28 mei 2019



SAMENWERKING MET DE TRANSFERVERPLEEGKUNDIGEn



(SIGRA, 2015)

Titel:

Samenwerking met de transferverpleegkundigen

Ondertitel:

Welke factoren beïnvloeden de samenwerking tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen omtrent het ontslag van een patiënt op de afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom?

Auteur:

Lotte Baremans

2084287

24R4 afstuderen gr5

Peergroep:

Tess Bosma

2086831

Cynthia Spaargaren

2101528

Begeleidende docent:

Marjan de Rijke

jm.derijke@avans.nl

Beoordelende docent:

Lowie van Doninck

lmk.vandoninck@avans.nl

Opleiding:

Avans Hogeschool te Breda

Opleiding: hbo-verpleegkunde, duaal

Academie Algemene Gezondheidszorg (AGZ)

Afstudeerperiode: 23 januari 2019 – 28 juni 2019

Opdrachtgever:

Mariëtte van Wezenberg

m.vanwezenberg@bravis.nl

Mbo-verpleegkundige en praktijkcoach

Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom, afdeling vaatchirurgie

Inleverdatum onderzoeksverslag:

Dinsdag 28 mei 2019, eerste gelegenheid

Aantal woorden onderzoeksplan: 14.996

Aantal woorden Nederlandse samenvatting: 390

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksverslag ‘Samenwerking met de transferverpleegkundigen’. Het onderzoeksverslag is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding hbo-verpleegkunde aan de Avans Hogeschool. Dit onderzoeksverslag geeft inzichten in hoe de samenwerking verloopt tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. Een verslag waar ik heel trots op ben en heel veel tijd in zit.

Ik wil graag meerdere mensen bedanken. Zonder hun hulp was het afstuderen een stuk moeilijker geworden. Ten eerste wil ik alle respondenten bedanken die mee hebben gewerkt aan mijn onderzoek. Zij hebben hier tijd voor vrij moeten maken en hebben de samenvattingen gelezen die ik naar hen heb gestuurd.

Daarnaast wil ik Saskia Roselaar bedanken. Zij heeft de scriptie op grammatica en spelling nagekeken en daarnaast mijn analyses van de interviews gecontroleerd. Ook heeft ze handige tips gegeven voor mijn scriptie.

Ik wil Mariëtte van Wezenberg bedanken voor het lezen van mijn onderzoeksverslag en de feedback hierop. Ook wil ik Marjan de Rijke bedanken, mijn begeleidende docent. Zij heeft bijgedragen aan dit onderzoek door goede lessen te geven waarin ik veel kennis heb opgedaan over het schrijven van een praktijkgericht onderzoek. Verder wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor alle steun die ze mij geboden hebben.

Ten slotte wil ik mijn peergroep bedanken, waarbij ik altijd terecht kon met vragen. Ze hebben de onderdelen van mijn scriptie voorzien van goede feedback waar ik veel van heb kunnen leren. De samenwerking binnen de peergroep heb ik als heel fijn ervaren.

Ik wens u veel leesplezier!

Lotte Baremans

Etten-Leur, 22-05-2019

Samenvatting

**Inleiding.** Uit de literatuur blijkt dat het aantal ouderen de komende jaren zal toenemen. Door de toename van het aantal ouderen neemt de druk bij zorgorganisaties ook toe. Zorgorganisaties kunnen soms geen patiënten meer aannemen. Dit proces vertraagt de efficiënte doorstroom van patiënten die al met ontslag mogen vanuit het ziekenhuis, waardoor ziekenhuisbedden langer bezet blijven dan nodig. Om de doorstroom van patiënten zo goed mogelijk te laten verlopen, speelt een transferverpleegkundige een essentiële rol in het ziekenhuis. Samenwerking tussen verschillende zorgorganisaties heeft vele voordelen, waaronder een verkorte verblijfsduur. Dit onderzoek heeft als doel om te kijken naar de beïnvloedende factoren in de samenwerking tussen de transferverpleegkundigen en verpleegkundigen omtrent het ontslag van patiënten van de afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom.

**Methode.** Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Door middel van semigestructureerde interviews zijn data verzameld bij zowel transferverpleegkundigen als verpleegkundigen. Vier transferverpleegkundigen zijn geïnterviewd en acht verpleegkundigen van de afdeling vaatchirurgie. Voorafgaand aan de interviews is een topiclijst ontwikkeld vanuit de literatuur. Deze topiclijst is gedurende het onderzoek veranderd door de bijvangst tijdens de interviews. De verkregen data werden geanalyseerd en gecodeerd volgens de stappen van Doorewaard.

**Resultaten.** Uit de data-analyse van de interviews komen verschillende ervaringen en meningen naar voren van de verpleegkundigen en transferverpleegkundigen. Uit de resultaten blijkt dat zowel de verpleegkundigen als de transferverpleegkundigen elkaars rapportage onduidelijk vinden. Daarnaast zou het contactmoment op de afdeling op een onhandig tijdstip plaatsvinden. Uit de resultaten van de transferverpleegkundigen blijkt dat verpleegkundigen soms onjuiste informatie overdragen van de patiënten, onvoldoende op de hoogte zijn van de werkzaamheden van de transferverpleegkundigen en de digitale aanvraag te vroeg versturen. De anamneses en digitale aanvragen worden ook niet volledig ingevuld en de communicatie zou verbeterd kunnen worden. Beide groepen vinden dat de (streef)ontslagdatum van patiënten onduidelijk is en dat er belemmeringen plaatsvinden in de communicatie met de artsen.

**Discussie.** Om de geloofwaardigheid, plausibiliteit, verplaatsbaarheid en verifieerbaarheid van het onderzoek te vergroten, zijn er verschillende maatregelen genomen die worden gesteld aan praktijkgericht kwalitatief onderzoek, waaronder membercheck, peerreview en triangulatie.

**Conclusie.** De beïnvloedende factoren in de samenwerking tussen de transferverpleegkundigen en verpleegkundigen zijn: te weinig kennis over elkaars taken en over het systeem, onvoldoende overdragen van informatie naar elkaar, onduidelijkheid over de ontslagdatum, belemmeringen in de communicatie met artsen en het tijdstip van het persoonlijke contactmoment.

Inhoudsopgave

[Inleiding 1](#_Toc9949478)

[Leeswijzer 4](#_Toc9949479)

[1. Methode praktijkonderzoek 5](#_Toc9949480)

[1.1 Onderzoeksdesign 5](#_Toc9949481)

[1.2 Onderzoekssetting 5](#_Toc9949482)

[1.3 Populatie en steekproef 6](#_Toc9949483)

[1.4 Dataverzameling 7](#_Toc9949484)

[1.5 Data-analyse 9](#_Toc9949485)

[1.6 Ethische aspecten 10](#_Toc9949486)

[2. Resultaten 12](#_Toc9949487)

[2.1 Kennis 12](#_Toc9949488)

[2.1.1 Overdragen van informatie naar elkaar 12](#_Toc9949489)

[2.1.2 Op de hoogte zijn van elkaars rollen/taken 13](#_Toc9949490)

[2.2 Systeem 14](#_Toc9949491)

[2.2.1 HiX 14](#_Toc9949492)

[2.2.2 Digitale transferaanvraag 16](#_Toc9949493)

[2.2.3 Tijdstip aanvraag 17](#_Toc9949494)

[2.2.4 Anamnese 18](#_Toc9949495)

[2.2.5 Rapportage verpleegkundigen 19](#_Toc9949496)

[2.3 Waardering 19](#_Toc9949497)

[2.3.1 Respect voor elkaar 19](#_Toc9949498)

[2.3.2 Hiërarchie tussen transferverpleegkundigen en verpleegkundigen 19](#_Toc9949499)

[2.3.3 Vertrouwen 20](#_Toc9949500)

[2.4 Communicatie 20](#_Toc9949501)

[2.4.1 Communicatie in het half tien-moment 20](#_Toc9949502)

[2.4.2 Communicatie op de afdeling buiten het half tien-moment 21](#_Toc9949503)

[2.4.3 Communicatie op andere momenten 22](#_Toc9949504)

[2.4.4 Communicatie tussen verpleging en patiënt 23](#_Toc9949505)

[2.4.5 Gemeenschappelijk vocabulaire 24](#_Toc9949506)

[2.4.6 Overdracht thuiszorg 24](#_Toc9949507)

[2.4.7 Ontslagdatum bekendmaken 25](#_Toc9949508)

[2.4.8 Communicatie met artsen 25](#_Toc9949509)

[3. Discussie 27](#_Toc9949510)

[3.1 Kritische reflectie op de resultaten 27](#_Toc9949511)

[3.2 Kritische reflectie op de methode 29](#_Toc9949512)

[4. Conclusie 31](#_Toc9949513)

[5. Aanbevelingen 32](#_Toc9949514)

[Literatuurlijst 34](#_Toc9949515)

[Bijlage 1. Topiclijst voorafgaand aan het onderzoek 37](#_Toc9949516)

[Bijlage 2. Aangepaste topiclijst aan het eind van het onderzoek 40](#_Toc9949517)

[Bijlage 3. Transcripten van de interviews 43](#_Toc9949518)

[Bijlage 4. Analyses van de interviews 44](#_Toc9949519)

[Bijlage 5. Samenvatting van de interviews per topic 45](#_Toc9949520)

[Bijlage 6. Reflectieverslag 46](#_Toc9949521)

[Bijlage 7. Feedbackformulier ondertekend door de opdrachtgever 49](#_Toc9949522)

# 

# Inleiding

In het jaar 2041 worden er 4,7 miljoen 65-plussers verwacht, dit is een toename van 100% vanaf 2017 (Zorg voor beter, 2017). Hierdoor zal de druk op de zorg toenemen. Jaarlijks wordt 14% van alle ouderen opgenomen in het ziekenhuis (Buurman, Parlevliet, & De Rooij, 2013). Ongeveer 100.000 patiënten per jaar krijgen tijdens de ziekenhuisopname te maken met achteruitgang in het functioneren, zoals problemen met aankleden, wassen, eten of lopen. Uit het onderzoek van Buurman et al. (2013) blijkt dat ouderen die acuut opgenomen worden in het ziekenhuis een zestig keer grotere kans hebben op het ontstaan van nieuwe beperkingen. Deze beperkingen komen vooral voort uit een val, ondervoeding, bedrust en het feit dat verpleegkundigen de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-taken) van de patiënten overnemen, waardoor de fysieke gesteldheid van de patiënten achteruitgaat (Buurman et al., 2013; Ploeger, 2015). Als gevolg hiervan moet er na een ziekenhuisopname vaak thuiszorg worden ingeschakeld.

De druk bij de zorgorganisaties, waaronder de thuiszorg en revalidatiezorg, neemt steeds meer toe, omdat steeds meer ouderen met een grotere zorgbehoefte naar huis gaan (Lokkerbol, Van Splunteren, Conijn, & Smit, 2012). Lokkerbol et al. (2012) geven aan dat thuiszorgorganisaties veel patiënten moeten weigeren, omdat er niet voldoende personeel is. Bij de revalidatiezorg moeten patiënten steeds langer wachten voordat ze daar terecht kunnen. Daarnaast heeft de overheid in 2014 uit bezuinigingsmotief de regels strenger gemaakt om ouderen toe te laten tot verpleeghuizen (Informatie Langdurige Zorg, 2018). Hierdoor wordt het steeds moeilijker om voor oudere patiënten goede zorg te regelen op het moment dat zij uit het ziekenhuis kunnen worden ontslagen (Lokkerbol et al., 2012). Zij kunnen immers nergens heen, omdat zowel de thuiszorg, de revalidatiezorg en de verpleeghuizen door verschillende redenen geen optie zijn.

Dit proces vertraagt de efficiënte doorstroom van patiënten die al met ontslag mogen, waardoor ziekenhuisbedden langer bezet blijven dan om medische redenen noodzakelijk is (Wagner, Zegers, & De Bruijne, 2009). Patiënten die wachten tot er zorg geregeld is buiten het ziekenhuis, bezetten ziekenhuisbedden langer dan nodig. Het doorstroomprobleem bestaat al langer: sinds 2008 weigeren zorgverzekeraars door te betalen als er geen medische redenen meer zijn voor de patiënt om in het ziekenhuis te liggen (Weeda, 2019). Dit probleem kost de ziekenhuizen dus veel geld (Trimbos-Instituut, 2016). Doordat verwacht wordt dat de vergrijzing met 100% toeneemt en de druk op de thuiszorg en revalidatie alleen maar meer toeneemt, is de noodzaak hoog om de doorstroom te verbeteren (Zorg voor beter, 2017). Als dit niet gebeurt, zullen in de toekomst de bedden nog langer bezet blijven. Als de doorstroom van patiënten verbetert, nemen de wachttijden voor een chirurgische ingreep ook af, wat resulteert in een verhoogde patiënttevredenheid bij het ontslag (Johnson, Sensei, & Capasso, 2012).

Om de doorstroom van patiënten zo goed mogelijk te laten verlopen speelt een transferverpleegkundige, die onder andere zorgt voor de ontslagplanning, een essentiële rol in het ziekenhuis (Castles, Bailey, Gates, & Sooben, 2012). De taak van de transferverpleegkundige is om ervoor te zorgen dat (dure) ziekenhuisbedden sneller vrijkomen en het zorgproces soepel verloopt (Van Everdingen & Dreesens, 2011). Van Everdingen en Dreesens (2011, p. 137) definiëren een transferverpleegkundige als volgt: “Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in het regelen van nazorg voor patiënten die uit het ziekenhuis zullen worden ontslagen”. De transferverpleegkundige kan informeren, adviseren en bemiddelen omtrent een opname in verpleeg- of verzorgingshuis of hospice en omtrent hulp bij thuiszorg. De transferverpleegkundige kan ook hulpmiddelen aanvragen en een indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ is een Nederlandse stichting die vaststelt op wat voor zorg iemand recht heeft (Van Everdingen & Dreesens, 2011). Uit onderzoek blijkt dat transferverpleegkundigen de continuïteit van zorg bevorderen, waaronder ook de communicatie tussen verschillende niveaus van zorg (Castles et al., 2012; Ribas et al., 2018). Toch blijkt dat, ondanks de taak van de transferverpleegkundige om het ontslagproces te versnellen, ziekenhuisbedden te lang bezet blijven (Ribas et al., 2018).

In het ontslagproces komen vijf factoren naar voren die het ontslag kunnen belemmeren: een tekortkoming in kennis van het werksysteem, gebrek aan begrip van de rollen van andere betrokkenen, het communiceren van onjuiste informatie, het doorgeven van verkeerde voorkeuren van de patiënt met aanbevelingen aan de transferverpleegkundige en een slecht samenwerkingsproces (Pinelli, Stuckey, & Gonzalo, 2017). Het ontslagproces en de patiëntendoorstroom worden versneld als de communicatie en samenwerking tussen verschillende disciplines verbetert (Block, Morgan-Gouveia, Levine, & Cayea, 2014; Hammelburg, Lubbers, & Nauta, 2014; Johnson et al., 2012). Problemen in de communicatie bij ontslagprocessen worden toegeschreven aan professionele hiërarchie, onvoldoende contact tussen professionals in de gezondheidszorg en gebrek aan duidelijkheid over professionele rollen en verantwoordelijkheden (Goldman et al., 2015).

Gezien het bovenstaande is samenwerking een belangrijk concept in de gezondheidszorg en in het bijzonder in de verpleging (Cheryl, 2018; Hammelburg et al., 2014). In 2010 meldde het Institute of Medicine van Engeland dat goede samenwerking een van de aanbevelingen is voor de verpleegkundigen en transferverpleegkundigen. Het falen van de samenwerking bleek centraal te staan bij de meeste fouten in de zorg over de hele wereld, volgens Francis en The Joint Commission (in Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein, 2017, p. 9). Uit een systematic review van negen verschillende studies komt naar voren dat de kwaliteit van zorg wordt beïnvloed door de mate van goede samenwerking tussen verpleegkundigen (Reeves et al., 2017). Goede afstemming, verantwoordelijkheidsverdeling en communicatie tussen betrokken zorgverleners worden door 96,5% van de patiënten als essentieel gezien voor goede zorg (Hammelburg et al., 2014). Daarnaast heeft de samenwerking ook voordelen voor de verbetering van de patiëntveiligheid, -tevredenheid, -zorg en de afname van foutenpercentages, verblijfsduur en patiënten sterfte (Cheryl, 2018; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2011). Slechte samenwerking kan leiden tot hoge kosten en slechte kwaliteit van zorg (Blumenthal et al., 2012). De definitie van samenwerking in de verpleging is volgens Cheryl (2018) een intra- of interprofessioneel proces, waarbij de verpleegkundigen samenkomen en een team vormen om problemen binnen de patiëntenzorg of het gezondheidssysteem op te lossen. Hammelburg et al. (2014, p. 18) definiëren samenwerking als volgt: “Gedrag dat het gezamenlijk resultaat van twee partijen maximaliseert”.

Voordat samenwerking kan plaatsvinden, moet er een aantal voorwaarden aanwezig zijn, waaronder: (Cheryl, 2018; Hammelburg et al., 2014; Reeves et al., 2017).

* De verpleegkundigen moeten bereid zijn tot samenwerking;
* De verpleegkundigen beschikken over effectieve communicatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden om als team te kunnen werken;
* Er is een gemeenschappelijk vocabulaire;
* De samenwerking wordt aangemoedigd door de teamleiders, bijvoorbeeld door werkschema’s te optimaliseren en werkomgevingen zo te structureren, dat samenwerking mogelijk is;
* Er is een gebeurtenis die tot samenwerking leidt. In het geval van samenwerking tussen de transferverpleegkundige en een verpleegkundige is dit een patiënt die naar huis gaat, voor wie nazorg nodig is;
* De verschillende disciplines en verpleegkundigen kennen elkaars rollen en vaardigheden. Dit maakt het mogelijk om contact op te nemen met de persoon die meest geschikt is om te helpen bij het oplossen van een probleem;
* Belangrijke kenmerken voor samenwerking zijn onder andere wederzijds respect voor elkaars beroep en rol en het delen van kennis, besluitvorming en middelen.

