%	20%	0%	5
Geen mening over voorbereiding op ITE (n = 6)	66,7%	33,3%	0%	0%	6
Totaal	13	3	2	1	19

Tabel 16: Voorbereiding op de ITE en kwaliteit van de overdracht gescoord door de ITE-verpleegkundigen

Uit de vragenlijsten blijkt dat bij één overdracht de spoedgevallenverpleegkundige aangeeft dat de overdracht niet gebeurde aan de verantwoordelijke ITE-verpleegkundige. In meer dan de helft (n = 11) van de overdrachten geeft de ITE-verpleegkundige aan dat de verantwoordelijke spoedgevallenverpleegkundige de briefing deed.

4.4 SWOT-analyse

Een SWOT-analyse is een nuttige techniek om de sterke en zwakke punten te begrijpen, terwijl het ook de open kansen en mogelijke dreigingen identificeert.

<p>STRENGTHS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Standaardisatie reeds aanwezig - Gemotiveerde verpleegkundigen 	<p>WEAKNESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabele communicatie - Tijd nodig om nieuw personeel bij te scholen
<p>OPPORTUNITIES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbeteren teamwork - Verbeteren patiëntveiligheid - Verbeteren communicatie - Verhogen besef belang van een goede overdracht 	<p>THREATS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niet gebruik maken van nieuwe richtlijnen door drukte - Niet gebruik maken van nieuwe richtlijnen door gebrek aan bijscholing

Tabel 17: SWOT-analyse van de overdracht van de spoedgevallendienst naar ITE

4.5 Nieuwe procedure

Voor het opstellen van de procedure zijn er een aantal standardelementen waaraan een overdracht moet voldoen (Marmor & Li, 2017): 1) introductie van een patient-georiënteerde bedside briefing, 2) gebruik van de SBAR en het standaardiseren van de overdracht en 3) documentatie van de klinische overdracht (radiologie, labo, bloedgaswaarden, etc.).

De procedure werd ontwikkeld aan de hand van de vier transferperiodes met 1) pre-transfer periode, 2) aankomst van de patiënt op ITE, 3) briefing en 4) post-transfer periode (Clarke & Persaud, 2011).

4.5.1 Pre-transfer periode

De pre-transfer periode start wanneer de urgentiearts de verantwoordelijke intensivist contacteert over een patiënt. De intensivist licht de coördinator van ITE in, die op zijn beurt de verantwoordelijke ITE-verpleegkundige inlicht. De ITE-verpleegkundige belt met de flow manager van de spoedgevallendienst en regelt een tijdstip voor de overdracht. Tijdens dit gesprek wordt de eerste informatie over de patiënt en de nodige ondersteuning gegeven.

Vervolgens kan de voorbereiding van de opname beginnen op ITE. Er kan een checklijst gemaakt worden om bij elke overdracht dezelfde informatie te bevragen. Deze checklijst wordt niet aangehaald in deze specialisatieproef aangezien deze gedeeltelijke medische invloed heeft.

Er wordt tijd voorzien aan de spoedgevallenverpleegkundige om zich voor te bereiden op het ontslag, en aan de ITE-verpleegkundige om zich voor te bereiden op de opname.

4.5.2 Aankomst van de patiënt op ITE

De verantwoordelijke ITE-verpleegkundige maakt zich kenbaar zodra het spoedgevallenteam arriveert op de ITE. De patiënt wordt verbed door het volledig verpleegkundig team.

Na het verbedden installeren twee ITE-verpleegkundigen de patiënt terwijl de verantwoordelijke ITE-verpleegkundige en de spoedgevallenverpleegkundige zich terugtrekken naar de verpleegpost. Er wordt afgeweken van een bedside briefing omdat uit de vragenlijsten gebleken is dat de verpleegkundigen liever buiten de kamer- in een rustigere omgeving- de overdracht uitvoeren. Hier zijn minder storende factoren waardoor de informatieoverdracht gestructureerd en zonder onderbrekingen kan verlopen.

4.5.3 Briefing

Tijdens de overdracht wordt het SBAR-DR principe toegepast, gezien deze al geïntroduceerd is in het ziekenhuis en uit de literatuur als effectief hulpmiddel naar voren komt. Aan het einde van de overdracht wordt er tijd voorzien om vragen te stellen en verdere informatie te bekomen. Er wordt een extra document meegegeven over de bezittingen van de patiënt.

4.5.4 Post-transfer periode

Als de briefing voltooid is en (nog) niet alle informatie van de patiënt voorhanden is, wordt er afgesproken dat de spoedgevallenverpleegkundige telefonisch de achtergebleven informatie meldt of persoonlijk bezorgt wanneer de drukte dit toelaat. De ITE-verpleegkundige kan telefonisch contact opnemen met de spoedgevallenverpleegkundige voor gemiste informatie, als hij/zij dit nodig acht.

5 Discussie

Na het doornemen van de geïncludeerde artikels blijkt er niet veel onderzoek gebeurd te zijn over de overdracht specifiek tussen een spoedgevallendienst en ITE. De artikels die hier wel op toegespitst zijn schuiven dezelfde problemen naar voren, namelijk: 1) verschil in perceptie over de overdracht, 2) verschil in werkcultuur en attitude en 3) belemmerende factoren. Als algemeen standpunt geven de artikels aan dat er uniformiteit nodig is op beiden diensten omtrent gegevensoverdracht. Ook een attitudeverandering zal de overdracht positief beïnvloeden (McFetridge, Gillepsie, Goode, & Melby, 2007).

De pre-transfer periode wordt door zowel Manser (2011) als Patterson et. al (2004) omschreven als een belangrijke fase voor de ITE, aangezien er dan voorbereidingen worden getroffen. Echter is nergens in de gevonden literatuur omschreven waaruit deze voorbereiding bestaat. Tijdens deze fase wordt een tijdstip afgesproken wanneer de overname kan doorgaan. Echter kunnen er in deze tijdsspanne veranderingen ontstaan in de (klinische) status van de patiënt waardoor het afgesproken tijdstip niet gehaald wordt of de ITE-verpleegkundigen niet de juiste voorbereidingen hebben kunnen treffen. Als er in deze situaties geen goede interdisciplinaire communicatie is, begint de pre-transfer periode al op negatieve noot, zoals aangetoond in de twee negatief gescoorde casussen.

Factoren die een goede overdracht belemmeren zijn overdadig aanwezig op een ITE, het is moeilijk om deze te minimaliseren, zeker als er getracht wordt bedside te brieven. Uit de HES blijken deze onder andere chaos, afgaande alarmen en drukte te zijn.

Ook op spoedgevallen is er een belangrijke factor die een goede overdracht kan tegen werken, zo speelt tijdsdruk een belangrijke rol in dit gegeven. Het urgente kader van de opvang van een kritieke patient zorgt er voor dat het patiëntendossier niet altijd volledig is, wanneer hij overgedragen wordt aan de ITE. Er wordt dan gebruik gemaakt van de post-transfer periode.

Het huidige onderzoek is een aanvulling op de beperkte bestaande literatuur over gegevensoverdracht van de spoedgevallendienst naar de ITE. Er wordt vaak beschreven dat het een groot probleem is en een gevaar is voor de patiëntveiligheid, doch blijkt er maar weinig verbetering op komst door het beperkte onderzoek dat naar deze problematiek uitgevoerd wordt. Juist door de oorzaak van het probleem aan te pakken, in dit geval een niet kwalitatieve gegevensoverdracht, gaan andere problemen verminderen.

5.1 Interpretatie van de resultaten

Het is duidelijk dat de verpleegkundigen van beiden diensten de patiëntenoverdracht als een integraal proces erkennen voor de zorg van een kritiek zieke patiënt. Iedema (2008) ondersteunt dit standpunt en suggereert dat het verpleegkundig overdrachtsproces verpleegkundigen een richting geeft naar patiënt-gerelateerde taken. Ondanks de integrale rol van de overdracht, suggereren de resultaten dat de benadering van het proces een verschil kent tussen beiden diensten. Het ziet er naar uit dat verpleegkundigen het overdrachtsproces op verschillende manieren benaderen, zoals de studie van Dunn et al. bevestigt (2007).

De behoefte aan een gestandaardiseerde aanpak lijkt duidelijk aangezien er een groot verschil blijkt te zijn in de perceptie van de overdracht tussen beide diensten (visuele weergave met verschil in perceptie terug te vinden in bijlage 7, tabel met resultaten met verschil in perceptie terug te vinden in bijlage 8).

Een interessant resultaat bleek dat de perceptie bij het gebruik van documentatie wel gelijklopend is, wat opnieuw een motivatie is om de overdracht te standaardiseren.

