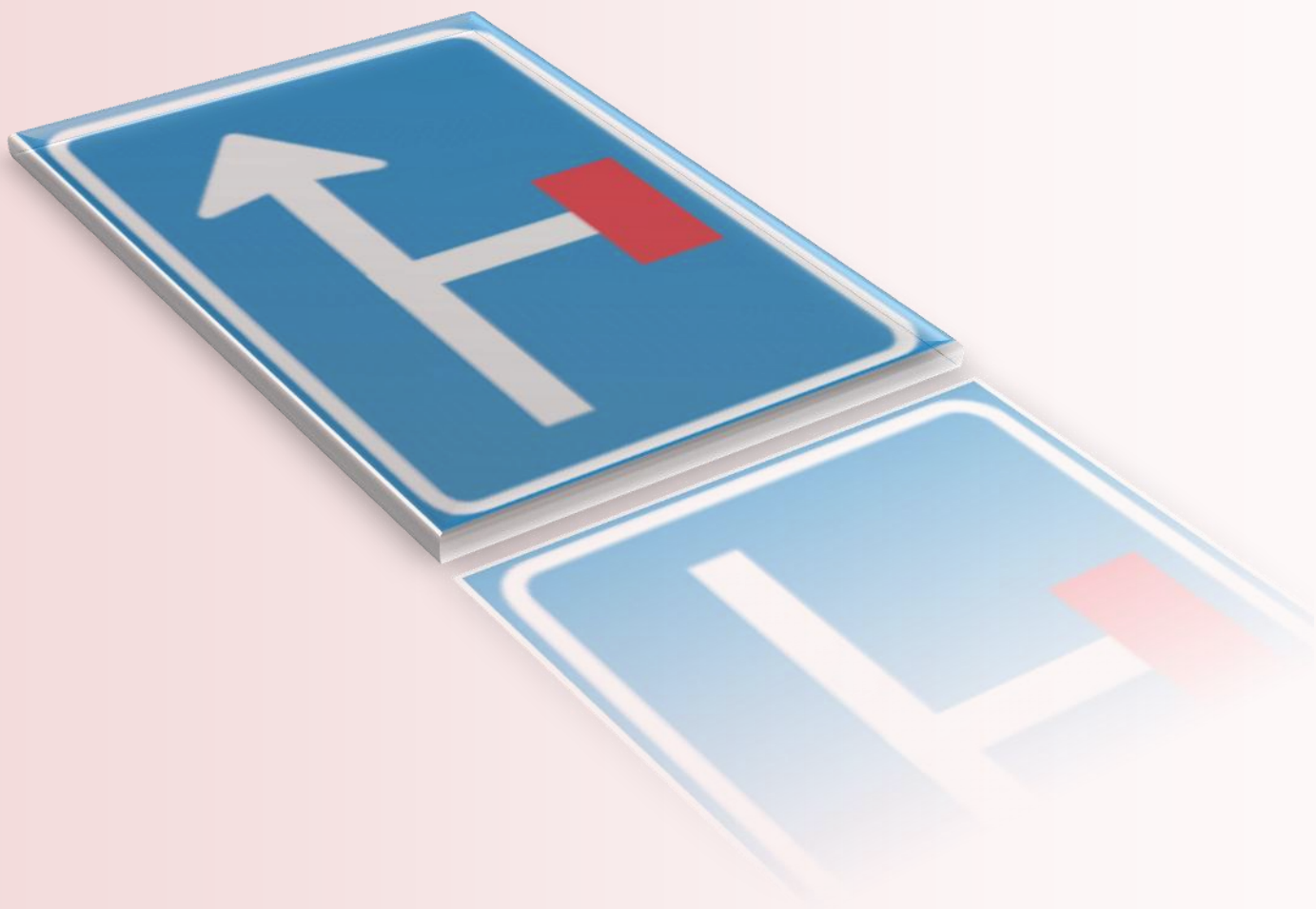


Gecontinueerd of gestagneerd?



Afstudeeronderzoek naar
de patiëntenoverdracht en het klinisch zorgpad
Juni 2011



TITELBLAD

Titel	Afstudeeronderzoek naar de patiëntenoverdracht en het klinisch zorgpad
Ondertitel	Onderzoek naar: ▪ de patiëntenoverdracht van de Intensive/Medium Care naar de verpleegafdeling G3 ▪ het continueren van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt
Auteurs	Marida Jochemsen Anna Slob – Hoekstra Hanne-Mijke Struijk
Opleidinginstituut	Christelijke Hogeschool Ede Oude Kerkweg 100 6717 JS EDE
Opleiding	HBO Verpleegkunde
Studentnummers resp.	070591, 080386, 080845
Meesterproefbegeleider	drs. Marlies van Hell - Cromwijk, docent Verpleegkunde aan Christelijke Hogeschool Ede
Opdrachtgever	drs. Anja Feringa, teamhoofd IC
Instelling	St. Antonius Ziekenhuis Koekoekslaan 1 3435 CM Nieuwegein
Plaats	Ede
Datum	Juni 2011

SAMENVATTING

In dit onderzoek is gekeken naar de knelpunten in de patiëntenoverdracht en in het continueren van het klinisch zorgpad. Wanneer een patiëntenoverdracht volgens de richtlijnen plaatsvindt, zal het zorgproces van de patiënt geoptimaliseerd worden en daarmee het welbevinden van de patiënt. Reeds enkele jaren is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de patiëntenoverdracht en het optimaliseren hiervan. Onderzoek laat zien dat wanneer de patiëntenoverdracht systematisch plaatsvindt het aantal fouten in de zorg ruim verminderd kan worden. Door het verbeteren van de overdracht zal ook de kwaliteit van zorg verbeterd worden (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009). Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat vooral de overnemende afdeling problemen ervaart in de overdracht. Aan de hand van de literatuurstudie is er een onderzoek uitgevoerd naar de patiëntenoverdracht van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3.

Om deze patiëntenoverdracht in kaart te brengen is er onderzoek gedaan naar de knelpunten in de patiëntenoverdracht. Er zijn 25 overdrachten bijgewoond van CABG-/kleppatiënten. De overdrachten zijn getoetst aan de hand van een, door de onderzoekers opgestelde, checklist. Na de overdracht is aan de verpleegkundigen een enquête uitgedeeld. Hierin waren vragen opgenomen over eventuele knelpunten in de overdracht.

Tevens is er onderzoek gedaan naar de continuïteit van zorg van CABG-/kleppatiënten die langer dan noodzakelijk op de IC/MC gelegen hebben door logistieke problemen op de verpleegafdeling G3. Door middel van retrospectief onderzoek zijn 40 dossiers geanalyseerd. Gekeken is of de eerste stap van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt is uitgevoerd op zowel de IC/MC als op de verpleegafdeling G3.

Uit het onderzoek is gebleken dat door zowel verpleegkundigen van de IC/MC als van de verpleegafdeling G3 knelpunten worden ervaren in de patiëntenoverdracht. Volgens de verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 worden de meeste knelpunten veroorzaakt doordat de overdracht van de IC/MC veelal niet volledig is, er ongestructureerd wordt overgedragen en er overgedragen wordt door een niet-verantwoordelijk verpleegkundige. Volgens de IC/MC-verpleegkundigen worden de knelpunten veroorzaakt doordat G3-verpleegkundigen niet op tijd zijn met het ophalen van de patiënt, er geen ruimte is op de verpleegafdeling G3 om over te dragen en de kamer van de patiënt vaak nog niet op orde is.

De verpleegkundigen van beide afdelingen geven aan dat ze de overdracht verbeterd willen zien worden. De verpleegkundigen willen onder andere meer structuur in de

overdracht, op tijd zijn voor een overdracht en een geschikte ruimte om over te dragen. Dit om kostbare tijd niet verloren te laten gaan.

Uit het onderzoek blijkt ook dat het continueren van zorg op de IC/MC van CABG-/kleppatiënten niet volledig gebeurt. Voornamelijk het verwijderen van de arteriële lijn en de blaaskatheter wordt niet gedaan voor overplaatsing naar de verpleegafdeling G3.

Een probleem dat ervaren wordt in de continuïteit van zorg is dat de IC/MC niet werkt met het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt. Hierdoor stagneert de zorg voor patiënten die om logistieke redenen te lang op de IC/MC liggen. Het gevolg is dat de IC/MC een verminderde doorstroom van de patiënten ervaart. De G3-verpleegkundigen ervaren hierdoor dat de patiënten achterlopen op het klinisch zorgpad. Wanneer de IC/MC ook op de hoogte is van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt zou dit niet het geval zijn geweest.

Geconcludeerd wordt dat er zich knelpunten voordoen in de patiëntenoverdracht van CABG-/kleppatiënten van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3. Eén van de aanbevelingen is om de eerste twee stappen van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt te implementeren op de IC/MC om de continuïteit van zorg te verbeteren. En wat betreft de patiëntenoverdracht wordt aanbevolen om een checklist te ontwerpen die aansluit op de wensen van de verpleegkundigen van beide afdelingen.

VOORWOORD

Voor u ligt het verslag van de meesterproef die wij hebben uitgevoerd als afsluiting van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. In opdracht van het St. Antonius Ziekenhuis locatie Nieuwegein hebben wij onderzoek gedaan naar de knelpunten in de patiëntenoverdracht van de Intensive Care (IC) en Medium Care (MC) naar de verpleegafdeling Cardiothoracale Chirurgie (G3). Daarnaast is er onderzoek gedaan naar het continueren van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt wanneer patiënten door logistieke problemen langer op de IC of MC zijn gebleven dan noodzakelijk.

We kunnen terugkijken op een goede en leerzame periode waarin de samenwerking met elkaar, en met de personen die bij dit onderzoek betrokken waren, goed is verlopen.

Marlies van Hell, docent Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede, bedanken we voor haar begeleiding tijdens de afstudeerperiode.

Anja Feringa, teamhoofd van de IC en tevens opdrachtgever van dit onderzoek, bedanken we voor haar begeleiding vanuit de instelling tijdens onze afstudeerperiode.

We bedanken alle verpleegkundigen van de IC, MC en de verpleegafdeling G3 voor hun bijdrage aan het onderzoek door toestemming te geven om de verpleegkundige overdracht bij te wonen en door het invullen van de enquêtes.

Tenslotte bedanken we een ieder die hier niet bij naam genoemd wordt, maar die toch op een of andere wijze betrokken is geweest bij de uitvoering en totstandkoming van dit onderzoek.

