



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in de verpleegkunde en de vroedkunde

Masterthesis

***De kwaliteit van de verpleegkundige overdracht tussen spoedgevallen en
hospitalisatieafdelingen: een mixed-methods studie***

Laura Politis

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de verpleegkunde en de vroedkunde, afstudeerrichting
zorginnovatie

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2023
2024



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in de verpleegkunde en de vroedkunde

Masterthesis

***De kwaliteit van de verpleegkundige overdracht tussen spoedgevallen en
hospitalisatieafdelingen: een mixed-methods studie***

Laura Politis

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de verpleegkunde en de vroedkunde, afstudeerrichting
zorginnovatie

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS

1 Abstract

Achtergrond: De verpleegkundige overdracht van patiënten tussen de spoedgevallendienst en hospitalisatieafdelingen is cruciaal voor patiëntveiligheid, maar wordt gehinderd door communicatiefouten en andere factoren. Dit kan leiden tot langere hospitalisatieduur, onjuiste diagnoses, medische incidenten, vertraagde behandelingen, verminderde patiënttevredenheid en hogere kosten. De acute aard van de spoedgevallendienst, met snelle doorstroom en onvoorspelbare patiëntenaantallen, verhoogt het risico op gebrekkige informatieoverdracht. Ondanks uitgebreid onderzoek ontbreekt een universele oplossing voor verbetering van de overdracht, waardoor een grondige probleemanalyse noodzakelijk is.

Objectieven: Dit onderzoek heeft als doel om de lokale context te onderzoeken en specifieke knelpunten te identificeren die de verpleegkundige overdracht tussen de spoedgevallendienst en hospitalisatieafdelingen in het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) beïnvloeden.

Methode: Een *mixed-methods design* werd gebruikt, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve data werden verzameld. Kwantitatieve data werden verzameld via de *Hasselt Instrument for the Assessment of Handover Quality*-vragenlijst (HIAHQ-vragenlijst) en het *Handoff CEX*-instrument. Kwalitatieve data werden verkregen via vrije tekstanalyse en een focusgroep. De kwantitatieve gegevens werden geanalyseerd met beschrijvende statistieken en parametrische testen, terwijl de kwalitatieve gegevens thematisch werden geanalyseerd door twee onafhankelijke onderzoekers.

Resultaten: In totaal namen 312 verpleegkundigen deel aan de HIAHQ-vragenlijst. Afdelingsverpleegkundigen beoordeelden de overdracht lager dan spoedverpleegkundigen (4,7 vs. 5,4; $p = 0,009$). Zij gaven lagere tevredenheidsscores op alle dimensies behalve omgeving en professionalisme. Van de 1067 beoordeelde overdrachten via het *Handoff CEX*-instrument scoorden afdelingsverpleegkundigen lager dan spoedverpleegkundigen (6,0 vs. 7,0; $p < 0,01$). De focusgroep ($n = 11$) en vrije teksten identificeerden zeven thema's met betrekking tot de overdracht in het ZOL.

Conclusie: Deze studie onderzocht de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht tussen de spoedgevallendienst en hospitalisatieafdelingen in het ZOL. De resultaten tonen de complexiteit van de verpleegkundige overdracht aan en benadrukken de noodzaak van een grondige probleemanalyse en gerichte interventies om de overdracht, en daarmee de continuïteit, veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg, te verbeteren.

Trefwoorden: Verpleegkundige overdracht, spoedgevallendienst, hospitalisatieafdelingen, kwaliteitsverbetering, mixed methods design, patiëntveiligheid.

2 Inleiding

In het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) heerst er een toenemende bezorgdheid over de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht tussen de spoedgevallendienst en de hospitalisatieafdelingen. De reden voor deze bezorgdheid kadert in het aantal incidentmeldingen met betrekking tot de overdracht tussen de spoedgevallendienst en de hospitalisatieafdelingen. Deze situatie heeft geleid tot de lancering van een kwaliteitsverbeteringsproject.

Overdracht in de context van gezondheidszorg wordt gedefinieerd als “*de overdracht van professionele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor sommige of alle aspecten van de zorg voor een patiënt of een groep patiënten aan een andere persoon of beroepsgroep op tijdelijke of permanente basis*” (1). Het doel van een verpleegkundige overdracht is om gegevens te delen, continuïteit van zorg te bevorderen, verantwoordelijkheid en autoriteit over te dragen en de zorg te coördineren (2). Binnen het domein van patiëntveiligheid is de verpleegkundige overdracht tussen afdelingen van cruciaal belang, aangezien deze activiteit aanzienlijke risico's met zich meebrengt zoals mogelijke communicatiefouten of omissies tijdens de overdracht (3). De potentiële gevolgen hiervan zijn een langere hospitalisatieduur, onjuiste diagnoses, medische incidenten, vertraagde opstart van behandelingen, verminderde patiënttevredenheid en hogere kosten. Diverse factoren dragen bij tot een ineffectieve overdracht, waaronder de organisatiecultuur en attitude, communicatiestoornissen, toegenomen werklast, gebrek aan beleid en standaardprotocollen, en gebrek aan teambewustzijn (2).

Volgens *The Joint Commission International* (JCI) worden 80% van de fouten in de gezondheidszorg veroorzaakt door falende communicatie tijdens de overdracht (3). Het ontwerpen en wijzigen van de overdracht kunnen de algehele patiëntveiligheidscultuur van een afdeling beïnvloeden, aangezien dit steunt op normen, waarden, rituelen, activiteiten en taal die de specifieke cultuur van de instelling weerspiegelen (2). Specifiek binnen de spoedgevallendienst wordt de overdracht als complex beschreven gezien de acute aard van de afdeling. Deze dienst heeft de eigenschappen van een snelle doorstroom aan patiënten, onvoorspelbaarheid en inconsistentie m.b.t. hun patiëntenbestand en een toename van het aantal patiënten. Dit heeft gevolgen voor het afwerken van de documentatie van de zorg door verpleegkundigen. Deze factoren dragen bij aan een verhoogd risico op een ontoereikende overdracht van informatie door verpleegkundigen (4).