Een ander opvallend resultaat is dat 25 procent van de geobserveerde overdrachten overhandigd werd door de urgentiearts. De interactie en de activiteit van de spoedgevallen- en ITE-verpleegkundigen op dit moment, kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. De ITE-verpleegkundigen neigen te luisteren naar de medische overdracht om zoveel mogelijk informatie te verzamelen over hun nieuwe patiënt, zoals het onderzoek van McFetridge et al. (2007) bevestigt. Vaak voelen de spoedgevallenverpleegkundigen zich dan overbodig en moeten ze wachten tot de medische overdracht gedaan is. Dit kan ertoe leiden dat de spoedverpleegkundigen afstand houden van de overdracht en er uiteindelijk geen meer geven. De kwaliteit van de medische overdracht wordt over het algemeen positiever gescoord dan de verpleegkundige overdracht. Doch is het belangrijk om nog een verpleegkundige overdracht uit te voeren. Hier worden verpleegkundige aspecten meer uitgediept alsook de sociale aspecten van de patiënt. De medische overdracht houdt vooral het medisch handelen en de voorgestelde behandeling in, per situatie kan dit verschillend zijn. De verpleegkundige overdracht is vaak gedetailleerder, de actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses worden vermeld. Het dossier wordt afgesloten met antwoorden op vragen zoals 1) zijn de beoogde en vastgestelde resultaten bereikt? 2) heeft de patiënt nog zorg nodig? en 3) wat houdt deze zorg in (Weima & Houtsma, 2016).

De resultaten van dit onderzoek bevestigen het standpunt van Spooner (2016) en McFetridge et al. (2007) dat anciënniteit een invloed heeft op de kwaliteit van de overdracht. De ITE-verpleegkundigen merkten een verschil in kwaliteit van de overdracht aangezien ze de kwaliteit tot 25 procent minder goed scoren bij een lage anciënniteit ten opzichte van een hogere anciënniteit.

De helft van de overdrachten in deze periode werden gegeven door spoedgevallenverpleegkundigen met een werkervaring minder dan drie jaar, er moet rekening gehouden worden dat dit een invloed heeft op de globale uitkomst van dit onderzoek.

Het verschil in resultaat over de kwaliteit van de informatie, gescoord door beide diensten, kan te wijten zijn aan het verschil in visie. De perceptie over de inhoud van de informatie kan anders zijn. De spoedgevallenverpleegkundigen vinden dat de informatie die wordt gegeven een globaal beeld geeft over de patiënt terwijl de ITE-verpleegkundige meer informatie wenst. Beide groepen scoren bijzonder positief op de relevantie van de informatie. Dit wil zeggen dat er toch een gedeelde visie is over welke informatie belangrijk is om zeker te delen.

Slechts 60 procent van de spoedgevallenverpleegkundigen geeft aan een gestructureerde overdracht te geven. Dit kan veroorzaakt zijn door de drukte op beide diensten, de complexiteit van de diensten of eventuele storingen tijdens de overdracht. Het gebruik van een overdrachtsformulier helpt om de informatie gestructureerd en volledig te geven, toch werd deze weinig gebruikt. Wanneer er storingen zijn in de omgeving kan de spoedgevallenverpleegkundige steeds terugvallen op dit formulier.

Uit het huidige onderzoek blijkt ook dat de gestandaardiseerde transferdocumenten weinig worden gebruikt tijdens de overdracht. In de resultaten is op te merken dat de spoedgevallenverpleegkundigen vaker positief scoren op het gebruik van deze documentatie, terwijl de ITE-verpleegkundigen scoren dat deze niet gebruikt werd tijdens de overdracht. Het verschil in deze resultaten is moeilijk te verklaren, mogelijks werd de vraag verkeerd geïnterpreteerd en was het in het bezit zijn van de documentatie genoeg om positief te scoren.

Het gebruik van deze documentatie zou beter opgevolgd moeten worden aangezien de resultaten duidelijk weergeven dat de ITE-verpleegkundigen de overdracht kwaliteitsvoller beschouwen wanneer documentatie gebruikt werd. Dit bevestigen ook Dunn (2007) en Ilan (2012) in hun artikel.

Verder is er ook een verband tussen de voorbereiding op de ITE en omgevingsfactoren die de focus verminderen bij de spoedgevallenverpleegkundige tijdens de overdracht. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat zou zijn dat er op de ITE onrust hangt rond de onverwachte opname. Wanneer de spoedgevallenverpleegkundige aangeeft gefocust te zijn tijdens de overdracht, is er sprake van een positieve kwaliteit van informatie, gescoord door zowel de spoedgevallen- als de ITE-verpleegkundigen.

Er is een verschil te vinden in de voorbereiding tussen beide diensten. Een motivering kan zijn dat er miscommunicatie is tussen de intensivist en de ITE-verpleegkundige of miscommunicatie op de spoedgevallendienst, dit kan niet worden vastgesteld uit de resultaten. Uit de antwoorden van de HES bleek dat de ITE-verpleegkundigen minder tijd hebben om zich voor te bereiden op de opname, net deze fase (de pre-transfer periode) is volgens Manser (2011) en Patterson et al. (2004) van groot belang om verdere hiaten in het proces te voorkomen.

Een verrassend resultaat is dat slecht 58 procent (n = 11) van de ITE-verpleegkundigen aangeeft een overdracht te hebben verkregen van de verantwoordelijke spoedgevallenverpleegkundige van de patiënt. Een overdracht kan nochtans het beste gegeven worden door de verantwoordelijke verpleegkundige aangezien hij de opvang van de patiënt heeft gedaan en de eerste zorgen heeft uitgevoerd. De informatie zal hierdoor logischerwijs vollediger zijn. In het onderzoek konden de spoedgevallenverpleegkundigen niet specifiek aanduiden of ze al dan niet de verantwoordelijke verpleegkundige van de patiënt waren, het is dus enkel een perceptie van de ITE-verpleegkundigen. Een andere verklaring kan mogelijks zijn dat de overdracht net gebeurd na de shiftwisseling.

Uit de antwoorden op de open vragen van de HES blijkt dat de verpleegkundigen van beiden diensten wensen om de overdracht niet bedside te laten doorgaan, ze geven de voorkeur aan de overdracht buiten de patiëntkamer. Dit resultaat is in overeenstemming met de literatuur omschreven in het artikel van Clarke (2011).

Doch omschrijft dit artikel dat de kwaliteit van de overdracht beter is als de overdracht bedside wordt voltooid. Omdat er rekening wordt gehouden met de suggesties van de verpleegkundigen, werd er gekozen om de overdracht niet bedside te houden in de nieuwe procedure. De resultaten van de HES bevestigen dat de kwaliteit van de overdracht positiever gescoord wordt, door zowel de ITE-verpleegkundige als de spoedgevallenverpleegkundige, als de spoedgevallenverpleegkundige zich kan concentreren. Een ander argument om de overdracht niet bedside te laten doorgaan is dat de patiënt vaak te suf of onbewust is om relevante informatie te geven.

Uit de literatuurstudie werd bevonden dat de verpleegkundige attitude een belangrijke factor speelt tijdens de overdracht, 'wat' is even belangrijk als 'hoe' (de Lange, van Eeden, & Heyns, 2017). Bij twee overdrachten was er sprake van miscommunicatie wat zich vertaalde in een negatieve score in de HES.

5.2 Beperkingen

Een belangrijke beperking van deze studie is dat de validiteit van het gebruik van de HES niet gemeten werd. Het evalueren van de getrouwheid zou eenvoudig worden bereikt met behulp van een observationele analyse. Maar aangezien dit geen haalbare kaart was door drukte, werd er gekozen om de kwaliteit indirect te meten, dit wil zeggen de kwaliteit zoals waargenomen door de verpleging die de overdracht van de patiënt heeft gegeven of ontvangen. Het feit dat in het onderzoek de spoedgevallenverpleegkundige niet kon aanduiden dat hij de verantwoordelijke was, en dit dus enkel een perceptie van de ITE-verpleegkundige is, is een bijkomende beperking.

Een andere beperking van deze studie is mogelijks het Hawthorne-effect, dit is het effect van een interventie op een onderzocht persoon dat uitsluitend te wijten is aan het feit dat deze meedoet aan een onderzoek. Het effect is meestal positief. Zo zouden onderzochte werknemers meer gaan produceren of minder klachten rapporteren. Het feit dat de spoedgevallenverpleegkundigen wisten dat er een evaluatie over de overdracht werd uitgevoerd, kan hun gedrag positief hebben beïnvloed en zo meer aandacht hebben gegeven aan de overdracht. Ook de ITE-verpleegkundigen kunnen hun luisterhouding aangepast hebben om beter te scoren. Ook scoren respondenten zichzelf beter, wat een bijkomende verklaring kan geven aan het verschil in antwoorden tussen de casussen.

In totaal vonden er 41 transfers plaats van de spoedgevallendienst naar de ITE, slechts bij 25 werd er een evaluatieschaal ingevuld. Door de urgentie van sommige overnames van kritieke patiënten of de drukte op de spoedgevallendienst werd er vastgesteld dat niet elke opname tijdens de observatieperiode is geïnccludeerd met het invullen van een HES. Verder werden andere kritieke patiënten van de spoedgevallendienst eerst naar het operatiekwartier gebracht, deze worden gebriefd aan de verantwoordelijke verpleegkundige op het operatiekwartier. Deze transfers worden meegeteld in de totale cijfers van overdrachten van de spoedgevallendienst naar de ITE

Door de drukte op de dienst is dit meermaals niet ingevuld en hierna was het moeilijk om nog te achterhalen wie de overdracht gegeven had en wie deze ontvangen had. De verpleegkundigen waren wel gemotiveerd om de HES in te vullen omdat ze wisten dat ze hier hun mening in konden noteren en dat er mogelijks verandering zou komen in de moeilijke situatie van gegevensoverdracht.