We hopen dat de aanbevelingen die voortkomen uit dit onderzoek een bijdrage zullen leveren aan de verbetering van de kwaliteit van zorg op zowel de IC/MC als de verpleegafdeling G3.

Ede, juni 2011

Marida Jochemsen

Anna Slob – Hoekstra

Hanne-Mijke Struijk

INHOUDSOPGAVE

TITELBLAD	3
SAMENVATTING.....	4
VOORWOORD	6
INHOUDSOPGAVE	7
1 INLEIDING	9
1.1 AANLEIDING	9
1.2 CONTEXTBESCHRIJVING.....	10
2 PROBLEEMSTELLING	11
2.1 PROBLEEMSTELLING	11
2.2 DOELSTELLING	11
2.3 VRAAGSTELLING	11
2.4 DEELVRAGEN	12
2.5 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE	12
3 ONDERZOEKSOPZET.....	14
3.1 ONDERZOEKSMETHODE	14
3.1.1 <i>Kwantitatief onderzoek</i>	14
3.1.2 <i>Kwalitatief onderzoek</i>	14
3.2 DATAVERZAMELING	15
3.2.1 <i>Literatuurstudie</i>	15
3.2.2 <i>Dossieranalyse</i>	15
3.2.3 <i>Enquêtes</i>	16
3.2.4 <i>Observatieonderzoek</i>	16
3.3 ONDERZOEKSPOPULATIE EN STEEKPROEF	17
3.3.1 <i>Kwantitatief onderzoek</i>	17
3.3.2 <i>Kwalitatief onderzoek</i>	18
3.4 GEGEVENSANALYSE	18
3.4.1 <i>Kwantitatief onderzoek</i>	18
3.4.2 <i>Kwalitatief onderzoek</i>	18
3.5 BETROUWBAARHEID.....	19
3.6 VALIDITEIT.....	19
4 LITERATUURSTUDIE	21
4.1 INLEIDING	21
4.2 OVERDRACHT.....	21
4.3 CONCLUSIE UIT LITERATUURSTUDIE.....	22
5 RESULTATEN	23
5.1 DOSSIERANALYSE	23
5.1.1 <i>Wegen</i>	24
5.1.2 <i>Urineproductie</i>	25
5.1.3 <i>Activiteit ‘minimaal bengelen’</i>	25
5.1.4 <i>Decubitus-check</i>	26
5.1.5 <i>Intake</i>	26
5.1.6 <i>Arteriële lijn</i>	27

5.2	ENQUÊTES.....	28
5.2.1	<i>Vijf belangrijkste punten in de overdracht</i>	28
5.2.2	<i>Knelpunten in de patiëntenoverdracht.....</i>	29
5.2.3	<i>Oorzaken van knelpunten in de patiëntenoverdracht</i>	30
5.2.4	<i>Tips en aanbevelingen voor de patiëntenoverdracht</i>	31
5.2.5	<i>Klinisch zorgpad.....</i>	32
5.2.6	<i>Mening van verpleegkundigen over het onderzoek</i>	33
5.3	OBSERVATIEONDERZOEK	33
5.3.1	<i>Locatie van de overdracht</i>	33
5.3.2	<i>Verantwoordelijk verpleegkundige</i>	33
5.3.3	<i>Duur van de verpleegkundige overdracht</i>	34
5.3.4	<i>Structuur van de patiëntenoverdracht</i>	34
5.3.5	<i>Punten uit checklist voor verpleegkundige overdracht</i>	35
6	CONCLUSIES.....	37
6.1	ANTWOORDEN OP DE DEELVRAGEN	37
6.2	ANTWOORD OP DE HOOFDVRAAG	40
7	DISCUSSIE	42
7.1	ONDERZOEKSOPZET	42
7.2	OBSERVATIEONDERZOEK	42
7.3	ENQUÊTES.....	42
7.4	DOSSIERANALYSE.....	43
8	AANBEVELINGEN	45
8.1	AANBEVELINGEN VOOR IC/MC EN VERPLEEGAFDELING G3.....	45
8.2	AANBEVELINGEN VOOR DE IC/MC.....	45
8.3	AANBEVELINGEN VOOR DE VERPLEEGAFDELING G3.....	47
8.4	AANBEVELINGEN VOOR AANVULLEND ONDERZOEK.....	48
9	LITERATUURLIJST	49
10	BIJLAGEN	54
	BIJLAGE 1 LITERATUURSTUDIE	55
	BIJLAGE 2 BEGRIPSDEFINIËRING.....	64
	BIJLAGE 3 CHECKLIST DOSSIERANALYSE	67
	BIJLAGE 4 ENQUÊTE IC/MC-VERPLEEGKUNDIGEN	68
	BIJLAGE 5 ENQUÊTE G3-VERPLEEGKUNDIGEN	70
	BIJLAGE 6 WERKWIJZE OVERDRACHT VOLGENS PROTOCOL.....	72
	BIJLAGE 7 OBSERVATIECHECKLIST	74
	BIJLAGE 8 CITATEN UIT ENQUÊTES	76

1 Inleiding

‘Tijdens een meeloopdag op de IC liet een verpleegkundige mij de anamnese van een patiënt in het EPD zien. Daar stond in dat deze patiënt overgevoelig is voor een groot aantal antibiotica en voor bèta-blokkers, en dat zij deze daarom beslist niet mag krijgen. In de actielijst in het PDMS stond echter één van deze antibiotica voorgeschreven. Voorop het dossier van de verpleegafdeling stond wel aangegeven welke antibiotica en bèta-blokkers de patiënt niet mocht krijgen, maar daar wordt niet altijd door verpleegkundigen op de IC naar gekeken. Gelukkig zijn we er nu tijdig achtergekomen, maar dit zijn fouten die voorkomen kunnen worden!’

Dit citaat is afkomstig van een van de onderzoekers. Uit het citaat blijkt dat er zich knelpunten voordoen in de continuïteit van de zorg. Op de Intensive Care (IC), Medium Care (MC) en verpleegafdeling Cardiothoracale Chirurgie (verpleegafdeling G3) wordt namelijk met twee verschillende datasystemen gewerkt, respectievelijk het Patient Data Management System (PDMS) en het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Het werken met twee verschillende systemen is niet het enige knelpunt dat zich voordoet. De andere knelpunten in de continuïteit van zorg zijn in dit onderzoek in kaart gebracht door middel van retrospectief dossieranalyse, enquêtes en het observeren van patiëntenoverdrachten. Het betreft de overdracht van een patiënt die op de verpleegafdeling G3 het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt volgt.

1.1 Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek komt voort uit een project van twee leerling IC-verpleegkundigen over de werking van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt op de IC in het St. Antonius Ziekenhuis locatie Nieuwegein. Dit project vond plaats in de periode september 2010 tot en met januari 2011 (Berkel en Hak, 2011). Uit de resultaten van dit project is gebleken dat in het protocol ‘CABG’ (Abelman, 2010), waar op de verpleegafdeling G3 mee gewerkt wordt, zorgaspecten ontbreken ten opzichte van het protocol ‘Hartoperatie Verpleegkundige Opvang’ (Noordzij, 2010), bijvoorbeeld het verwijderen van lijnen, drains en blaaskatheter. Als gevolg hiervan kunnen de lijnen, drains en blaaskatheter langer zitten dan noodzakelijk, wat infecties tot gevolg kan hebben (Berkel en Hak, 2011). De continuïteit van de zorg tussen de IC en de verpleegafdeling G3 wordt door deze verschillen in de protocollen mogelijk verhindert.

De opdracht voor dit onderzoek is het in kaart brengen van de knelpunten in de continuïteit van zorg door een retrospectief dossieranalyse van CABG-/kleppatiënten, observaties van patiëntenoverdrachten en interviews met verpleegkundigen.

1.2 Contextbeschrijving

In het St. Antonius Ziekenhuis zijn vrijwel alle specialismen vertegenwoordigd, maar het ziekenhuis is vooral bekend door de behandeling van patiënten met hart-, vaat- en longziekten. De zorg wordt geleverd vanuit een christelijke levensbeschouwing (St. Antonius Ziekenhuis, 2011).

De IC is onderdeel van het OK/IC centrum in het St. Antonius Ziekenhuis. Het accent ligt op hoogcomplexe cardiothoracale vaatchirurgie. Het gedeelte van de IC-periode beslaat de eerste vierentwintig uur bij postoperatieve zorg van de patiënt en vermeldt zeer concrete streefwaarden (doelstellingen) waar de patiënt postoperatief aan moet voldoen.

Op de IC in het St. Antonius Ziekenhuis is een klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt ontwikkeld voor de periode dat de patiënt op de IC verblijft. In nauw overleg met verschillende (medische) disciplines zijn streefwaarden afgesproken ten aanzien van hemodynamische en respiratoire parameters, urineproductie, Ramsayscore, pijnscore, lichaamstemperatuur, laboratoriumuitslagen, etc. Van uur tot uur wordt de patiënt verpleegd volgens de vier fasen van het klinisch zorgpad (Boogaard e.a., 2007). Het klinisch zorgpad is op dit moment nog niet geïmplementeerd op de IC; er wordt nu nog gewerkt met het protocol 'Hartoperatie Verpleegkundige Opvang'.

2 Probleemstelling

Voorafgaand aan het onderzoek zijn de probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en deelvragen geformuleerd.

2.1 Probleemstelling

Het continueren van het zorgproces voor de CABG-/kleppatiënt van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3 verloopt niet optimaal. Er doen zich onder andere knelpunten voor in de overdracht van CABG-/kleppatiënten van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3. Welke knelpunten dit zijn is nog niet geheel duidelijk, waardoor het ook onduidelijk is hoe het zorgproces verbeterd kan worden. Daarnaast doen er zich knelpunten voor in het continueren van de zorg van de patiënt wanneer deze klaar is met de behandeling op de IC/MC maar door logistieke problemen nog niet overgeplaatst kan worden naar de verpleegafdeling G3.

2.2 Doelstelling

In mei 2011 zijn de knelpunten in de patiëntenoverdracht van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3 in kaart gebracht. Er zal een advies gegeven worden over het optimaliseren van de patiëntenoverdracht. Daarnaast is er in kaart gebracht in hoeverre de eerste stap van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt gevolgd wordt op de IC/MC op het moment dat de patiënt klaar is voor overplaatsing naar de verpleegafdeling G3, maar dit om logistieke problemen nog niet mogelijk is. Er zal een advies worden gegeven over het optimaliseren van de continuïteit van het zorgproces van de patiënt.