Samenwerken is dus essentieel voor ieder ziekenhuis. Het Bravis ziekenhuis, waar dit onderzoek zich afspeelt, is zich hier zeker van bewust. De slogan van het Bravis ziekenhuis is zelfs: “Samen word je beter”. Het beleidsplan van Bravis ziekenhuis zegt hierover: “Samen, dat gaat over samenwerking tussen de patiënt en de dokter. Tussen medewerkers van verschillende teams. Tussen medewerkers en hun organisatie. Tussen Bravis en zijn samenwerkingspartners. Want samen maken wij de zorg van Bravis beter” (Bravis ziekenhuis, z.d., p. 2).

Het Bravis ziekenhuis is een regionaal ziekenhuis in West-Brabant. Het Bravis ziekenhuis heeft twee hoofdvestigingen, één in Roosendaal en één in Bergen op Zoom. In 2007 zijn op beide locaties in totaal 29.681 patiënten opgenomen (Stichting Bravis ziekenhuis, z.d.). Ongeveer 8% van de patiënten gaat met nazorg naar huis na de ziekenhuisopname (Bosters, persoonlijke communicatie, 12 februari 2019). De transferverpleegkundige wordt ingeschakeld door de verpleegkundige op de afdeling. Daarnaast wordt nazorg ook naar eigen inzicht van de verpleegkundige of per order van de arts geregeld, als zij zien dat de patiënt niet zonder zorg naar huis kan gaan. Dit moet altijd in overleg gaan met de patiënt. De verpleegkundige moet vooraf een vragenlijst invullen, waarna deze via het systeem naar de transferverpleegkundige wordt verzonden. Hierdoor weet de transferverpleegkundige wat voor soort zorg nodig is. Nadat de transferverpleegkundige de aanvraag binnen heeft gekregen, gaat de transferverpleegkundige in gesprek met de patiënt en eventuele familie om na te gaan wat voor zorg de patiënt nodig heeft, hoe veel zorgmomenten de patiënt per week nodig heeft en op welke tijdstippen. De transferverpleegkundige gaat dan op zoek naar een zorgorganisatie die de patiënt de gevraagde zorg kan bieden. Als de zorg geregeld is, maakt de transferverpleegkundige dit bekend aan de verpleegkundige via het elektronische patiëntendossier in HiX. Hierin staat vanaf wanneer de zorg opgestart wordt en hoe laat.

Dit onderzoek richt zich op de afdeling vaatchirurgie op de vestiging Bergen op Zoom. Op de afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom is onvrede uitgesproken over de doorstoom van patiënten naar de thuiszorg, revalidatie of verzorgingstehuis (De Crom, persoonlijke communicatie, 4 januari 2019). Patiënten houden bedden te lang bezet, waardoor andere patiënten langer moeten wachten tot ze opgenomen worden, of op een andere afdeling opgenomen worden. Op de afdeling vaatchirurgie blijft 21% van de vaatpatiënten langer opgenomen dan nodig. Zij blijven dan één tot vijftien dagen langer opgenomen dan nodig. Dit blijkt uit de meting van transferverpleegkundige Corine Bosters (persoonlijke communicatie, 18 februari 2019). Het is echter bij de transferverpleegkundigen niet bekend waarom de patiëntendoorstroom stagneert. Gezien het hierboven beschreven belang van samenwerking binnen het ziekenhuis voor de doorstroom, is mogelijk dat de verklaring ligt in de manier van de samenwerking tussen de transferverpleegkundige en de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie. Daarom wordt in dit onderzoek onderzocht hoe de transferverpleegkundige en de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie de samenwerking ervaren.

#### Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de samenwerking tussen de transferverpleegkundige en de verpleegkundige op de afdeling vaatchirurgie. Ook wordt in dit onderzoek nagegaan welke factoren deze samenwerking beïnvloeden, om uiteindelijk aanbevelingen te geven over de beïnvloedende factoren in deze samenwerking. De aanbevelingen zijn bedoeld voor de leidinggevende van de afdeling vaatchirurgie, de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie en de transferverpleegkundigen van het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom.

#### Vraagstelling

Op basis van de bovenstaande doelen is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Welke factoren beïnvloeden de samenwerking tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen omtrent het ontslag van een patiënt op de afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom?

## 

## Leeswijzer

Op de inleiding volgt een beschrijving van de methode van het praktijkgerichte onderzoek. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode, de dataverzameling en de data-analyse beschreven. In het hoofdstuk wat daarop volgt zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. Aansluitend daarop komt het hoofdstuk 3, Discussie. In dit hoofdstuk is kritisch gereflecteerd op de resultaten en methode. Daarna komt de conclusie van het onderzoek. Hierin wordt het antwoord van de onderzoeksvraag beschreven, waarna het hoofdstuk 5, Aanbevelingen, volgt. Daarin worden een aantal aanbevelingen beschreven dat voortkomt uit dit onderzoek en worden eventuele vervolgonderzoeken opgesomd. Na dit hoofdstuk volgt de literatuurlijst met daaronder de bijlagen.

# 1. Methode praktijkonderzoek

*In de methode praktijkonderzoek staat beschreven welke onderzoeksmethode gebruikt werd. Hierna wordt dieper ingegaan op hoe de dataverzameling heeft plaats gevonden, en hoe de verzamelde data geanalyseerd is.*

## 1.1 Onderzoeksdesign

Om te onderzoeken hoe de samenwerking verloopt tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie, werd er gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Kwalitatief onderzoek richt zich op ervaringen, belevingen en achterliggende redenen voor keuzes die mensen maken (De Jong et al., 2015). Kwalitatief onderzoek richt zich ook op de eigenschappen van het probleem en niet de mate waarin het voorkomt. Dit onderzoeksdesign sloot het beste aan op de doelstelling en onderzoeksvraag van dit onderzoek, omdat gekeken werd hoe de verpleegkundigen en de transferverpleegkundigen de samenwerking ervaarden en welke factoren dit beïnvloedden. Dit is ondervraagd door middel van interviews, zodat de respondenten alle ruimte kregen voor hun eigen antwoorden en deze van tevoren niet vast stonden. De meest voorkomende dataverzamelingstechniek bij kwalitatief onderzoek is het afnemen van interviews (De Jong et al., 2015). De dataverzameling heeft plaatsgevonden door middel van semigestructureerde interviews. Bij een semigestructureerd interview ligt de structuur van het gesprek niet vast en wordt er meer dan één beginvraag geformuleerd (De Jong et al., 2015). Daarnaast was er een topiclijst aanwezig, die in eerste instantie werd geformuleerd vanuit de wetenschappelijke literatuur. Deze is later aangepast na het afnemen van de interviews, toen hierbij nieuwe inzichten naar voren kwamen. Door middel van de topiclijst en eventuele beginvragen werden de respondenten geprikkeld om vrijuit te praten, waardoor diepgang in de interviews heeft plaatsgevonden (De Jong et al., 2015). Hierbij werden de persoonlijke opvattingen van de respondenten duidelijk. De respondenten hadden ook ruimte voor eigen onderwerpen.

Dit kwalitatieve onderzoek was deductief van aard. Deductief van aard wil zeggen dat er een theoretische voorstudie heeft plaatsgevonden (Doorewaard, Kil, & Van de Ven, 2015). De bestaande theorieën werden bestudeerd om vervolgens onderzoek hiernaar te doen in de praktijk.

## 1.2 Onderzoekssetting

De afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom heeft twintig bedden, waarvan er twee geblokkeerd zijn. Hierop mogen geen patiënten opgenomen worden, tenzij er genoeg personeel is, of als er een grote opnamedruk heerst in het ziekenhuis. Op deze afdeling worden patiënten opgenomen met vaatproblemen, zoals een diabetische voet, ulcus cruris aan het been, aneurysma van de aorta, erysipelas van de arm of het been en amputatie van het onder- of bovenbeen. Daarnaast is de afdeling ook een overloop voor klein chirurgie, zoals cholecystectomie en appendicitis. Het team vaatchirurgie bestond tijdens het onderzoek uit achttien gediplomeerde verpleegkundigen, waarvan zes verpleegkundigen korter dan een half jaar op de afdeling werkten. Dit waren zowel hbo- als mbo-verpleegkundigen. Daarnaast waren er vier leerling-verpleegkundigen en negen stagiaires aanwezig op de afdeling.

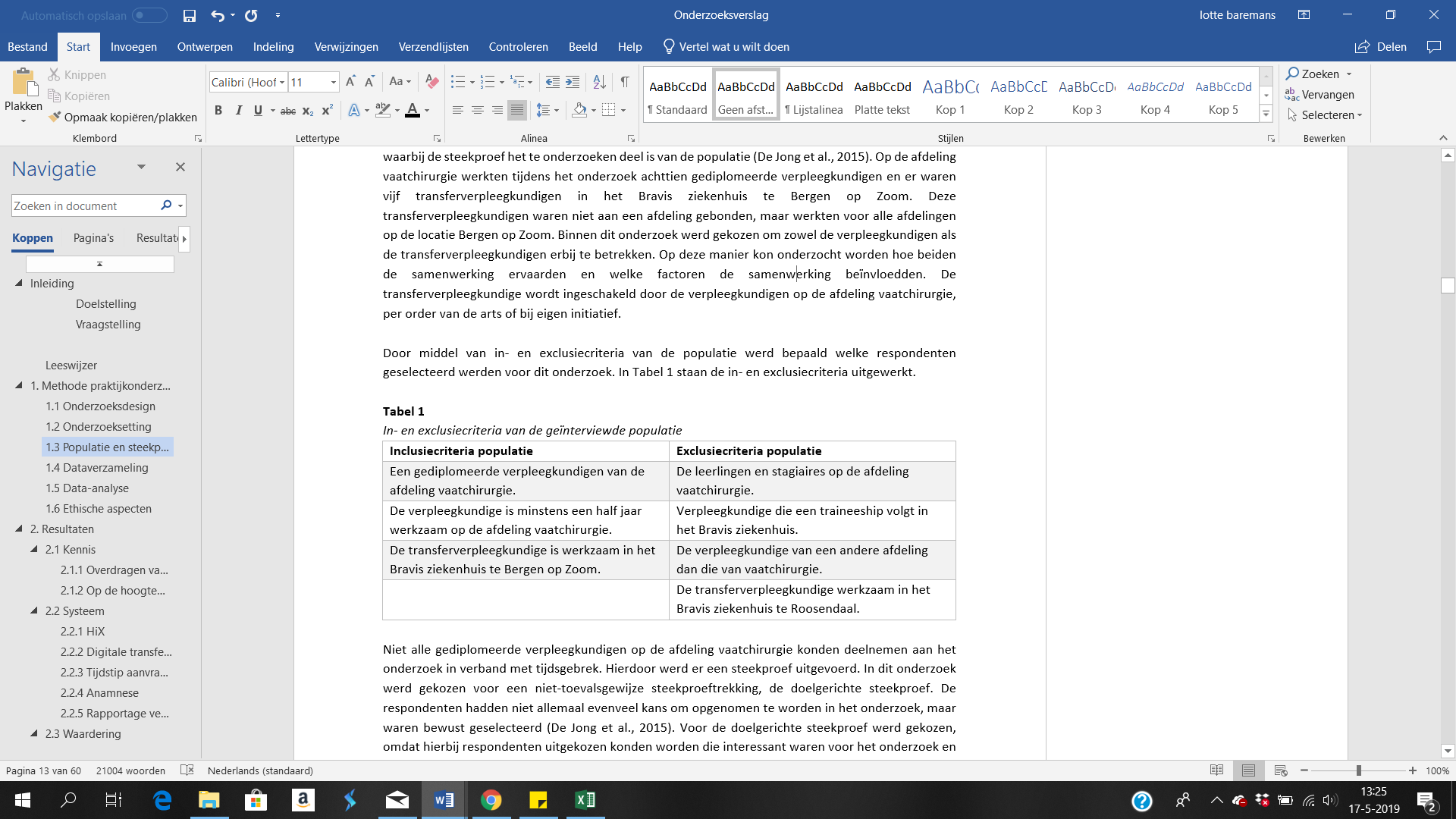
Ook werden af en toe verpleegkundigen van andere afdelingen ingezet op de afdeling vaatchirurgie.

## 1.3 Populatie en steekproef

De populatie is een volledige groep personen of zaken waarbij waarnemingen gedaan kunnen worden, waarbij de steekproef het te onderzoeken deel is van de populatie (De Jong et al., 2015). Op de afdeling vaatchirurgie werkten tijdens het onderzoek achttien gediplomeerde verpleegkundigen en er waren vijf transferverpleegkundigen in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. Deze transferverpleegkundigen waren niet aan een afdeling gebonden, maar werkten voor alle afdelingen op de locatie Bergen op Zoom. Binnen dit onderzoek werd gekozen om zowel de verpleegkundigen als de transferverpleegkundigen erbij te betrekken. Op deze manier kon onderzocht worden hoe beiden de samenwerking ervaarden en welke factoren de samenwerking beïnvloedden. De transferverpleegkundigen worden ingeschakeld door de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie, per order van de arts of bij eigen initiatief.

Door middel van in- en exclusiecriteria van de populatie werd bepaald welke respondenten geselecteerd werden voor dit onderzoek. In Tabel 1 staan de in- en exclusiecriteria uitgewerkt.

**Tabel 1**

*In- en exclusiecriteria van de geïnterviewde populatie*

Niet alle gediplomeerde verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie konden deelnemen aan het onderzoek in verband met tijdgebrek. Hierdoor werd er een steekproef uitgevoerd. In dit onderzoek werd gekozen voor een niet-toevalsgewijze steekproeftrekking, de doelgerichte steekproef. De respondenten hadden niet allemaal evenveel kans om opgenomen te worden in het onderzoek, maar waren bewust geselecteerd (De Jong et al., 2015). Voor de doelgerichte steekproef werd gekozen, omdat hierbij respondenten uitgekozen konden worden die interessant waren voor het onderzoek en waar veel informatie bij gewonnen kon worden. Purposive sampling houdt zich bezig met de deelnemers van het onderzoek, en of deze op een goede manier geselecteerd zijn, zodat dit ook overdraagbaar is naar een andere afdeling. Hierdoor wordt de verplaatsbaarheid van het onderzoek vergroot. Verplaatsbaarheid wil zeggen dat de resultaten gezien kunnen worden als overdraag naar een andere setting (Cox, De Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012). Dit wordt vergroot door als eerste te zorgen voor een heterogene respondentengroep. Om de uitkomsten van de interviews te kunnen generaliseren naar de gehele onderzoekspopulatie dient er voldoende variatie te zijn tussen de respondenten (De Jong et al., 2015). Doordat respondenten met verschillende kenmerken deel hebben genomen aan het onderzoek, konden ook verschillende meningen naar voren komen. Daarnaast heeft de variatie gezorgd voor een goede afspiegeling van de onderzoekspopulatie (De Jong et al., 2015).

In de steekproef werden respondenten gekozen die een lange tijd werkzaam waren op de afdeling vaatchirurgie, maar ook respondenten die pas een half jaar werkzaam waren op de afdeling. Deze respondenten kunnen een hele andere kijk hebben op de samenwerking. Bij deze steekpoef werden de meest geschikte respondenten gekozen voor het onderzoek door middel van bepaalde criteria (De Jong et al., 2015). Deze in- en exclusiecriteria staan in Tabel 1 beschreven.

Vier transferverpleegkundigen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Eén transferverpleegkundige die mee was genomen in de steekproef was langdurig ziek, waardoor deze uitgesloten moest worden van het onderzoek. Op de locatie Bergen op Zoom waren maar vijf transferverpleegkundigen, waardoor de datasaturatie onder de transferverpleegkundigen werd bereikt. Van de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie zijn acht verpleegkundigen geïnterviewd. Eén verpleegkundige die was geselecteerd voor de steekproef wilde niet meewerken aan het onderzoek. De verpleegkundige hield niet van interviews en wilde om deze reden niet meewerken. Nadat acht verpleegkundigen van de afdeling vaatchirurgie hadden deelgenomen aan het onderzoek was de datasaturatie nog niet volledig bereikt. Mochten er meer interviews afgenomen worden dan kan er nieuwe informatie gevonden worden. Datasaturatie betekent dat dataverzameling blijft plaatsvinden tot het verzadigingspunt is bereikt, en er geen nieuwe informatie meer bij komt (Cox et al., 2012). Als er geen nieuwe informatie meer werd verkregen, zou nog één verpleegkundige geïnterviewd worden ter controle. Dit controle-interview heeft niet meer kunnen plaatsvinden door tijdgebrek. Door te zorgen dat de datasaturatie werd behaald onder de transferverpleegkundigen, werd de geloofwaardigheid van het onderzoek vergroot. In de geloofwaardigheid wordt onderzocht of de onderzoeksresultaten een realistisch beeld geven van het verschijnsel en dat de resultaten niet gebaseerd zijn op de verwachtingen en aannames (Cox et al., 2012).

## 1.4 Dataverzameling

De respondenten zijn persoonlijk benaderd of zij mee wilden werken aan het onderzoek. Tijdens de persoonlijke benadering werd het onderwerp van het onderzoek, de geschatte duur van het interview en de anonimiteit van het onderzoek al benoemd. Deze keuze was gemaakt, omdat de respondenten zich dan persoonlijker betrokken voelden bij het onderzoek en tegelijkertijd op de hoogte waren van wat van hen verwacht werd. Hierdoor raakten de respondenten meer geïnteresseerd waardoor de kans groter werd dat ze mee wilden doen aan het onderzoek. Met de respondenten die aangaven dat ze mee wilden werken aan het onderzoek, werd een datum afgesproken wanneer het interview gehouden werd. Alle interviews werden op de locatie Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom gehouden. Zo veel mogelijk interviews werden gehouden tijdens de werktijd van de respondenten. Drie respondenten gaven aan dat zij liever na werktijd geïnterviewd wilden worden. De interviews zijn door middel van een opnamerecorder van Avans Hogeschool opgenomen. Vooraf aan het interview werd gezorgd dat alle spullen op orde waren, zoals voldoende batterijen en dat de topiclijst aanwezig was.