Ondanks uitgebreid literatuuronderzoek blijkt geen universele interventie voorhanden om de overdracht te verbeteren (5). De huidige literatuur richt zich voornamelijk op de evaluatie van de effectiviteit en bruikbaarheid van hulpmiddelen, maar legt geen nadruk op patiëntgerelateerde uitkomsten. Hierdoor is het moeilijk om het effect van dergelijke overdracht gerelateerde interventies op de continuïteit van zorg en patiëntveiligheid vast te stellen (6). Verschillende oorzaken kunnen aan de basis van een ineffectieve overdracht liggen. Om die reden is er nood aan een grondige probleemanalyse vooraleer een interventie geïmplementeerd kan worden. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de ADaPT-methode om een op maat gemaakt kwaliteitsverbeteringsproject op te stellen. Deze methode is gebaseerd op een methodologisch raamwerk voor designwetenschap dat uit vijf fasen bestaat; ten eerste moet het exacte probleem ontmanteld worden, ten tweede moeten de contextuele vereisten gedefinieerd worden. Nadien moet een verbeteringsprogramma ontworpen worden, vervolgens moet deze ontwikkeld en bewezen worden, en als laatste moet het verbeteringsprogramma geëvalueerd worden (7). Daarna wordt een programmatheorie ontwikkeld. Een programmatheorie is een conceptueel kader dat verklaart hoe een programma werkt en hoe het helpt om beoogde resultaten te bereiken (8). De scope van deze paper omvat de eerste twee fasen van de ADaPT-methode.

2.1 Objectieven

In het kader van een holistisch probleemoplossingsproces wordt een paradigmaverschuiving waargenomen, waarbij de traditionele aanpak, die begint met het identificeren van een oplossing voor een probleem, wordt verlaten. In plaats daarvan wordt de benadering omgekeerd, waarbij het proces begint met het begrijpen van het probleem en vervolgens toewerkt naar een oplossing. Deze oplossing is gericht op het realiseren van een haalbare, conceptuele, toekomstige, gewenste situatie of *Feasible, Conceptual, Future, Desired, Situation* (FCFDS). De probleemoplosser tracht de huidige

situatie te begrijpen, de elementen die de situatie ongewenst maken vast te stellen, en vervolgens een visie te ontwikkelen voor een FCFDS. Zodra het probleem adequaat is geïdentificeerd, worden corrigerende acties ondernomen om het oplossingssysteem te ontwikkelen dat optimaal functioneert binnen de context van de FCFDS (9). Het doel van dit project is dan ook om de lokale context grondig te onderzoeken en de specifieke knelpunten bloot te leggen die verband houden met de verpleegkundige overdracht in het ZOL.

3 Methodologie

3.1 Studiedesign en setting

Dit onderzoek is een *mixed-methods design* waarbij in eerste instantie kwantitatieve data werden verzameld a.d.h.v. een vragenlijst en *peer-to-peer* beoordelingen. Nadien werden de kwalitatieve data, een focusgroep en vrije tekst, verzameld. Dit om de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht tussen spoedgevallen en hospitalisatieafdelingen te meten. Het onderzoek werd gecoördineerd door THINK³ simulation & innovationlab van Universiteit Hasselt. Voor de uitwerking van deze paper werd er gebruik gemaakt van de STROBE-richtlijnen (10).

Het ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) is gevestigd in Limburg, België. Het bestaat uit twee zorginstellingen, ZOL Genk en ZOL Maas en Kempen (Maaseik). Verder telt het ziekenhuis van Genk nog drie campussen: campus Sint-Jan (Genk), campus Sint-Barbara (Lanaken) en het Medisch Centrum André Dumont (Waterschei). In totaal zijn er 1018 bedden waarvan 805 erkende bedden in Genk en 213 bedden in Maas en Kempen. Omwille van de omvang van de ziekenhuizen is een aangepaste organisatiestructuur geïmplementeerd. De organisatie is onderverdeeld in zeven divisies, elk geleid door een divisie manager en een arts-coördinator. In 2022 hebben zich in totaal 74.235 patiënten aangemeld op de spoedgevallendienst van het ZOL (Genk en Maas en Kempen), waarvan 53.701 ambulant behandeld werden en 20.534 dienden gehospitaliseerd te worden. Dat betekent dus dat er 20.543 overdrachten van de spoedgevallendienst naar een afdeling hebben plaatsgevonden in 2022.

3.2 Participanten

Voor het werven van deelnemers voor de vragenlijst en *peer-to-peer* beoordelingen werd *convenience sampling* toegepast. De inclusiecriteria voor deelnemers waren (hoofd)verpleegkundigen met een graduaat, bachelor- of masteropleiding, werkzaam in het ZOL. Voor de vragenlijst werd een e-mail gestuurd naar alle (hoofd)verpleegkundigen van de spoedgevallendiensten en hospitalisatieafdelingen in het ZOL.

Voor het selecteren van deelnemers voor de focusgroep werd *purposive sampling* gebruikt. Deelnemers werden per e-mail uitgenodigd en waren op de hoogte van het onderzoeksopzet. Er bestaat een geneste relatie tussen de deelnemers aan de vragenlijsten en de focusgroep, aangezien zij een subgroep vormen van de deelnemers in het kwantitatieve onderdeel van het onderzoek. Deze sessie vond plaats in het ZOL, in een speciaal daarvoor ingerichte vergaderruimte. Deelnemers die geen toestemming gaven voor deelname aan het interview, werden uitgesloten van de studie.

3.3 Variabelen, databronnen en metingen

Na een projectintroductie in het ZOL, waar hoofdzakelijk hoofdverpleegkundigen van verschillende deelnemende hospitalisatieafdelingen aanwezig waren, namen deze hoofdverpleegkundigen gezamenlijk de verantwoordelijkheid op zich om dit project op de verschillende afdelingen te introduceren. Vervolgens is een gedetailleerde probleemanalyse uitgevoerd, waarbij drie soorten databronnen zijn gebruikt: een vragenlijst, *peer-to-peer* beoordelingen en een focusgroep. Het onderzoek werd uitgevoerd tussen oktober 2023 en september 2024 in het ZOL. In oktober 2023 werd de vragenlijst afgenomen, van november tot december 2023 werden de *peer-to-peer* beoordelingen afgenomen en op 17 januari 2024 vond de focusgroep plaats. Dit onderzoek past binnen een goedgekeurd kwaliteitsverbeteringsproject in het ziekenhuis.

3.3.1 Fase 1: Hasselt Instrument for the Assessment of Handover Quality-vragenlijst

Als eerste stap werd de *Hasselt Instrument for the Assessment of Handover Quality*-vragenlijst (HIAHQ-vragenlijst) afgenomen (*bijlage 1*). Deze vragenlijst meet de kwaliteit van de

verpleegkundige overdracht en omvat twee delen. Het eerste deel verzamelt demografische informatie over de deelnemers, zoals geslacht, leeftijd, werkervaring, functie, opleidingsniveau en afdeling. Het tweede deel biedt inzicht in de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht door middel van zes dimensies (*i.e.*, omgeving, organisatie en efficiëntie, communicatie, inhoud, klinische beoordeling en professionaliteit), gemeten op een Likertschaal van één tot negen (1-3: niveaus van ontevredenheid, 4-6: niveaus van tevredenheid, 7-9: niveaus van superioriteit). Daarnaast moesten de verpleegkundigen een algemene score geven over de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht (1 tot 9).