2.3 Vraagstelling

Welke knelpunten doen er zich voor in de patiëntenoverdracht en in de continuïteit van zorg met betrekking tot het klinisch zorgpad voor CABG-/kleppatiënten van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3? Welke adviezen kunnen er uitgebracht worden om het zorgproces van de patiënt te optimaliseren zodat het voldoet aan de criteria vanuit de richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis?

2.4 Deelvragen

- Wat zijn de richtlijnen voor een patiëntenoverdracht vanuit de literatuur?
- Wat zijn de richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis om een patiëntenoverdracht optimaal te laten verlopen?
- Wat is een klinisch zorgpad en wat is hiervan de meerwaarde?
- In hoeverre voldoet de patiëntenoverdracht van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3 aan de richtlijnen vanuit het ziekenhuis?
- Welke punten vinden de verpleegkundigen van de IC/MC en van de verpleegafdeling G3 belangrijk in een patiëntenoverdracht?
- In hoeverre wordt de zorg van de CABG-/kleppatiënt gecontinueerd op de IC/MC op het moment dat de behandeling klaar is maar de patiënt niet overgeplaatst kan worden in verband met logistieke problemen?

2.5 Verpleegkundige relevantie

De verpleegkundige relevantie in dit onderzoek kan aangetoond worden door de competenties drie, vier en vijf uit de Onderwijsgids 2010-2011. Deze competenties kunnen betrokken worden op de patiëntenoverdracht en de continuïteit van zorg met betrekking tot het klinisch zorgpad:

Competentie 3 'Om de zorg integraal te laten verlopen als een continue proces dat gericht is op het welzijn van de zorgvrager coördineert de hbo-verpleegkundige de zorg, zodat de verschillende zorgactiviteiten als samenhangend geheel op een efficiënte en effectieve wijze tot het gestelde doel leiden, en de zorgverlening de zorgvrager niet meer belast dan onvermijdelijk is; de doelen die zijn vastgelegd in een GVO-programma, zo efficiënt mogelijk worden gerealiseerd' (Onderwijsgids, 2010-2011).

Competentie 4 'Om verpleegkundige deskundigheid te waarborgen in een integrale aanpak van zorg, behandeling en voorlichting werkt de hbo-verpleegkundige mee aan de ontwikkeling en vaststelling van nieuwe zorgprogramma's, zodat de te verlenen zorg doelmatiger wordt, efficiënter wordt uitgevoerd, en organisaties en professionals opener en flexibeler kunnen opereren' (Onderwijsgids 2010-2011).

Competentie 5 'Om de zorgverlening op de afdeling zo efficiënt, effectief en goed mogelijk te laten verlopen, levert de hbo-verpleegkundige een bijdrage aan het tot stand komen van het

verpleegbeleid, zodat het functioneren van de totale afdeling met verpleegkundigen in verschillende diensten zo synchroon mogelijk verloopt met de zorg voor de individuele patiënt en de professionele verantwoordelijkheid van de verpleegkundige' (Onderwijsgids 2010-2011).

3 Onderzoekopzet

In dit hoofdstuk is de onderzoekopzet beschreven. Hierin wordt aangegeven op welke wijze de vraagstelling beantwoord is.

3.1 Onderzoeksmethode

Het onderzoek is gericht op de patiëntenoverdracht van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3. Het onderzoek bestaat uit twee onderzoekstypen, zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek.

3.1.1 Kwantitatief onderzoek

Kwantitatief onderzoek biedt cijfermatig inzicht en geeft veelal antwoorden op vragen die in termen van hoeveelheid kunnen worden uitgedrukt. Bij kwantitatief onderzoek wordt vaak gebruikgemaakt van een (gestructureerde) enquête. In de enquête is de onderzoeksvraag of het probleem van de opdrachtgever geoperationaliseerd in vragen aan de doelgroep (Right Marktonderzoek, 2007). Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is kwantitatief onderzoek verricht.

De continuïteit van zorg van CABG-/kleppatiënten is gemeten door middel van een dossieranalyse. Er is in dit gedeelte van het onderzoek door middel van een dossieranalyse gekeken naar het continueren van de zorg wanneer de patiënt langer dan noodzakelijk op de IC/MC blijft in verband met logistieke problemen op de verpleegafdeling G3.

3.1.2 Kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek is een onderzoek waarbij problemen in en van situaties, gebeurtenissen en personen beschreven en geïnterpreteerd worden met behulp van gegevens van kwalitatieve aard, zoals belevingen, ervaringen, opinies die verzameld zijn via open interviews, participerende observaties en/of gebruik van bestaande documenten (Baarda, 2001).

Binnen dit gedeelte van het onderzoek is er voor oriëntatie op de probleemsituatie en als theoretische onderbouwing van de onderzoekopzet literatuurstudie verricht (Verhoeven, 2007). Daarnaast is aanvullend literatuuronderzoek gedaan naar protocollen om de uitkomsten van het kwalitatief onderzoek te interpreteren. Deze literatuurstudie heeft gediend om een checklist op te stellen voor de observaties en enquêtes.

Voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek hebben in april 2011 observaties plaatsgevonden van patiëntenoverdrachten op de IC/MC of op de verpleegafdeling G3. Met

deze vorm van dataverzameling zijn de knelpunten in de patiëntenoverdracht in kaart gebracht. Tegelijkertijd met de observaties zijn er enquêtes ingevuld door de verpleegkundigen van de IC/MC en van de verpleegafdeling G3. Op deze manier is er ingegaan op de achtergrond van de opinies van de doelgroep, en hun ervaring met de patiëntenoverdracht.

3.2 Dataverzameling

De strategie voor dataverzameling is afhankelijk van het aantal eenheden (personen, organisaties) dat wordt onderzocht, de aard van de onderzoeksvraag, de beschikbare tijd en onderzoeksgelden (Verhoeven, 2007). Er is tijdens dit onderzoek gebruikt gemaakt van vier manieren van dataverzameling, namelijk literatuurstudie, dossieranalyse, observaties en enquêtes.

3.2.1 Literatuurstudie

Voor het beantwoorden van de eerste drie deelvragen is er een literatuurstudie verricht. Er is gebruik gemaakt van een (inter)nationale literatuurstudie (Verhoeven, 2007). De literatuurstudie is verricht met behulp van verschillende databases en zoekmachines; Vakbibliotheek, PubMed, Google, Academic Search e.a. De literatuurstudie is te vinden in bijlage 1.

Daarnaast is in de literatuur gezocht naar de volgende begrippen: Aortaklep, AVR, AVP, Coronary Artery Bypass Grafting (CABG), Elektronisch Patiëntendossier (EPD), hartklepoperatie, Intensive Care Unit (ICU), klinisch zorgpad, mitralisklep, MVR, MVP, Patient Data Management System (PDMS), postoperatieve fase, protocol, retrospectief onderzoek en ritmechirurgie. Zie bijlage 2 voor de begripsdefiniëring.

3.2.2 Dossieranalyse

Het woord 'dossieranalyse' geeft al weer waar het zich op richt, namelijk het analyseren van dossiers. Om inzicht te krijgen in de continuïteit van zorg is er een dossieranalyse uitgevoerd van twintig dossiers van patiënten die een CABG-/klepoperatie hebben ondergaan en langer op de IC/MC gelegen hebben dan noodzakelijk in de periode oktober 2010 tot en met april 2011. Deze langere ligduur heeft te maken met logistieke problemen op de verpleegafdeling G3, oftewel plaatsgebrek. Deze twintig dossiers van de IC/MC zijn vergeleken met twintig dossiers van CABG-/kleppatiënten op de verpleegafdeling G3, die niet te lang gelegen hebben op de IC/MC. Deze analyse is op een geheel gestructureerde wijze verricht. Er was

van te voren precies bekend welke parameters geanalyseerd moesten worden doordat er vooronderzoek is gedaan naar het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt. Aan de hand van de literatuurstudie en het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt is een checklist samengesteld met daarin parameters van de eerste stap van het klinisch zorgpad om de gewenste informatie af te bakenen. Deze checklist is voorgelegd aan de opdrachtgever. Op basis van feedback van de opdrachtgever heeft er een geringe bijstelling plaatsgevonden en zijn parameters verwijderd die niet toetsbaar waren. De definitieve lijst van aandachtspunten heeft de basis gevormd voor het uiteindelijke onderzoek, waarin op een gestructureerde wijze informatie verzameld is. Op deze manier waren de onderzoekers er zeker van dat alle relevante informatie aan bod kwam tijdens de dossieranalyse (Baarda, 2006). Zie bijlage 3 voor de checklist dossieranalyse.

3.2.3 Enquêtes

Enquêteren is naast het houden van interviews de aangewezen methode om informatie te verkrijgen over attitudes, opinies, gevoelens gedachten of kennis (Baarda, 2001). In het onderzoek zijn, als aanvulling op de observaties, enquêtes uitgedeeld aan verpleegkundigen van de IC/MC en van de verpleegafdeling G3 die betrokken waren bij de observaties van de patiëntenoverdracht. Er is voor enquêtes gekozen omdat er op de IC/MC geen tijd noch ruimte is voor het uitvoeren van interviews. De onderzoekers zijn zich tijdens het enquêteren bewust geweest van het feit dat interviews een hogere betrouwbaarheid en validiteit beogen.

De vragen in de enquête zijn gericht op de patiëntenoverdracht en op het continueren van zorg op de IC/MC. Hierbij kan gedacht worden aan knelpunten die verpleegkundigen ervaren in de patiëntenoverdracht of in het gebruik van de twee verschillende datasystemen, PDMS en EPD. Zie voor de enquêtes bijlage 4 en 5.

3.2.4 Observatieonderzoek

Het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek bestaat naast de literatuurstudie en de open vragen uit de enquêtes uit observatieonderzoek. Observeren is systematisch, zorgvuldig en aandachtig gadeslaan van gedragingen waarin de onderzoekers geïnteresseerd zijn. Dit vraagt om zorgvuldig kijken, luisteren en aandacht hebben voor detail. (Celestin-Weistrich, 2008). De keuze van de observatiemethode in dit onderzoek hangt van verschillende factoren af. Ten eerste kan er onderscheid gemaakt worden tussen direct en indirecte

observatie. Direct betekent dat de geobserveerde personen de onderzoekers zien (Baarda, 2007). De observaties in dit onderzoek zijn direct omdat ze verricht zijn tijdens het bijwonen van patiëntenoverdrachten op de IC/MC of op de verpleegafdeling G3. Bij het observatieonderzoek is er gekozen voor niet-participerende observatie omdat de onderzoekers grotendeels een observatorrol innemen (Plochg, 2007). Bij een niet-participerende observatie verzamelen de onderzoekers de informatie door mee te kijken met de werkwijze van de verpleegkundige (Migchelbrink, 2007).