De interviews zijn individueel afgenomen met face-to-face contact. De interviews zijn in een rustige ruimte afgenomen, waar niemand het gesprek kon meeluisteren. Dit zorgde voor een veilige sfeer voor de respondenten (De Jong et al., 2015). Tijdens het afnemen van interview vier en tien is eenmalig gestoord door een collega. Hierna is het interview weer vervolgd. Tijdens de interviews werd gelet op de non-verbale houding en reactie van de respondent. Hierbij kwamen geen bijzonderheden naar voren. Tijdens het interview werd geprobeerd zo diep mogelijk op het onderwerp in te gaan.

In het begin van het interview werd nogmaals het onderwerp van het onderzoek toegelicht. Nogmaals werd gevraagd of het interview opgenomen mocht worden. Ook werd hierbij verteld dat het onderzoek op vrijwillige basis was, dus dat het interview ten alle tijden gestopt mocht worden en dat het onderzoek anoniem was. Daarnaast werd benoemd dat geen enkel antwoord goed of fout was. Dit zorgde voor meer vrijheid om antwoorden te geven voor de respondent (De Jong et al., 2015). Eerst werden twee globale vragen gesteld over hoe lang de respondent al werkzaam was in welke functie. Hierdoor werd de thick description vergroot. Thick description wil zeggen dat de deelnemers en de context van het onderzoek voldoende gedetailleerd beschreven moeten zijn, zodat het onderzoek overdraagbaar is naar een andere afdeling. Hierdoor wordt de verplaatsbaarheid van het onderzoek vergroot. De demografische gegevens van de respondenten zijn weggelaten in het onderzoek, omdat deze gegevens anders herleidbaar zijn naar de respondenten.

Aan het einde van het interview werd de respondent altijd bedankt en gevraagd of de samenvatting van het interview naar de respondent gestuurd mocht worden voor membercheck. De respondenten waren ervan op de hoogte dat via de e-mail nog een samenvatting gestuurd werd en doordat dit beloofd was, moest dit ook nagekomen worden. Membercheck vergroot de geloofwaardigheid en verifieerbaarheid van het onderzoek.

Tijdens de interviews werden zowel open als gesloten vragen gesteld. Na het stellen van gesloten vragen werd daarna doorgevraagd. De respondent had alle ruimte en tijd om te antwoorden. Tijdens het interview werden de stiltes gerespecteerd, zodat de respondent meer tijd had om na te denken. De respondent is non-verbaal gestimuleerd om te antwoorden door de open houding en het hummen. Het interview werd afgesloten met een positieve noot. Na het interview kreeg de respondent een kleinigheidje als bedankje voor het meewerken aan het onderzoek.

De interviews duurde tussen de zestien en vijftig minuten. In bijlage 3 staat een tabel met de datum, plaats en duur van de interviews. In de eerste interviews zijn nog wel eens gesloten of suggestieve vragen gesteld. Nadat het interview was afgenomen, werd deze nauwkeurig beluisterd. De gesloten en suggestieve vragen werden er uitgehaald, waardoor alertheid hierop werd ontwikkeld. Bij de volgende interviews waren steeds minder gesloten en suggestieve vragen.

De topiclijst bevatte een aantal richtinggevende begrippen. Voor het ontwikkelen van deze begrippen zijn topics uit de literatuur gehaald. Tijdens een peerdebriefing werd de topiclijst bestudeerd (Cox et al., 2012). De kwaliteit van de vraagstellingen werd beoordeeld en gekeken werd wat de verwachtte effecten daarvan waren op de verzamelde data. De medestudenten in de peergroep bekeken en beoordeelden de topiclijst, waarna nog kleine aanpassingen werden gedaan.

Nadat de topiclijst was voorgelegd tijdens de peerdebriefing en de aanpassingen gedaan waren, werden de interviews afgenomen. Als eerste werd er een controle-interview afgenomen, om zo na te gaan of er juiste antwoorden werden gegeven die passen bij de onderzoeksvraag. Na het controle-interview hoefde de topiclijst niet aangepast te worden. Het controle-interview was goed verlopen, dus kon meegenomen worden in het onderzoek en de resultaten. In bijlage 1 staan de topicslijsten van de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen van de afdeling vaatchirurgie, waarmee het onderzoek is begonnen. Bij elke topic waren één of twee voorbeeldvragen bedacht. Tijdens het verloop van het interview werd bepaald of deze gebruikt werden. Bij het interview werd doorgevraagd op de antwoorden van de respondent. Hierdoor werd een diepte-interview afgenomen om achter de achterliggende opvattingen van de respondent te komen (De Jong et al., 2015).

Tijdens het onderzoek zijn de topiclijsten meerdere malen aangepast. In bijlage 2 staan de topiclijsten waar het onderzoek uiteindelijk mee is geëindigd. Tijdens de interviews kwamen nieuwe onderwerpen aan bod. Dit was tijdens het analyseren eerst genoteerd als bijvangst. Als deze bijvangst toegevoegde waarde had voor het onderzoek is hier een topic van gemaakt. Bij het eerstvolgende interview werd deze topic ook nagevraagd bij de respondent.

Elke keer als één verpleegkundige of één transferverpleegkundige was geïnterviewd, werd waar nodig de topiclijst aangepast. Zo konden nog gerichtere vragen gesteld worden omtrent de samenwerking tussen de transferverpleegkundigen en verpleegkundigen en de beïnvloedende factoren.

## 1.5 Data-analyse

Bij een kwalitatief onderzoek is de data-analyse een cyclisch proces, waarbij de data continu geanalyseerd worden (De Jong et al., 2015). Dit betekent dat, indien zich geen nieuwe situaties in de interviews voordeden, met de gevonden data opnieuw teruggegaan werd naar het eerder geanalyseerde materiaal.

Tijdens het analyseren van de interviews werden twee doelen opgesteld (De Jong et al., 2015). Ten eerste moest voorkomen worden dat eigen ideeën en referentiekaders op de voorgrond kwamen. Hierdoor kwamen de referentiekaders van de respondenten naar voren. Ten tweede moest de verkregen hoeveelheid informatie gestructureerd worden. Door de hoeveelheid informatie te structureren, werd de informatie hanteerbaar.

Na het afnemen van de interviews werden deze getranscribeerd, zie bijlage 3. Transcriberen wil zeggen dat het interview woord voor woord wordt uitgetypt (Doorewaard et al., 2015). Door de interviews te transcriberen worden de inzichten van een onderzoek vergroot. Ook kunnen hierdoor de gegevens niet vervormd worden en kunnen andere onderzoekers de letterlijke conversatie en interviewtechniek inzien. Tijdens het transcriberen zijn geen aantekeningen gemaakt over de non-verbale communicatie, omdat hier geen bijzonderheden mee waren tijdens het afnemen van de interviews. De ‘’euhm’’ is alleen uitgetypt wanneer het lijkt dat de respondent twijfelt over het antwoord. Hierna werden de interviews geanalyseerd. Het analyseren van de interviews zijn volgens de drie stappen van Doorewaard et al. (2015) uitgevoerd.

Tijdens de eerste stap werd het interview nogmaals beluisterd en werd geregistreerd wanneer de respondent iets vertelde over een topic. Het doel hierbij was om alle interviewfragmenten te selecteren bij een topic. Zo werd het gehele interview doorlopen en werden de topics gekoppeld aan het interview. Tijdens het afnemen van de interviews was ook sprake van bijvangst. Bij een bijvangst komen onderwerpen aan bod die niet direct relevant zijn voor de onderzoeksvraag maar die wel een ander licht werpen op het probleem of context (Doorewaard et al., 2015). Zo zijn nieuwe topics ontstaan voor de volgende interviews.

Vervolgens werden in stap twee alle stukjes van het interview over dezelfde topic bij elkaar gelegd en ontstond er een samenhangend geheel aan uitspraken die de mening van de respondenten weergaf over elke topic. Het doel hierbij was om bij elkaar horende fragmenten te groeperen. Hierbij werd bij elk interview geselecteerd en gekopieerd, zodat de bij elkaar horende fragmenten in een tabel kwamen te staan per verschillende topic, zie bijlage 4.

Bij de derde stap werd de mening van de respondent over elke topic zo nauwkeurig mogelijk weergegeven in een samenvatting. Eventueel werden ook citaten weergegeven en bijvangsten. Het doel van stap drie was om een adequate samenvatting te maken van de interviews, waarbij dit geordend was per topic. Om de geloofwaardigheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid van het onderzoek te vergroten, werd er gebruik gemaakt van membercheck en peerdebriefing. Verifieerbaarheid heeft betrekking op de mate waarin de resultaten van het onderzoek gebaseerd zijn op de bijdragen van de respondenten (Cox et al., 2012). Door gebruik te maken van peerdebriefing en membercheck wordt de verifieerbaarheid vergroot. Op deze manier wordt inzicht verkregen in het verloop van het onderzoeksproces en op de wijze waarop gegevens worden verzameld, geïnterpreteerd en geanalyseerd, en hoe de resultaten worden beïnvloed. Toen alle interviews waren geanalyseerd is er nog een expert ingeschakeld die heeft gekeken of er geen vrije interpretatie aanwezig was en of alles goed geanalyseerd was bij de juiste topic. Membercheck werd toegepast door de samenvattingen van de interviews via de e-mail door te sturen naar de respondenten (De Jong et al., 2015). Hiermee werd gecontroleerd of er geen vrije interpretatie aanwezig was in de samenvatting. De respondenten hebben allemaal gereageerd via de e-mail. Drie respondenten gaven nog een kleine aanpassing aan bij de samenvattingen, waardoor deze daarna beter aansloten bij hun mening. Sommige respondenten zijn meerdere malen herinnerd om te reageren op de mail. Bij peerdebriefing werd nagegaan of er geen eigen interpretatie aanwezig was en of er goede vragen waren gesteld. Dit houdt in dat er in de vraagstelling geen vooringenomen mening mag zijn of een retorische vraag. De medestudenten hadden weinig kritiek op de vragen, alleen dat er soms nog wat meer doorgevraagd mocht worden. Af en toe was er een suggestieve vraag. Deze zijn weggelaten bij het analyseren van de interviews om zo een betrouwbaardere uitslag te krijgen van het onderzoek.

Deze stappen waren nodig om de resultaten van het onderzoek te kunnen analyseren. Tijdens het analyseren van de interviews is de topiclijst meerdere malen aangepast. Soms bleek een topic te groot te zijn, waardoor deze in meerdere kleine topics werd verdeeld. Hierdoor ontstond een duidelijker overzicht van deze topic. Topics die op elkaar leken zijn uiteindelijk samengevoegd. De uiteindelijke topiclijst is in bijlage 2 weergegeven. Als er nieuwe topics ontstonden werden de eerdere interviews opnieuw geanalyseerd om zo de interviews zo veel mogelijk hetzelfde te analyseren, waardoor de resultaten ook beter geschreven en vergeleken konden worden.

Nadat alle interviews met dezelfde topiclijst waren geanalyseerd, konden de interviews ook worden vergeleken en gelijkenissen worden gezocht. De eindresultaten van het onderzoek zijn ook teruggestuurd naar de respondenten. Dit was vooraf beloofd voordat de respondenten mee deden aan het onderzoek, om zo de respondenten te motiveren om mee te doen.

De bijvangst die niet direct aansloot op de onderzoeksvraag is niet meegenomen in de resultaten, omdat dit geen betrekking had op het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Het onderzoeksproces, de analyse en de keuzes die gemaakt zijn, zijn hierboven duidelijk beschreven. Dit wordt gedaan zodat collega-onderzoekers, en anderen die het onderzoeksproces volgen of naderhand bestuderen, het kunnen beoordelen (Cox et al., 2012). Hierdoor wordt de plausibiliteit vergroot.

## 1.6 Ethische aspecten

Tijdens het onderzoek werd gebruik gemaakt van meningen van verschillende transferverpleegkundigen en verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom.

De Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010) bestaat uit vijf regels. Het zijn regels voor verantwoord gedrag tijdens praktijkgericht onderzoek. De codes beschrijven het gewenste gedrag bij de uitvoering van het onderzoek. Hieronder worden de vijf regels beschreven volgens de ‘Gedragscode praktijkgericht onderzoek’ met betrekking tot dit onderzoek (Andrienssen et al., 2010).

Door vooraf aan het onderzoek een literatuurstudie te doen, kwamen de relevante thema’s en problemen uit de beroepspraktijk naar voren uit wetenschappelijke artikelen. Voorafgaand aan de interviews kregen de respondenten alle informatie die voor hen van belang was. De respondenten waren niet verplicht om mee te werken aan het onderzoek. De respondenten hebben de mogelijkheid gehad om aan te geven dat ze niet mee wilden werken. Ook voorafgaand aan het interview werd nogmaals toestemming gevraagd, ook voor het opnemen van het interview. Als de respondent geen toestemming had gegeven, zou het interview gelijk worden gestopt.

Door eerst een controle-interview te hebben gedaan, door middel van de opgestelde topiclijst, werd gekeken of de topiclijst bij het onderzoeksprobleem paste. De interviews hebben een bijdrage geleverd aan kennis- en theorieontwikkeling, en zijn toegankelijk voor de afdeling vaatchirurgie Bravis in het ziekenhuis te Bergen op Zoom. Tijdens het onderzoek werd rekening gehouden met de rechten, belangen en privacy van de respondenten. Na het onderzoek werden de namen van de respondenten verwijderd, waardoor de interviews volledig anoniem bleven. Verder zijn alle namen die tijdens de interviews genoemd werden ook verwijderd. Nadat de interviews waren getranscribeerd, werden alle opnames op band vernietigd.

Naar de resultaten van het onderzoek is kritisch gekeken. Tijdens het onderzoek heerste een open aanspreekcultuur. De resultaten van het onderzoek werden niet gestuurd door gewenste uitkomsten, er werden onafhankelijke keuzes gemaakt. Dit werd vergroot door peerdebriefing en memberchecking.

In het onderzoek staat de relevantie beschreven. Voorafgaand aan de beoordeling werd het onderzoeksverslag door de opdrachtgever doorgelezen om te checken of alle informatie klopt omtrent het Bravis ziekenhuis. In het hoofdstuk methode praktijkonderzoek staat alles onderbouwd waarom en hoe bepaalde keuzes gemaakt werden.

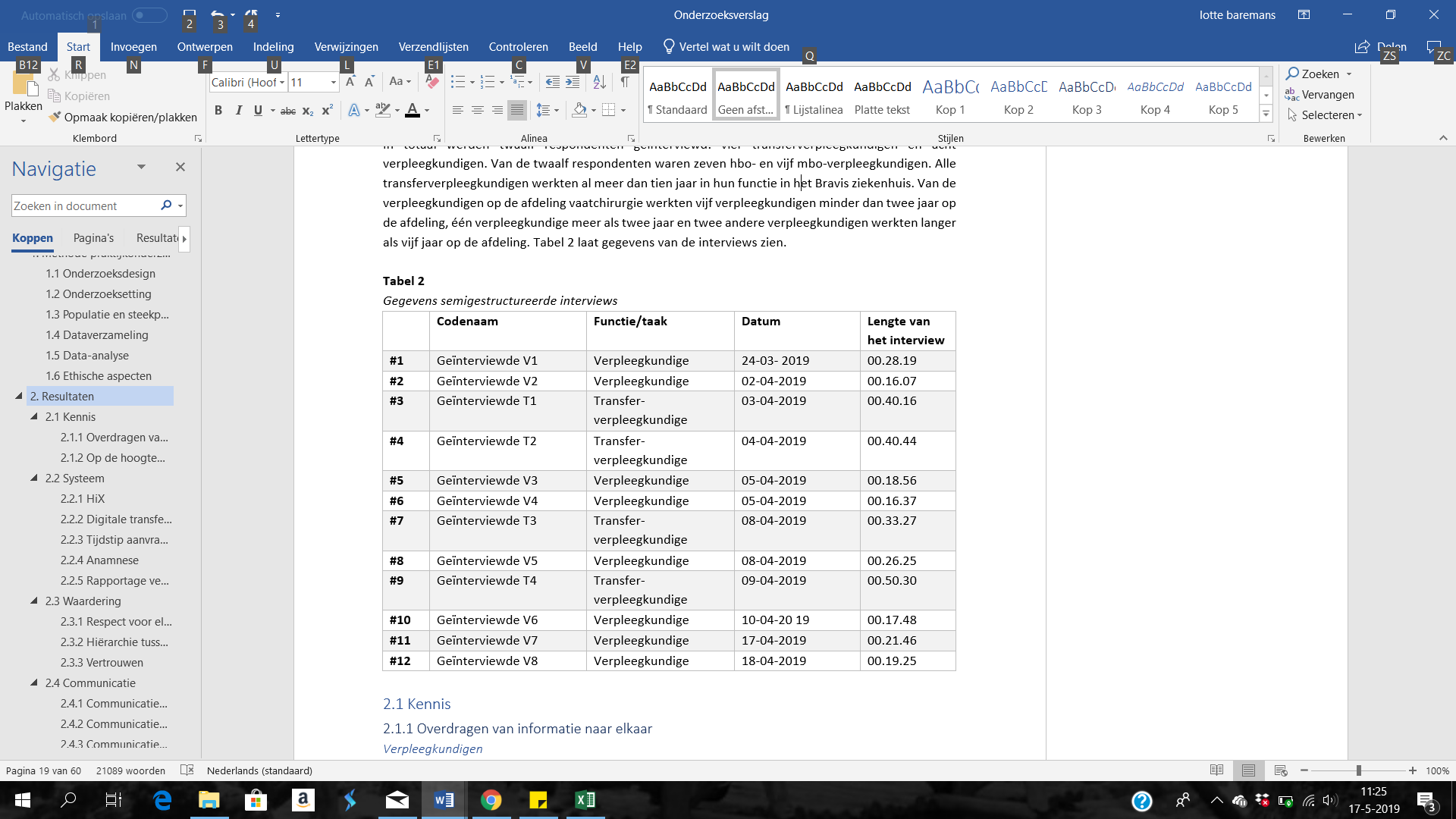
# 2. Resultaten

*In het hoofdstuk resultaten worden de resultaten beschreven van het kwalitatieve onderzoek. Deze gegevens zijn verzameld door middel van semigestructureerde interviews met de verpleegkundigen en transferverpleegkundigen.*

In totaal werden twaalf respondenten geïnterviewd: vier transferverpleegkundigen en acht verpleegkundigen. Van de twaalf respondenten waren zeven hbo- en vijf mbo-verpleegkundigen. Alle transferverpleegkundigen werkten al meer dan tien jaar in hun functie in het Bravis ziekenhuis. Van de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie werkten vijf verpleegkundigen minder dan twee jaar op de afdeling, één verpleegkundige meer dan twee jaar en twee andere verpleegkundigen werkten langer dan vijf jaar op de afdeling. Tabel 2 laat gegevens van de interviews zien.