3.3.2 Fase 2: Peer-to-peer beoordelingen

In de tweede fase werden verpleegkundigen verzocht deel te nemen aan een *peer-to-peer* beoordeling, waarbij zowel de zender als de ontvanger elkaar op de overdracht beoordeelden. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het *Handoff CEX*-instrument, een gestandaardiseerd evaluatie-instrument voor informatieoverdracht (*bijlage 2*) (11). Deze *peer-to-peer* beoordeling liep gedurende vier weken en omvatte dezelfde zes dimensies als de HIAHQ. Het belang van deze beoordeling was om de overdracht in beide richtingen te evalueren. Dit gebeurde eveneens op een Likertschaal van één tot negen maar zonder indicaties aan deze schaal toe te kennen. De dimensie 'inhoud' moest niet beoordeeld worden door de verpleegkundige die de overdracht gaf (nl. de spoedverpleegkundigen). Participanten hadden bij zowel de HIAHQ-vragenlijst als de *peer-to-peer* beoordelingen de mogelijkheid om de beoordeling aan te vullen met vrije tekst.

3.3.3 Fase 3: Focusgroep

Ten slotte werd een focusgroep georganiseerd, waarbij een semi-gestructureerde interview gids werd gebruikt om het gesprek te leiden (*bijlage 3*). Deze werd opgesteld door een ervaren onderzoeksteam. Bij aanvang van de focusgroep, werd toestemming gevraagd aan de participanten om deel te nemen. In totaal namen 11 participanten deel aan de focusgroep, waarvan drie hoofdverpleegkundigen en acht verpleegkundigen. Het interview duurde 57 minuten. De focusgroep werd gemodereerd door een vrouwelijke assistent van de Universiteit Hasselt (AC) met ervaring als verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg. Een vrouwelijke masterstudent van de Universiteit Hasselt (LP) nam de rol van notulist op zich en maakte veldnota's tijdens de focusgroep. De focusgroep werd opgenomen met behulp van audio-opnamen en *ad verbatim* getranscribeerd door de notulist (LP). Zowel de vrije tekst als de focusgroep werden thematisch geanalyseerd door de masterstudent (LP). Om data-triangulatie te bereiken, werden er twee overlegmomenten gehouden met het onderzoeksteam (LP, AC, JB).

3.3.4 Fase 4: Co-creatie sessie

Na het verzamelen en analyseren van deze data werd een co-creatie sessie georganiseerd met (hoofd)verpleegkundigen en stafmedewerkers van het ZOL, geleid door twee ervaren implementatiewetenschappers. Deze sessie vond plaats in het THINK³ simulation & innovationlab van Universiteit Hasselt. In de eerste fase werd inzicht verkregen in het probleem en de contextuele vereisten, waarbij de eerste twee stappen van de ADaPT-methode werden gevolgd met behulp van *LEGO SERIOUS PLAY*[®]. Dit was bedoeld om dialoog, reflectie, probleemoplossing en creatief denken te bevorderen (12). De sessie begon met het construeren van 'het probleem' vanuit verschillende perspectieven, waarna deze perspectieven werden geïntegreerd tot een collectief model om het grotere geheel en het probleem beter te begrijpen. Vervolgens werden de deelnemers gevraagd om een toekomstig en haalbaar model te bouwen, gebaseerd op het FCFDS-model: *Feasible, Conceptual, Future, Desired, Situation* (8). Deze brug tussen de huidige situatie en het toekomstige model vormde de basis voor het ontwerpen van interventies.

3.4 Bias

Om de kans op bias te verkleinen, zijn gevalideerde vragenlijsten gebruikt. Bovendien zijn zowel de vragenlijsten als de *peer-to-peer* beoordeling geanonimiseerd. Tijdens de focusgroep was er geen relatie tussen de interviewer en de deelnemers. Tot slot is er datatriangulatie toegepast, waarbij kwantitatieve gegevens op twee verschillende manieren zijn verzameld, namelijk via vragenlijsten

en *peer-to-peer* beoordelingen, voordat een focusgroep werd gehouden. De bevindingen uit deze drie bronnen zijn met elkaar vergeleken en geanalyseerd.

3.5 Statistische methoden

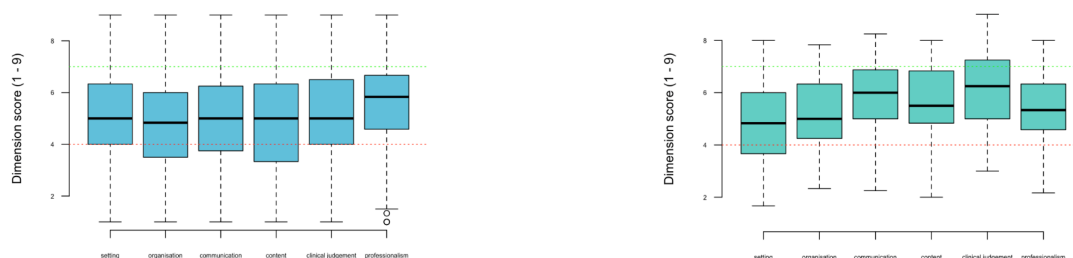
Aan de hand van beschrijvende statistieken werden alle kwantitatieve gegevens geanalyseerd en geïnterpreteerd. Er werden parametrische toetsen uitgevoerd (t-toetsen). Statistische significantie werd gedefinieerd door p -waarde $\leq 0,05$. Ontbrekende gegevens werden aangevuld aan de hand van gemiddelde imputaties. Alle analyses werden uitgevoerd met *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (13). De vrije teksten en de focusgroep werden thematisch geanalyseerd.

4 Resultaten

4.1 HIAHQ-vragenlijst

In totaal hebben 312 verpleegkundigen van zowel hospitalisatieafdelingen als de spoedgevallendienst de HIAHQ-vragenlijst ingevuld. De steekproef bevatte meer vrouwen dan mannen (80% $n = 251$ vs 19% $n = 59$). De gemiddelde leeftijd is 39 jaar ($SD = 12$) en het gemiddelde aantal jaren werkervaring is 13 jaar ($SD = 11$). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de overige karakteristieken van de respondenten.