Hierbij moet wel rekening gehouden worden dat dit onderzoek kleinschalig is – slechts 50 bevraagde verpleegkundigen-, en een invloed kan hebben op generaliseerbaarheid van de resultaten.

Het verkrijgen van personeel acceptatie van een nieuw proces is essentieel voor het nut op lange termijn, ongeacht de verdienste ervan. Een barrière voor acceptatie is tijdsdruk en lage bestaafing. Totdat de verpleegkundigen van beide diensten de waarde van een hoogwaardige overhandiging herkennen, zal een kloof in patiëntveiligheid blijven bestaan. Verder wordt voorgesteld het verder te ondersteunen en toe te passen.

Volgens het bredere veld van implementatiewetenschap is er, voordat een nieuwe procedure op de juiste manier wordt gebruikt, verandering op twee niveaus nodig is: 1) de perceptie van de gebruiker over de nieuwe praktijk (d.w.z. probleemherkenning) en 2) de workflow van de gebruikers (d.w.z. de nieuwe manier van werken past bij de bestaande routines).

Omdat er een standaardformulier in het Jessa Ziekenhuis wordt gebruikt voor de overdracht van de spoedgevallendienst naar eender welke verpleegafdeling, konden er moeilijk extra's aan toegevoegd worden.

Relevant voor de ITE zou onder anderen zijn: 1) aanrijdtijd van de ambulance/MUG, 2) uitslagen medische beeldvorming, 3) is er familie op spoedgevallen geweest en is deze ingelicht over de toestand van de patiënt? 4) zijn er waardevolle bezittingen van de patient in bewaring genomen? In de toekomst dient er een pre-transferchecklijst gemaakt te worden.

Aan de hand van een poster over de inhoud van een kwalitatieve overdracht, feedback en evaluatie en ondersteuning van de leidinggevenden kan de nieuwe procedure geïmplementeerd worden.

6 Conclusie

De literatuurstudie toont aan dat de verpleegkundige overdracht centraal staat in de zorg. De overdracht van de spoedgevallendienst naar een ITE is complexer door hun dynamische en kritieke werkomgeving en vraagt daarom extra aandacht. Gemiste informatie kan leiden tot medicatiefouten, vertraagde en ongeschikte behandelingen, verlengen van de verblijfsduur en achterwege gebleven zorg.

De fasen van de verpleegkundige overdracht dienen zorgvuldig gevolgd te worden, omdat deze kantelmomenten gevoelig zijn aan fouten en kunnen leiden tot een negatieve outcome. De kwaliteit van de overdracht is gevoelig aan omgevingsfactoren, communicatie, anciënniteit en interdisciplinaire relaties. De manier waarop verpleegkundigen de overdracht uitvoeren, weerspiegelt de behoeften van hun specialiteit en wat zij definiëren als een kwaliteitsvolle overdracht. De perceptie van beiden diensten omtrent een overdracht dient te worden geëvalueerd. Een gestandaardiseerde manier van overdracht vermindert communicatiefouten, zorgt voor uniformiteit en biedt houvast.

Uit de resultaten van deze specialisatieproef blijkt dat de perceptie over de informatie verschillend is. Pas wanneer er een overdrachtsformulier gebruikt werd, bestond er eenzelfde perceptie en werd de kwaliteit door beiden positief gescoord, wat een motivatie is voor het standaardiseren van de overdracht. Een procedure werd uitgewerkt aan de hand van de aangegeven probleempunten tijdens het onderzoek. Het gebruik van het gestandaardiseerde overdrachtsformulier zal beter geïmplementeerd moeten worden tijdens de overdracht vermits de resultaten weergeven dat deze te weinig wordt gebruikt.

7 Bijlagen

Bijlage 1: SBAR-DR

Bijlage 2: SOAP

Bijlage 3: Evaluatie overdracht spoedgevallen – ITE (Luik spoedgevallendienst)

Bijlage 4: Evaluatie overdracht spoedgevallen – ITE (Luik Intensieve Therapie Eenheid)

Bijlage 5: Handover Evaluation Scale

Bijlage 6: Resultaten van de HES

Bijlage 7: Visuele weergave met verschil in perceptie over de overdracht door de spoedgevallen- en ITE-verpleegkundigen

Bijlage 8: Resultaten met verschil in perceptie over de overdracht door de spoedgevallen- en ITE-verpleegkundigen

Bijlage 1: SBAR-DR

Situation (situatie)	Beschrijft de klinische status van de patiënt tijdens de overdracht
Background (achtergrond)	Omvat patiënt identificatie, medische voorgeschiedenis, sociale status, thuismedicatie en toegediende medicatie, interventies in het ziekenhuis
Assesment (onderzoek)	Beschrijft evaluatie van de patiënt zijn toestand, medische problemen, noden van de patiënt en prognose, huidig behandelplan.
Recommendations (aanbevelingen)	Is het gegeven advies voor behandeling of discussie over verder het behandelplan.
Discussion and disposition (discussie en regelingen)	Hier kan men vragen stellen over zaken die de verpleegkundige nog wil weten.
Read-back and record (herhalen en opnemen)	Overlopen van de overdracht en of de spoedverpleegkundige nog terug contact moet opnemen om achtergebleven info door te geven. Wanneer het dossier nog niet afgewerkt was kan de spoedverpleegkundige dit achteraf afleveren en eventueel verder toelichten.

Bijlage 2: SOAP

Subjective symptoms and complaints Omvat de klachten van de patiënt, symptomen en andere data verzameld uit de voorgeschiedenis.

Objective physical findings and test results Is informatie uit het klinisch onderzoek, de monitoring en andere onderzoeken.

Assesment Omschrijft de evaluatie van de klinische toestand van de patiënt, medische problemen, noden en prognose.

Management plan Bevat het huidig en toekomstig plan voor verder onderzoek, behandeling educatie en verdere planning.

Bijlage 3: Evaluatie overdracht spoedgevallen – ITE (Luik spoedgevallendienst)
EVALUATIE OVERDRACHT SPOEDGEVALLEN – ITE
LUIK SPOEDGEVALLENDIENST

Gegevens verpleegkundige:
Leeftijd verpleegkundige:
Aantal jaren werkervaring op de spoedgevallendienst:
Opnamenummer patiënt:
Locatie briefing:

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Geen mening	Enigszins mee eens	Erg mee eens
1. De informatie die ik geef is correct en volledig	1	2	3	4	5
2. Ik geef voldoende informatie	1	2	3	4	5
3. De informatie die ik geef is relevant	1	2	3	4	5
4. De gegeven informatie wordt nader toegelicht	1	2	3	4	5
5. De manier waarop de informatie wordt gegeven verloopt gestructureerd	1	2	3	4	5
6. Ik kan gefocust blijven bij het geven van de informatie (geen lawaai, geen onderbrekingen, ...)	1	2	3	4	5
7. Bij het geven van informatie wordt er gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd overdrachtsformulier	1	2	3	4	5
8. Ik heb de kans om vragen te beantwoorden tijdens de overdracht	1	2	3	4	5
9. Ik krijg de kans om alle nodige informatie te geven	1	2	3	4	5
10. Ik heb me kunnen voorbereiden op de overdracht	1	2	3	4	5

Bijlage 4: Evaluatie overdracht spoedgevallen – ITE (Luik Intensieve Therapie Eenheid)

EVALUATIE OVERDRACHT SPOEDGEVALLEN – ITE
LUIK INTENSIEVE THERAPIE EENHEID

Gegevens verpleegkundige:
Leeftijd verpleegkundige:
Aantal jaren werkervaring op de Intensieve Therapie Eenheid:
Opnamenummer patiënt:
Locatie briefing:

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Geen mening	Enigszins mee eens	Erg mee eens
1. De informatie die ik ontvang is correct en volledig	1	2	3	4	5
2. Ik ontvang voldoende informatie	1	2	3	4	5
3. De informatie die ik ontvang is relevant	1	2	3	4	5
4. De ontvangen informatie wordt nader toegelicht	1	2	3	4	5
5. De manier waarop de informatie wordt gegeven verloopt gestructureerd	1	2	3	4	5
6. Ik kan gefocust blijven bij het ontvangen van de informatie (geen lawaai, geen onderbrekingen, ...)	1	2	3	4	5
7. Bij het ontvangen van informatie wordt er gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd overdrachtsformulier	1	2	3	4	5
8. Ik heb de kans om vragen te stellen tijdens de overdracht	1	2	3	4	5
9. Ik krijg de kans om alle nodige informatie te verkrijgen	1	2	3	4	5
10. Ik heb me kunnen voorbereiden op de overdracht	1	2	3	4	5
11. De verpleegkundige die mij de informatie geeft is de	1	2	3	4	5

verantwoordelijke verpleegkundige van de patiënt					
---	--	--	--	--	--

12. Wat is volgens u de sterkte en/of zwakte van de verpleegkundige overdracht van de dienst spoedgevallen naar de intensieve therapie eenheid?