**Tabel 2**

*Gegevens semigestructureerde interviews*



## 2.1 Kennis

### 2.1.1 Overdragen van informatie naar elkaar

*Verpleegkundigen*

Alle acht de respondenten gaven aan dat de transferverpleegkundigen elke dag langskomen op de afdeling om de patiënten door te spreken. De meerderheid van de respondenten vindt dat de terugkoppeling naar elkaar goed verloopt, maar de respondenten missen wel eens terugkoppeling van de transferverpleegkundigen. Ook gaven respondenten aan dat de verpleegkundigen bij de transferverpleegkundigen moeten uitvragen hoe de nazorg ervoor staat, anders koppelen de transferverpleegkundigen dit niet terug.

*“Over het algemeen mis ik gewoon meer de terugkoppeling van hoe ver zij ook zijn, dus niet*

*dat ik altijd hoef te vragen van: he, hoe ver staat het?” #5*

De verpleegkundigen missen ook de persoonlijke terugkoppeling op het moment dat de nazorg is geregeld of als het niet lukt om de nazorg te regelen.

De transferverpleegkundigen komen in de late dienst niet meer langs op de afdeling, waardoor de verpleegkundigen van de late dienst minder goed op de hoogte zijn van de aanvraag. Deze terugkoppeling missen de respondenten ook.

*“Maar dat is ook lastig, omdat je natuurlijk niet elke dag een late dienst hebt, dan zie je*

*sowieso geen transferverpleegkundige, dan heb je helemaal geen terugkoppeling.” #1*

Daarnaast gaven de verpleegkundigen aan dat zij vergeten terug te koppelen aan de transferverpleegkundigen, buiten het contactmoment op van de afdeling, als een patiënt naar huis mag.

*Transferverpleegkundigen*

De helft van de respondenten gaven aan dat de verpleegkundigen niet overdragen aan de transferverpleegkundigen als een patiënt niet naar huis kan, als de zorg veranderd of andere bijzonderheden. Een respondent gaf aan dat het fijn is als de verpleegkundigen wijzigingen doorbellen. De verpleegkundigen moeten de transferverpleegkundigen bellen als de patiënt uitbehandeld is, maar dit gebeurt zelden.

*“Kijk, mensen die naar huis gaan, of het gaat niet door, of er zijn complicaties, dat wordt ook niet altijd doorgegeven. … Dus als er veranderingen zijn in de zorg en ik krijg het niet door, dan weet je dit gewoon niet.” #4*

Daarnaast gaf een respondent aan dat de verpleegkundigen ook wel eens foute informatie doorgeven aan de transferverpleegkundigen over de patiënten.

*“En dan ga je op de afdeling even navragen aan de verpleging en soms krijg je dan wel eens, dat ik zeg van ‘oké, je patiënt is toch nog vol in behandeling’, nee, maar het ontslag mag in gang gezet worden, maar ik heb net het EPD gelezen en daar staat nog in ‘icc dit’, oh ja, oh ja.’’ #7*

### 2.1.2 Op de hoogte zijn van elkaars rollen/taken

*Verpleegkundigen*

De helft van de verpleegkundigen gaf aan op de hoogte te zijn van de werkzaamheden van de transferverpleegkundigen. Een aantal respondenten stelt dat dit komt door de terugkoppeling van de transferverpleegkundigen over waar ze mee bezig zijn en doordat de respondenten al lang werkzaam zijn op de afdeling.

*“Ik zit nu al zo lang in dit vak en ik ken ze allemaal al zo lang. Je spreekt elkaar dan veel en zo kom je elke keer meer te weten ook over hun beroep en werkzaamheden.” #8*

De andere helft gaf aan dat zij niet goed op de hoogte zijn van de werkzaamheden van de transferverpleegkundigen. De respondenten hiervan kunnen wel aangeven wat de transferverpleegkundigen doen in de grote lijnen. Eén respondent vindt dat dit met meer overleg duidelijker zou kunnen worden:

*“Dat je dan steeds vaker het gevoel krijgt van hé, er gebeurt niks. En als je dan meer overlegmomenten hebt en je bespreekt van, ja, ik heb die en die gebeld, we hebben dat geprobeerd… Dat je wel het idee hebt van, ja, daar gebeurt iets.” #2*

Daarnaast werd aangegeven dat het kennistekort van elkaars rollen en taken komt door te weinig contactmomenten met de transferverpleegkundigen. Het zou niet verkeerd zijn als iedereen meer zou weten over de taken van de transferverpleegkundigen vinden de respondenten.

*Transferverpleegkundigen*

Alle vier de respondenten gaven aan dat de verpleegkundigen niet volledig op de hoogte zijn van de werkzaamheden van de transferverpleegkundigen. Verpleegkundigen die al langer op de afdeling staan, zouden hier wel meer van op de hoogte zijn, maar de informatie wordt niet overgedragen naar elkaar.

De transferverpleegkundigen merken dat de verpleegkundigen denken dat de werkzaamheden van de transferverpleegkundigen allemaal snel geregeld zijn. Vaak snappen de verpleegkundigen niet waarom het zo lang duurt. De verpleegkundigen onderschatten vooral het administratieve werk.

*“Het is denk ik ook zo dat verpleegkundigen niet genoeg weten van onze werkzaamheden. De meeste denken dat als de aanvraag weg is, dat wij dan al snel alles geregeld hebben, maar daar komt toch echt veel bij kijken, ook veel administratief werk.” #3*

De transferverpleegkundigen hadden wel het gevoel dat zij op de hoogte zijn van de werkzaamheden van de verpleegkundigen. Dit komt onder andere doordat zij van achtergrond verpleegkundigen zijn. Eén respondent had echter geen beeld van de werkzaamheden van de verpleegkundigen wat betreft het ontslag. Dit kennistekort van de werkzaamheden komt door de digitalisering volgens een transferverpleegkundige. Hierdoor zijn de transferverpleegkundigen minder vaak op de afdeling. De respondent denkt dat dit opgelost kan worden door middel van een klinische les.

*“De aanmeldingen zijn digitaal geworden, dus daardoor hoef je ook niet meer iedere dag naar die afdeling. Dus daardoor is dat een tijd lang wat minder geweest, want we merken dat we daardoor te ver uit beeld komen op de afdeling. Dus dan raak je dat stukje verbinding kwijt, en dan… dan heb je geen feeling meer met elkaars werkproces.” #9*

## 2.2 Systeem

### 2.2.1 HiX

*Verpleegkundigen*

Op de vraag hoe de respondenten HiX ervaren, werd heel verschillend gereageerd. Een aantal respondenten gaf aan dat HiX over het algemeen een heel fijn systeem is, maar volgens een andere respondent zou er wel meer uit het systeem HiX gehaald kunnen worden.

*“Ik vind het gewoon een duidelijk systeem. Je weet waar je alles kan vinden. Nee… ik heb hier geen verbeterpunten voor. Het werkt zoals het moet werken.” #6*

Een aantal verpleegkundigen gaf aan dat zij de rapportage in het kopje transfer/nazorg wel duidelijk vinden. De meerderheid van de respondenten vindt het kopje transfer/nazorg, waar de transferverpleegkundigen in rapporteren, heel onduidelijk. De rapportages zouden niet goed bijgehouden worden, waardoor niet terug te vinden is hoe de aanvraag ervoor staat. Een aantal respondenten gaf aan dat er onder de verpleegkundigen kennistekort is over het kopje transfer/nazorg. De verpleegkundigen zouden niet weten waar ze welke informatie kunnen vinden.

*“Als ze elke dag nou bijvoorbeeld de status van de patiënt in het kopje transfer/nazorg zo nodig aanpassen elke dag, dan weten wij ook meer van hoe.” #5*

De transferverpleegkundigen rapporteren alleen als de nazorg geregeld is, maar wat tijdens het overleg wordt besproken op de afdeling komt hier niet in te staan. Hierdoor worden meer telefoontjes dan nodig gevoerd met de transferverpleegkundigen.

*“Bij de meeste patiënten vind ik het toch wel heel vaag en dan moet je er weer achteraangaan en dan moet je ze bellen van hé, hoe zit het met de transfer.” #5*

Een respondent denkt dat dit opgelost kan worden als de verpleegkundigen ook in HiX kunnen rapporteren. Hierdoor zou het overzicht van de aanvraag behouden worden. Ook de verpleegkundigen in de late- en de nachtdienst kunnen dan bijhouden hoe de aanvraag ervoor staat.

*“Dan zou het fijn zijn als wij in de nazorg konden rapporteren als wij iets mondeling hebben afgesproken met de transferverpleegkundige.” #1*

Een respondent gaf aan in de rapportage ook een tijdsindicatie te missen.

*“Bij de meeste patiënten staat er gewoon in, wacht op… of aangemeld voor, maar er zal nooit bij staan wat het idee is hoe lang dat nog gaat duren.” #2*

Daarnaast vinden drie verpleegkundigen de ontslagchecklist niet handig in HiX. Respondent één en twaalf zouden graag een extra kolom hebben voor het afvinken om zo het overzicht te bewaren.

*“Je hebt natuurlijk je ontslagregistratie in HiX. Wat ik daar persoonlijk lastig aan vind is, je kan daar keurig in aangeven PK twee weken. Toch moet je dan het tweede vinkje afvinken dat het gedaan is, terwijl wij dat niet doen. Dat is raar. Hoe zit het dan met het overzicht.” #1*

Respondent elf vindt de oude ontslagchecklist fijner. Nu zouden de verpleegkundigen gemakkelijker dingen kunnen vergeten. Respondent twaalf weet ook niet altijd waar bepaalde informatie moet worden neergezet.

*“We missen essentiële dingen naar mijn idee. Ik vond die vorige veel fijner, omdat er echt puntsgewijs stond wat iemand nodig had als iemand naar huis ging zeg maar. Als je heel die lijst doornam, kon je niks vergeten bij het ontslag en nu wordt er toch wel regelmatig gebeld dat er dingen niet gebeurd zijn.” #11*

*Transferverpleegkundigen*

Bij de vraag hoe de transferverpleegkundigen HiX ervaren, gaven de respondenten aan dat zij blij zijn met HiX. In het systeem kunnen zij gemakkelijk terugvinden wat de voorgeschiedenis is van de patiënten en wat het behandelplan is.

*“Ik vind het wel een hele verbetering eerlijk gezegd, het HiX gebeuren.” #4*

Overigens vinden alle acht de respondenten dat de verpleegkundigen op de afdeling niet goed op de hoogte zijn van de rapportage in het kopje transfer/nazorg. Hierin staat welke beslissingen de transferverpleegkundigen hebben genomen.

“*We krijgen ze dit maar niet aangeleerd dat wij hierin rapporteren, want dat zou heel veel schelen.” #4*

Volgens een aantal respondent moet het ziekenhuis-breed bekend worden wat in deze rapportage vermeld wordt. Als de verpleegkundigen hier beter van op de hoogte zijn, zou dat de respondenten veel telefoontjes schelen.

*‘’Ik denk dat als het ziekenhuis-breed bekend zou worden dat alles wat wij weten in de nazorg zetten. Je zou zeggen dat dat geen probleem moet zijn om dat bekend te maken, maar dat proberen wij nu al maanden.” #3*

Daarnaast vindt een respondent dat in HiX informatie versnipperd staat. Tijdens de opname van de patiënt wordt door verschillende disciplines informatie opgevraagd over de patiënten, maar deze informatie kan niet ingezien worden door andere disciplines of verpleegkundigen. Volgens de respondent zou er één centraal punt moeten komen waar deze informatie allemaal staat.

### 2.2.2 Digitale transferaanvraag

*Verpleegkundigen*

Een aantal respondenten gaf aan dat de digitale aanvraag goed is, maar de meerderheid gaf aan dat zij de aanvraag te uitgebreid vindt. Hierdoor vullen de respondenten de aanvraag niet volledig in. De respondenten verwachten dat de aanvraag te onvolledig wordt ingevuld voor de transferverpleegkundigen.

*“Ik vind hem erg… uitgebreid en soms dan ook lastige vragen in waar je dan nog geen antwoord op weet, omdat iemand pas net is opgenomen.” #1*

Verder gaf een verpleegkundige aan dat er lastige vragen tussen zitten, waar de respondent geen antwoord op weet. Ook de vragen vanuit wie de aanvraag wordt gedaan, de diagnose en op welke termijn de patiënt opknapt vindt de respondent moeilijk in te vullen.

*“Dat er op een gegeven moment staat van, vanuit patiënt… vanuit de verpleegkundige, daar helemaal onderaan. En dan heb je volgens mij ook nog dat het per order arts is, dat kan ook nog. En dan denk ik ja… dat vind ik dan nog allemaal een beetje lastig. En als je niet alles hebt ingevuld zoals de diagnose of de verwachtte… want ja, verwacht je of iemand opknapt naar drie maanden. Ja… dat vind ik af en toe heel lastig om in te schatten.” #1*

Daarnaast werd aangegeven dat de toelichting vaag is en dat de respondenten niet alles kwijt kunnen in de aanvraag. De aanvraag is een soort keuzemenu, waardoor de respondent de vakken ‘toelichting’ nodig heeft om alles in de aanvraag te zetten. De respondent zou meer willen uitvragen en invullen, ook al weet de respondent dat de transferverpleegkundige dit daarna nog een keer komt doen. Maar het leek de respondent wel gemakkelijk als de transferverpleegkundigen meer informatie hebben over de patiënt dan alleen de invulde informatie van de aanvraag. De respondent vindt ook dat er weinig verpleegtechnische punten aan bod komen.

*“Je hebt altijd een heel groot formulier, maar nergens waar je duidelijk gewoon eens op kan schrijven.” #2*

Daarnaast gaf een respondent aan dat het vervelend is dat de aanvraag niet meer aangepast kan worden als deze eenmaal verstuurd is naar de transferverpleegkundigen. De zorg verandert nog wel eens tijdens de opname, maar er kunnen geen aanpassingen meer gedaan worden.

*Transferverpleegkundigen*

Alle vier de respondenten gaven aan dat de aanvragen onvolledig worden ingevuld. De respondenten hebben meer informatie nodig over de patiënten dan in de aanvraag staat. De verpleegkundigen zouden hier meer tijd voor moeten nemen, want dan kan er meer uit een aanvraag gehaald worden. De langer gediplomeerden zouden deze lijst wel beter invullen, volgens een paar respondenten, maar de informatie over het juiste gebruik wordt niet overgedragen naar andere verpleegkundigen. De respondent dacht dat de verpleegkundigen de aanvraag niet volledig invulden, omdat ze het gevoel hebben dat ze het ’dubbel invullen’.In de anamnese staan namelijk al gedeeltelijk dezelfde vragen, maar de anamnese en de digitale aanvraag zijn duidelijk verschillend.

Volgens een paar transferverpleegkundigen moeten vooral de verplichte velden beter ingevuld worden, waaronder de voorgeschiedenis, hulpvraag en thuissituatie. Hierdoor kan beter ingeschat worden welke nazorg aangevraagd moet worden. De verpleegkundigen moeten eerst in gesprek met de patiënt voordat de aanvraag ingevuld wordt.

*“Ik ga eens even die aanvraag bespreken, en kijken, en bespreek even met die patiënt wat hij denkt zelf, wat hij heeft. Kijk dat zou al een hele helft schelen.” #4*

De helft van de transferverpleegkundigen gaf aan dat onvolledige aanvragen heel vervelend zijn en dat hen tijd kost. De thuiszorg zou beter uitgevraagd moeten worden volgens de respondent, “*want daar ligt natuurlijk wel een stukje snelheid in*.”#7

Eén respondent vindt het lastig waar de belasting weggelegd moet worden voor het uitvragen van alle informatie. “*Het is natuurlijk ook een afweging wat je daarin maakt. Het kost jullie* *natuurlijk heel veel tijd als jullie alle informatie ook over moeten dragen naar ons in zo’n aanmelding. Dat is ook een afweging van welke informatie hebben wij echt concreet nodig en hoe leg je dan die belasting.” #9*

### 2.2.3 Tijdstip aanvraag

*Verpleegkundigen*

Alle respondenten proberen de transferverpleegkundigen zo vroeg mogelijk in te schakelen tijdens de opname van een patiënt. De respondenten proberen dit zodra de patiënt opgenomen wordt, of zodra inzicht is dat de patiënt met thuiszorg naar huis moet.