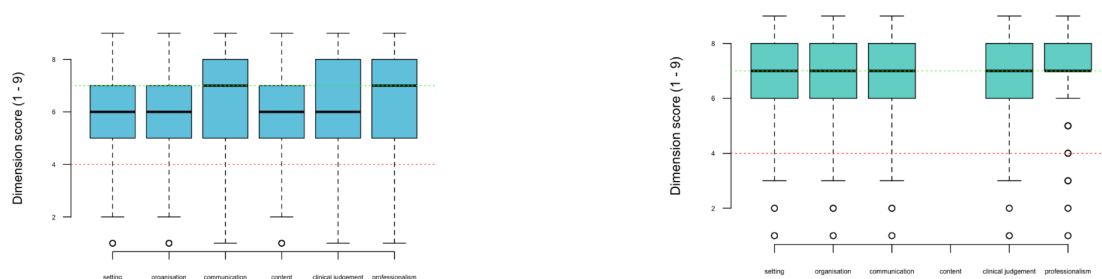
De verpleegkundigen van de hospitalisatieafdelingen geven de algehele kwaliteit van de overdracht een lagere score dan de verpleegkundigen van de spoedgevallendienst, respectievelijk 4,7 ($SD = 1,9$) versus 5,4 ($SD = 1,4$) ($p = 0,009$). Een score tussen 4 - 6 op de Likertschaal komt overeen met een niveau van tevredenheid. Bij het evalueren van de dimensionele scores van de HIAHQ geven verpleegkundigen van de hospitalisatieafdelingen lagere tevredenheidsscores op alle dimensies van de overdracht, behalve op de dimensie omgeving en professionalisme. Een gedetailleerd overzicht de resultaten van de HIAHQ-vragenlijst is terug te vinden in tabel 2.



Figuur 1. Boxplots HIAHQ-vragenlijst: hospitalisatieafdelingen (blauw) en spoed (groen)

4.2 Handoff CEX

In totaal werden 1067 overdrachten beoordeeld. De *handoff CEX* biedt een realistische beoordeling van de overdracht, daar elke overdracht individueel beoordeeld werd door de verpleegkundigen. De verpleegkundigen van de hospitalisatieafdelingen scoren de overdracht gemiddeld lager dan verpleegkundigen van de spoedgevallendienst. Zo geven de verpleegkundigen van de hospitalisatieafdelingen een gemiddelde score van 6,0 ($SD = 1,9$) tegenover een gemiddelde score van 7,0 ($SD = 1,4$) van de spoedgevallendienst ($p < 0,01$). Op de Likertschaal komt 6,0 overeen met een niveau van tevredenheid, 7,0 komt overeen met een niveau van superioriteit. Bij het evalueren van de dimensionele scores van de *Handoff CEX* geven verpleegkundigen op de hospitalisatieafdeling lagere tevredenheidsscores op alle dimensies van de overdracht. De verpleegkundigen van de spoedgevallendienst moeten geen beoordeling geven op de inhoud van hun eigen overdracht (NA). Een gedetailleerd overzicht de resultaten van de *peer-to-peer* beoordelingen is terug te vinden in tabel 2.



Figuur 2. Boxplots *Handoff CEX*: hospitalisatieafdelingen (blauw) en spoed (groen)

4.3 Kwalitatieve data

Kwalitatieve data werden verkregen door het thematisch analyseren van de vrije tekst bij de HIAHQ-vragenlijst en de *handoff CEX* beoordelingen alsook door de focusgroep. De karakteristieken van de participanten in de focusgroep worden weergegeven in tabel 3.

4.3.1 Inhoud

Op inhoudelijk vlak blijkt er nood te zijn aan standaardisatie van de overdracht, aangezien deze als ongestructureerd wordt ervaren. Bovendien bevat de huidige overdrachtsbrief van de spoedgevallendienst naar de hospitalisatieafdeling onvoldoende informatie. Een belangrijk aspect dat naar voren komt, is het kennistekort dat ontstaat doordat de overdracht regelmatig wordt uitgevoerd door een verpleegkundige die niet voor de patiënt heeft gezorgd. Daarnaast verloopt de overdracht grotendeels telefonisch, wat zowel voordelen als nadelen met zich meebrengt. Een nadeel van een telefonische overdracht is dat er geen klinische observaties van de patiënt door de ontvangende verpleegkundige kunnen plaatsvinden. Voor de spoedgevallendienst is de telefonische overdracht een voordeel omdat het tijdsbesparend kan werken. Tot slot ervaren verpleegkundigen de overdracht ook als onvolledig.

"Ik vind het vooral een probleem dat de persoon die de overdracht doet, vaak niet de persoon is die de patiënt op de spoedgevallen heeft verzorgd. Hierdoor gaat er veel informatie verloren omdat deze persoon niet op de hoogte is van het verloop van de spoedgevallen."

"Vaak lezen de verpleegkundigen van spoed enkel de interne overdracht voor als briefing naar de afdeling, terwijl hier vaak maar zeer weinig in staat. Op deze manier worden er belangrijke zaken over een patiënt niet of niet correct doorgebriefd."

"Vaak gebeurt de overdracht telefonisch en worden er zaken vergeten te melden die toch van belang zijn. Briefing is daardoor vaak onvolledig. Vaak wordt er zelfs geen schriftelijke versie van de overdracht meegegeven."

4.3.2 Organisatie

Binnen de dimensie 'organisatie' blijkt dat de verpleegkundige die voor de patiënt heeft gezorgd frequent niet beschikbaar is, omdat deze betrokken is bij spoedinterventies met de Mobiele Urgentiegroep (MUG) of ambulance. Bovendien leidt het overschrijven van het patiëntendossier van de spoedgevallendienst naar de hospitalisatieafdeling tot aanzienlijke vertragingen. Daarnaast gebeurt de telefonische overdracht voordat de patiënt daadwerkelijk op de hospitalisatieafdeling is, waardoor het patiëntendossier nog niet beschikbaar voor de ontvangende afdeling. Dit bemoeilijkt het vermogen van de verpleegkundigen op de hospitalisatieafdeling om de situatie adequaat op te volgen. Als gevolg van organisatorische veranderingen in het ziekenhuis, waarbij niet-kritieke patiënten door het patiëntenvervoer naar de hospitalisatieafdeling worden gebracht, ontstaat er een gebrek aan patiëntinformatie doordat er geen aanvullende gegevens aan deze personen kunnen worden gevraagd.

"Overdracht wordt niet gegeven door verantwoordelijke verpleegkundige want de verantwoordelijke collega is met de MUG weg."

"Het overzetten van de patiënten van spoed naar de afdeling verloopt echter niet goed. Vaak liggen de patiënten al een enige tijd op de afdeling en wordt na verschillende malen bellen de patiënt pas overgezet naar de afdeling waardoor je een gedurende tijd geen toegang hebt toch het verpleegkundig dossier. Dit geeft als gevolg dat je de patiënt niet kan helpen als de patiënt bijvoorbeeld pijn heeft."