13. Heeft u enige suggesties om de verpleegkundige overdracht te verbeteren?

Bedankt voor de medewerking
Kelly en Griet

Bijlage 5: Handover Evaluation Scale

De informatie die ik geef/ontvang is correct en volledig **Kwaliteit** van informatie

Ik geef/ontvang voldoende informatie **Kwaliteit** van informatie

De informatie die ik geef/ontvang is relevant **Kwaliteit** van informatie

De gegeven/ontvangen informatie wordt nader toegelicht **Kwaliteit** van informatie

De manier waarop de informatie wordt gegeven verloopt gestructureerd **Structuur** van informatie

Ik kan gefocust blijven bij het geven/ontvangen van de informatie **Werksfeer**

Bij het geven/ontvangen van informatie wordt er gebruik gemaakt van documentatie **Structuur** van informatie

Ik heb de kans om vragen te beantwoorden/te stellen tijdens de overdracht **Werksfeer**

Ik krijg de kans om alle nodige informatie te geven/te verkrijgen **Werksfeer**

Ik heb me kunnen voorbereiden op de overdracht **Werksfeer**

De verpleegkundige die mij informatie geeft/ontvangt is de verantwoordelijke verpleegkundige van de patiënt **Werksfeer**

Bijlage 6: Resultaten van de HES

Vraag 1: De informatie die ik geef/ontvang is correct en volledig

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 1	5,26%	n = 5	26,32%
Geen mening	n = 1	5,26%	n = 1	5,26%
Mee eens	n = 17	89,47%	n = 13	68,42%

Vraag 2: Ik geef/ontvang voldoende informatie

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 1	5,26%	n = 5	26,32%
Geen mening	n = 2	10,53%	n = 1	5,26%
Mee eens	n = 16	84,21%	n = 13	68,42%

Vraag 3: De informatie die ik geef/ontvang is relevant

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 1	5,26%	n = 0	0%
Geen mening	n = 1	5,26%	n = 2	10,53%
Mee eens	n = 17	89,47%	n = 17	89,47%

Vraag 4: De gegeven/ontvangen informatie wordt nader toegelicht

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 1	5,26%	n = 4	21,06%
Geen mening	n = 2	10,53%	n = 2	10,53%
Mee eens	n = 16	84,21%	n = 13	68,42%

Vraag 5: De manier waarop de informatie wordt gegeven verloopt gestructureerd

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 1	5,26%	n = 8	42,12%
Geen mening	n = 6	31,58%	n = 1	5,26%
Mee eens	n = 12	63,16%	n = 10	52,62%

Vraag 6: Ik kan gefocust blijven bij het geven/ontvangen van de informatie (geen lawaai, geen onderbrekingen, ...)

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 6	31,58%	n = 6	31,68%
Geen mening	n = 1	5,26%	n = 1	5,26%
Mee eens	n = 12	63,16%	n = 12	63,16%

Vraag 7: Bij het geven van informatie wordt er gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd overdrachtsformulier

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 5	26,32%	n = 13	68,42%
Geen mening	n = 7	36,84%	n = 2	10,53%
Mee eens	n = 7	36,84%	n = 4	21,06%

Vraag 8: Ik heb de kans om vragen te beantwoorden/stellen tijdens de overdracht

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 3	15,79%	n = 0	0%
Geen mening	n = 1	5,26%	n = 1	5,26%
Mee eens	n = 15	78,95%	n = 18	94,74%

Vraag 9: Ik krijg de kans om alle nodige informatie te geven/ontvangen

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 3	15,79%	n = 3	15,79%
Geen mening	n = 3	15,79%	n = 4	21,06%
Mee eens	n = 13	68,42%	n = 12	63,16%

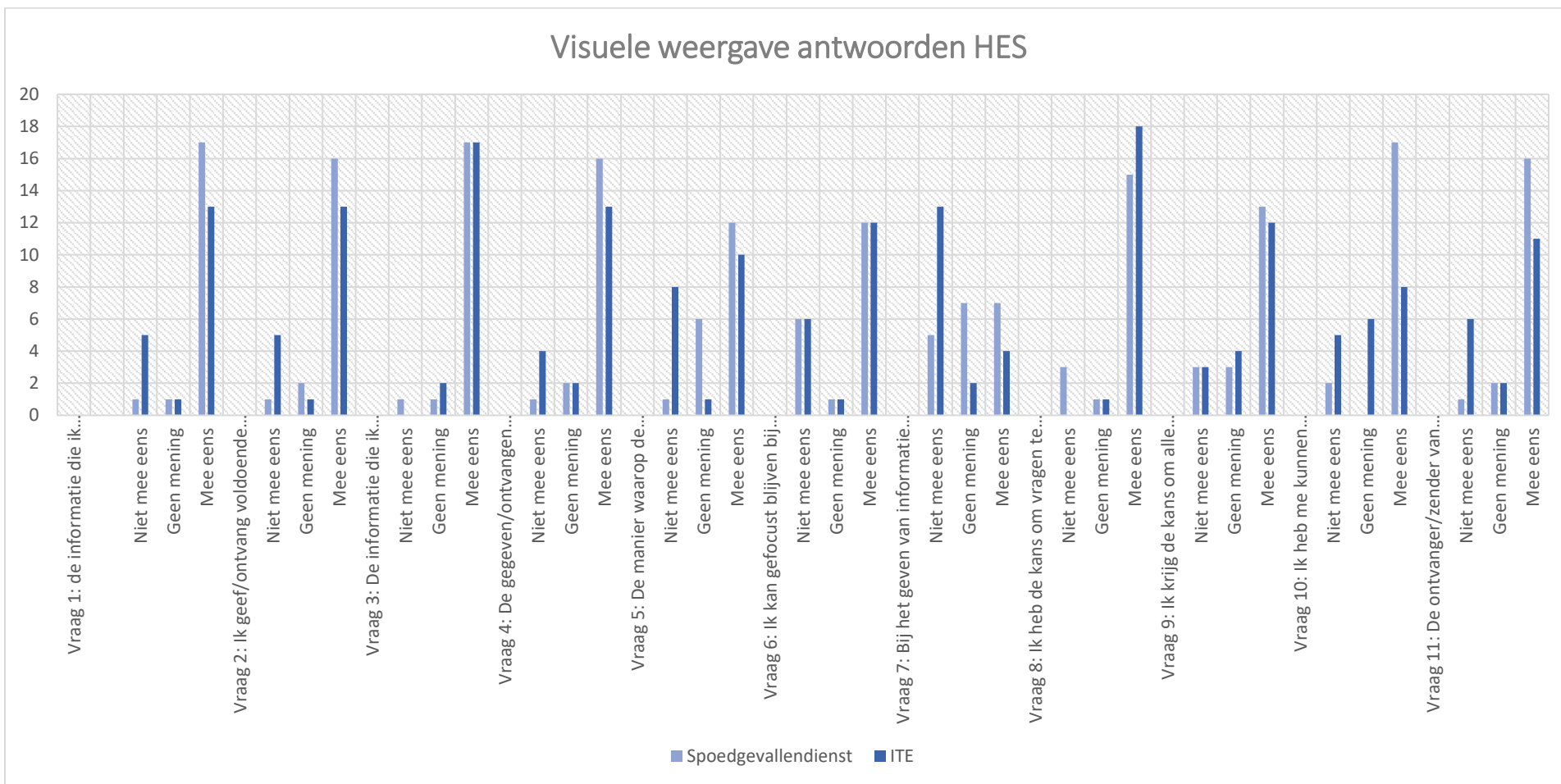
Vraag 10: Ik heb me kunnen voorbereiden op de overdracht

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 2	10,53%	n = 5	26,32%
Geen mening	n = 0	0,00%	n = 6	31,58%
Mee eens	n = 17	89,47%	n = 8	42,12%

Vraag 11: De ontvanger/zender van de informatie is de verantwoordelijke verpleegkundige van de patiënt

	<u>Spoedgevallendienst</u>		<u>ITE</u>	
Niet mee eens	n = 1	5,26%	n = 6	31,58%
Geen mening	n = 2	10,53%	n = 2	10,53%
Mee eens	n = 16	84,21%	n = 11	57,90%

Bijlage 7: Visuele weergave met verschil in perceptie over de overdracht door de spoedgevallen- en ITE-verpleegkundigen



Bijlage 8: Verschil in perceptie over de overdracht door de ITE -en spoedgevallenverpleegkundigen