*“Nou het streven is, om… eigenlijk vind ik bij opname al te kijken, vanuit de anamnese, welke zorg is er, en denken we bij het ontslag zorg nodig te hebben, en dan ook direct een aanvraag te doen.” #8*

Een aantal verpleegkundigen verwacht dat de nazorg sneller geregeld is, als de transferverpleegkundige zo snel mogelijk wordt ingeschakeld.

“*Ik denk dat dat voor hun het lastigste is, dat hun op het laatste moment opeens van alles moeten doen”. #8*

Daarnaast gaf een respondent aan dat de transferverpleegkundigen wel eens te laat worden ingeschakeld, omdat de leerlingen en stagiaires niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid om al in een vroeg stadium de aanvraag in te dienen bij de transferverpleegkundigen.

*Transferverpleegkundigen*

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat de aanvragen te vroeg gedaan worden, als de patiënt nog medisch in behandeling is. De transferverpleegkundigen kunnen dan nog niet aan de slag met nazorg regelen. De aanvraag moet later worden gedaan, pas als de ontslagdatum binnen twee dagen is.

De transferverpleegkundigen gaven ook aan dat het tijd kost om de aanvragen bij te houden die te vroeg zijn aangevraagd. Zij moeten toch elke dag bekijken of het ontslag er al aan komt.

*“Het geeft extra werk in die zin, omdat je toch elke keer na moet kijken, na moet vragen, mag ik er al iets mee, kan ik er al iets mee.” #7*

De ontslagdatum in de aanvraag is volgens één respondent vaak niet reëel. Dit kwam mede doordat de aanvraag zo vroeg wordt gedaan. Daarnaast kan het beleid van de patiënt nog veranderen. Als de verpleegkundigen de aanvraag later zouden doen, kunnen de transferverpleegkundigen ook een betere beoordeling geven van hoe de patiënt naar huis zal gaan. Daarnaast merkte de respondent op dat er soms aanvragen werden gedaan voor patiënten, maar deze in het weekend gewoon zonder zorg naar huis gingen. In de aanvraag was dan wel tijd en moeite gestoken, wat de respondent heel vervelend vindt.

*“Nou, als jullie de aanmelding doen, staat er een ontslagdatum in. Ik weet wel dat jullie dat moeten doen, dus dat is nooit de reële afstand.” #4*

### 2.2.4 Anamnese

*Transferverpleegkundigen*

Alle transferverpleegkundigen gaven aan dat de anamnese beter door de verpleegkundigen afgenomen kan worden bij de patiënten. Hierdoor kan al veel informatie verzameld worden over de thuissituatie en gezondheid van de patiënt voorafgaand aan de ziekenhuisopname, waardoor de transferverpleegkundigen beter weten welke nazorg past bij de patiënt. Ook zou het tijd schelen. Hierbij is wel van belang dat de anamnese compleet is, zodat de transferverpleegkundigen niet zelf informatie moeten verzamelen bij verschillende partijen.

Volgens een respondent zou de doorstroming hier ook door verbeteren: “*Want jij zegt van he, wat is de primaire wens voor een goede doorstroming, als je in het begin van de keten weet van hoe de premobiliteit was en hoe iemand functioneerde, dan weet je waar je naartoe werkt.” #3*

Daarnaast gaf een transferverpleegkundige aan dat er een basislijn moet komen van wat de verpleegkundigen moeten uitvragen en wat de transferverpleegkundigen. Om hier afspraken over te maken zouden zij hierover in gesprek moeten gaan. Volgens respondent negen zouden de verpleegkundigen mogen uitvragen: “*de thuiszorg, dat je weet welke thuiszorg dat erin zit, hoe veel thuiszorg, hoe iemand thuis mobiliseerde.” #9*

*“En dan is het nog de vraag inderdaad van tot hoe ver ga je doorvragen, en is dat inderdaad, kan dat dan het beste door de verpleegkundige gedaan worden, of moet je daar dan toch een stukje extra deskundigheid voor hebben, maar daar is dan wat je met elkaar naar moet kijken.” #9*

Daarnaast vindt een respondent dat er een centrale opslagplaats moet komen voor de anamnese. Verschillende disciplines vragen elke keer bij een patiënt de anamnese uit, omdat zij niet in elkaars dossier kunnen kijken. Als dit op één plek zou komen te staan, zou dit voor de transferverpleegkundigen en verpleegkundigen ook schelen.

### 2.2.5 Rapportage verpleegkundigen

*Transferverpleegkundigen*

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat zij de oude rapportage van de verpleegkundigen missen. Sinds de verpleegkundigen zijn gaan rapporteren met de ABCDE-rapportage, is de rapportage “*incompleet naar ons toe”,* vinden de respondenten. De respondenten gaven aan dat zij het fijn zouden vinden als elke dienst gerapporteerd wordt of de patiënt nog materialen heeft, hoe de ADL ging bij de patiënt en hoe het mobiliseren gaat. Dit zou zoekwerk schelen voor de transferverpleegkundigen, zodat zij beter kunnen inschatten wat de situatie van de patiënt is en of hierin verbetering plaatsvindt.

*“En we missen nu ook jullie verslaglegging in de ADL-functie enzo, want dat zit er niet meer in, in de rapportage, dat kunnen wij niet meer zien. Dus dan moeten wij ervan uitgaan of iemand een katheter heeft, hoe de mobiliteit gaat.” #3*

## 2.3 Waardering

### 2.3.1 Respect voor elkaar

*Verpleegkundigen*

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat zij weten dat de transferverpleegkundigen het heel druk hebben en maar weinig personeel hebben momenteel. Eén respondent gaf aan dat er een uitbreiding zou moeten komen bij de transferverpleegkundigen om hen te ontlasten.

Daarnaast sprak de helft van de respondenten uit dat zij respect hebben voor de transferverpleegkundigen. De andere respondenten spraken dit niet direct uit. Eén respondent gaf aan dat diegene nog nooit afgesnauwd is door de transferverpleegkundigen. Ook gaf een respondent aan heel blij te zijn met de transferverpleegkundigen.

*“We snappen wat ze doen denk ik, ze respecteren ook wat iedereen doet en laat.” #2*

*Transferverpleegkundigen*

De transferverpleegkundigen vinden de relatie goed: *‘open en eerlijk’.* Een aantal respondenten merkt duidelijk respect van en naar de verpleegkundigen. Eén respondent merkt dat het respect naar elkaar steeds minder wordt. De respondent vindt dat er meer waardering moet komen, ook al hebben beide groepen het heel druk. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat er meer begrip mag komen voor elkaar.

*“De waardering voor hoe we allemaal in dit beroep zitten, dat wordt nu best wel overschaduwd met die enorme druk die iedereen ervaart. En dat is heel erg jammer.” #3*

### 2.3.2 Hiërarchie tussen transferverpleegkundigen en verpleegkundigen

*Verpleegkundigen*

Naast hiërarchie ervaren alle respondenten ook een gelijkwaardige relatie met de transferverpleegkundigen. Niemand zou zich meer of minder voelen. Eén respondent merkt wel dat er meer afstand ontstaat tussen beide groepen.

*Transferverpleegkundigen*

Ook de transferverpleegkundigen ervaren allemaal een gelijkwaardige relatie met de verpleegkundigen. De respondenten ervaren met de leerlingen en stagiaires wel een andere relatie.

*“De één is niet meer of minder, we zijn allemaal mensen. Kijk je merkt gewoon als het echt leerlingen zijn die net beginnen, dan ja, maar dat is logisch.” #4*

### 2.3.3 Vertrouwen

*Verpleegkundigen*

De respondenten gaven aan dat zij erop vertrouwen dat de transferverpleegkundigen goede zorg regelen voor de patiënten. Eén respondent heeft het gevoel dat er afstand bestaat tussen transferverpleegkundigen en verpleegkundigen, onder andere omdat de respondent de transferverpleegkundigen niet voldoende persoonlijk kent. Hierdoor durft één respondent niet alles te vragen aan de transferverpleegkundigen.

Een aantal verpleegkundigen gaf aan dat zij de transferverpleegkundigen persoonlijk hebben leren kennen, waardoor het vertrouwen toe is genomen.

*“Daarnaast vind ik het ook wel een vertrouwde relatie. Dit komt denk ik, omdat ik ze nu al een tijd ken.” #12*

Tevens werd gezegd dat het fijn is dat steeds vaker dezelfde transferverpleegkundigen langskomen op de afdeling, waardoor er een vast gezicht komt op de afdeling.

*“In de loop van de tijd leer je elkaar dan toch beter kennen en dan weet je wat je aan elkaar hebt.” #12*

*Transferverpleegkundigen*

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat zij vertrouwen voelen vanuit de verpleegkundigen op de afdeling. Eén respondent mist echter basaal vertrouwen. Als de verpleegkundigen een aanvraag doen en deze ligt bij de transferverpleegkundigen, dan zou er volgens de respondent meer vertrouwen mogen zijn dat de transferverpleegkundigen hun best doen om alles te regelen.

*“Als jij je werk doet en ik ga continu vragen hoe ver je bent en of het wel lukt, en dat het eigenlijk sneller moet, zou je dat gevoel ook krijgen.” #3*

Soms krijgt de respondent het gevoel dat de verpleegkundigen niet tevreden zijn met de interventie van de respondent. Als er meer ruimte en vertrouwen zou komen, zou volgens deze respondent de samenwerking ook gemakkelijker gaan.

*“En dan zie je in de rapportage ‘transfer nog steeds niet langsgeweest’ of ‘nog steeds geen oplossing en wacht nog steeds’, en dat geeft iedere keer het gevoel van ja… ze zijn niet tevreden met mijn interventie.” #3*

Alle vier de transferverpleegkundigen gaven aan dat zij het belangrijk vinden dat er een vast gezicht is op de afdeling. Als de verpleegkundigen de transferverpleegkundigen beter leren kennen, zou er een betere verbinding ontstaan en meer vertrouwen.

## 2.4 Communicatie

### 2.4.1 Communicatie in het half tien-moment

*Verpleegkundigen*

Slechts twee respondenten zijn tevreden over het verloop van het half tien-moment. De respondenten gaven aan dat het fijn is als de transferverpleegkundige hierbij aansluit, zodat er even een kort overlegmoment is met elkaar.

Daarnaast gaven respondenten aan dat het niet werkt of lastig is. Het is namelijk een stopmoment voor de verpleegkundigen, maar als de transferverpleegkundigen hierbij aansluiten, gaan de verpleegkundigen met hen in bespreking en komt het eigen stopmoment in het gedrang. Hoe het overlegmoment vroeger verliep, was volgens de respondenten fijner.

*“Toen ze vroeger gewoon… ’s morgens langskwamen ging dat beter vond ik, want dan kun je ook even rustig de patiënten bespreken en nu rond half tien dan wil je eigenlijk weer even snel door met de zorg.” #12*

Een aantal verpleegkundigen kon deze vraag niet beoordelen, omdat zij nog nooit de transferverpleegkundigen hebben gezien bij dit overleg. Hierdoor zou het volgens de respondenten ook niet werken. De transferverpleegkundigen zouden niet aansluiten, omdat zij te druk bezig zijn met hun eigen werk verwachten de respondenten.

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat zij het overlegmoment liever op een andere tijd hebben. De voorkeurstijden liepen uiteen tussen tien uur en twaalf uur. De meeste respondenten willen het liever zo vroeg mogelijk in de ochtend.

*Transferverpleegkundigen*

Op de vraag hoe de respondenten het half tien-moment ervaren, gaf één respondent aan dat dit goed werkt en het zinvol is. Eén respondent had geen mening over deze vraag. Volgens de andere respondent zou het perfect zijn als het half tien-moment goed verloopt. Het zou de transferverpleegkundigen tijd schelen, maar het moet dan wel van twee kanten komen.

*“Ik denk wel dat het zinvol iets is, als het maar niet over jullie werk gaat op dat moment dat ik erbij ben, want dat is voor mij niet zinvol, van hoe ver ben jij? Want daar heb ik niets aan.” #7*

Volgens één respondent zou het niet werken, omdat de verpleegkundigen niet klaarstaan. De respondent denkt dat het beter is dat er dan eerder of later aangesloten kan worden, nadat de verpleegkundigen hun praatje hebben gehouden.

*“Want half tien vind ik een prima tijd, maar dan moet het niet zo zijn dat als wij aankomen op de afdeling om half, en je iedereen bij elkaar moet trommelen.” #4*

De respondenten gaven aan dat het fijn is als de transferverpleegkundigen aansluiten op een vast moment, waarop alle verpleegkundigen bij elkaar zijn, omdat dit tijd scheelt met zoeken naar de juiste verpleegkundigen. Eén respondent lukte het niet om altijd om half tien aan te sluiten. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat het hen niet uitmaakt hoe laat, maar het liefst wel zo vroeg mogelijk in de ochtend.

*“Dan is het natuurlijk voor ons wel handig om dat zo vroeg mogelijk op de dag te weten, want dan kan je nog iets regelen.” #9*

### 2.4.2 Communicatie op de afdeling buiten het half tien-moment

*Verpleegkundigen*

De respondenten hebben doordeweeks dagelijks contact met de transferverpleegkundigen op de afdeling, behalve in de avond- en nachtdienst. Het contact verloopt volgens een respondent heel chaotisch, omdat de transferverpleegkundigen het druk hebben. Daarnaast gaf een respondent aan dat de transferverpleegkundigen soms al weg zijn voordat de respondent ze kan aanspreken. De respondent vindt dat de verpleegkundigen mondig moeten zijn, omdat de transferverpleegkundigen alleen vragen wat zij willen weten en dan weer snel weggaan. Tevens werd ook gezegd dat de respondenten het jammer vinden dat zij altijd klaar moeten staan voor de transferverpleegkundigen, want zij hebben het ook druk.

*“Je moet wel een beetje mondig zijn, wil je er ook nog wat eraan toe willen voegen.” #11*

De meerderheid van de verpleegkundigen vinden het contact op de afdeling wel fijn. De transferverpleegkundigen moeten ook op de afdeling blijven komen, omdat dit heel fijn is. Tevens durven de respondenten alles aan de transferverpleegkundigen te vragen als zij op de afdeling zijn, omdat de communicatie dan fijn verloopt. Eén respondent het juist het gevoel dat de transferverpleegkundigen alle tijd hebben op de afdeling.

*“Ik vind dat dat altijd wel fijn. Ik heb wel het gevoel dat ik dan alles kan vragen als ze op de afdeling zijn.” #5*

De minderheid van de respondenten vindt het voldoende als de transferverpleegkundigen één keer per dag langskomen. Een aantal respondenten vindt juist dat er meer persoonlijke contactmomenten moeten komen.

Tevens vindt een respondent dat de transferverpleegkundigen op andere tijden moeten komen, omdat zij nu vaak langskomen tijdens de drukke ochtendzorg. Daarnaast zou de respondent het ook fijn vinden als de transferverpleegkundigen langskomen tijdens de avonddienst.

*“Ik denk dat het goed zou zijn als ze één keer per dag langslopen minimaal en dat je dan gewoon even fatsoenlijk overlegt over iedereen die in die lijst staat.” #2*

*Transferverpleegkundigen*

Alle vier de respondenten gaven aan dat zij het persoonlijke contact met de verpleegkundigen als heel fijn ervaren. Eén respondent gaf aan soms wat structuur te missen, anders zou de communicatie nog beter zijn. De respondenten overleggen altijd met de oudste verpleegkundige van dienst, omdat dit het fijnste is.

Ook gaf een respondent aan wel eens langs te komen in de koffiepauze: *“Als het koffietijd is en ze zitten in de koffiekamer, dan ga ik toch even langs. Wij drinken geen koffie, dus wij gaan in onze koffietijd door.” #7*

Een andere transferverpleegkundige vond het vroeger heel fijn om langs te komen als alle verpleegkundigen samen in de teamruimte zaten te rapporteren.

Als de transferverpleegkundigen langskomen, zijn ze tijd kwijt met de juiste verpleegkundige zoeken. De respondenten vinden dit heel vervelend. Hierdoor gaven zij aan dat het fijn zou zijn als er een vast moment is voor de terugkoppeling. Daarnaast vindt een aantal respondenten het heel vervelend om de verpleegkundigen te storen tijdens de zorg.

### 2.4.3 Communicatie op andere momenten

*Verpleegkundigen*

De helft van de respondenten gaf aan dat het telefonische contact met de transferverpleegkundigen goed verloopt. Een paar respondenten vinden het moeilijk om de transferverpleegkundigen te bellen, omdat zij dan het gevoel hebben dat ze de transferverpleegkundigen storen. Eén respondent daarentegen vindt dat de transferverpleegkundigen heel lastig bereikbaar zijn. Dit zou opgelost kunnen worden door de transferverpleegkundigen ieder een eigen telefoon te geven. Andere respondenten gaven aan dat het lang duurt voordat ze de juiste transferverpleegkundige aan de lijn krijgen.

Daarnaast gaven respondenten aan dat zij het fijn zouden vinden als de transferverpleegkundigen bellen als de nazorg geregeld is. De respondenten zien dit anders pas laat in het systeem, terwijl er dan van alles geregeld had kunnen zijn.

Een aantal respondenten gaf aan dat zij meer contactmomenten zouden willen met de transferverpleegkundigen. Eén respondent gaf aan dat dit opgelost kan worden als de transferverpleegkundigen de rapportage bij zouden houden. Een paar respondenten zouden de transferverpleegkundigen ook graag in het weekend zien, want dit zou volgens hen leiden tot een betere doorstroming.

Ten slotte gaven twee respondenten aan dat zij meer multidisciplinaire overleggen (MDO’s) zouden willen, zodat de patiënten beter besproken kunnen worden.