4.3.3 Professionalisme

Binnen de dimensie 'professionalisme en attitude' wordt een gebrek aan zorgvuldigheid benoemd. De verpleegkundigen van de hospitalisatieafdelingen hebben nood aan een groter gevoel van verantwoordelijkheid bij het uitvoeren van orders en het verlenen van zorg aan patiënten door de spoedverpleegkundigen. Daarnaast is de kwaliteit van de overdracht afhankelijk van de persoonlijke kenmerken van degene die de overdracht verzorgt.

"De briefing hangt ook af van wie de patiënt brengt, dit is zeer persoonsgebonden. Soms verloopt het duidelijk en correct met veel respect, andere keren niet."

"Het zal er ook vanaf hangen welke persoon er juist aan het werk is. De ene zal er heel strikt in zijn die zal voor iedere patiënt alles in orde hebben en er zijn er ook die misschien wat nalatiger zijn of minder precies dus dat is persoonsgebonden. Vaste regels bij ons zijn er niet."

4.3.4 Registratiearmoede

Het fenomeen 'registratiearmoede' wordt waargenomen en heeft diverse implicaties. Zo blijkt er onvoldoende registratie te zijn van medicatie, vitale parameters en anamnestiche gegevens. Bovendien is de medische behandeling soms onduidelijk of incompleet, wat door artsen moet worden gecorrigeerd. Uit de bevindingen van de focusgroep blijkt dat op campus Maaseik de informatie vanuit het dossier doorgaans wordt vertrouwd. Op campus Genk wordt het dossier niet altijd als betrouwbaar beschouwd en hebben de verpleegkundigen van de hospitalisatieafdelingen meer vertrouwen op visuele waarnemingen (zoals medicatie die is toegediend) of mondelinge rapportages van verpleegkundigen.

"Op spoedgevallen worden vaak amper parameters genomen bij patiënten waardoor er op de afdeling vaak onopgemerkte zaken nog opgelost moeten worden (hoge bloeddruk niet opgemerkt, hartritmestoornis niet opgemerkt, urineretentie niet opgemerkt, wonde niet opgemerkt,...)."

4.3.5 Communicatie

Tijdens overdrachtsmomenten ontstaan er afleidingen door omgevingsfactoren zoals de locatie van de overdracht (bijvoorbeeld aan de balie), of doordat zorgverleners tegelijkertijd bezig zijn met het verbedden van de patiënt terwijl de overdracht al plaatsvindt. Bovendien blijken er frequent onduidelijkheden te bestaan met betrekking tot de afspraken rondom de transfer van patiënten.

"Er loopt zeer veel fout door slecht te communiceren en de afgesproken regels niet uit te voeren, jammer maar er is nog zoveel werk aan de winkel."

"Patiënt werd gebriefd aan bed terwijl ik de patiënt zijn schoenen aan het uitdoen was en terwijl ik met de patiënt aan het spreken was, in bed helpen."

4.3.6 Verpleegkundige professionele identiteit

Een gevoel dat ontstaat bij de verpleegkundigen is dat zij zich onprofessioneel presenteren ten aanzien van patiënten vanwege ontoereikende overdracht, waarbij zij soms afhankelijk zijn van informatie die rechtstreeks van de patiënt zelf komt. Daarnaast veroorzaken de wachttijden bij het overschrijven van het dossier een gevoel van onveiligheid en bezorgdheid. Dit roept de vraag op wat er zou gebeuren in geval van een acute situatie waarbij niet snel kan worden gecontroleerd welke medicatie mag of kan worden toegediend.

"Mijn grootste ergernis is dat je niet aan de info van de patiënt kan als hij op de afdeling aankomt. We moeten vaak zelf nog bellen om de patiënt over te zetten naar onze afdeling. Dit is toch zo onveilig en onverantwoord."

"Komt niet professioneel over want ge vraagt aan de patiënt van 'hebt ge uw antibiotica gehad of hoe laat hebt ge uw pijnstilling gehad? Dat komt niet professioneel over en ge vindt het nergens terug en ge wilt het dan wel weten en uw patiënt denkt 'oei ja die weet van niks'."

4.3.7 Verpleegkundige taken die niet werden uitgevoerd

Tenslotte geven de participanten aan dat verpleegkundige taken frequent niet worden uitgevoerd alvorens de patiënt getransfereerd is naar de hospitalisatieafdeling. Hierbij wordt bedoeld op gebrekkige basiszorg, zoals patiënten die bij aankomst op de hospitalisatieafdeling geen eten of drinken hebben gekregen, of die geconfronteerd worden met bevuild incontinentiemateriaal. Bovendien is er sprake van situaties waarbij patiënten als 'onafgewerkt' worden beschouwd. Uit de focusgroep is gebleken dat er onduidelijkheid bestaat over de verwachtingen met betrekking tot wat een 'afgewerkte' patiënt precies inhoudt voor de verschillende zorgteams.

"Het is vooral het uitwerken van de patiënt dat te wensen na laat. Bijvoorbeeld geen eten gehad, nat van de urine of stoelgang, deel van de naslag niet nagelezen waardoor medicament niet gegeven is. Anamnese wordt niet standaard ingevuld op spoed!"

4.4 Co-creatie sessie

In de co-creatie sessie is in de eerste instantie 'het probleem' geconstrueerd vanuit verschillende perspectieven in LEGO®. Hierna werden deze perspectieven geïntegreerd tot een collectief model. De huidige situatie werd als chaotisch en met veel stoorzenders omschreven. De coördinator van de spoedgevallen heeft het overzicht, maar er is geen continuïteit van de verpleegkundigen op de spoedgevallen omdat verschillende verpleegkundigen voor één patiënt zorgen. Veel informatie gaat verloren, transporten verlopen moeizaam, en er is weinig inzicht in elkaars werkwijze tussen spoed en de hospitalisatieafdelingen. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) wordt onvolledig doorgestuurd naar de hospitalisatieafdeling en het medisch beleid van de artsen is onafgewerkt. Daarnaast is het onduidelijk wat een afgewerkte patiënt voor zowel de spoedgevallendienst als de hospitalisatieafdelingen betekent.

Vervolgens bouwden de deelnemers een toekomstig en haalbaar model, gebaseerd op het FCFDS-model. Dit model richt zich op meer transparantie tussen spoedgevallen en de hospitalisatieafdelingen, duidelijkheid over de rol van de coördinator van de spoedgevallen, een overzichtelijk EPD, minder telefonie, en meer *ownership* (waarbij de verantwoordelijke verpleegkundige de patiënt volledig afwerkt).