De geobserveerde verpleegkundigen zijn voor de patiëntenoverdracht door de onderzoekers op de hoogte gebracht van het onderzoek en hun deelname hieraan. Dat betekent dat het om een onverhulde observatie gaat (Verhoeven, 2007).

De observatie is gestructureerd doordat er voorafgaande aan de observaties een checklist is opgesteld aan de hand van de checklist uit het protocol 'Overdracht verpleegkundig, IC/MC/PACU/recovery naar verpleegafdeling' van het St. Antonius Ziekenhuis (Enait, 2010). Zie voor de checklist uit het protocol bijlage 6 en voor de observatiechecklist bijlage 7.

3.3 Onderzoekspopulatie en steekproef

Een onderzoekspopulatie betreft het domein waarbinnen een onderzoek zich afspeelt. Het betreft alle eenheden waar het onderzoek een uitspraak over wil doen. Dit betekent echter niet dat al deze personen ondervraagd zijn. Er is een steekproef samengesteld. Een steekproef is een klein deel van de onderzoekspopulatie waarover gegevens verzameld zullen worden (Verhoeven, 2007).

3.3.1 Kwantitatief onderzoek

Bij het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek bestaat de onderzoekspopulatie uit CABG-/kleppatiënten. De belangrijkste eigenschap van een steekproef is representativiteit (De Jong, 2002). Dit wil zeggen dat de eenheden in de steekproef, wat betreft een aantal kenmerken die belangrijk zijn in het onderzoek, gelijk zijn aan de onderzoekspopulatie (Verhoeven, 2007). De patiënt moet een CABG- en/of klepoperatie ondergaan hebben, op de IC/MC gelegen hebben en hierna overgedragen zijn naar de verpleegafdeling G3. Onder het begrip CABG-/klepoperatie vallen de volgende operaties: AVP, AVR, CABG, MVP, MVR. Zie voor de definities bijlage 2. Deze selectie in de onderzoekspopulatie is gedaan met het oog op de ontwikkeling van een klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt op de IC, waaraan

dit onderzoek een bijdrage zal leveren. De steekproef moet voldoende groot zijn om er statistische analyses op uit te voeren (Verhoeven, 2007). Het analyseren van twintig dossiers van te lang gelegen CABG-/kleppatiënten is door de opdrachtgever als betrouwbaar geacht voor het onderzoek.

3.3.2 Kwalitatief onderzoek

Bij het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek bestaat de onderzoekspopulatie uit verpleegkundigen van de IC/MC en van de verpleegafdeling G3. De verpleegkundigen die geobserveerd en geënquêteerd zijn, zijn aselekt gekozen afhankelijk van degene die patiënt overdraagt. Dit betekent dat alle verpleegkundigen, van zowel de IC/MC als van de verpleegafdeling G3, een gelijke kans gehad hebben om tot de steekproef te behoren (Verhoeven, 2007). Het observeren van 25 overdrachten van CABG-/kleppatiënten is door de opdrachtgever als betrouwbaar geacht voor het onderzoek en haalbaar in de periode april 2011. Omdat na de patiëntenoverdracht aan beide betrokken verpleegkundigen een enquête wordt voorgelegd, wordt er gestreefd naar 50 ingevulde enquêtes.

3.4 Gegevensanalyse

3.4.1 Kwantitatief onderzoek

De gegevens van het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek zijn geanalyseerd aan de hand van een computerprogramma. De parameters zijn verwerkt in Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). De gegevens zijn weergegeven in tabellen en diagrammen om op een overzichtelijke wijze de onderlinge verbanden te kunnen ontdekken. Alle onderzoeksresultaten zijn bewaard en vastgelegd op een Cd-rom en kunnen worden opgevraagd bij de onderzoekers.

3.4.2 Kwalitatief onderzoek

De gegevensanalyse van het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek bevat de observaties en open vragen uit de enquêtes. De observaties en enquêtes zijn verwerkt aan de hand van een checklist die vooraf is opgesteld. De observaties en enquêtes zijn een aanvulling op de analyse van de 40 dossiers van CABG-/kleppatiënten, twintig dossiers van de IC/MC en twintig dossiers van de verpleegafdeling G3. De gegevens vanuit het kwalitatief onderzoek zijn door middel van labelen in Microsoft Office Word 2007 geanalyseerd (Baarda, 2006).

3.5 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de mate waarin ervan uit mag worden gegaan dat herhaling van het onderzoek tot dezelfde resultaten zal leiden. Het toeval is uitgesloten (Oost, 2002). Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten zijn er verschillende manieren van dataverzameling gecombineerd, namelijk literatuuronderzoek, dossieranalyse, observaties en enquêtes. Deze combinatie van gegevensverzameling wordt datatriangulatie genoemd ('t Hart e.a., 1998).

Hoe groter de steekproef is, des te nauwkeuriger kan er een uitspraak gedaan worden (Baarda, 2006). Het analyseren van 40 dossiers en het observeren van 25 patiëntenoverdrachten van CABG-/kleppatiënten is door de opdrachtgever betrouwbaar geacht voor het onderzoek omdat er een saturatie werd verwacht na het analyseren 40 dossiers. Na het analyseren van 40 dossiers en het bijwonen van 25 patiëntenoverdrachten bleek er inderdaad saturatie te zijn opgetreden, er kwamen geen nieuwe gegevens meer naar voren.

Bij het observatieonderzoek is de betrouwbaarheid voor een deel afhankelijk van de mate waarin de observatie beïnvloed wordt door de observator. Dit wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid genoemd. Voor een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is het belangrijk dat de checklist duidelijk is en goede instructies bevat (Baarda, 2006). Om de betrouwbaarheid van de observaties te vergroten werd iedere patiëntenoverdracht door twee onderzoekers geobserveerd. Dit geldt tevens voor de analyse van 40 dossiers van CABG-/kleppatiënten. De dossiers zijn steeds door twee onderzoekers geanalyseerd.

De betrouwbaarheid van de enquêtes is vergroot door het stellen van concrete vragen. Om de kans op sociaalwenselijke antwoorden te verkleinen, dienen de onderzoekers niet aanwezig te zijn bij het invullen van de enquêtes om zo geen instemming of afkeuring te laten blijken (Baarda, 2006). Er is een proefenquête gehouden om de betrouwbaarheid te vergroten (Verhoeven, 2007).

3.6 Validiteit

Validiteit wijst naar de waarde en de geldigheid van een onderzoek. Validiteit wil zeggen dat je meet wat je beoogt te meten (Baarda, 2001).

Voor de validiteit van de dossieranalyse is het van groot belang dat de analyse op een zo objectieve wijze uitgevoerd wordt (Baarda, 2001). De validiteit in de observaties is verhoogd doordat er van te voren een checklist is samen gesteld aan de hand van literatuur, protocollen en richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis locatie Nieuwegein. De validiteit in de observaties is verhoogd door de observaties te toetsen aan deze vooraf opgestelde checklist (Baarda, 2001). Hierdoor zijn de observatiecategorieën afgebakend en is alleen datgene geobserveerd wat valide is voor het onderzoek. Deze checklist is gecontroleerd door het teamhoofd van de IC en tevens opdrachtgever, Anja Feringa. De beperkingen van een dossieranalyse zijn de representativiteit en het tijdrovende aspect. Anderzijds is validiteit een belangrijk voordeel aangezien de vraagstelling tijdens het onderzoek kan worden gepreciseerd of bijgesteld (Raeve, 1998).

De validiteit van de enquêtes is verhoogd doordat er gebruik is gemaakt van gesloten en open vragen. Dit voorkomt dat de geënquêteerde onnadenkend antwoorden aankruist. Hierdoor zijn de antwoorden vollediger en meer valide (Verhoeven, 2007).

Voor de validiteit van alle data-analyses is het belangrijk dat de onderzoekers zo objectief mogelijk naar de resultaten kijken en deze vervolgens analyseren. Op deze manier zijn de deelvragen en daarmee de onderzoeksvraag zo nauwkeurig mogelijk beantwoord (Verhoeven, 2007).

4 Literatuurstudie

In dit hoofdstuk volgt een samenvatting van de uitgevoerde literatuurstudie. Voor de volledige versie van de literatuurstudie, en daarmee de beantwoording van de eerste drie deelvragen wordt u verwezen naar bijlage 1.

4.1 Inleiding

In de Engelse literatuur wordt de verpleegkundige overdracht, *nursing handover report*, gedefinieerd als *a vital method of passing on essential information to nurses on the next shift or ward* (McKenna, 1997). Het overdragen kan pas plaatsvinden wanneer duidelijk is dat de patiënt ontslagen kan worden vanaf de Intensive Care (IC). In het algemeen geldt dat een patiënt ontslagen kan worden van de IC wanneer de vitale functies zonder ondersteuning stabiel zijn en geen bewaking of behandeling meer nodig hebben. Dit is de meest voorkomende reden voor ontslag van de IC (Meinders, 2010).

4.2 Overdracht

De patiëntenoverdracht vanaf de IC naar de verpleegafdeling neemt een bijzondere positie in, omdat op dat moment de postoperatieve bewaking wordt gestopt. Om de patiëntveiligheid te bevorderen moeten processen zo veel mogelijk worden gestandaardiseerd. Waar de processen te vereenvoudigen zijn en kunnen worden gestandaardiseerd kan namelijk grote winst worden geboekt door vermindering van fouten en letsel. De overdrachten van de patiënt van de IC naar de verpleegafdeling vereisen zorgvuldigheid en tijdigheid. Om deze reden is het gebruik van checklists in overdrachtsituaties noodzakelijk en dus vereist (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009).