*“En dan bij zo’n multidisciplinair overleg, als ze dat twee of drie keer in de week konden doen.” #11*

*Transferverpleegkundigen*

Eén respondent vindt dat het telefonische contact steeds beter verloopt. De verpleegkundigen bellen steeds minder, en dit vinden de transferverpleegkundigen fijn, want ze worden vaak gestoord door belletjes als ze in gesprek zijn met een patiënt. Daarnaast vindt een respondent het telefonische contact goed, hoewel soms wat warrig.

De meerderheid van de transferverpleegkundigen vindt de telefoontjes inderdaad heel storend en zou graag minder gebeld willen worden. De verpleegkundigen zouden namelijk vaak bellen over zaken die terug te vinden zijn in het systeem.

*“En telefoontjes van, hebben jullie nog niks gehoord… nou, ziekenhuis-breed, zodra wij iets weten dat iemand ergens naar toe kan, dan steken wij de vlag uit.” #3*

In het weekend werken was geen optie, volgens de respondent, omdat er personeelstekort is.

*“En dan zouden we wel in het weekend kunnen werken, maar we hebben al zo weinig personeel.” #4*

### 2.4.4 Communicatie tussen verpleging en patiënt

*Transferverpleegkundigen*

De situatie van de patiënten wordt volgens alle respondenten door de verpleegkundigen niet goed ingeschat.

*“Als iemand nog maar net uit bed kan, dat ze denken, die kan naar huis.” #4*

Ook zou de beleefwereld van de patiënt steeds meer op de achtergrond komen. Alles wordt steeds zakelijker gezien.

*“Minder tijd of minder oog daarvoor hebben. Niet allemaal, maar het wordt soms toch nog wel heel zakelijk gezien.” #3*

Volgens een aantal transferverpleegkundigen zouden de verpleegkundigen de patiënten ook steeds minder aandacht geven. De verpleegkundigen zouden te weinig tijd vrijmaken om met de patiënt in gesprek te gaan. De verpleegkundigen vragen niet meer uit waarom een patiënt iets niet kan of wil, maar vulden vaak in “*passief*”. De respondenten vinden dat er onbegrip is naar patiënten vanuit de verpleegkundigen, en dat er niet oplossend wordt gedacht. De prioriteiten liggen ergens anders, volgens de respondent.

Tevens werd ook gezegd dat de verpleegkundigen taken uit handen nemen van de patiënten, waardoor patiënten uiteindelijk met extra zorg naar huis moeten.

“*Maar dan denk ik, vooral bij oudere mensen, als ze die routine hebben moet je die routine vooral niet gaan onderbreken, want dan kunnen ze het straks niet meer.” #9*

### 2.4.5 Gemeenschappelijk vocabulaire

*Verpleegkundigen*

Alle acht de respondenten gaven aan dat zij de transferverpleegkundigen begrijpen. Mocht dit niet zo zijn, dan vragen drie respondenten dit na bij de transferverpleegkundigen. Eén respondent gaf aan dat de transferverpleegkundigen wel eens over de wetten praten. De respondent begrijpt dit niet altijd, maar bij navraag leggen de transferverpleegkundigen dit uit.

*“Mocht het niet zo zijn, dan ga ik er wel vanuit dat hun het vragen aan mij en andersom doe ik dat ook natuurlijk.” #10*

De meerderheid van de respondenten verwacht ook dat de transferverpleegkundigen de verpleegkundigen begrijpen. Eén respondent verwacht dat de transferverpleegkundigen niet altijd op de hoogte zijn van het vakjargon van de verpleegkundigen. Hierdoor neemt deze respondent langer de tijd om alles uit te leggen.

*Transferverpleegkundigen*

Alle respondenten gaven aan dat zij de verpleegkundigen begrijpen wat betreft de woordenschat, vanwege hun verpleegkundige achtergrond. Mochten de respondenten iets niet begrijpen, dan zouden de respondenten dit navragen bij de verpleegkundigen. Een paar respondenten gaven aan dingen op te zoeken op internet.

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat zij ook andersom verwacht dat de verpleegkundigen bekend zijn met de woordenschat van de transferverpleegkundigen.

### 2.4.6 Overdracht thuiszorg

*Transferverpleegkundigen*

Respondent negen gaf aan de overdrachten van de thuiszorg naar het ziekenhuis te missen. Hierdoor weten de verpleegkundigen en transferverpleegkundigen niet hoe de patiënt functioneerde voor de ziekenhuisopname. Dit heeft volgens respondent negen gevolgen voor de doorstroom van patiënten.

‘‘*Ik denk dat, als je dat aan het begin van de opname al duidelijk hebt… en je gaat daar verder je proces op participeren, dan denk ik dat je daar nog wel winst kan halen.’’* #9

### 2.4.7 Ontslagdatum bekendmaken

*Verpleegkundigen*

De meerderheid van de verpleegkundigen gaf aan dat de streefontslagdatum onduidelijk is. De artsen zouden deze streefontslagdatum niet duidelijk bekendmaken. Als dit wel zou gebeuren, gaven een aantal respondenten aan dat de transferverpleegkundigen hier dan eerder mee aan de slag kunnen gaan. Chirurgen zouden de ontslagdatum ook wel eens te vroeg of te laat aangeven.

*“Het is bij ons op de afdeling heel onduidelijk wat de streefdatum is. We hebben sinds kort nou van die ontslagborden en die proberen we te gebruiken, maar heel vaak is het niet duidelijk welk streven de artsen hebben, waardoor het voor de transferverpleegkundige ook heel moeilijk is om aan de slag te gaan om de nazorg te gaan regelen.” #2*

Een aantal respondenten gaf aan dat dit zou opgelost kunnen worden door meer MDO’s, waarbij de ontslagdatum beter besproken kan worden.

*“Als het MDO dan vaker zou zijn, zou ook vaker overlegd kunnen worden naar welke datum we streven. Eén keer in de week is gewoon heel weinig, want in één week tijd veranderen de patiënten heel veel.” #11*

Daarnaast vinden de respondenten dat de chirurgen meer de tijd moeten nemen voor de visite, waardoor de ontslagdata ook beter besproken kunnen worden.

*‘‘Ik denk door tijdens de visite elke dag beter te bespreken hoe het zit met de ontslagdatum, of dat het ontslag al in zicht komt.” #12*

Eén respondent gaf aan dat de artsen heel onduidelijk zijn in de naslag of de patiënt naar huis mag, zodra de zorg geregeld is, of dat alleen de zorg geregeld mag gaan worden.

*“Wat ik zelf ook wel eens vaag vind is dat ze dan in de naslag zetten ‘ontslag in gang zetten’. Maar betekent dat dan ook dat als in principe alles is geregeld, dat iemand dan ook naar huis mag, of is het zo van, schakel de transferverpleegkundige alvast maar in?” #5*

*Transferverpleegkundigen*

Respondent negen is de enige die dit onderwerp aan bod liet komen tijdens de interviews. De respondent vindt dat er al een hele verbetering heeft plaatsgevonden, sinds de witte borden met de verwachte ontslagdatum er zijn. Hierdoor weten de transferverpleegkundigen naar welke ontslagdatum zij toe moeten werken. De respondent gaf aan dat het nog steeds onduidelijk is. Dit zou beter gecommuniceerd moeten worden met de arts.

### 2.4.8 Communicatie met artsen

*Verpleegkundigen*

De respondenten vinden dat de communicatie met de arts op verschillende punten nog verbeterd kan worden. De respondenten gaven aan dat de artsen rond vijf uur niets meer regelen wat betreft het ontslag. Dat wordt dan uitgesteld tot de volgende ochtend. Doordat de artsen haast hebben in de ochtend, wordt de visite heel snel doorlopen. Hierdoor kan niet goed de ontslagdatum van de patiënt besproken worden. Een respondent gaf aan dat de arts in de naslag duidelijk mag wegzetten wanneer de patiënt ongeveer met ontslag mag, zodat de transferverpleegkundigen hier eerder mee aan de slag kunnen.

*“Want naar mijn idee moet de chirurg gewoon zeggen van hee, transfer inzetten en dan met ontslag, en dan kan de transferverpleegkundige het precies in gang zetten. Maar soms zie je ook dat het andersom gewenst is, en dat vind ik een beetje vaag.” #5*

Daarnaast gaf de meerderheid van de verpleegkundigen aan dat er te weinig MDO’s plaatsvinden. De respondenten zouden dit graag twee of drie keer in de week willen doen, zodat de patiënten beter besproken kunnen worden.

*Transferverpleegkundigen*

De verpleegkundigen zouden verkeerde informatie terugkoppelen over de aanvraag van de patiënt, volgens een respondent. Als de verpleegkundigen wel de juiste informatie zouden terugkoppelen, zou dit telefoontjes schelen. De respondent vindt ook dat de verpleegkundigen de artsen meer op de hoogte moeten houden van de aanvraag.

Daarnaast voelen de transferverpleegkundigen zich niet altijd verdedigd door de verpleegkundigen, omdat deze niet tegen het bevel van de arts in durven te gaan. Verpleegkundigen zien soms in dat een patiënt niet naar huis kan, maar omdat de arts eist dat de patiënt naar huis moet, gaan de verpleegkundigen hierin mee. Volgens de respondent zou dit zorgen voor “*meer heropnames”*.

*“Soms denk ik van ja, wordt het probleem bij ons weggelegd, omdat de dokter heeft gezegd ‘mevrouw moet naar huis’, terwijl jij de hele dag voor die mevrouw zorgt, dan zie jij dat het niet kan, dus dan is dat toch een goed moment, in de visite, in de interactie met de arts, om dat te zeggen.” #3*

Ook gaf één respondent aan dat de artsen de revalidatiedoelen niet goed beschrijven, waardoor de transferverpleegkundigen erachteraan moeten, wat extra tijd kost.

Daarnaast zou de arts in de naslag zetten dat de zorg geregeld was, als dat niet het geval was, en “*dat irriteert me nogal soms*”. Blijkbaar wordt soms verkeerde informatie doorgegeven aan de arts, volgens respondent zeven.

De artsen leggen een grote druk bij de transferverpleegkundigen, volgens een respondent. Artsen geven te vroeg door dat patiënten naar huis mogen, maar op het moment dat dit is geregeld, blijkt de patiënt toch niet naar huis te kunnen. Dit leidt tot het onnodig bezet houden van bedden bij instellingen.

*‘’De artsen ook denken van, ja, meld maar alvast aan, want er is toch een wachttijd.” #7*

# 3. Discussie

*In dit hoofdstuk wordt kritisch gereflecteerd op het onderzoek. Als eerste is gereflecteerd op de resultaten en vervolgens op de methode.*

## 3.1 Kritische reflectie op de resultaten

In dit onderzoek is gekeken naar de beïnvloedende factoren in de samenwerking tussen de transferverpleegkundigen en verpleegkundigen. Uit de interviews komt naar voren dat de waardering voor elkaar goed is en dat er over het algemeen een gemeenschappelijk vocabulaire is. Uit onderzoek blijkt dat dit een aantal voorwaardes zijn om samenwerking te laten plaatsvinden (Cheryl, 2018; Hammelburg et al., 2014; Reeves et al., 2017). Eén transferverpleegkundige gaf aan dat het vertrouwen wel minder leek te worden, omdat de verpleegkundigen het lang vinden duren voordat het ontslag geregeld is. Dit kan voortkomen uit kennistekort over elkaars taken. Tijdens het onderzoek komt dit ook duidelijk naar voren. De transferverpleegkundigen hebben het gevoel dat zij wel op de hoogte zijn van de werkzaamheden van de verpleegkundigen, maar andersom niet. Een aantal verpleegkundigen gaf aan dat zij dit ook merken. Uit onderzoek blijkt dat dit een factor is voor belemmeringen in het ontslag, wat gevolgen kan hebben voor de patiëntendoorstroom (Pinelli et al., 2017). Het lijkt erop dat deze kennis ontbreekt door te weinig contactmomenten met elkaar. Een aantal respondenten gaf dit ook aan.

Daarnaast komt in de interviews ook naar voren dat het half tien-moment op een ander moment moet plaatsvinden, omdat de transferverpleegkundigen nu aansluiten bij een overlegmoment van de verpleegkundigen. De transferverpleegkundigen willen snel alle patiënten bespreken, maar doordat de verpleegkundigen eerst overleggen, moeten de transferverpleegkundigen wachten. Vaak zijn de verpleegkundigen ook nog bezig met de ochtendzorg, waardoor zij ook snel aan de slag willen. Als dit overlegmoment op een later tijdstip plaatsvindt, zal er waarschijnlijk minder haast zijn. De transferverpleegkundigen willen dit graag op een vast tijdstip.

Uit dit onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen kennis te kort komen van het systeem. Uit onderzoek van Pinelli et al. (2017) blijkt dat dit een beïnvloedende factor is tijdens de samenwerking. Het is opvallend dat de transferverpleegkundigen aangeven dat de verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van hun rapportages, terwijl de verpleegkundigen aangeven dat de rapportages van de transferverpleegkundigen heel onduidelijk zijn. Volgens de verpleegkundigen moet in de rapportage van de transferverpleegkundigen ook de informatie komen te staan die besproken is op de afdeling. De verpleegkundigen zijn bereid om dit te rapporteren. Uit het onderzoek van Pinelli et al. (2017) komt ook naar voren dat de verpleegkundigen onjuiste informatie doorgeven aan de transferverpleegkundigen, wat gevolgen kan hebben voor de patiëntendoorstroom. Als de verpleegkundigen kunnen rapporteren in de rapportage van de transferverpleegkundigen, kunnen andere verpleegkundigen opmerken wanneer een verpleegkundige verkeerde informatie heeft doorgegeven. Het ontslagproces en de patiëntendoorstroom worden versneld als de communicatie en samenwerking tussen verschillende disciplines verbetert (Block et al., 2014; Hammelburg et al., 2014; Johnson et al., 2012).

Overigens gaven de transferverpleegkundigen ook aan dat zij het gevoel hebben dat de verpleegkundigen niet van tevoren in gesprek gaan met de patiënten, voordat zij een aanvraag doen. Hierdoor is de patiënt soms niet op de hoogte van de aanvraag, maar ook staat er verkeerde informatie over de patiënt in de aanvraag. Als de aanvraag eerst goed wordt doorgesproken met de patiënt, kan goed ingevuld worden hoe de situatie van de patiënt eerder was en hoe het er nu voor staat. Dit geldt ook voor de anamnese. Uit onderzoek blijkt dat het doorgeven van verkeerde voorkeuren van de patiënt met aanbevelingen aan de transferverpleegkundigen ook een belemmering is tijdens het ontslag (Pinelli et al., 2017). Eén verpleegkundige gaf aan dat dezelfde gegevens ingevuld moeten worden bij de anamnese en digitale aanvraag. Dit kan een reden zijn waarom de aanvragen niet goed worden ingevuld. Andere respondenten gaven aan dat verkeerde informatie werd ingevuld door tijdsdruk of doordat de verpleegkundigen de vragen te uitgebreid vinden. Het lijkt erop dat de verpleegkundigen niet voldoende op de hoogte zijn van de aanvragen en de reden waarom alle informatie ingevuld moet worden.

Het is opvallend dat de verpleegkundigen een andere mening hebben wat betreft het tijdstip van de aanvraag als de transferverpleegkundigen. De verpleegkundigen doen de aanvragen voor de nazorg zo vroeg mogelijk, omdat zij verwachten dat dit voor de transferverpleegkundigen fijn is. De transferverpleegkundigen geven echter aan dat dit helemaal niet fijn is, omdat zij dan alle patiënten bij moeten houden. Hier is gebrek aan kennis over elkaars taken. Daarnaast is het ook opvallend dat het beste tijdstip nooit is besproken naar elkaar. Dit geldt ook voor de anamnese en de digitale aanvragen. Dit kan komen, omdat de verpleegkundigen elkaar niet durven aan te spreken. Uit een onderzoek over management en leiderschap blijkt dat er meerdere factoren zijn waarom personen elkaar niet durven aan te spreken. Dit kan komen doordat zij niet weten hoe ze iemand moeten aanspreken, bang zijn wat anderen van hen denken, iemand niet willen afvallen of denken dat het niet het juiste moment is (MT, 2017). In dit onderzoek is niet naar voren gekomen waarom respondenten elkaar hier niet over (durven) aan te spreken.

De transferverpleegkundigen lijken minder tevreden te zijn met de samenwerking dan de verpleegkundigen. Dit is niet letterlijk benoemd in de interviews, maar de transferverpleegkundigen noemen wel meer verbeterpunten. Dit kan komen doordat de transferverpleegkundigen het werk van de verpleegkundigen overnemen wat betreft het ontslag. Als de verpleegkundigen dit niet goed overdragen, is het voor de transferverpleegkundigen lastig om dit over te nemen en kost het tijd.

Tijdens het afnemen van de interviews zijn ook demografische gegevens gevraagd aan de respondenten. Het lijkt erop dat de verpleegkundigen die al langer werkzaam zijn op de afdeling, een betere en vertrouwde band hebben met de transferverpleegkundigen, waardoor zij ook beter op de hoogte zijn van de taken van de transferverpleegkundigen. Hierdoor weten zij wat van hen verwacht wordt in de digitale transferaanvraag en de anamnese. Dit kan mogelijk komen doordat zij in de afgelopen jaren vaak contact hebben gehad met elkaar, waarin ook is besproken wat minder goed verliep op de afdeling. Volgens Schouten en Nelissen (2017) blijkt dat als verpleegkundigen elkaar beter leren kennen, er ook meer begrip voor elkaar komt en een betere samenwerking.