Tabel 1. Karakteristieken van de respondenten HIAHQ-vragenlijst

Karakteristieken	Overall (n=312) ¹
Geslacht	
Mannelijk	59/312 (19%)
Vrouwelijk	251/312 (80%)
X	2/312 (0,6%)
Leeftijd, jaren	39(12)
Werkervaring, jaren	13(11)
Functie	
Hoofdverpleegkundige	30/312 (9,6%)
Verpleegkundige	282/312 (90%)
Opleidingsniveau	
Bachelor (vroegere A1)	182/312 (58%)
HBO5 (vroegere A2)	103/312 (33%)
Master (vroeger licentiaat)	27/312 (8,7%)

¹(n/N (%); Mean(SD))

Tabel 2. Overzicht van de resultaten van de HIAHQ en Handoff CEX-instrument

		Hospitalisatieafdelingen			Spoedgevallendienst			
		n	Gemiddelde	SD	n	Gemiddelde	SD	<i>p</i> -waarde
HIAHQ								
Setting	268	5.1	1.6	44	4.8	1.7	0,41	
Organisatie	268	4.7	1.7	44	5.2	1.4	0,034	
Communicatie	268	4.9	1.8	44	5.8	1.4	0,0004	
Inhoud	268	4.7	1.9	44	5.6	1.6	0,001	
Klinisch oordeel	268	5.1	1.8	44	6.2	1.4	<0,01	
Professionalisme	268	5.5	1.6	44	5.4	1.4	0,68	
totaalscore	268	4.7	1.9	44	5.4	1.4	0,0091	
CEX								
Setting	489	6.2	1.8	544	7.0	1.6	<0,01	
Organisatie	489	5.9	1.9	550	6.9	1.6	<0,01	
Communicatie	491	6.1	2.0	560	7.1	1.5	<0,01	
Inhoud	489	5.9	2.1	0	NA*	NA*	NA*	
Klinisch oordeel	487	6.0	2.1	544	7.1	1.5	<0,01	
Professionalisme	489	6.3	2.0	559	7.2	1.5	<0,01	
totaalscore	436	6.0	1.9	356	7.0	1.4	<0,01	

*NA: Not Available; $p < 0,05$ is significant

Tabel 3. Karakteristieken participanten focusgroep

<i>Karakteristieken</i>	Overall (n=11) ¹
Geslacht	
Mannelijk	2
Vrouwelijk	9
Leeftijd, jaren	
20 – 29 jaar	5
30 – 39 jaar	4
40 – 49 jaar	1
50 - ... jaar	1
Functie	
Hoofdverpleegkundige	3
Verpleegkundige	8
Opleidingsniveau	
Bachelor (vroegere A1)	7
HBO5 (vroegere A2)	1
Master (vroeger licentiaat)	2
NA*	1

*NA: Not Available

5 Discussie

De verpleegkundige overdracht tussen de spoedgevallendienst en hospitalisatieafdelingen speelt een cruciale rol in het waarborgen van de continuïteit, veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg. Niettemin ontbreekt het in de literatuur aan evidentie voor interventies die duidelijke verbeteringen bieden in dit proces (4). De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat de problemen zich op verschillende dimensies van de overdracht manifesteren. Over het algemeen beoordelen verpleegkundigen op de hospitalisatieafdelingen de kwaliteit van de overdracht lager (gemiddeld 4,7; SD= 1,9) dan de spoedgevallendienst (gemiddeld 5,4; SD = 1,4) ($p=0,0091$) op de HIAHQ-vragenlijst. Verpleegkundigen op de hospitalisatieafdelingen beoordeelden de *Handoff CEX* gemiddeld lager (gemiddeld 6,0; SD = 1,9) dan verpleegkundigen op de spoedgevallendienst (gemiddeld 7,0; SD = 1,4) ($p<0,01$).

De kwalitatieve gegevens bieden verdiepende inzichten in de factoren die de kwaliteit van de overdracht beïnvloeden, welke kunnen worden opgedeeld in drie categorieën: individueel, afdeling of organisatie en handelingen. Individuele factoren omvatten kennistekort bij verpleegkundigen over de patiënt, ongestructureerde overdracht en professioneel gedrag. Op het niveau van de afdeling of organisatie spelen meerdere problemen een rol waaronder een gebrek aan beschikbaarheid van betrokken verpleegkundigen, ontoereikende overdrachtsformulieren, communicatieproblemen en organisatorische inefficiënties. Wat betreft handelingen, worden tekortkomingen zoals het gebrek aan registratie van medicatie, vitale parameters en anamnestiche gegevens, evenals verpleegkundige taken die niet werden uitgevoerd, naar voren geschoven. Deze indeling benadrukt de complexiteit van het probleem en toont aan dat zowel individuele, organisatorische als procesgerelateerde aspecten cruciaal zijn voor de kwaliteit van de overdracht.

De interpretatie van deze bevindingen onthult enkele belangrijke inzichten die niet altijd voldoende worden belicht in de huidige literatuur. Terwijl veel studies zich richten op interventies en hulpmiddelen om de overdracht te verbeteren, biedt dit onderzoek een diepgaand begrip van de specifieke uitdagingen waarmee verpleegkundigen worden geconfronteerd in de praktijk (5). Door een grondige probleemanalyse uit te voeren, konden de onderliggende problemen worden blootgelegd die van invloed zijn op de kwaliteit van de overdracht. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat er weinig bewijs is voor de beste methoden om de overdracht te optimaliseren en dat het gerapporteerde succes op dit vlak beperkt is (4). Dit onderzoek identificeert een gebrek in de bestaande benaderingen en benadrukt de noodzaak van een gerichte aanpak die rekening houdt met de complexiteit en variabiliteit van de overdracht. Bressan et al. ondersteunen deze benadering, waarbij benadrukt wordt dat een op maat gemaakte aanpak wordt aanbevolen bij het ontwerpen en veranderen van de verpleegkundige overdracht, rekening houdend met de specifieke behoeften van de context, patiënten en kenmerken van de werkkultuur (2).

Het identificeren van *missed nursing care*, of verpleegkundige taken die niet worden uitgevoerd, werpt een kritisch licht op de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht tussen spoedgevallen en hospitalisatieafdelingen. Het niet verlenen van fundamentele basiszorgen zoals de patiënten voorzien van eten en drinken, het niet uitvoeren van de medische orders zoals het toedienen van voorgeschreven medicatie of het niet invullen van de anamnese brengen de patiëntveiligheid in gevaar (14). Dit onderstreept het belang van een nauwgezette en gestructureerde overdracht waarbij essentiële verpleegkundige taken niet over het hoofd worden gezien. Bijkomend benadrukt het de noodzaak om de overdrachtsprocessen te verbeteren om dergelijke gemiste zorg te minimaliseren en de veiligheid van de patiënt te waarborgen.