	Dezelfde antwoorden ITE en spoedgevallendienst (n = 118)	Uiterst verschillende antwoorden ITE en spoedgevallendienst (n = 50)	Verschil in antwoord door gebruik van 'geen mening' (n = 41)	Totaal verschillende antwoorden ITE en spoedgevallendienst	Totaal antwoorden (n = 209)
Casus 1	n = 4 (36,4%)	n = 2 (18,2%)	n = 5 (45,5%)	n = 7 (54,5%)	11
Casus 2	<i>Uitgevoerd door urgentiearts</i>				
Casus 3	n = 11 (100%)	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	11
Casus 4	n = 4 (36,4%)	n = 5 (45,5%)	n = 2 (18,2%)	n = 7 (54,5%)	11
Casus 5	<i>Uitgevoerd door urgentiearts</i>				
Casus 6	n = 5 (45,5%)	n = 3 (27,3%)	n = 3 (27,3%)	n = 6 (54,5%)	11
Casus 7	n = 6 (54,5%)	n = 4 (36,4%)	n = 1 (9,10%)	n = 5 (45,5%)	11
Casus 8	n = 5 (45,5%)	n = 3 (27,3%)	n = 3 (27,3%)	n = 6 (54,5%)	11
Casus 9	n = 7 (63,3%)	n = 1 (9,10%)	n = 3 (27,3%)	n = 4 (36,4%)	11
Casus 10	n = 7 (54,5%)	n = 3 (27,3%)	n = 1 (9,10%)	n = 4 (36,4%)	11
Casus 11	n = 9 (81,8%)	n = 1 (9,10%)	n = 1 (9,10%)	n = 2 (18,2%)	11
Casus 12	<i>Uitgevoerd door urgentiearts</i>				
Casus 13	n = 8 (54,5%)	n = 2 (18,2%)	n = 1 (9,10%)	n = 3 (27,3%)	11
Casus 14	n = 6 (54,5%)	n = 4 (36,4%)	n = 1 (9,10%)	n = 5 (45,5%)	11
Casus 15	<i>Uitgevoerd door urgentiearts</i>				
Casus 16	n = 2 (18,2%)	n = 3 (27,3%)	n = 6 (54,5%)	n = 9 (81,8%)	11
Casus 17	n = 11 (100%)	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	11
Casus 18	n = 3 (27,3%)	n = 5 (45,5%)	n = 3 (27,3%)	n = 8 (54,5%)	11
Casus 19	<i>Uitgevoerd door urgentiearts</i>				

Casus 20	n = 8 (72,7%)	n = 3 (27,3%)	n = 0 (0%)	n = 3 (27,3%)	11
Casus 21	n = 3 (27,3%)	n = 6 (54,5%)	n = 2 (18,2%)	n = 8 (54,5%)	11
Casus 22	n = 9 (81,8%)	n = 1 (9,10%)	n = 1 (9,10%)	n = 2 (18,2%)	11
Casus 23	<i>Uitgevoerd door urgentiearts</i>				
Casus 24	n = 5 (45,5%)	n = 2 (18,2%)	n = 4 (36,4%)	n = 6 (54,5%)	11
Casus 25	n = 5 (45,5%)	n = 2 (18,2%)	n = 4 (36,4%)	n = 6 (54,5%)	11
Totaal	118	50	41		209

Bovenstaand de tabel met verschil in perceptie over de overdracht tussen de ITE-verpleegkundige en spoedgevallenverpleegkundige.

	Dezelfde antwoorden ITE en spoedgevallen dienst (n = 38)	Uiterst verschillende antwoorden ITE en spoedgevallendienst (n = 2)	Verskil in antwoord door gebruik van 'geen mening' (n = 4)	Totaal verschillende antwoorden ITE en spoedgevallendienst (n = 6)	Totaal antwoorden (n = 44)
Casus 3	n = 11 (100%)	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	11
Casus 9	n = 7 (63,3%)	n = 1 (9,10%)	n = 3 (27,3%)	n = 4 (36,4%)	11
Casus 11	n = 9 (81,8%)	n = 1 (9,10%)	n = 1 (9,10%)	n = 2 (18,2%)	11
Casus 17	n = 11 (100%)	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	11
Totaal	38	2	4	6	44

Bovenstaand de tabel met verschil in perceptie over de overdracht tussen de ITE-verpleegkundige en spoedgevallenverpleegkundige. Bij deze vier casussen werd er een overdracht formulier gebruikt volgens de ITE-verpleegkundigen.

8 Bibliografie

- Abraham, J., Kannampallil, T. G., & Patel, V. L. (2012). Bridging gaps in handoffs: A continuity of care based approach. *Journal of Biomedical Informatics*, 240-254.
- Abraham, J., Kannampallil, T., Almoosa, K., Patel, B., & Patel, V. (2014). Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: Implications for patient safety. *Journal of Critical Care*, 311-317.
- Bakon, S., & Millichamp, T. (2017). Optimising the emergency to ward handover process: A mixed methods study. *Australian Emergency Nursing Journal*, 147-152.
- Bergs, J., Lambrechts, F., Mulleneers, I., Lenarts, K., Hauquier, C., Proesmans, G., . . . Vandijck, D. (2018). A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *International Emergency Nursing*, 7-15.
- Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 386-392.
- Clanton, J., Gardner, A., Subichin, M., McAlvanah, P., Hardy, W., Shah, A., & Porter, J. (2017). Patient Hand-Off iNitation and Evaluation (PHONE) study: A randomized trial of patient handoff methods. *The American Journal of Surgery*, 299-306.
- Clarke, C. M., & Persaud, D. (2011, Maart). Leading clinical Handover improvement: A change strategy to implement best practices in the acute care setting. *Journal patient safety*, Volume 7 Nr 1, 11-18.
- Currie, J. (2002, juni). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency nurse*, Vol. 10 nr 3, pp. 24-27.
- de Lange, S., van Eeden, I., & Heyns, T. (2017). Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'. *International Emergency Nursing*, 46-50.
- Drach-Zahavy, A., & Hadid, N. (2015). Nursing handovers as resilient point of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. *JAN*, 1135-1145.
- Dunn, M., Gwinnutt, C., & Gray, A. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal*, 40-44.
- Fealy, G., Donnelly, S., Doyle, G., Brenner, M., Hughes, M., Mylotte, E., . . . Zaki, M. (2018). Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 1-9.
- Ho, A. (2018). CNL as Outcomes Manager: Improving Communication During the ER to ICU Handoff. *Theses, Dissertations, Capstones and Projects*, 1-25.
- Hovenkamp, G. T., Olgers, T. J., Wortel, R. R., Noltes, M. E., Dercksen, B., & ter Maaten, J. C. (2018). The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 1-6.
- Iedema, M. E. (2008). Handover-Enabling Learning in Communication for Safety. *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care & University of Technology*, 1-58.
- Ilan, R., D LeBaron, C., K Christianson, M., K Heyland, D., Day, A., & D Cohen, M. (2012). *Handover Patterns: An observational study of critical care physicians*. BMC Health Services Research.

- Leenstra, N., Johnsons, A., Jung, O., Holman, N., Hofstra, L., & Tulleken, J. (2018). Challenges for conducting and teaching handovers as collaborative conversations: an interview study at teaching ICUs. *Perspectives on medical education*, 302-310.
- Manser, T. F. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 181 - 191.
- Marmor, G. O., & Li, M. Y. (2017). Improving emergency department medical clinical handover: Barriers at the bedside. *Emergency Medicine Australia*, 297-302.
- McFetridge, B., Gillepsie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 261-269.
- Muller, M., Jurgens, J., Radaèll, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 1-10.
- O'Connell, B., Ockerby, C., & Hawkins, M. (2014). Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 560-570.
- Patterson, E., Roth, E., & Woods, D. (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *International Journal for Quality in Health Care*, 125-132.
- Rodriguez, S., Fernández, C., & Vidal, G. (2018). Handover in intensive care. *Medicina intensiva*, 168-179.
- Safe handover: safe patients. (2004). *British Medical Association*.
- Salzwedel, C., Mai, V., Punke, M. A., Kluge, S., & Reuter, D. A. (2015). The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: A randomized trial. *Journal of Critical Care*, 170-174.
- Sethi, D., & Subramanian, S. (2014). When place and time matter: How to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 104-113.
- Smith, C. J., Buzalko, R. J., Anderson, N., Michalski, J., Warchol, J., Ducey, S., & Branecki, C. E. (2018, maart). Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the ED. *Western Journal of Emergency Medicine*, Volume 19, Nr 2, pp. 372-379.
- Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., Fraser, J., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 165 - 172.
- Stelfox, H., Lane, D., Boyd, J., Taylor, S., Perrier, L., Straus, S., & Zuege, D. (2015). A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care. *Chest*, 317-327.
- Toccafondi, G., Albolino, S., Tartaglia, R., Guidi, S., Molisso, A., Venneri, F., . . . Barach, P. (2012). The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. *BMJ Qual Saf*, 56-66.
- Waßmer, R., Zimmer, M., Oberndörfer, D., Wilken, V., Ackermann, H., & Breitreutz, R. (2011). Kann durch eine einfache Schulung das Kommunikations- und

Patientenübergabemanagement in der Notfallmedizin verbessert werden?
Notfall + Rettungsmedizin, 37-44.

Weed, L. (1970). Medical records, medical education, and patient care: The problem-oriented medical record as a basic tool. *Cleveland, OH: Case Western Reserve University*.

Weima, D., & Houtsma, C. (2016). *Het verbeteren van de medische en verpleegkundige overdracht*. Hanzehogeschool Groningen.