Volgens de richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein draagt de IC-verpleegkundige over aan de hand van een checklist, houdt de betreffende schriftelijke informatie erbij en loopt alle relevante zaken na bij de patiënt (Meinders, 2010). Jungen (2010) stelt in het boek *De verpleegkundige in de AGZ, algemene verpleegkundige zorg*, dat de overdracht door de IC-verpleegkundige aan de afdelingsverpleegkundige ten minste de volgende onderdelen moet bevatten: soort operatie; anesthesietechniek; eventuele complicaties en bijzonderheden peri- en postoperatief; de vochtbalans (inclusief urineproductie en bloedverlies); het postoperatieve beleid (infuusbeleid, pijnbestrijding, positie in bed); eventuele bijzonderheden van de patiënt die van belang zijn voor de zorg

(bijv. communicatieproblemen, lichamelijke problemen anders dan problemen ten gevolge van de operatie zoals een reeds bestaande parese).

4.3 Conclusie uit literatuurstudie

Wanneer een patiëntenoverdracht volgens de richtlijnen plaatsvindt, zal het zorgproces van de patiënt geoptimaliseerd worden en daarmee het welbevinden van de patiënt.

Patiëntenoverdracht is een van de belangrijkste onderdelen die plaatsvindt tijdens de opname van de patiënt. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor het overdragen van essentiële zorgaspecten (Enait, 2010). Reeds enkele jaren is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de patiëntenoverdracht en het optimaliseren hiervan. Uit deze verschillende onderzoeken kwamen uiteenlopende conclusies. Het ene onderzoek laat zien dat de patiëntenoverdracht een bron van tijdsverspilling is die nuttiger besteed kan worden aan de zorg van de patiënt. Een ander onderzoek laat zien dat wanneer de patiëntenoverdracht systematisch plaatsvindt het aantal fouten in de zorg ruim verminderd kan worden (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009).

Door het verbeteren van de patiëntenoverdracht zal ook de kwaliteit van zorg verbeterd worden. Om de patiëntenoverdracht van IC/MC naar de verpleegafdeling G3 in kaart te brengen zal er onderzoek gedaan moeten worden naar eventuele knelpunten.

5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Ingegaan zal worden op de verschillende onderdelen van het onderzoek, te weten de dossieranalyse, de enquêtes en het observatieonderzoek.

5.1 Dossieranalyse

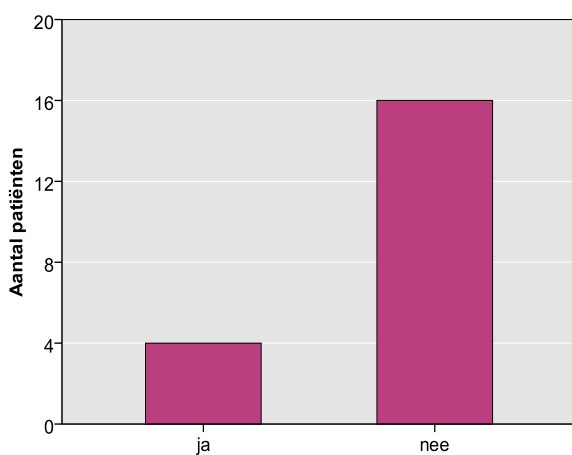
Onderstaande resultaten richten zich hoofdzakelijk op de eerste stap, oftewel de eerste dag, van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt op de verpleegafdeling G3. De onderzoekers zijn zich ervan bewust dat er meerdere stappen zijn. Omwille van de tijd hebben we deze stappen niet onderzocht. Daarnaast liggen de patiënten vaak één dag te lang, waardoor ze alleen in aanmerking komen voor de eerste stap. De actie ‘CAD verwijderen’ is ook onderzocht, ook al valt dit onder de tweede stap van het klinisch zorgpad. Deze keuze is bewust gemaakt omdat in een voorgaand project op de IC (Berkel en Hak, 2011) werd geadviseerd hier verder onderzoek naar te verrichten.

De opvallende resultaten zijn hieronder beschreven en weergegeven in grafieken. De resultaten zijn opvallend doordat ze de laagste scores hebben en het verschil tussen de IC/MC en verpleegafdeling G3 duidelijk weergeven. De resultaten richten zich op het wegen van de patiënt, het minimaal bengelen van de benen en het uitvoeren van de decubitus check. Daarnaast zijn de overige activiteiten onderzocht, zie bijlage 3 voor de volledige checklist van de dossieranalyse.

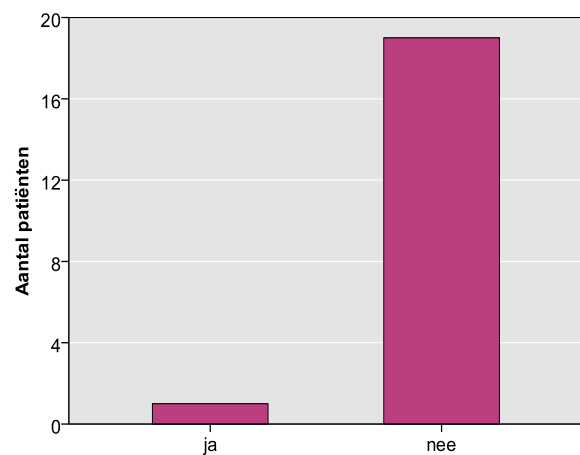
Op de IC/MC zijn twintig dossiers via het Patient Data Management System (PDMS) geanalyseerd. Het klinisch zorgpad is door de onderzoekers retrospectief ingevuld. Op de verpleegafdeling G3 is in twintig zorgdossiers van patiënten gekeken naar het volgen van het klinisch zorgpad.

5.1.1 Wegen

Het wegen van de patiënt is een actie die, volgens het klinisch zorgpad, op de eerste postoperatieve dag uitgevoerd dient te worden door de verpleegkundige. Wegen is een belangrijke verpleegkundige interventie ter voorkoming van overgewicht en overvulling. Overgewicht, voornamelijk in de buik, geeft extra druk op de longen, waardoor het longvolume vermindert. Overgewicht is niet alleen een gevolg van verhoogde vetmassa, maar kan ook een indicatie zijn van vochtophoping. Plotse gewichtsschommelingen kunnen tevens een aanwijzing zijn van vochtophoping. Oedeem aan de voeten kan een teken zijn van hartdecompensatie (AZ Vesalius, 2005). Uit onderzoek is namelijk gebleken dat het gewicht eerder toeneemt dan de vochtbalans als reactie op overvulling (Mank, 2008). Onderstaand zijn de resultaten weergegeven van zowel de IC/MC als van de verpleegafdeling G3 op de actie 'wegen'.



Figuur 1
Verpleegafdeling G3
Wegen



Figuur 2
IC/MC
Wegen

Opvallend is dat op de verpleegafdeling G3 van de twintig patiënten slechts vier patiënten gewogen zijn op de eerste dag van het klinisch zorgpad (20%). Op de variantielijst, waar de reden van niet uitgevoerde stappen vermeld hoort te staan, stond bij de zestien niet gewogen patiënten geen verklaring.

Als de resultaten van de IC/MC vergeleken worden met die van verpleegafdeling G3 zijn er weinig opmerkelijke verschillen. Op de IC/MC wordt 95% van de patiënten die langer dan noodzakelijk gelegen hebben niet gewogen. Slechts één van de twintig patiënten is gewogen tijdens zijn verblijf op de IC/MC, toen de behandeling daar in principe klaar was.

5.1.2 Urineproductie

De urineproductie van de CABG-/kleppatiënt is bij zowel de IC/MC als bij de verpleegafdeling G3 volgens de eerste stap van het klinisch zorgpad minimaal 50 ml per uur. En wanneer dit niet het geval was, is er actie (bijvoorbeeld het geven van Lasix) op gevolgd. De blaaskatheter mag op de tweede postoperatieve dag verwijderd worden. Op de IC/MC zijn - op één patiënt na - alle gevolgde patiënten op de tweede dag van het klinisch zorgpad naar de verpleegafdeling G3 overgeplaatst. De verpleegafdeling G3 had volgens het protocol verder kunnen gaan met de tweede stap van het klinisch zorgpad, de patiënt heeft immers al één dag te lang op de IC/MC gelegen. Echter, op de dag van overplaatsing heeft het merendeel van de patiënten de blaaskatheter nog in situ. Deze had op de IC/MC verwijderd moeten en kunnen worden zodat verpleegkundige van de verpleegafdeling G3 kan observeren of de patiënt binnen zes uur spontaan urineert en zo niet, hier actie op kan ondernemen (Abelman, 2010).

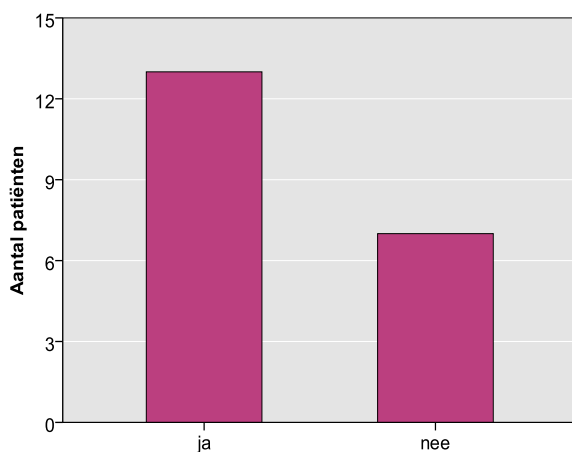
5.1.3 Activiteit 'minimaal bengelen'

Een andere stap die tijdens de eerste dag van het klinisch zorgpad uitgevoerd moet worden om vervolgens naar de tweede stap van het klinisch zorgpad te kunnen, is de activiteit 'minimaal bengelen van de benen'. Dit dient ter voorkoming van trombose. Bewegen is niet alleen belangrijk om trombose te voorkomen, maar ook om verlies van spierkracht tegen te gaan. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat wanneer de patiënt rechtop zit, de ademhaling beter is. Luchtweginfecties komen daardoor minder voor en de zuurstofvoorziening naar de wond is beter, hetgeen gunstig is voor de genezing (Refaja Ziekenhuis Stadskanaal, 2010).