5.1 Limitaties en sterktes

De resultaten van deze studie moeten geïnterpreteerd worden in het licht van enkele limitaties. Een eerste limitatie is het feit dat de gegevens slechts uit één ziekenhuis komen. Daarnaast werd het onderzoek naar de kwaliteit van de overdracht duidelijk geïnitieerd door de hoofdverpleegkundigen naar de verpleegkundigen, waardoor er een risico is op het *Hawthorne-effect* waarbij de verpleegkundigen hun gedrag mogelijk aanpassen omdat ze weten dat ze geobserveerd worden. Dit heeft mogelijk consequenties voor de verkregen resultaten waarbij de bevindingen de daadwerkelijke overdracht niet weerspiegelen. In termen van cultuur wordt het ZOL gekenmerkt door verschillende

omvangen van campussen, zoals campus Maaseik, die gekenmerkt wordt door zijn kleinere omvang en de hechte onderlinge relaties tussen het personeel. Deze kenmerken beïnvloeden de interpersoonlijke communicatiestijlen binnen deze setting. Het is waarschijnlijk dat de resultaten van dit onderzoek niet van toepassing zijn op andere ziekenhuizen met diverse culturele, structurele en organisatorische contexten.

De validiteit van deze studie wordt ondersteund door verschillende factoren. Ten eerste is er gebruik gemaakt van gevalideerde instrumenten zoals de HIAHQ-vragenlijst en het *Handoff CEX*-instrument om de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht te meten. Deze instrumenten zijn eerder gebruikt in vergelijkbare settings en hebben hun betrouwbaarheid en validiteit bewezen. Bovendien werd een *mixed-methods design* toegepast, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve data zijn verzameld, hetgeen een diepgaander inzicht biedt in de betekenis van de resultaten.

De bevindingen van deze studie hebben belangrijke implicaties voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg in het ZOL en mogelijk ook daarbuiten. Het identificeren van knelpunten in de verpleegkundige overdracht is een cruciale eerste stap naar het verbeteren van de zorgcontinuïteit en het voorkomen van fouten en complicaties. Het is belangrijk dat het ziekenhuis bereidheid toont om aanpassingen verbonden aan deze knelpunten aan te pakken en een cultuur van veilige overdracht te bevorderen. Op basis van de resultaten van deze studie worden drie specifieke aanbevelingen voorgesteld: rolverduidelijking van de coördinator van de spoedgevallendienst, verbetering van het EPD en het maken van duidelijke afspraken. Ten eerste is het essentieel om de rol en taakinvulling van de verpleegkundig coördinator op de spoedgevallendienst duidelijk te definiëren. Dit omvat het specificeren van de verantwoordelijkheden en het betrekken van de verantwoordelijke verpleegkundige bij de overdracht om de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen. Ten tweede moet er geïnvesteerd worden in het optimaliseren van het EPD dat altijd actuele informatie bevat. Dit omvat het implementeren van duidelijke richtlijnen voor het invullen van anamnese en vitale parameters, evenals het verbeteren van de medicatieregistratie. Het creëren van bewustwording onder verpleegkundigen omtrent het belang van nauwkeurige en tijdige gegevensregistratie is hierbij cruciaal. Daarnaast moeten er expliciete afspraken worden gemaakt over welke informatie verplicht moet vastgelegd worden in het EPD. Als laatste is het belangrijk om de tussenschakels bij een overdracht in kaart te brengen en te definiëren wat onder een 'afgewerkte patiënt' wordt verstaan. Dit omvat het vaststellen van de verwachtingen en criteria die aangeven wanneer een patiënt klaar is voor overdracht naar de hospitalisatieafdeling (*good to go*). Uniformiteit in deze afspraken over de verschillende campussen heen is noodzakelijk om consistentie en kwaliteit van zorg te bevorderen.

Toekomstig onderzoek moet zich richten op het ontwikkelen, testen en implementeren van interventies, evenals het evalueren van de langetermijneffecten van deze interventies. Vergelijkend onderzoek tussen verschillende ziekenhuizen en *settings* kan ook verder inzicht bieden in de determinanten van verpleegkundige overdracht en algemene interventies voor verbetering. Deze bevindingen dragen bij aan het groeiende inzicht in de complexiteit van de verpleegkundige overdracht en benadrukken de noodzaak van continue monitoring, evaluatie en verbetering van dit cruciale proces binnen de gezondheidszorg. Gezien het complex adaptieve karakter van de gezondheidszorg, waar dynamische en wederzijds afhankelijke componenten voortdurend in interactie zijn, is continue monitoring, evaluatie en aanpassing essentieel. De aanbevelingen die voortvloeien uit dit onderzoek zijn relevant voor het ZOL en andere zorginstellingen die vergelijkbare uitdagingen ervaren bij de verpleegkundige overdracht.

6 Conclusie

Deze studie onderzocht de kwaliteit van de verpleegkundige overdracht tussen de spoedgevallendienst en hospitalisatieafdelingen in het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) en presenteert een grondige analyse van de problemen en uitdagingen waarmee dit proces wordt geconfronteerd. Door gebruik te maken van een *mixed-methods design* en gevalideerde instrumenten zoals de HIAHQ-vragenlijst en het *Handoff CEX*-instrument, biedt dit onderzoek een verdiepend inzicht in de verschillende aspecten die de kwaliteit van de overdracht beïnvloeden. Verpleegkundigen op hospitalisatieafdelingen beoordelen de kwaliteit van de overdracht lager dan de verpleegkundigen op

de spoedgevallendienst. Kwalitatieve gegevens wijzen op factoren die de overdracht beïnvloeden verdeeld in drie categorieën: individueel, afdeling of organisatie en handelingen. Deze omvatten kennistekort, ongestructureerde overdracht, professioneel gedrag, beschikbaarheid van betrokken verpleegkundigen, ontoereikende overdrachtsformulieren, communicatieproblemen, organisatorische inefficiënties, en tekortkomingen in de registratie van medische gegevens. Deze bevindingen benadrukken het belang van een grondige probleemanalyse en wijzen op de noodzaak van gepersonaliseerde interventies om de verpleegkundige overdracht te verbeteren en zo de continuïteit, veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg te waarborgen.