In de literatuurstudie, vooraf aan het onderzoek, werd niets gevonden over het bekendmaken van de (streef)ontslagdatum. In dit onderzoek kwam naar voren dat de datum niet goed bekend wordt gemaakt door de artsen, waardoor de transferverpleegkundigen niet op de hoogte zijn van het moment waarop zij de nazorg kunnen gaan regelen. Als dit wel bekend is, koppelen de verpleegkundigen dit ook niet altijd terug naar de transferverpleegkundigen. Uit onderzoek blijkt dat als de ontslagdatum beter bekend gemaakt wordt naar zowel de verpleegkundigen als de patiënt en de familie, de doorstroom van de patiënten versnelt en patiënten eerder met ontslag gaan (Rohatgi, Kane, Winget, Haji-Sheikhi, & Ahuja, 2018). Daarnaast gaven de verpleegkundigen en transferverpleegkundigen aan dat er belemmeringen zijn in de communicatie met de artsen. Uit onderzoek blijkt dat het ontslag van een patiënt beter verloopt als de artsen een ontslagoverzicht voor zichzelf hebben, meer communicatie is met de verpleegkundigen, en meer teamcommunicatie en een actievere samenwerking (Meade et al., 2016). Op de afdeling vaatchirurgie lijken deze factoren niet aanwezig te zijn, wat ervoor kan zorgen dat er belemmeringen in het ontslag en de patiëntendoorstroom plaatsvinden.

Ten slotte gaven twee transferverpleegkundigen aan dat zij de overdracht missen van de thuiszorg naar het ziekenhuis toe. Hierdoor zijn de verpleegkundigen en transferverpleegkundigen meer tijd kwijt met de anamnese afnemen. Dit heeft volgens de transferverpleegkundigen ook gevolgen voor de snelheid van de patiëntendoorstroom. Als de thuissituatie van de patiënt voor de opname bekend is bij beide partijen, hoeven de transferverpleegkundigen de informatie niet meer te achterhalen. Hierdoor zijn de doelen van de patiënt ook duidelijker. De transferverpleegkundigen proberen al jaren de overdrachten te krijgen van de thuiszorgorganisaties, maar deze blijken niet mee te werken. Dit kan komen doordat thuiszorgorganisaties dat nooit hebben gedaan, en dit dus niet in hun systeem zit.

## 3.2 Kritische reflectie op de methode

Voorafgaand aan het onderzoek was besloten welke respondenten geïnterviewd werden. Alle transferverpleegkundigen zouden geïnterviewd worden, maar wegens plotselinge langdurige ziekte van één transferverpleegkundige kon dit interview helaas niet doorgaan. Deze transferverpleegkundige stond vaker op de afdeling vaatchirurgie, waardoor verwacht werd dat de transferverpleegkundige een meerwaarde had voor het onderzoek. Hierdoor kan informatie ontbreken in het onderzoek. Helaas kon deze informatie niet op een andere manier achterhaald worden. Hierdoor zijn maar vier interviews gehouden met de transferverpleegkundigen. Vooraf werd vastgesteld dat er doorgegaan zou worden met het afnemen van interviews tot de datasaturatie was bereikt. De datasaturatie onder de transferverpleegkundigen is bereikt, maar bij de verpleegkundigen was dit niet mogelijk vanwege tijdgebrek. Slechts 66,7% van de verpleegkundigen in de onderzoekspopulatie is geïnterviewd. Het geplande controle-interview heeft niet meer kunnen plaatsvinden door tijdgebrek.

Om de geloofwaardigheid van de geanalyseerde interviews te vergroten is er gebruikgemaakt van membercheck. Bij elk interview is per topic een samenvatting gemaakt. Deze samenvattingen zijn via de mail verstuurd naar de respondenten. Hierbij is de vraag gesteld of alle respondenten de samenvatting wilden doorlezen om te kijken of het aansloot bij hun interpretatie. Daarnaast werd gevraagd of de respondenten wilden reageren op de mail of de samenvatting klopte, of dat er aanpassingen gedaan moesten worden. Alle respondenten hebben de samenvattingen doorgelezen en gereageerd via de mail. Drie respondenten gaven een kleine aanpassing aan, die werd verwerkt in de samenvattingen. Dit zorgt voor een grotere geloofwaardigheid en verifieerbaarheid van het onderzoek, omdat alle respondenten hun samenvattingen hebben gecontroleerd op juistheid.

Om te voorkomen dat vertekening plaatsvond van gegevens, is er gebruik gemaakt van peerreview. In het begin is de topiclijst, die is voortgekomen uit de literatuur, voorgelegd aan de leden van de peergroep en aan een expert. Deze expert is deskundig op het gebied van onderzoeken, waardoor de expert onafhankelijk de topiclijst, de interviews en de analyses kon beoordelen. Na het doornemen van deze topiclijst zijn een tweetal voorbeeldvragen bijgesteld, omdat dit suggestieve vragen waren. Voor het analyseren van de interviews is tevens gebruik gemaakt van de peerreview. Eén lid van de peergroep heeft een interview geanalyseerd om de methode van de analyse te vergelijken. Nadat dit interview geanalyseerd was, is consensus bereikt over de analyse van het interview. Daarnaast zijn alle interviews door een expert nagekeken om te zien of deze op de juiste wijze waren geanalyseerd. Af en toe was hier een discussie over, maar uiteindelijk is ook hierover consensus bereikt. De topiclijst is tijdens het analyseren meerdere malen veranderd, waarna de topiclijst uiteindelijk beter aansloot bij de interviews. Deze nieuwe topiclijst is ook besproken met de expert. Doordat meerdere malen gebruik gemaakt is van peerreview van de peergroep en de expert, zijn de geloofwaardigheid en verifieerbaarheid vergroot. De plausibiliteit is vergroot doordat de volledige transcripten van de interviews in de bijlage 3 zijn toegevoegd.

Tijdens het transcriberen van het interview viel op dat, vooral bij de eerder afgenomen interviews, niet genoeg doorgevraagd was op de antwoorden van de respondenten. Ook werden soms suggestieve vragen gesteld. Nadat elk interview was afgenomen, werd het teruggeluisterd om te kijken waar verbeterpunten in zaten, die meegenomen werden in de volgende interviews. De suggestieve vragen zijn weggelaten bij het analyseren van de interviews om de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten.

Bij een zestal interviews zijn niet alle topics aan bod gekomen. Dit komt onder andere doordat bij de latere interviews nieuwe topics zijn ontwikkeld, waardoor deze topics eerder niet besproken zijn. Daarnaast is bij een drietal interviews één topic niet aan bod gekomen. Tijdens het interview kon niet specifiek naar de topic gevraagd worden, want dat had kunnen zorgen voor een gestuurd antwoord van de respondent. Om deze reden is dat niet gedaan, om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken.

Alle interviews zijn in een afgesloten ruimte gehouden, waardoor de respondenten zich vrijer voelden om te antwoorden. Tijdens het afnemen van de interviews werd bij twee interviews gestoord. Dit kan gevolgen hebben voor het vervolg van het interview. Het kan zijn dat hierdoor belangrijke informatie is weggebleven.

De meeste interviews werden tijdens werktijd gehouden. Door de drukte op het werk waren de respondenten soms wat gehaast om te antwoorden. De respondent wilt dan zo snel mogelijk weer aan het werk. Dit kan zorgen voor vertekening van het onderzoek en de antwoorden die de respondenten gaven.

Dit onderzoek had niet het doel om de resultaten te verplaatsen naar andere afdelingen. De respondenten betroffen een selectieve groep, waarvan de verpleegkundigen alleen werkzaam zijn op de afdeling vaatchirurgie. De transferverpleegkundigen zijn werkzaam op alle afdeling binnen het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. De topiclijst is verplaatsbaar naar een andere setting, mits daar transferverpleegkundigen langskomen en daar de topics voorkomen die hier beschreven zijn. De transferverpleegkundigen gaven aan tijdens het onderzoek dat de genoemde belemmeringen gelden voor alle afdelingen. Binnen de ene afdeling zal de een bepaalde factor meer invloed hebben als een andere. Voordat hier uitspraken over gedaan kunnen worden, moet nader onderzoek plaatsvinden op de afdeling.

# 4. Conclusie

*In dit hoofdstuk wordt de conclusie van het onderzoek beschreven door antwoord te geven op de onderzoeksvraag, aan de hand van de analyse van alle verzamelde data gedurende het praktijkonderzoek.*

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: “Welke factoren beïnvloeden de samenwerking tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen omtrent het ontslag van een patiënt op de afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom?”

Op basis van de onderzoeksresultaten kan geconcludeerd worden dat in de samenwerking tussen de verpleegkundigen en transferverpleegkundigen verschillende beïnvloedende factoren zijn. Op verschillende gebieden is te weinig kennis. De verpleegkundigen zijn niet goed op de hoogte van de werkzaamheden van de transferverpleegkundigen, wat leidt tot onbegrip als een patiënt lang moet wachten tot nazorg geregeld is. Daarnaast is er ook kennistekort over het systeem. De digitale aanvragen worden te vroeg gedaan. Samen met de anamneses worden deze bovendien onvolledig ingevuld voor de transferverpleegkundigen. Ook de rapportages van zowel de verpleegkundigen als de transferverpleegkundigen zijn onvolledig. De verpleegkundigen missen in de rapportage van de transferverpleegkundigen hoe ver de aanvraag is. Ook willen de verpleegkundigen in deze rapportages de persoonlijke communicatie op de afdeling met de transferverpleegkundigen kunnen teruglezen. De transferverpleegkundigen missen in de rapportages van de verpleegkundigen of de patiënt nog materialen heeft, hoe de ADL van de patiënt verloopt en hoe de patiënt mobiliseert. Dit scheelt voor beide groepen zoekwerk en telefonisch contact.

Bij de communicatie zijn ook verschillende beïnvloedende factoren. Het communicatiemoment op de afdeling vindt plaats op een verkeerd tijdstip. Dit communicatiemoment komt later in de ochtend beter uit voor de verpleegkundigen. Volgens de transferverpleegkundigen is het fijn als dit een vast moment wordt, waarbij de verpleegkundigen die visite hebben gelopen bij elkaar staan, zodat dit zoekwerk en tijd scheelt voor de transferverpleegkundigen. De meerderheid van de verpleegkundigen wil dat de transferverpleegkundigen ook langskomen in de avonddienst, zodat deze verpleegkundigen ook op de hoogte zijn van de aanvraag. Tijdens het contactmoment missen de verpleegkundigen de terugkoppeling van de transferverpleegkundigen over hoe de aanvraag er voorstaat en of de nazorg al geregeld is. Volgens de transferverpleegkundigen dragen de verpleegkundigen niet over wanneer een patiënt naar huis mag en vergeten zij daarnaast om bijzonderheden over te dragen. Ook wordt er wel eens verkeerde informatie overgedragen aan de transferverpleegkundigen.

De communicatie met de artsen kan verbeterd worden. De artsen maken de (streef)ontslagdata niet op tijd bekend. Daarnaast blijken de artsen niet altijd mee te werken aan het ontslag, nadat de visite ’s ochtends is gelopen. Dit wordt vaak uitgesteld tot de volgende ochtend.

# 5. Aanbevelingen

*In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan naar aanleiding van de resultaten en de conclusie die uit dit onderzoek zijn gekomen. Deze aanbevelingen worden gedaan op micro-, meso- en macroniveau.*

De aanbevelingen zijn:

* Binnen één maand wordt een klinische les gegeven over de resultaten van het onderzoek op de afdeling vaatchirurgie voor de verpleegkundigen en transferverpleegkundigen. Hierdoor worden zij zich bewust van de factoren die de samenwerking beïnvloeden en hoe deze verbeterd kan worden. De klinische les sluit aan bij een teamvergadering, waardoor verpleegkundigen niet speciaal terug hoeven te komen voor de klinische les.
* De transferverpleegkundigen komen binnen twee maanden een klinische les geven op de afdeling wat betreft hun taken en rollen. Hierbij kunnen zij aangeven wat zij missen in de digitale aanvraag en op welk moment deze gedaan moet worden. Daarnaast wordt toegelicht op welke punten de aanvraag en anamnese beter ingevuld moeten worden. De teamleider bespreekt met de transferverpleegkundigen op welke datum dit uitkomt. De klinische les sluit aan bij een teamvergadering, waardoor verpleegkundigen niet speciaal terug hoeven te komen voor de klinische les.
* Het half tien-moment op de afdeling vaatchirurgie wordt binnen één maand verplaatst naar elf uur. Hierbij hoeven alleen de verpleegkundigen die visite hebben gelopen aanwezig te zijn voor een kort overlegmoment met de transferverpleegkundigen.
* De (streef)ontslagdatum moet eerder bekend gemaakt worden door de artsen. Dit kan verbeterd worden door een extra multidisciplinair overleg te houden, op bijvoorbeeld een donderdag. Hierbij moet één chirurg, één transferverpleegkundige, één fysiotherapeut en de verpleegkundigen die viste hebben gedaan aanwezig zijn.
* In de eerstvolgende nieuwsbrief komt te staan dat de verpleegkundigen van de dagdienst in de ABCDE-rapportage elke dag rapporteren of de patiënt nog materialen heeft, hoe de ADL is gegaan en hoe het mobiliseren gaat. Hierdoor is het voor de transferverpleegkundigen duidelijker hoe de situatie van de patiënt op dat moment is. Het stuk tekst voor de nieuwsbrief wordt gemaakt vanuit dit onderzoek door diegene die het onderzoek heeft uitgevoerd en opgestuurd naar de teamleider, waarna zij deze in de nieuwsbrief toevoegt.
* Via HiX moet binnen drie maanden een functie ingeschakeld worden waarin de verpleegkundigen ook via transfer/nazorg kunnen rapporteren. Hierdoor wordt bijgehouden wat in het overleg met de transferverpleegkundigen is besproken, waardoor alle verpleegkundigen op de hoogte zijn van de aanvraag van de patiënt. Ook kunnen fouten hierdoor eerder opgespoord worden.
* Een hbo-verpleegkundige moet in de eerste weken van de nieuwe collega’s, leerlingen en stagiaires uitleg geven over de transferverpleegkundigen, de digitale aanvraag, de anamnese en het kopje transfer/nazorg. Binnen één maand wordt hier een vaste verpleegkundige voor aangewezen. Deze verpleegkundige wordt het aanspreekpunt voor zowel de verpleegkundigen als de transferverpleegkundigen, waardoor de belemmeringen doorgegeven en opgepakt kunnen worden.

Vervolgonderzoek

* Aanbevolen wordt om een vervolgonderzoek uit te voeren op de afdeling vaatchirurgie van het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom. Dit vervolgonderzoek zal gaan over de samenwerking tussen de verpleegkundigen en de chirurgen. In dit onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen aangeven dat de samenwerking met de chirurgen nog niet goed verloopt wat betreft het ontslag van de patiënt. Omdat de arts ook te maken heeft met doorstroom van de patiënten, is het zinvol om hier onderzoek naar te doen.
* Tevens wordt aanbevolen om een vervolgonderzoek uit te voeren op de afdeling vaatchirurgie van het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom over de ontslagchecklist. De verpleegkundigen zijn hier niet tevreden over en vullen deze ook niet in. Door onderzoek te doen over de ontslagchecklist kan achterhaald worden wat niet goed is aan de ontslagchecklist en waarom deze niet wordt ingevuld.
* Daarnaast wordt aanbevolen om onderzoek te doen over de overdrachten van de thuiszorgorganisaties. In dit onderzoek lieten de transferverpleegkundigen blijken dat zij de overdracht missen van de thuiszorg. Hierdoor zijn zowel de verpleegkundigen als de transferverpleegkundigen niet op de hoogte van de thuissituatie van de patiënt voorafgaand aan de opname.
* De transferverpleegkundigen gaven aan tijdens dit onderzoek dat de verpleegkundigen niet voldoende aandacht geven aan de patiënten en hun beleefwereld. In het vervolgonderzoek kan hier onderzoek naar gedaan worden op de afdeling vaatchirurgie in het Bravis ziekenhuis te Bergen op Zoom om te achterhalen hoe de patiënten en verpleegkundigen dit ervaren.

# Literatuurlijst

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo: Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Geraadpleegd op 19 februari 2019, van [https://www.vereniginghogescholen.nl/‌system/knowledge\_base/attachments/](https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/206/original/Gedragscode_praktijkgericht_onderzoek_voor_het_hbo.pdf?1439885871)‌[files/000/000/206/original/Gedragscode\_praktijkgericht\_onderzoek\_voor\_het\_hbo.pdf?143](https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/206/original/Gedragscode_praktijkgericht_onderzoek_voor_het_hbo.pdf?1439885871) [9885871](https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/206/original/Gedragscode_praktijkgericht_onderzoek_voor_het_hbo.pdf?1439885871)

Block, L., Morgan-Gouveia, M., Levine, R. B., & Cayea, D. (2014). We could have done a better job: A qualitative study of medical student reflections on safe hospital discharge. *Journal of the American Geriatrics Society, 62*(6), 47-54. <https://doi.org/10.1111/jgs.12783>

Blumenthal, J. A., Sherwood. A., Babyak, M. A., Watkins, L. L., Smith, P. J., Hoffman, B. M., . . .