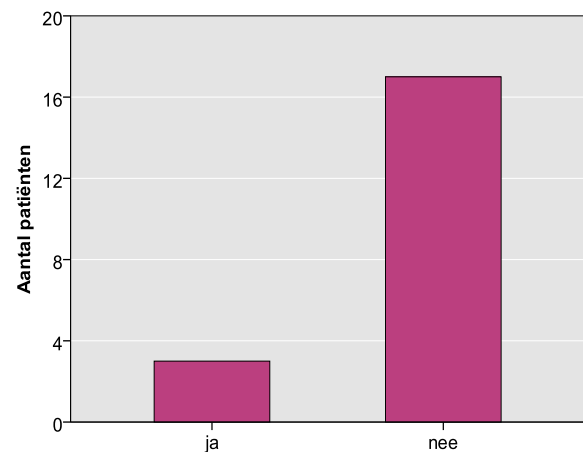
Bengelen op de verpleegafdeling G3 gebeurt niet in alle gevallen. Het merendeel van de patiënten heeft met de benen gebengeld. Echter, vier patiënten zijn op de eerste postoperatieve dag (nog) niet gemobiliseerd. Ook hier geldt dat op de variantielijst van het klinisch zorgpad geen reden vermeld stond voor het niet uitvoeren van deze activiteit. Op de IC/MC hebben bijna alle patiënten, op één patiënt na, op de rand van het bed gezeten op de eerste postoperatieve dag.

5.1.4 Decubitus-check

Het uitvoeren van de decubitus check op de eerste postoperatieve dag bevordert vroegtijdig signalering van decubitus. Decubitus is een veelvoorkomend gevolg van te lang in bed liggen of zitten. De gevolgen van decubitus kunnen ernstig zijn waardoor er de laatste jaren veel aandacht besteedt is aan de preventie van decubitus. Een evidence based hulpmiddel om decubitus te voorkomen is de decubitus check (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2002). Deze decubitus check dient iedere dag toegepast te worden. In meer dan de helft van de onderzochte dossiers werd de patiënt op de verpleegafdeling G3 gecontroleerd op decubitus. Wanneer de decubitus check niet was uitgevoerd, was er op de variantielijst van het klinisch zorgpad in het verpleegkundig dossier van de patiënt geen verklaring te vinden voor het niet uitvoeren van deze decubitus check. De resultaten van de IC/MC zijn, vergeleken met de resultaten van verpleegafdeling G3, opmerkelijk. Bij slechts drie van de twintig patiënten op de IC/MC is er een decubitus check verricht.



Figuur 3
Verpleegafdeling G3
Decubitus check



Figuur 4
IC/MC.
Decubitus check

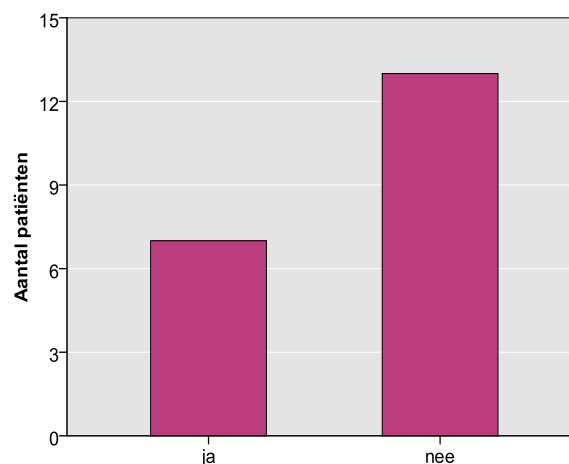
5.1.5 Intake

De intake van de patiënt mag op de eerste postoperatieve dag maximaal 1500 ml zijn. Dit betekent dat de infuussnelheid en de orale intake van de patiënt op elkaar afgestemd moeten worden om niet over deze maximale hoeveelheid heen te komen. Deze maximale intake is vastgesteld omdat het risico van overvulling bestaat. De vocht- en elektrolytenbalans kan verstoord raken door zowel overvulling met vocht als een tekort aan vocht. Overvulling kan optreden door te snel in lopen van de infuusvloeistof, een slechte nierfunctie of een slechte hartfunctie. Het infuusschema wordt berekend op basis van het

verloop van de operatie, het bloedverlies en de afloop van katheters en drains. Meestal mag het infuus verwijderd worden wanneer het hemoglobinegehalte (Hb) en de hematocriet (Ht) normale waarden hebben, de zorgvrager voldoende drinkt en een stabiele vochtbalans heeft (Sesink, e.a. 2005). Op de IC/MC hebben 80% van de patiënten meer dan 1500 ml gekregen. Dit is inclusief de intake via het infuus.

5.1.6 Arteriële lijn

Wanneer de patiënt klaar is om overgeplaatst te worden naar de verpleegafdeling dient de arteriële lijn verwijderd te worden. Patiënten die verpleegd worden op de IC hebben een verhoogd risico op infecties. Op de IC komen vijf tot tien keer meer ziekenhuisinfecties voor dan op de andere afdelingen. Deze verhoogde kans is te verklaren door de verminderde weerstand en het onderliggend lijden van de patiënten die op de IC zijn opgenomen. Daarnaast zorgen de vele risicovolle ingrepen, zoals beademing, centrale lijnen, katheters etc. voor een verhoogd infectierisico (Stichting Werkgroep Infectie Preventie, 2002). Door lijnen zo spoedig mogelijk te verwijderen, wordt infectiegevaar geminimaliseerd. Bij ongeveer een derde van het totaal aantal onderzochte patiënten is de arteriële lijn verwijderd op de dag dat de patiënt naar de verpleegafdeling overgeplaatst had kunnen worden.



Figuur 5
IC/MC
Arteriële lijn verwijderd

5.2 Enquêtes

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven die voortkomen uit de enquêtes die verspreid zijn onder verpleegkundigen van de IC/MC en van de verpleegafdeling G3. Bij elke geobserveerde overdracht is een enquête uitgereikt aan zowel de verpleegkundige van de IC/MC als aan de verpleegkundige van de verpleegafdeling G3. In totaal zijn er 50 enquêtes uitgedeeld. Door de verpleegkundigen van de IC/MC zijn alle 25 enquêtes ingevuld en ingeleverd. Er is echter een aantal keer een overdracht van dezelfde verpleegkundige bijgewoond, waardoor het totaal aantal verschillende verpleegkundigen van de IC/MC die de enquête volledig heeft ingevuld uitkomt op twintig.

Door drie verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 is de enquête niet ingeleverd. Ook onder deze verpleegkundigen is een aantal keer een overdracht bijgewoond waarvan de verpleegkundige de enquête al eerder had ingevuld. Hierdoor komt het totaal aantal volledig ingevulde enquêtes door verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 uit op vijftien. Hieronder zijn de resultaten vanuit de enquêtes beschreven.

5.2.1 Vijf belangrijkste punten in de overdracht

Aan de verpleegkundigen werd in de enquête gevraagd wat zij de vijf belangrijkste punten vinden om over te dragen of overgedragen te krijgen. Door de verpleegkundigen van de IC/MC werden als antwoord op deze vraag andere punten genoemd dan door verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3. Hieronder in figuur 6 een overzicht van de meest gegeven antwoorden (x = aantal keer genoemd).

	<i>Verpleegkundigen IC/MC (N=17)</i>	<i>Verpleegkundigen G3 (N=13)</i>
Psychische gesteldheid van de patiënt	9 x	1 x
Verloop operatie, evt. bijzonderheden/complicaties	9 x	8 x
Respiratie/saturatie/ Zuurstoftoediening	6 x	3 x
Circulatie	5 x	4 x
Lijnen/verwijderde lijnen	5 x	2 x
Hartritme	4 x	7 x
Familie	4 x	0 x
Urineproductie	4 x	5 x
(pijn)medicatie	4 x	5 x
Voorgeschiedenis	4 x	5 x
Hemodynamiek	3 x	0 x
Type OK	3 x	6 x
Vochtbalans	1 x	3 x

Figuur 6 Belangrijke punten in de overdracht

5.2.2 Knelpunten in de patiëntenoverdracht

Zowel door verpleegkundigen van de IC/MC als door verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 worden knelpunten ervaren in de patiëntenoverdracht. De helft van de verpleegkundigen van de IC/MC die de enquête ingevuld hebben, ervaren knelpunten in de overdracht. Van de verpleegafdeling G3ervaart het merendeel van de verpleegkundigen knelpunten. Door de IC/MC-verpleegkundigen worden echter wel andere knelpunten ervaren dan door de verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3.

Vier IC/MC-verpleegkundigen noemen dat ze regelmatig de juiste G3-verpleegkundige niet kunnen vinden, wat veel tijd kost. Twee keer werd als knelpunt genoemd dat de kamer van de patiënt nog niet op orde was. Andere knelpunten in de patiëntenoverdracht die door IC/MC-verpleegkundigen genoemd worden, zijn: geen plek op verpleegafdeling G3 voor de patiënt; geen ruimte waar de overdracht plaats kan vinden; niet op de afgesproken tijd aanwezig zijn van de G3-verpleegkundige waardoor er lang gewacht moet worden; langdurige patiënten zijn moeilijk over te dragen. Zie voor de letterlijke citaten van de IC/MC verpleegkundigen bijlage 8.

Onvolledigheid in de overdracht wordt door de helft van de G3-verpleegkundigen als knelpunt ervaren. Zo werd er door een verpleegkundige geschreven:

‘Vaak wordt er goed overgedragen en ook volledig maar blijken er toch dingen niet naar waarheid verteld te worden. Patiënt is vaak redelijk stabiel, maar dit blijkt soms helemaal niet waar te zijn.’

Specifieke punten die verpleegkundigen daarnaast ook noemen met betrekking tot onvolledigheid, zijn: het ontbreken van volledige uitleg over complexe patiënten; onduidelijkheid over de antibiotica in de postoperatieve fasen; geen antwoord krijgen op kritische vragen over het hartritme.

Het overdragen door een verpleegkundige die niet verantwoordelijk was voor de patiënt wordt door twee verpleegkundigen als knelpunt weergegeven. Zij ervaren dit als een knelpunt omdat de IC/MC-verpleegkundige hierdoor minder goed op de hoogte is van de toestand van de patiëntenzorg.

In het benoemen van knelpunten werd door twee verpleegkundigen indirect naar het klinisch zorgpad verwezen. Er werd aangegeven dat de maaghevel en of de blaaskatheter al verwijderd had(den) kunnen worden.

De overige citaten van de G3-verpleegkundigen staan vermeldt in bijlage 8.

5.2.3 Oorzaken van knelpunten in de patiëntenoverdracht

In de enquêtes werden door de onderzoekers drie mogelijke oorzaken voor de knelpunten in de patiëntenoverdracht gegeven. De verpleegkundigen mochten meerdere oorzaken aanvinken en kregen daarnaast de mogelijkheid om zelf een andere oorzaak te noemen. Hieronder een overzicht van de verschillende oorzaken:

Oorzaak: Doordat er wordt gewerkt met twee verschillende protocollen, één voor de IC/MC en één voor de verpleegafdeling G3.