7 Referenties

1. Johnson M, Sanchez P, Zheng C. The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *J Clin Nurs*. 2016;25(1-2):257-68.
2. Bressan V, Mio M, Palese A. Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *J Adv Nurs*. 2020;76(4):927-38.
3. Forde MF, Coffey A, Hegarty J. Bedside handover at the change of nursing shift: A mixed-methods study. *J Clin Nurs*. 2020;29(19-20):3731-42.
4. Bakon S, Millichamp T. Optimising the emergency to ward handover process: A mixed methods study. *Australas Emerg Nurs J*. 2017;20(4):147-52.
5. Desmedt M, Ulenaers D, Grosemans J, Hellings J, Bergs J. Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(1).
6. Abraham J, Kannampallil T, Patel VL. A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: implications for research and practice. *J Am Med Inform Assoc*. 2014;21(1):154-62.
7. Johannesson P, Perjons E. *An Introduction to Design Science*. Second Edition ed. Cham, Switzerland: Springer Cham; 2021 20 September 2021. 211 p.
8. Nilsen P, Birken S. *Handbook on Implementation Science*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2020. 542 p.
9. Kasser J, Zhao YY. 7.3.1 Managing complexity: The Nine-System Model. *INCOSE International Symposium*. 2014;24(1):658-83.
10. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*. 2014;12(12):1495-9.
11. Horwitz LI, Dombroski J, Murphy TE, Farnan JM, Johnson JK, Arora VM. Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX. *J Clin Nurs*. 2013;22(9-10):1477-86.
12. Group TL. *Introduction to LEGO® SERIOUS PLAY®*. 2010.
13. LAVAAN: An R Package for Structural Equation Modeling. 2012
14. Duhalde H, Bjuresäter K, Karlsson I, Baath C. Missed nursing care in emergency departments: A scoping review. *Int Emerg Nurs*. 2023;69:101296.

8 Dankwoord

Graag wil ik Prof. dr. Jochen Bergs en Alexandra Cloostermans bedanken voor de kans die ze mij gegeven hebben om een verbeterproject in de praktijk stapvoets te kunnen meevolgen en hier mijn thesis over te schrijven. Mijn oprechte dank aan mijn promotor, Prof. dr. Jochen Bergs, voor de begeleiding, inzichten en toewijding die het onderzoek verrijkt hebben en mijn denken verdiept. Daarnaast gaat mijn dank ook uit naar mijn begeleidster, Alexandra Cloostermans. Uw begeleiding en ondersteuning hebben mijn werk naar nieuwe hoogten getild en hebben mij geholpen om ideeën helder en effectief te formuleren. Ik ben jullie dankbaar voor jullie betrokkenheid bij mijn academische groei en voor jullie geloof in mijn vermogen om dit project op een professionele wijze te kunnen neerschrijven.

Daarnaast wil ik graag alle participanten die deelgenomen hebben aan dit verbeterproject bedanken. Alsook mijn partner, familie en vrienden voor de onvoorwaardelijke steun tijdens deze intense periode.

9 Bijlagen

Bijlage 1. Hasselt Instrument for the Assessment of Handover Quality-vragenlijst

Hoe tevreden bent u over ...	1 ontevreden	2	3	4	5	6 tevreden	7	8	9 superieur
Omgeving									
het aantal keer dat u onderbroken wordt tijdens een overdracht.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de fysieke afleiding in de omgeving waarin de overdracht plaatsvindt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
het lawaai in de omgeving waarin de overdracht plaatsvindt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Organisatie en efficiëntie									
de manier waarop de informatie gestructureerd wordt tijdens de overdracht.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
het gemak waarmee u de verstrekte informatie kan volgen tijdens de overdracht.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
het gebruik van een gestandaardiseerde overdracht structuur.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de schriftelijke ondersteuning van de mondelinge overdracht.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de tijdigheid waarmee u de informatie over de patiënt, zijn zorg en behandeling krijgt om de zorg verder te zetten.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de bondigheid van de overdracht - het "to-the-point" zijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Communicatie									
de rechtstreekse betrokkenheid in de zorg voor de patiënt van de personen die de overdracht uitvoeren.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de mogelijkheid om tijdens de overdracht na te gaan of iedereen de informatie begrijpt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de mogelijkheid om tijdens de overdracht verduidelijking te vragen over zaken die onduidelijk of incompleet zijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de duidelijkheid over uw verantwoordelijkheden tijdens de verdere zorg voor de patiënt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Inhoud									
de correctheid van de informatie die u ontvangt tijdens de overdracht.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de volledigheid van de informatie die u ontvangt tijdens de overdracht.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
de relevantie van de informatie die u ontvangt tijdens de overdracht.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Klinische beoordeling									
de duiding aangaande de ernst van de toestand van de patiënt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

de duiding van belangrijke en noodzakelijke interventies om de veiligheid van de patiënt te garanderen. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Professionaliteit

de manier waarop de overdracht verloopt. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

het gebruik van ongepaste opmerkingen over de patiënt en/of familie 1 2 3 4 5 6 7 8 9

het gebruik van ongepaste opmerkingen over collega's. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

de zorgvuldigheid waarmee er tijdens de overdracht wordt omgegaan met vertrouwelijke informatie. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

de manier waarop er tijdens de overdracht wordt omgegaan met de privacy van de patiënt. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

de mate van respect tussen verpleegkundigen onderling. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Algemene kwaliteit

de algemene kwaliteit van de overdracht. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bijlage 2. Handoff CEX-instrument

WAT IS UW AFDELING? **NPED** VINK AAN HOE DE OVERDRACHT VERLIEP? ☐ Persoonlijk ☒ Via de telefoon

OMCIRKEL JE BEOORDELING VOOR ELKE DIMENSIE

	Ontevreden	Tevreden	Superieur
Omgeving	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Organisatie/ Efficiëntie	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Communicatie	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Inhoud	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Klinische Beoordeling	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Professionalisme	1 2 3	4 5 6	7 8 9

DATUM: 4/12/23 VUR: 2u.

TRANSFERTICKET

OMCIRKEL JE GLOBALE TEVREDENHEID MET DEZE OVERDRACHT.

	Ontevreden	Tevreden	Superieur
	1 2 3	4 5 6	7 8 9

NOTEER HIER JE OPMERKINGEN OF BEDENKINGEN:

- Hoe komen jullie aan dit cijfer?
- wat betekent dit voor jullie?

Verdiepende vragen

- Jullie hebben de vragenlijst en de transfer tickets nu enkele weken geleden ingevuld. Hoe was dat voor jullie om een overdracht vanuit deze 6 dimensies in te delen?
- Waren er items die ontbraken in de dimensies? Was het volledig genoeg?
- Was er een dimensie die eruit sprong naar jullie beleving?
 - 6 dimensies:
 - Omgeving
- Hoe ervaren jullie de omgeving waarin de overdracht plaatsvindt?
- Verschil tussen fysiek en telefonisch?
 - Organisatie
- Hoe ervaren jullie de organisatie van de briefing?
- Vinden jullie het van belang wie de briefing doet?
 - Communicatie
- Hoe ervaren jullie de communicatie tussen spoed en de afdeling omtrent een transfer?
 - Klinisch oordeel
- Hoe ervaren jullie het gezamenlijk klinisch redeneren tijdens een overdracht? (In hoeverre worden de verpleegkundige diagnoses en aandachtspunten besproken?)
 - Professionalisme
- Hoe ervaren jullie de attitudes omtrent de briefing van de collega's?
 - Inhoud
- Hoe ervaren jullie de kwaliteit van de briefing op inhoudelijk niveau?