Zakrison, T., Rosenbloom, B., McFarlan, A., Jovicic, A., Soklaridis, S., Allen, C., . . . Rizoli, S. (2014). *Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed methods study*. Opgeroepen op oktober 15, 2018, van BMJ quality & safety online first : <http://qualitysafety.bmj.com>

9 Literatuurtabel

STUDIE	DESIGN	POPULATIE	N	INTERVENTIE/OBSERVATIE	OUTCOME
Bergs, J., Lambrechts, F., Mulleneers, I., Lenarts, K., Hauquier, C., Proesmans, G., . . . Vandijck, D. (2018). A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. <i>International Emergency Nursing</i> , 7-15.	Quasi-experimenteel onderzoek	Verpleging spoedgevallen en ITE in België	130 overdrachten - 66 voor interventie - 64 na interventie	Interventie = creëren van "Excellent Handover" door een sessie waarbij personen gaan werken naar een excellente patiënten overdracht. Deze patiënten overdracht werd gemeten a.d.h.v. (een aangepaste) Handover Evaluation Scale - Kwaliteit van de informatie - Interactie en ondersteuning (attitude) - Relevantie van de informatie.	- Geen significante verandering in de overdracht - Geen verbeterde perceptie van de kwaliteit van de overdracht → kwaliteit van de informatie: ITE: p=0,13 SPG: p= p=0,66 → relevantie van de informatie: ITE: p=0,22 SPG: p=0,93 - Spoedgevallen verpleging vond interactie en ondersteuning wel verbeterd ITE: p=0,32 SPG: p=0,04
McFetridge, B., Gillepsie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. <i>British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care</i> , 261-269	Kwalitatief Onderzoek (Multi-method design (individuele – en focusinterviews)	Verpleging spoedgevallen en ITE in Noord-Ierland (2 ziekenhuizen)	- 12 verpleegkundigen - Twee focusgroep interviews (4 ITE en 4 SPG)	In dit onderzoek werd de overdracht tussen ITE en SPG geanalyseerd: - Het huidige beleid en richtlijnen gerelateerd aan communicatie tijdens de overdracht en de mate dat het wordt geïmplementeerd - Verbale en non-verbale communicatie - Attitude van de verpleegkundige - Verschil in belang van info voor ITE en SPG.	- Zowel verpleging SPG en ITE vonden dat er geen structuur en geen eenduidigheid was over hoe de overdracht gebeurt - beide diensten missen klaarheid over het tijdstip van de overdracht - Gebrek aan kennis over elkaars rol en verwachtingen Er zijn een aantal thema's en sub-thema's die in dit onderzoek naar boven kwamen - De pretransfer periode - Aankomst van de patiënt op ITE - Informatie geven en krijgen - Invloed van anciënniteit van de verpleegkundige. Ook de inhoud van de overdracht (naam, datum, voorgeschiedenis, ...)

					werd bekeken alsook de nodige documentatie (ontslagpapieren, medische en verpleegkundige verslagen, parameters, labo resultaten, ...) die nodig is voor de overdracht naar ITE.
Kalyani, M. N., Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Shizazi, Z. H., & Taghinezhad, A. (2017). Prespectives of Patient Handover among Paramedics and Emergency Department Memners; a Qualitative Study. Emergency.	Kwalitatief onderzoek	Verpleging en ambulanciers spoedgevallen in Iran	-25 respondenten (interviews) - 25 artikels	<p>In dit artikel wordt er onderzocht hoe het komt dat op de dienst spoedgevallen 'zoveel' informatie verloren gaat aan de hand van interviews. De vragen gesteld in het interview waren onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan je de huidige overdracht omschrijven? - Wat is jouw mening over de huidige overdracht? <p>De verwachtingen van de verpleegkundigen onderling (intrinsieke factoren) en uitrusting en omgeving (extrinsieke factoren) werden onderzocht.</p> <p>Extrinsieke factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omgeving: afdeling is erg druk, de privacy van de patiënt kan niet altijd gewaarborgd worden. Lawaai. 	<p>De overdracht gebeurt vaak verbaal terwijl het voor de patiëntveiligheid en verzekering neer geschreven zou moeten zijn. Er is te weinig tijd om informatie tijdens de acute te zorg te registreren waardoor er veel op het geheugen afhankelijk zijn. 34% van de verbale overdracht werd onthouden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slechts 65% van deze informatie was juist. <p>→ Strategieën: ontwerpen van een geschikte omgeving, het bieden van adequate uitrusting, het aanwerven van voldoende personeel en het verduidelijken van de verwachtingen</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Verschil in materiaal: tijdsverlies. <p>Intrinsieke factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personeel: verschillende achtergronden (niet altijd een spoedarts). Communicatie verloopt niet altijd vlot. - Verschillende verwachtingen: wat is de rol van wie? 	
<p>Fealy, G., Donnelly, S., Doyle, G., Brenner, M., Hughes, M., Mylotte, E., . . . Zaki, M. (2018). Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 1-9.</p>	<p>Kwalitatief onderzoek</p>	<p>Verpleging in de acute zorg in Ierland (Multicenter onderzoek)</p>	<p>116 medewerkers (zowel verpleegkundigen als arts) in de zorg namen deel in 28 interviews en 13 focus groep discussies</p>	<p>5 Categorieën waartoe men hulpmiddelen en barrières kan toeschrijven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewustzijn van het beleid en protocollen. Interdisciplinaire training - Medische overdracht: duur en locatie - Verpleegkundige overdracht: duur en locatie - Instrumenten en ondersteuning. <p>En 'effectiviteit van overdracht':</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impact van locatie en onderbrekingen - Documentatie en checklijsten. <p>Er werd ook een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de</p>	<p>Locatie, duur en externe onderbrekingen bij de patiëntoverdracht zijn actieve problemen. Zo zou ook veel personeel niet op de hoogte zijn van protocollen of hebben niet de nodige training gehad voor overdracht in de acute fase.</p> <p>Parallel hiermee komt uit het onderzoek dat medische en verpleegkundige overdrachten vermeld zijn als discrete en gelijklopende gebeurtenissen met hetzelfde doel. Er wordt geconcludeerd dat de overdracht niet systematisch is en niet is protocol gestuurd is. ISBARQ-methode wordt aangehaald als gestandaardiseerd hulpmiddel.</p>

				verpleegkundige en medische overhandigingen.	De thema's en bijkomende categorieën geven aan dat er een beppering is in organisatiebeleid en training in de overdracht.
Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., Fraser, J., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. International Journal of Nursing Studies, 165 - 172.	Prospectieve observatie studie	Verpleging (Senior nurses - Grade 5 en Grade 6 Registered nurses) op ITE van een tertiair ziekenhuis in Australië	277 overdrachten in 20 dagen	De frequentie en inhoud van de overdracht werd geanalyseerd aan de hand van een geluidsopname en de SBAR werd geëvalueerd. → Bijkomende informatie zoals relaties van de patiënt werd ook besproken	Uit het onderzoek blijkt dat 51% van alle overdrachten de ISBAR techniek gebruikte en hoewel telkens de categorieën werden aangehaald werd gezien dat de inhoud erg gevarieerd was. <ul style="list-style-type: none"> - Identiteit (in 99% overdrachten aangehaald) - Situatie (in 96% overdrachten aangehaald) - Background (in 88% overdrachten aangehaald) - Assessment (in 69% overdrachten aangehaald) - Recommendations (in 66% overdrachten aangehaald). <ul style="list-style-type: none"> o Verdere consultaties De bevindingen wijzen erop dat patiënten informatie afwezig is of niet consequent wordt overgedragen , die potentieel de veiligheid van de patiënt in gevaar kan brengen. Er zijn verdere studies vereist om gestructureerde overdrachten te ontwikkelen.

<p>Rodriguez , S., Fernández, C., & Vidal, G. (2018). Handover in intensive care. <i>Medicina intensiva</i>, 168-179.</p>	<p>Systematic Review</p>	<p>Verpleging ITE</p>	<p>69 artikels</p>	<p>Uit de gegevensverzameling kwam naar voren dat de overdracht op ITE interactief moet zijn en dat het een duidelijk proces is dat bestaat uit een aantal stappen. Aan de hand van deze stappen kan de overdracht kwalitatief gemeten worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maak een protocol - Pas je aan, aan de cultuur van de afdeling - Verspreid het proces - Vraag naar feedback - Houd overzicht - Beheer de belemmeringen. 	
<p>Toccafondi, G., Albolino, S., Tartaglia, R., Guidi, S., Molisso, A., Venneri, F., . . .</p>	<p>Observationeel onderzoek</p>	<p>Verpleging acute diensten (onderlinge</p>	<p>- 45 artikels - 22 overdrachten</p>	<p>Het onderzoek in dit artikel werd gedaan aan de hand van observatie van de overdrachten</p>	<p>Uit het onderzoek werd vernomen dat</p> <ul style="list-style-type: none"> - De zender ($t(19) = 4.075$; $p < 0.01$) vindt dat er meer