Één verpleegkundige van de IC/MC zag dit als oorzaak van de knelpunten, tegenover vijf verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3.

Oorzaak: Doordat er wordt gewerkt met twee verschillende computersystemen, EPD en PDMS.

Vier verpleegkundigen van de IC/MC zagen dit als oorzaak van de knelpunten, tegenover vijf verpleegkundigen van de G3.

Oorzaak: Doordat de IC niet werkt met het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt.

Vier verpleegkundigen van de IC/MC zagen dit als oorzaak van de knelpunten, tegenover zes verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3.

Oorzaak: Iets anders, namelijk...

Door drie verpleegkundigen van de IC/MC werd ‘te hoge werkdruk’ genoemd als oorzaak van de knelpunten in de patiëntenoverdracht. Andere oorzaken die door IC/MC-verpleegkundigen genoemd worden, zijn: problemen in de communicatie; snelle doorstroom van patiënten op IC; het niet bij naam kennen van de verpleegkundige van de G3.

Drie verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 gaven ook aan dat er een andere oorzaak was van de knelpunten in de patiëntenoverdracht, namelijk: ‘te weinig tijd’, ‘communicatie naar coördinator komt niet overeen’ en ‘wanneer de overdracht plaats vindt door een IC/MC-verpleegkundige die niet verantwoordelijk was voor de patiënt, weet deze daardoor niet veel over de patiënt te vertellen’. Zie voor alle citaten bijlage 8.

5.2.4 Tips en aanbevelingen voor de patiëntenoverdracht

Één vraag in de enquête voor zowel de IC/MC-verpleegkundigen als voor de G3-verpleegkundigen, luidt: ‘Wat zou je anders willen zien in de patiëntenoverdracht?’ De verpleegkundigen gaven verschillende verbeterpunten als antwoord op deze vraag.

Door vier IC/MC-verpleegkundigen werd ‘goede voorbereiding en duidelijke communicatie’ als verbeterpunt genoemd. Drie IC/MC-verpleegkundigen zouden graag meer rust tijdens de overdracht willen, en zouden willen dat de overdracht plaatsvond in een aparte ruimte. Andere aanbevelingen die door IC/MC-verpleegkundigen genoemd worden, zijn:

-
- *‘Zorgco (zorgcoördinator, red.) op de G3 zou een actievere rol moeten hebben; zij moet in elk geval weten waar de vpk (verpleegkundige, red.) is aan wie wij moeten overdragen.’*
 - *‘Sneller de ontslagbrief van de arts krijgen.’*
 - *‘Nieuw overdrachtsformulier voor patiënten die lang op de IC/MC hebben gelegen’*
 - *‘Digitaal, zodat je weet dat alles aan de aandacht is gekomen’*
 - *‘Minder hoge werkdruk’*
-

Vier verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 zouden graag meer eenduidigheid in de overdracht willen zien. Andere verbeterpunten die door G3-verpleegkundigen genoemd worden, zijn:

-
- *‘De schriftelijke IC-overdracht aanpassen; er staan een aantal punten in waar op de G3 niets mee gedaan wordt of wat niet meer aan de orde is.’*
 - *‘In plaats van een schematische weergave van de medicatie een lijst met tijden van de laatste gift.’*
 - *‘Dat alles aanwezig is, medische en verpleegkundige map.’*
 - *‘Meer eerlijkheid.’*
-

5.2.5 Klinisch zorgpad

Aan de IC/MC-verpleegkundigen is gevraagd of ze op de hoogte zijn van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt waarmee op de verpleegafdeling G3 gewerkt wordt.

Bijna de helft van de verpleegkundigen (42%), die deze vraag ingevuld hebben, kozen het antwoord: 'Ja, ik ben er van op de hoogte en weet hoe het werkt'. Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen (53%) kozen het antwoord: 'Ja, de naam klinisch zorgpad komt mij bekend voor, maar ik weet niet wat het inhoudt'. Eén verpleegkundige gaf aan niet op de hoogte te zijn van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt waarmee op de verpleegafdeling G3 gewerkt wordt.

Vervolgens werd de vraag gesteld: 'Wat doe je met de behandeling van de patiënt als deze klaar is om overgeplaatst te worden, maar dit door logistieke problemen niet mogelijk is?' Er werden twee antwoordmogelijkheden geven, namelijk 'De IC-behandeling is klaar, ik zorg ervoor dat de patiënt stabiel blijft en wacht op overname van verpleegafdeling G3' of 'Ik ga verder met de behandeling zoals die op verpleegafdeling G3 zou plaatsvinden, CAD verwijderen etc.'. Deze vraag werd door alle geënquêteerde IC/MC-verpleegkundigen beantwoord. Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen (55%) gaven het eerste antwoord: 'De IC-behandeling is klaar, ik zorg ervoor dat de patiënt stabiel blijft en wacht op overname van verpleegafdeling G3'. Drie verpleegkundigen, die weten hoe het klinisch zorgpad werkt, gaven aan de behandeling voor te zetten zoals die op de verpleegafdeling G3 plaats zou vinden. Drie andere verpleegkundigen gaven aan dat ze de behandeling van de verpleegafdeling G3 zoveel mogelijk voortzetten, maar alleen de stappen volgen die in hun opzicht mogelijk zijn op de IC/MC.

Aan de verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 werd de vraag voorgelegd of zij knelpunten ervaren in de behandeling van de CABG-/kleppatiënt als deze langer dan noodzakelijk op de IC/MC heeft gelegen doordat er nog geen plaats was op de verpleegafdeling G3. Bijna alle G3-verpleegkundigen (93%) die deze vraag beantwoord hebben, gaven aan knelpunten te ervaren doordat de patiënt achterloopt op het klinisch zorgpad. Deze knelpunten hebben betrekking op het niet verwijderen van de blaaskatheter (twaalf keer aangevinkt), het niet verwijderen van infuuslijnen (zeven keer aangevinkt), het niet starten van de mobilisatie (tien keer aangevinkt) en het niet aanpassen van de medicatie (acht keer aangevinkt).

5.2.6 Mening van verpleegkundigen over het onderzoek

Als laatste is in de enquête gevraagd naar wat de verpleegkundigen van het onderzoek vinden. De meningen over het onderzoek zijn, van zowel de IC/MC-verpleegkundigen als de G3-verpleegkundigen, over het algemeen positief. Ze geven aan het interessant te vinden, het goed te vinden dat het wordt onderzocht en behoefte te hebben aan structuur en eenduidigheid in de overdracht. Zie voor een selectie van de citaten bijlage 8.

5.3 Observatieonderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven die voortkomen uit het observatieonderzoek. Het observatieonderzoek bestond uit het observeren van de patiëntenoverdracht op het moment dat een CABG-/kleppatiënt overgeplaatst werd van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3. In totaal zijn er 24 overdrachten bijgewoond. Over het algemeen vonden zowel verpleegkundigen als patiënten het geen probleem dat de overdracht bijgewoond werd door twee van onderzoekers. Eén IC/MC-verpleegkundige gaf aan het observeren tijdens de overdracht als onprettig te hebben ervaren. Er is niet doorgevraagd naar de reden voor deze onprettige ervaring.

Het observeren van de patiëntenoverdracht vond plaats aan de hand van de checklist voor de verpleegkundige overdracht uit het protocol 'Overdracht verpleegkundig, IC/MC/PACU/ recovery naar verpleegafdeling' (Enait, 2010). De meest opvallende resultaten zijn hieronder beschreven.

5.3.1 Locatie van de overdracht

Tien van de 25 bijgewoonde overdrachten (40%) vonden plaats op de IC of MC. Negen overdrachten (36%) vonden plaats op een kantoor op de verpleegafdeling G3. De overige zes overdrachten (24%) vonden plaats op de gang van de verpleegafdeling G3.

5.3.2 Verantwoordelijk verpleegkundige

Uit de enquêtes die zijn uitgereikt aan G3-verpleegkundigen blijkt dat, op één verpleegkundige na, alle verpleegkundigen verantwoordelijk waren voor de zorg van de patiënt die zij overgedragen kregen. Van de 25 IC/MC-verpleegkundigen die de enquête ingevuld hebben, waren er 21 verantwoordelijk voor de zorg van de patiënt die overgedragen werd. Vier IC/MC-verpleegkundigen (16%) waren dus niet verantwoordelijk voor de zorg van de patiënt die zij overgedragen hebben.

5.3.3 Duur van de verpleegkundige overdracht

Negentien van de geobserveerde overdrachten duurden ongeveer vijf minuten. De overige geobserveerde overdrachten duurden vijf tot tien minuten. Alle G3-verpleegkundigen die de enquête ingevuld hebben, waren van mening dat er voldoende tijd was voor de patiëntenoverdracht. Van de IC/MC-verpleegkundigen vond één verpleegkundige dat er onvoldoende tijd was voor de overdracht. De overige 24 IC/MC-verpleegkundigen waren net als de G3-verpleegkundigen van mening dat er voldoende tijd was voor de patiëntenoverdracht.

5.3.4 Structuur van de patiëntenoverdracht

Tijdens elke geobserveerde overdracht is door twee van de onderzoekers aangegeven of zij de overdracht wel of niet gestructureerd vonden verlopen. Ook is in de enquêtes, die zowel aan de IC/MC-verpleegkundige als aan de G3-verpleegkundige werden uitgereikt, gevraagd of de betreffende verpleegkundige de overdracht gestructureerd vond verlopen. Twaalf van de overdrachten werden door zowel de onderzoekers, als de IC/MC-verpleegkundige en de G3-verpleegkundige als gestructureerd ervaren. In drie van de gevallen vond een G3-verpleegkundige de overdracht niet gestructureerd verlopen. Voor de IC/MC-verpleegkundigen ligt dit aantal op vier. De onderzoekers vonden in zeven van de 24 gevallen (29%) de overdracht niet gestructureerd verlopen.

5.3.5 Punten uit checklist voor verpleegkundige overdracht

De punten in onderstaande tabel staan genoemd in de checklist voor de patiëntenoverdracht, zoals deze beschreven staat in het protocol 'Overdracht verpleegkundig, IC/MC/PACU/recovery naar verpleegafdeling' (Enait, 2010). Tijdens elke patiëntenoverdracht is geobserveerd of het betreffende punt wel of niet overgedragen werd. Een overzicht van de resultaten is te zien in onderstaande figuur 7.