Hinderliter, A. L. (2012). Exercise and pharmacological treatment of depressive symptoms in patients with coronary heart disease: Results from the UPBEAT (Understanding the Prognostic Benefits of Exercise and Antidepressant Therapy) study. *Journal of the American College of Cardiology, 60*(12), 53-63. [https://doi.org/‌‌‌10.1016/j.jacc.2012.04.040](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.04.040)

Bravis ziekenhuis. (z.d.). *Beleidsplan 2019-2021*. Geraadpleegd op 11 februari 2019, van [https://](https://www.bravisziekenhuis.nl/files/upload/540/beleidsplan-2019-2021-verkorte-versie-def.pdf) [www.bravisziekenhuis.nl/files/upload/540/beleidsplan-2019-2021-verkorte-versie-def.pdf](https://www.bravisziekenhuis.nl/files/upload/540/beleidsplan-2019-2021-verkorte-versie-def.pdf)

Buurman, B. M., Parlevliet, J. L., & De Rooij, S. E. (2013). De transmurale zorgbrug: Bruggen slaan voor innovatieve ouderenzorg. *Bijblijven, 29*(4), 26-32. <https://doi.org/10.1007/s12414-013-0041-y>

Castles, A., Bailey, C. A., Gates, B., & Sooben, R. (2012). Role of liaison nurses in improving communication. *Learning Disability Practice, 15*(9), 16-19. <http://doi.org/>10.7748/‌ldp2012.11.15.9.16.c9379

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011, 18 augustus). Govinfo. In *Federal register: Department of Health and Human Services*. Geraadpleegd op 6 februari 2019, van [https://‌www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2011-08-18/pdf/2011-19719.pdf](https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2011-08-18/pdf/2011-19719.pdf)

Cheryl, E. (2018). Conceptualizing collaboration in nursing. *Nursing Forum, 53*(4), 567-573. [https://‌doi.org/10.1111/nuf.12287](https://doi.org/10.1111/nuf.12287)

Cox, K., De Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (Reds.). (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Methodiek en toepassing* (3e druk). Den Haag: Boom Lemma.

De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2015).

*Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs* (5e druk). Amsterdam: Reed Business Education.

Doorewaard, H., Kil, A., & Van de Ven, A. (2015). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek: Een praktische handleiding* (1e druk). Amsterdam: Boom Lemma.

Goldman, J., Reeves, S., Wu, R., Silver, I., MacMillan, K., & Kitto, S. (2015). Medical Residents and Interprofessional Interactions in Discharge: An Ethnographic Exploration of Factors That Affect Negotiation. *Journal of General Internal Medicine, 30*(10), 54-60. [https://‌doi.org‌/10.1007/s11606-015-3306-6](https://doi.org/10.1007/s11606-015-3306-6)

Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N. (Reds.). (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*. [doi:10.1007/978-90-313-9973-4](https://doi.org/10.1007/978-90-313-9973-4)

Informatie Langdurige Zorg. (2018, 19 oktober). *Langdurige zorg: vanuit de Wlz, Wmo of Zvw?*

Geraadpleegd op 17 maart 2019, van <https://www.informatielangdurigezorg.nl‌‌‌/> [volwassenen‌‌/wmo-zvw-wlz](https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo-zvw-wlz)

Johnson, M., Sensei, L., & Capasso, V. (2012). Improving patient flow through a better discharge process. *Journal of Healthcare Management*, *57*(2), 89-93. Geraadpleegdop 14 februari 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.avans.nl/pubmed/22530290>

Lokkerbol, J., Van Splunteren, P., Conijn, B., & Smit, F. (2012). *Versterken van mentaal kapitaal in*

*de gemeente.* Geraadpleegd op 19 maart 2019, van [https://www.trimbos.nl/docs/6b787c6a-](https://www.trimbos.nl/docs/6b787c6a-677f-42ab-a34d-6d9369ee12fc.pdf) [677f-42ab-a34d-6d9369ee12fc.pdf](https://www.trimbos.nl/docs/6b787c6a-677f-42ab-a34d-6d9369ee12fc.pdf)

Meade, L. B., Suddarth, K. H., Jones, R. R., Zaas, A. K., Albanese, T., Yamazaki, K., & O’Malley, C. W.   
(2016). Patients, Nurses, and Physicians Working Together to Develop a Discharge   
Entrustable Professional Activity Assessment Tool. *Academic Medicine, 91*(10), 1388-1391.   
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001189>

MT. (Red.). (2017, 19 juli). *Waarom we anderen niet durven aanspreken (en wat het oplevert als je*

*het wel doet).* Geraadpleegd op 21 mei 2019, van <https://www.mt.nl/strategie-2/waarom-we-anderen-durven-aanspreken-en-oplevert-als-wel-doet/539854>

Pinelli, V., Stuckey, H. L., & Gonzalo, J. D. (2017). Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care, 31*(5), 566-574. [https://‌doi.org/‌10.1080/‌13561820.2017.1322562](https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1322562)

Ploeger, D. (2015). Ziekenhuis slaat brug naar thuiszorg. *Skipr, 8*(9-10), 38-41. [https:‌‌//doi.org‌/10.1007/s12654-015-0148-0](https:‌‌//doi.org/10.1007/s12654-015-0148-0)

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017, 22 juni). *Interprofessional collaboration to improve professionalpractice and healthcare outcomes*. [https://doi.org/‌10.1002/14651858.CD000072.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3)

Ribas, E. D. N., Bernardino, E., Larocca, L. M., Poli Neto, P., Aued, G. K., & Silva C. P. C. D. (2018).

Nurse liaison: A strategy for counter-referral. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(1), 546-553. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

Rohatgi, N., Kane, M., Winget, M., Haji-Sheikhi, F., & Ahuja, N. (2018). Factors Associated With   
Delayed Discharge on General Medicine Service at an Academic Medical Center. *Journal for   
Healthcare Quality, 40*(6), 329-335. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000126>

Schouten & Nelissen. (2017, 19 oktober). *Goed samenwerken is elkaar kennen: 3 tips*. Geraadpleegd

op 21 mei 2019, van <https://www.sn.nl/blog/goed-samenwerken-is-elkaar-kennen/>

SIGRA. (2015, 15 april). *SIGRA werkt aan betere doorstroom patiënten en cliënten* [Foto].

Geraadpleegd op 12 januari 2019, van [https://www.sigra.nl/nieuwsbericht/sigra-werkt-aan-](https://www.sigra.nl/nieuwsbericht/sigra-werkt-aan-betere-doorstroom-patienten-en-clienten) [betere-doorstroom-patienten-en-clienten](https://www.sigra.nl/nieuwsbericht/sigra-werkt-aan-betere-doorstroom-patienten-en-clienten)

Stichting Bravis ziekenhuis. (z.d.). *Over Bravis*. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van [https://‌www.bravisziekenhuis.nl/over-bravis](https://www.bravisziekenhuis.nl/over-bravis)

Trimbos-Instituut. (2016, 4 oktober). *Technologie kan Nederlandse zorgsector naar hoger niveau tillen.* Geraadpleegd op 19 maart 2019, van [https://www.trimbos.nl/‌actueel/‌nieuws/bericht/](https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/technologie-kan-nederlandse-zorgsector-naar-hoger-niveau-tillen) [technologie-kan-nederlandse-zorgsector-naar-hoger-niveau-tillen](https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/technologie-kan-nederlandse-zorgsector-naar-hoger-niveau-tillen)

Van Everdingen, J. J. E., & Dreesens, D. H. H. (2011). *Glossarium kwaliteit van zorg*. [doi:10.1007/978-90-313-8731-1\_20](https://doi.org/10.1007/978-90-313-8731-1_20)

Wagner, C., Zegers, M., & De Bruijne, M. C. (2009). Patiëntveiligheid: Onbedoelde en potentieel vermijdbare schade bij snijdende specialismen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 153*(8), 327-333. Geraadpleegd op 28 januari 2019, van <https://postprint.nivel.nl/‌PPpp3167.pdf>

Weeda, F. (2019, 14 januari*). Het verpleeghuis is 140 kilometer verderop*. Geraadpleegd op 17 maart 2019, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/01/14/het-verpleeghuis-is-140-kilometer-verderop-a3629092>

Zorg voor beter. (2017, 22 mei). *Cijfers: Vergrijzing en toenemende zorg*. Geraadpleegd op 19 maart 2019, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>

# Bijlage 1. Topiclijst voorafgaand aan het onderzoek

**Tabel 3**

*Topiclijst voor het interview met een verpleegkundige op de afdeling vaatchirurgie*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Start: | * Onderwerp onderzoek inleiden met het doel * Bedanken voor de medewerking * Anonimiteit benoemen en op welke wijze * Benoemen dat het interview op vrijwillige basis is en dat de respondent alle recht heeft om het interview eerder te stoppen * Benoemen dat er geen goede of foute antwoorden zijn | |
| Startvraag: | | Wat kunt u mij vertellen over een transferverpleegkundige? En hoe vaak staat u hiermee in contact? |
| Topics: | | **Voorbeeldvragen:** |
| Kennis   * Overdragen van kennis naar elkaar * Op de hoogte zijn van elkaars rollen/taken * Op de hoogte zijn van elkaars vaardigheden   *Uit onderzoek blijkt dat het belangrijk is dat kennis naar elkaar wordt overgedragen tijdens een samenwerkingsverband (Hammelburg et al., 2014). Ook moet er kennis zijn over elkaars rollen en vaardigheden, voordat samenwerking kan plaatsvinden (Cheryl, 2018; Goldman et al., 2015; Hammelburg et al., 2014; Reeves et al., 2017).* | | Welke rollen en taken vervullen de transferverpleegkundigen gekeken naar het ontslag? |
| Systeem   * HiX * Digitale transferaanvragen   *Uit onderzoek blijkt dat door een tekortkoming van het systeem het ontslagproces en de samenwerking belemmerd kunnen worden (Pinelli et al., 2018).* | | Hoe werkt het systeem omtrent het ontslag?  Wat vindt u van de aanvraag vanuit HiX naar de transferverpleegkundige? Is dit volledig, of mist er iets? |
| Waardering   * Respect voor elkaar * Gelijke hiërarchie tussen transferverpleegkundige en verpleegkundige * Vertrouwen   *Uit onderzoek blijkt dat problemen met de communicatie kunnen voortkomen door (het gevoel van) verschil in hiërarchie (Goldman et al., 2015). Wederzijds respect is noodzakelijk voor een effectieve samenwerking (Cheryl, 2018; Hammelburg et al., 2014; Reeves et al., 2017).* | | Hoe staan de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie met elkaar in verbinding?  Hoe verloopt het contact tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen? En bent u hier tevreden over? |
| Communicatie   * Effectieve communicatievaardigheden * Gemeenschappelijke vocabulaire * Interpersoonlijke vaardigheden   *Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen over effectieve en interpersoonlijke vaardigheden moeten beschikken om tot een samenwerking te kunnen komen (Cheryl, 2018; Hammelburg et al., 2014; Reeves et al., 2017). Zonder een gemeenschappelijk vocabulaire is het ook onmogelijk, omdat de verpleegkundigen elkaar dan niet kunnen begrijpen.* | | Hoe communiceert u met de transferverpleegkundigen omtrent het ontslag van de patiënt?  Hoe verloopt de communicatie met de transferverpleegkundigen omtrent het ontslag? |

**Tabel 4**

*Topiclijst voor het interview met een transferverpleegkundige*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Start: | * Onderwerp onderzoek inleiden met het doel * Bedanken voor de medewerking * Anonimiteit benoemen en op welke wijze * Benoemen dat het interview op vrijwillige basis is en dat de respondent alle recht heeft om het interview eerder te stoppen * Benoemen dat er geen goede of foute antwoorden zijn | |
| Startvraag: | | Wat kunt u mij vertellen over een verpleegkundige op de afdeling vaatchirurgie? En hoe vaak staat u hiermee in contact? |
| Topics: | | **Voorbeeldvragen:** |
| Kennis   * Overdragen van kennis naar elkaar * Op de hoogte zijn van elkaars rollen/taken * Op de hoogte zijn van elkaars vaardigheden   *Uit onderzoek blijkt dat het belangrijk is dat kennis naar elkaar wordt overgedragen tijdens een samenwerkingsverband (Hammelburg et al., 2014). Ook moet er kennis zijn over elkaar rollen en vaardigheden, voordat samenwerking kan plaatsvinden (Cheryl, 2018; Goldman et al., 2015; Hammelburg et al., 2014; Reeves et al., 2017).* | | Welke rollen en taken vervullen de verpleegkundigen omtrent het ontslag op de afdeling vaatchirurgie? |
| Systeem   * HiX * Digitale transferaanvragen   *Uit onderzoek blijkt dat door een tekortkoming van het systeem het ontslagproces en de samenwerking belemmerd kunnen worden (Pinelli et al., 2018).* | | Hoe werkt het systeem omtrent het ontslag?  Wat vindt u van de aanvraag vanuit HiX van de afdeling vaatchirurgie naar de transferverpleegkundigen? |
| Waardering   * Respect voor elkaar * Gelijke hiërarchie tussen transferverpleegkundige en verpleegkundige * Vertrouwen   *Uit onderzoek blijkt dat problemen met de communicatie kunnen voortkomen door (het gevoel van) verschil in hiërarchie (Goldman et al., 2015). Wederzijds respect is noodzakelijk voor een effectieve samenwerking (Cheryl, 2018; Hammelburg et al., 2014; Reeves et al., 2017).* | | Hoe staan de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie met elkaar in verbinding?  Hoe verloopt het contact tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen? En bent u hier tevreden over? |
| Communicatie   * Effectieve communicatievaardigheden * Gemeenschappelijke vocabulaire * Interpersoonlijke vaardigheden   *Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen over effectieve en interpersoonlijke vaardigheden moeten beschikken om tot een samenwerking te kunnen komen (Cheryl, 2018; Hammelburg et al., 2014; Reeves et al., 2017). Zonder een gemeenschappelijk vocabulaire is het ook onmogelijk, omdat de verpleegkundigen elkaar dan niet kunnen begrijpen.* | | Hoe communiceert u met de verpleegkundigen omtrent het ontslag van de patiënt?  Hoe verloopt de communicatie met de verpleegkundigen omtrent het ontslag? |

# Bijlage 2. Aangepaste topiclijst aan het eind van het onderzoek

**Tabel 5**

*Topiclijst voor het interview met een verpleegkundige op de afdeling vaatchirurgie*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Start: | * Onderwerp onderzoek inleiden met het doel * Bedanken voor de medewerking * Anonimiteit benoemen en op welke wijze * Benoemen dat het interview op vrijwillige basis is en dat de respondent alle recht heeft om het interview eerder te stoppen * Benoemen dat er geen goede of foute antwoorden zijn | |
| Startvraag: | | Wat kunt u mij vertellen over een transferverpleegkundige? En hoe vaak staat u hiermee in contact? |
| Topics: | | **Voorbeeldvragen:** |
| Kennis   * Overdragen van informatie naar elkaar * Op de hoogte zijn van elkaars rollen/taken | | Welke rollen en taken vervullen de transferverpleegkundigen gekeken naar het ontslag? |
| Systeem   * HiX * Digitale transferaanvraag * Tijdstip aanvraag | | Hoe werkt het systeem omtrent het ontslag?  Wat vindt u van de aanvraag vanuit HiX naar de transferverpleegkundigen? Is dit volledig, of mist er iets? |
| Waardering   * Respect voor elkaar * Gelijke hiërarchie tussen transferverpleegkundige en verpleegkundige * Vertrouwen | | Hoe staan de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie met elkaar in verbinding?  Hoe verloopt het contact tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen? En bent u hier tevreden over? |
| Communicatie   * Communicatie in het half tien-moment * Communicatie op de afdeling buiten het half tien-moment * Communicatie op andere momenten * Gemeenschappelijke vocabulaire * Ontslagdatum bekendmaken * Communicatie met artsen | | Hoe communiceert u met de transferverpleegkundigen omtrent het ontslag van de patiënt?  Hoe verloopt de communicatie met de transferverpleegkundigen omtrent het ontslag? |

**Tabel 6**

*Topiclijst voor het interview met een transferverpleegkundige*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Start: | * Onderwerp onderzoek inleiden met het doel * Bedanken voor de medewerking * Anonimiteit benoemen en op welke wijze * Benoemen dat het interview op vrijwillige basis is en dat de respondent alle recht heeft om het interview eerder te stoppen * Benoemen dat er geen goede of foute antwoorden zijn | |
| Startvraag: | | Wat kunt u mij vertellen over een verpleegkundige op de afdeling vaatchirurgie? En hoe vaak staat u hiermee in contact? |
| Topics: | | **Voorbeeldvragen:** |
| Kennis   * Overdragen van informatie naar elkaar * Op de hoogte zijn van elkaars rollen/taken | | Welke rollen en taken vervullen de verpleegkundigen omtrent het ontslag op de afdeling vaatchirurgie? |
| Systeem   * HiX * Digitale transferaanvraag * Tijdstip aanvraag * Anamnese * Rapportage verpleegkundigen | | Hoe werkt het systeem omtrent het ontslag?  Wat vindt u van de aanvraag vanuit HiX van de afdeling vaatchirurgie naar de transferverpleegkundigen? |
| Waardering   * Respect voor elkaar * Gelijke hiërarchie tussen transferverpleegkundige en verpleegkundige * Vertrouwen | | Hoe staan de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen op de afdeling vaatchirurgie met elkaar in verbinding?  Hoe verloopt het contact tussen de transferverpleegkundigen en de verpleegkundigen? En bent u hier tevreden over? |
| Communicatie   * Communicatie in het half tien-moment * Communicatie op de afdeling buiten het half tien-moment * Communicatie op andere momenten * Communicatie tussen verpleging en patiënt * Gemeenschappelijke vocabulaire * Overdracht thuiszorg * Ontslagdatum bekendmaken * Communicatie met artsen | | Hoe communiceert u met de verpleegkundigen omtrent het ontslag van de patiënt?  Hoe verloopt de communicatie met de verpleegkundigen omtrent het ontslag? |

# Bijlage 3. Transcripten van de interviews

In het bestand hieronder staan alle interviews getranscribeerd.

Dit bestand kan geopend worden door middel van een dubbel klik op het icoon.



# Bijlage 4. Analyses van de interviews

In het bestand hieronder staan de analyses van de interviews.

Dit bestand kan geopend worden door middel van een dubbel klik op het icoon.



# Bijlage 5. Samenvatting van de interviews per topic

In het bestand hieronder staan alle samenvattingen van de interviews per topic uitgewerkt. Deze samenvattingen zijn ook naar de respondenten gestuurd voor membercheck. Alle respondenten hebben de eigen samenvatting gecontroleerd op juistheid.

Dit bestand kan geopend worden door middel van een dubbel klik op het icoon.