<p>Barach, P. (2012). The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. <i>BMJ Qual Saf</i>, 56-66.</p>	<p>Focus group interview</p>	<p>overdracht) en verpleging niet-kritieke diensten (onderlinge overdracht) in 2 ziekenhuizen in Italië</p>	<p>in twee verschillende centra</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 overdrachten SPG naar ITE - 11 overdrachten van ITE naar de afdeling 	<p>en via interviews. Aan de hand van 'Handover probes' werd de inhoud van de overdracht geanalyseerd. De items gemeten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose en huidige situatie - Recente veranderingen in de toestand van de patiënt of behandeling - Anticipatie in veranderingen van de toestand of behandeling - Wat zeker te blijven monitoren - Alarmsignalen. <p>Deze 'porbe' of analyse werd zowel aan de zender als aan de ontvanger van de patiënt gegeven en ingevuld na de overdracht.</p> <p>Er werd ook gebruik gemaakt van een focusgroep die de data van de overdracht analyseren en discussiëren over de uitkomst van dit onderzoek. Aan de hand van de volgende vragen werd de analyse gemaakt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welke informatie krijg je nu van de kritieke dienst? - Welke informatie geef je aan een standaard afdeling? 	<p>informatie gegeven wordt dan de ontvanger ($t(19) = 4.395$; $p < 0.0001$)</p> <ul style="list-style-type: none"> - De zender vindt dat er meer relevantie informatie gegeven wordt dan de ontvanger ($t(19) = 2.138$; $p < 0.05$) - De zender ($t(15) = -2.711$; $p < 0.05$) vindt dat bijkomende informatie uit medische dossiers meer toegankelijk is i.v.m. de ontvanger ($t(19) = -3.605$; $p < 0.01$). <p>Vooral weinig overeenkomst in antwoorden tussen de items: anticipatie in veranderingen van de toestand of behandeling en alarmsignalen</p> <p>Veel informatie wordt reeds gegeven voor de werkelijke patiënten transfer!</p> <p>Uit de analyse van de focusgroep blijkt dat er weinig begrip is tussen de verschillende afdelingen. Wel vinden ze dezelfde thema's belangrijk, namelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose - Voorgeschiedenis - Ontslagpapieren - Anamnese - Huidige probleem
--	------------------------------	---	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> - Welke informatie zou je graag ontvangen van een kritieke dienst? - Welke informatie zou je aan een standaard dienst willen geven? - Welke zijn de sterke en zwakke punten van de huidige overdracht? 	<ul style="list-style-type: none"> - Nood aan ondersteuning. <p>Zowel de overdracht van spoedgevallen naar ITE als ITE naar een standaard afdeling verloopt moeizaam en dit vooral omdat de verwachtingen anders zijn.</p>
<p>Cheung, D. S., Kelly, J. J., Beach, C., Berkeley, R. P., Bitterman, R. A., Daisey, W. C., . . . Garvey, D. J. (2009). Improving Handoffs in the Emergency Department. <i>Annals of Emergency Medicine</i>, 1-10.</p>	<p>Narratieve review</p>	<p>Verpleging en artsen spoedgevallen</p>		<p>De kwaliteit van de overdracht wordt gemeten via:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De balans tussen de beknoptheid en compleetheid - Gebrek aan standaardisatie - De behandelende verpleegkundige mee komt om de overdracht te doen of niet - Het feit dat er geen duidelijke 'high risk triggers' zijn zoals onstabiele patiënten, weinig informatie, onduidelijke diagnose - Vooroordelen - Bestaffing van de dienst - Bijkomende factoren zoals taalbarrière. 	<p>Het artikel geeft aan dat de dienst aan een aantal zaken moet voldoen om een goede outcome te verkrijgen van de patiënten-overdracht, namelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kennen van de voorgeschiedenis - Significante parameters en gebeurtenissen kennen - Voorbereid zijn om te handelen naar de vorige events - Anticiperen en voorkomen voor nieuwe events - Geplande zorgtaken volbrengen - Op de hoogte brengen van vervolledigde zorgtaken. <p>Dit artikel geeft aan dat er vier fases zijn in de overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pretransfer periode - Aankomst - Ontmoeting

					<p>- Posttransfer periode.</p> <p>Bedside briefen is beter voor de informatie aan de patiënt (zo is ook hij op de hoogte en weet hij wie zijn behandelende arts is). Achter de desk briefen is dan weer handig omdat geschreven informatie ter hand is, vraagt minder tijd en geeft een grotere privacy. Een geschreven verslag is beter voor de volledigheid en voor de structuur van de briefing. Verslagen en notities via de computer zouden dan weer vollediger zijn dan handgeschreven dossiers (onvolledigheden worden alarmeren en dienen ingevuld te worden).</p> <p>Het gebruik van geheugensteuntjes zoals de SBAR (en andere ziekenhuis-gebaseerde overdrachtssjablonen) zijn volgens dit artikel minder van toepassing voor de dienst spoedgevallen. De overdracht zou op deze manier de efficiëntie kunnen verminderen en onpraktisch zijn om te implementeren. De overdracht sjablonen zouden te veel gegevens bevatten die niet relevant zijn.</p> <p>Om de overdracht verder te verbeteren raadt dit artikel aan om</p>
--	--	--	--	--	---

					verstoringen en afleidingen te minimaliseren en de overdracht zo bondig mogelijk te houden.
Manser, T. F. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 181 - 191.	Systematic review	/	92 artikels	Dit artikel beschrijft waarom onderzoek naar overdracht en de communicatie hieromtrent belangrijk is. Het onderzoekt verschillende artikels (waaronder een aantal in deze literatuurtabel) om tot zijn conclusie te komen.	Men concludeert dat de overdracht een 'key-event' is dat een grote rol speelt in de patiëntveiligheid . Protocollen in combinatie met training zou de patiëntveiligheid verbeteren. De overdracht bevat hoofdzakelijk twee grote fouten namelijk: <ul style="list-style-type: none"> - Inhoud: niet rapporteren van medisch probleem, medicatie, behandeling, ...) - Communicatie: te kort aan face-to-face rapportage en geschreven verslagen. <ul style="list-style-type: none"> → Als deze twee fouten zouden kunnen verbeterd worden door bijvoorbeeld standaardisatie zou de samenwerking verbeteren wat de overdracht weer makkelijker maakt. Standaardisatie van de overdracht bestaat uit twee stappen: <ul style="list-style-type: none"> - Specifieke informatie aangepast aan de eenheid <ul style="list-style-type: none"> → Speciale aandacht naar pre-transfer periode! Vooral op ITE

					<p>belangrijk omdat deze afdeling gebonden is aan tijdsdruk en de patiënt kritiek is waardoor veel fouten kunnen ontstaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanhalen van een aantal standaard topics via de SBAR
<p>Marmor, G. O., Li, M. Y. (2017). Improving emergency department medical clinical handover: Barriers at the bedside. <i>Emergency Medicine Australia</i>, 297-302.</p>	<p>Quasi-experimenteel onderzoek</p>	<p>Artsen van spoedgevallend ienst in Australië, Canberra.</p>	<p>De data werd verzameld over een periode van zes weken</p>	<p>Het onderzoek in dit artikel werd gedaan aan de hand van een omschrijving van de huidige manier van overdracht. Er werd een nieuw protocol omschreven en geïmplementeerd (waarin omschreven staat: ISBAR, stimuleren bed-side briefing en nieuwe documentatie). Voor en na implementatie van het nieuwe protocol werden de artsen ondervraagd. De overdracht werd doorheen dit proces geanalyseerd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verbeterde patiënt-betrokkenheid - Verbeterde communicatie - Trend in betere patiëntveiligheid - Tijdsnood blijft een barrière om de overdracht te verbeteren
<p>Bakon, S., & Millichamp, T. (2017). Optimising the emergency to ward handover process: A miwed methods study. <i>Australian Emergency Nursing Journal</i>, 147-152.</p>	<p>Kwalitatief onderzoek</p>	<p>Verpleging spoedgevallen in Australië, Queensland (universitair ziekenhuis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 28 evaluaties door verpleging spoedgevallen en verpleegafdeling - 626 controles over het gebruik van de procedure 	<p>Het doel van deze studie was om de continuïteit van de overdracht te verbeteren, door het ontwikkelen en evalueren van een gestructureerd overdracht formulier voor gebruik bij de overdracht van spoedgevallen naar de verpleegafdeling</p>	<p>Om een nieuwe procedure te ontwikkelen werden er verschillende evaluaties gedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebruik literatuur + gebruik overdracht procedures van andere instellingen → versie 1 werd ontwikkeld - Versie 1 werd geëvalueerd door senior verpleegkundigen + hoofdverpleegkundige van de dienst spoedgevallen. Procedure

				<p>Er werd na de implementatie van de nieuwe procedure getest hoe effectief en efficiënt er gebruik gemaakt van werd.</p>	<p>versie 1 werd aangepast aan de hand van hun feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versie 2 werd aan de verpleging spoedgevallen voorzien en ook hun feedback werd toegepast op de procedure waarna versie 3 werd gemaakt - Versie 3 werd geanalyseerd en aangepast door senior verpleging van de verpleegafdelingen - Versie 4 werd voor goedkeuring geanalyseerd door het management. Hieruit bestond versie 5, deze werd toegepast tijdens de overdracht. <p>Aan de hand van de evaluaties en de uitkomsten hiervan is het duidelijk dat standaardisatie van de overdracht vanuit spoedgevallenzorg noodzakelijk is.</p> <p>Het gebruik van het formulier werd geëvalueerd. Hieruit blijkt dat de nieuwe procedure in 97% van de overdrachten gebruikt werd. Wel zien we dat slecht in 67% van de overdrachten de observatie werd genoteerd, in 53% de huidige observatie, educatie slechts in 51% en sociale context slechts in 28% van de overdrachten. Hoewel de verpleging nu een gestandaardiseerde overdracht</p>
--	--	--	--	--	--

					heeft, wordt deze niet altijd goed toegepast . Het artikel geeft aan dat de leidinggevende hier op moet toezien en dat er geregeld bijscholingen georganiseerd moeten worden.
de Lange, S., van Eeden, I., & Heyns, T. (2018). Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'. International Emergency Nursing, 46-50.	Kwalitatief onderzoek Observationeel onderzoek	Verpleging en artsen spoedgevallen in een universitair ziekenhuis in Zuid-Afrika	De data werd verzameld aan de hand van 20 observaties van ongeveer 15 – 20 minuten. De analyse gebeurde via een hermeneutische benadering (verklarend, eigen interpretatie)	Het doel van dit onderzoek is nagaan welk resultaat de verpleegkundige houding heeft op de kwaliteit van de overdracht. De houding van de verpleegkundige tijdens de overdracht is volgens dit onderzoek even belangrijk als de inhoud ervan. Er wordt nagegaan wat een goede houding en communicatie inhoudt en hoe dit de werkcultuur beïnvloedt.	Uit het onderzoek blijkt dat dat respectvol gedrag gelijk staat aan groeten en actief luisteren . Effectieve communicatie tijdens een overdracht omvat actieve luistervaardigheden en betrokkenheid . Ineffectieve communicatie tijdens de overdracht wordt dan weer gekenmerkt door ontbrekende, onjuiste of irrelevante informatie , resulterend in verstoorde zorgverlening en verminderde patiënt veiligheid . Dit ontwikkelt stress en frustratie bij de verpleging en mismanagement van de behandeling van de patiënt. Uiteindelijk uit dit zich verder in miscommunicatie en een slechte samenwerking . De werkcultuur van een afdeling wordt bepaald door de handelingen, acties en attitude van de verpleging.

<p>Currie, J. (2002, juni). Improving the efficiency of patient handover. Emergency nurse, Vol. 10 nr 3, pp. 24-27.</p>	<p>Observationeel onderzoek</p>	<p>Verpleegkundig en van de spoedgevallendienst die geregeld een patiënten-overdracht doen.</p>	<p>De data werden verzameld aan de hand van 28 terug bezorgde vragenlijsten</p>	<p>Aan de hand van een vragenlijst werd er onder andere nagegaan welke zaken prioritair waren tijdens een patiënten-overdracht voor de verpleegkundigen.</p>	<p>De ondervraagde verpleegkundige gaven de volgende 6 topics de hoogste prioriteit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reden van opname - De behandeling die de patiënt gekregen heeft - De naam en leeftijd - Behandelplan voor de patiënt - Relevante voorgeschiedenis - Huidige beperkingen voor de patiënt <p>Voor verpleegkundige op spoedgevallen is alles belangrijk maar bovengenoemde topics zouden alles omvatten wat belangrijk is bij een overdracht.</p>
<p>Smith, C. J., Buzalko , R. J., Anderson , N., Michalski , J., Warchol , J., Ducey , S., & Branecki , C. E. (2018, maart). Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the ED. Western Journal of Emergency Medicine , Volume 19 , Nr 2. , pp. 372-379.</p>	<p>mixed-methods, pre-test/post-test study</p>	<p>Artsen spoedgevallen en interne geneeskunde van ziekenhuisinstellingen in de Verenigde Staten van Amerika</p>	<p>110 artikels</p>	<p>De overdrachten werden gedurende 60 dagen geregistreerd. Hierna hebben ze de SBAR-DR geïntroduceerd. Hierna hebben ze nog eens 60 dagen de overdrachten geregistreerd. Deze overdrachten werden gescoord a.d.h.v een 16- item scoring instrument. Hieruit hebben ze achterhaald of het een effectieve methode is of niet. Drie van de 16 individuele scoringselementen zijn verbeterd na de interventie.</p>	<p>Tijdens het onderzoek is naar voor gekomen dat het zeer belangrijk is om vragen te kunnen stellen tijdens en na een overdracht, met als resultaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Door deze vragen te stellen kunnen de artsen (en in ons geval verpleegkundigen) tot nieuwe inzichten komen. - Misverstanden tijdens de overdracht kunnen uitgeklaard worden wanneer eide partijen nog aanwezig zijn. - Onvolledigheden kunnen

					<p>aangevuld worden.</p> <p>Dit onderzoek is gebeurd tijdens de overdracht tussen artsen maar kan zeker ook toegepast worden tijdens de overdracht tussen verpleegkundigen vermits er nu meestal een overdracht gebeurt in één richting zonder de kans om vragen te stellen. De meerderheid van de urgentieartsen en internisten was van mening dat het SBAR-DR – model een positieve invloed had op de veiligheid van de patiënt en overdracht- efficiëntie.</p>
<p>Ilan, R., D LeBaron , C., K Christianson, M., K Heyland , D., Day, A., & D Cohen , M. (2012). Handover Patterns : An observational study of critical care physicians. BMC Health Services Research.</p>	<p>Prospectieve, observationele studie waarbij gebruik gemaakt werd van video-opname</p>	<p>Patiënten overdrachten in een academische intensive care unit in Ontario, Canada</p>	<p>40 overdrachten willekeurig gekozen uit 10 end- of- week handover session</p>	<p>De overdrachten tussen artsen op een ICU werden opgenomen om na te gaan welk overdrachts- patroon ze hanteerden en wat en mis ging.</p> <p>De auteur geeft zelf ook wel aan dat een zwakte van de studie was dat de personen die de overdracht deden wisten dat ze gefilmd werden en dus waarschijnlijk gelet hebben op een aantal zaken die dus in de studie beter naar voor zijn gekomen dan dat er anders minder goed zou uitgekomen zijn.</p>	<p>Als er louter en alleen naar de 3 patronen SBAR, SOAP en MAN gekeken werd zag men dat MAN de meest volledige overdracht vorm zou zijn maar wanneer ze keken naar de echte overdracht zag men dat er heel veel zaken vergeten werden of niet werden aangehaald. Dit was bij de 3 patronen zo. Men beschrijft dat er toch nood is aan een nog duidelijker patroon wat alles omvat.</p> <p>Elementen van de drie overdrachtsvormen ontbraken soms volledig tijdens de overdracht. Hoewel SBAR meest gepromoot wordt voor</p>

					<p>kritiek zieke patiënten is dit een relatief nieuwe methode. Hierdoor zijn SOAP en MAN vaker gebruikte vormen waardoor mogelijke fouten/missingen tijdens een overdracht de keuze/schuld zijn van de arts die kiest voor een onvolledige overdrachtsvorm.</p> <p>Zoals eerder aangehaald wordt bij de SBAR methode niet altijd elk punt even goed toegelicht maar is het voor de rest wel de meest complete overdrachtsvorm. Hierdoor is het wenselijk een gecombineerde vorm te ontwikkelen of een meer uitgebreide vorm van de SBAR.</p>
<p>Clarke , C. M., & Persaud , D. (2011, Maart). Leading clinical Handover improvement: A change strategy to implement best practices in the acute care setting. Journal patient safety , Volume 7 Nr 1, 11-18.</p>	<p>4 stage change model</p>	<p>Narrative review</p>		<p>Er is aan de hand van een 4 fase plan een verbetering opgesteld voor de klinische overdracht van patiënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eerst moet de organisatie aandacht hebben voor het probleem dat zich voor doet (slechte overdracht) - Hierna moet het probleem geïdentificeerd worden. Wat is juist het grote probleem en waardoor is dit probleem er - Als de problemen geïdentificeerd zijn zal er 	<p>De overdracht van een patiënt is een kritisch punt in de zorg van een patiënt. Hierbij worden soms kritische zaken vergeten die later voor de patiënt negatieve gevolgen kunnen hebben voor hem of zijn behandeling.</p> <p>Door een gestructureerd beleid op te stellen omtrent de patiënten overdracht aan de hand van deze 4 punten kan voor elke organisatie een plan opgemaakt worden van hoe en op welke manier een overdracht moet plaatsvinden zodat elke werknemer die een overdracht doet/ ontvangt</p>

				<p>een plan opgesteld moeten worden hoe een goede overdracht wel kan plaats vinden en waaraan men zich moet houden en dit moet geïmplementeerd worden Als laatst zullen de veranderingen omtrent overdracht geïstitutionaliseerd moeten worden. Dit zal enkel kunnen bereikt worden wanneer er een verandering van attitude is en acceptatie van de personen die de patiënten-overdracht geven/ontvangen.</p>	<p>weet waaraan men zich mag verwachten en welke eisen hij/ zij mag stellen i.v.m. de overdracht.</p>
<p>Zakrison , T., Rosenbloom , B., McFarlan , A., Jovicic, A., Soklaridis , S., Allen , C., . . . Rizoli , S. (2014). Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed methods study. Retrieved oktober 15, 2018, from BMJ quality & safety online first : http://qualitysafety.bmj.com</p>	<p>Mixed methods study</p>	<p>Verpleegkundige van spoedgevallen en intensieve zorgen en trauma team leaders , allen werkzaam in een level 1 trauma centrum in</p>	<p>6 focus groepen van 46 spoedgevallen verpleegkundigen en ICU verpleegkundigen en 9 trauma team leaders</p>	<p>Chart audits → Hiermee werden informatiediscrepanties gemeten Beschrijvende, parametrische en niet-parametrische statistieken werden toegepast, indien toepasbaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 24 % werden er aanwezige verwondingen gemist - Bij 48% was er een onjuistheid in de klinische informatie - De overdracht standaardiseren - De cultuur van elkaars afdeling leren te begrijpen - Verhogen van de non-technical physician training

		Toronto (Canada)			
--	--	---------------------	--	--	--