	Genoemd in x aantal overdrachten (N= 24)
Uitgevoerde ingreep/reden van opname	24
Voorgeschiedenis	23
Verloop van de ingreep en evt. complicaties	22
Respiratie	21
Hartritme	21
Diagnostiek (lab, röntgen, consult)	20
(pijn)medicatie/pompstanden	19
Circulatie	18
Psychosociale situatie/familie	18
Vochtbeleid/dieet	18
Lijnen	17
Katheters	16
Delier/psychische gesteldheid	14
Pacemaker-polen	14
Zuurstof	14
Drains	10
Wond/aanwezigheid van gazen/tampons	10
VAS-score/pijn	7

Figuur 7: Overdracht

Het valt op dat het punt 'delier/psychische gesteldheid' slechts tijdens veertien geobserveerde overdrachten (58%) overgedragen werd door IC/MC-verpleegkundigen. In 42% van de geobserveerde overdrachten werd er dus niets overgedragen over een eventueel delier of de psychische gesteldheid van de patiënt. Drie IC/MC-verpleegkundigen gaven in de enquête aan dat ze informatie over de psychische gesteldheid van de patiënt

één van de vijf belangrijkste punten vinden om over te dragen. Ze droegen dit zelf echter niet over tijdens hun overdracht.

De VAS-score werd tijdens zeventien patiëntenoverdrachten niet vermeld. Deze informatie is ook niet terug te vinden in de schriftelijke verpleegkundige overdracht.

De verpleegkundige overdracht vanuit het PDMS, de medische brief en de medische status werden tijdens alle 24 geobserveerde overdrachten meegegeven aan de G3-verpleegkundige.

Het punt 'Vergelijk samen naam en patiëntnummer op naambandje met overdrachtspapieren', wat ook genoemd wordt in de checklist voor de verpleegkundige overdracht, werd tijdens de bijgewoonde patiëntenoverdrachten niet één keer uitgevoerd.

6 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord aan de hand van de resultaten vanuit het onderzoek. Ten slotte zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek.

6.1 Antwoorden op de deelvragen

Wat zijn de richtlijnen voor een patiëntenoverdracht vanuit de literatuur?

Een patiëntenoverdracht moet ten minste de volgende onderdelen bevatten: soort operatie; eventuele complicaties en bijzonderheden peri- en postoperatief; vochtbalans (inclusief urineproductie en bloedverlies); postoperatief beleid (infuusbeleid, pijnbestrijding, positie in bed); eventuele bijzonderheden van de patiënt die van belang zijn voor de zorg (communicatieproblemen, lichamelijke problemen anders dan ten gevolge van de operatie) (Jungen, 2010). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009) noemde onder andere de volgende punten waaraan een overdracht moet voldoen: identificatie patiënt; VAS-score; toegediende en lopende medicatie; vitale functies; wond; drains; maagsonde.

Een patiëntenoverdracht vereist zorgvuldigheid en tijdigheid. Het gebruik van checklists in overdrachtsituaties is noodzakelijk en dus vereist (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009).

Wat zijn de richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis om een patiëntenoverdracht optimaal te laten verlopen?

De IC-verpleegkundige draagt over aan de hand van een checklist, houdt de betreffende schriftelijke informatie erbij en loopt alle relevante zaken na bij de patiënt. In de mondelinge overdracht komen de volgende onderwerpen aan bod: patiënt identiteit; uitgevoerde ingreep; relevante voorgeschiedenis; verloop van de ingreep en eventuele complicaties; lijnen, drains, katheters, sonde, stoma, etc.; postoperatief verloop en beleid. Aan het eind van de overdracht verifieert de IC-verpleegkundige expliciet of alles duidelijk is voor de afdelingsverpleegkundige (Enait, 2010).

In de schriftelijke overdracht registreert de IC-verpleegkundige de laatste controles voordat de schriftelijke overdracht vanuit het PDMS wordt gegenereerd en aan de afdelingsverpleegkundige wordt meegegeven. Daarnaast wordt er een medische brief

meegegeven waarin onder andere de huidige medicatie genoemd staat. Indien er nog een papieren medische status aanwezig is, wordt deze ook meegegeven (Enait, 2010).

Wat is een klinisch zorgpad en wat is hiervan de meerwaarde?

Een klinisch zorgpad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van een multidisciplinair en inter-professioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren (Sermeus, e.a., 2007).

Binnen de cardiologie, cardiothoracale chirurgie en longgeneeskunde in het St. Antonius Ziekenhuis wordt gewerkt met de methodiek van klinische zorgpaden. Daar wordt een significante verkorting van opnameduur gezien, de tevredenheid van patiënten neemt toe, en de patiënt weet waar hij aan toe is (Hoekstra, 2008).

In hoeverre voldoet de patiëntenoverdracht van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3 aan de richtlijnen vanuit het ziekenhuis?

Wat betreft de inhoud van de patiëntenoverdracht komen de wenselijke situatie vanuit de richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis en de werkelijke situatie vanuit de observaties en enquêtes grotendeels overeen. Gegevens als uitgevoerde ingreep, voorgeschiedenis, verloop van de ingreep en eventuele complicaties werden tijdens vrijwel iedere overdracht genoemd. De verpleegkundige overdracht, de medische brief en de medische status werd bij elke overdracht meegegeven.

De onderdelen van de overdracht die niet voldoen aan de richtlijnen zijn het noemen van de VAS-score, het geven van informatie over de wond, en het samen vergelijken van het patiëntnummer en naam op het naambandje samen met de overdrachtspapieren.

Welke punten vinden de verpleegkundigen van de IC/MC en van de verpleegafdeling G3 belangrijk in een patiëntenoverdracht?

Verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 blijken het meest geïnteresseerd te zijn in het verloop van de ingreep, het type operatie en het hartritme van de patiënt. Het is interessant dat de IC/MC-verpleegkundigen de psychische gesteldheid van de patiënt, het verloop van de ingreep en de respiratie/saturatie het meest belangrijk vinden om over te dragen aan de G3-verpleegkundige. Hieruit blijkt dat beide afdelingen verschillende eisen en wensen

hebben voor de patiëntenoverdracht. Uit de enquêtes blijkt dat verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 de overdracht vaak niet volledig vinden en punten missen. Een oorzaak van die onvolledigheid kan zijn dat verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van elkaars wensen met betrekking tot het overdragen van de patiënt.

In hoeverre wordt de zorg van de CABG-/kleppatiënt gecontinueerd op de IC/MC op het moment dat de behandeling klaar is maar de patiënt niet overgeplaatst kan worden in verband met logistieke problemen?

Uit de enquêtes is gebleken dat minder dan de helft van de IC/MC-verpleegkundigen op de hoogte is van het klinisch zorgpad en weet hoe het werkt. Niet verwonderlijk is daarom dat op de IC/MC slechts één patiënt gewogen is op de dag dat de patiënt klaar is met de IC/MC-behandeling. Wel verwonderlijk is de uitkomst dat op de verpleegafdeling G3, waar standaard met het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt gewerkt wordt, slechts 20% van de patiënten gewogen is op de eerste dag van het klinisch zorgpad. Wegen wordt door beide afdelingen dus niet consequent uitgevoerd. Wellicht komt dit op de IC/MC omdat de verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van het klinisch zorgpad. Bij de G3-verpleegkundigen kan afgevraagd worden of zij op de hoogte zijn van het belang van het consequent wegen van de patiënt.

Het zou kunnen dat IC/MC-verpleegkundigen onvoldoende bewust zijn van het infectiegevaar van lijnen. De blaaskatheter wordt namelijk vrijwel nooit verwijderd op de ochtend van overplaatsing wanneer de patiënt minimaal een dag te lang op de IC/MC heeft gelegen. Uit de enquêtes bleek dat veel G3-verpleegkundigen het verwonderlijk vinden dat de blaaskatheter niet verwijderd wordt op de IC/MC. Ook de arteriële lijn wordt bij twee derde van de patiënten niet op de afgesproken tijd verwijderd. Dit ervaren de verpleegkundigen van G3 als knelpunten voor het continueren van het klinisch zorgpad.

Het mobiliseren van de patiënt gebeurt op zowel de IC/MC als op de verpleegafdeling G3 in bijna alle gevallen volgens het klinisch zorgpad. Op de IC/MC wordt er zelfs meer gemobiliseerd dan op de verpleegafdeling G3. Mobiliseren wordt dus op beide afdelingen als belangrijk geacht. Dit in tegenstelling tot het uitvoeren van de decubitus check, wat bij beide afdelingen minimaal gedaan wordt, terwijl de patiënten bedlegerig zijn en het gevaar van decubitus groot is.

Vrijwel alle verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 gaven aan dat ze knelpunten ervaren in de continuïteit van zorg doordat de patiënt achterloopt op het klinisch zorgpad. Bijna de helft van de G3-verpleegkundigen noemden als knelpunt dat de mobilisatie niet was gestart. Terwijl echter uit het gehouden onderzoek is gebleken dat mobilisatie wel degelijk wordt gestart op de IC/MC.

6.2 Antwoord op de hoofdvraag

Welke knelpunten doen er zich voor in de patiëntenoverdracht en in de continuïteit van zorg met betrekking tot het klinisch zorgpad van CABG-/kleppatiënten van de IC/MC naar de verpleegafdeling G3?

Uit het onderzoek is gebleken dat er op de IC/MC onbewust al veel handelingen uit de eerste stap van het klinisch zorgpad worden verricht, hoewel het klinisch zorgpad nog niet geïmplementeerd is op de IC/MC. Toch worden enkele punten uit het klinisch zorgpad, zowel op de IC/MC als op de verpleegafdeling G3 waar klinisch zorgpad wel is geïmplementeerd, overgeslagen. De blaaskatheter kan bijvoorbeeld op de IC/MC verwijderd worden in de ochtend op de dag van overname (wanneer een patiënt één dag te lang op de IC/MC heeft gelegen) maar dit werd tijdens het onderzoek slechts bij één patiënt gedaan. Het niet verwijderen van bepaalde lijnen wordt door de meeste G3-verpleegkundigen als knelpunt ervaren, zoals blijkt uit de enquêtes.

Daarnaast doen er zich nog verschillende knelpunten voor in de patiëntenoverdracht. Met name de G3-verpleegkundigen gaven aan knelpunten te ervaren. Verpleegkundigen van de IC/MC houden bij het overdragen meer rekening met wat zij belangrijk vinden om over te dragen, dan met de wensen van de G3-verpleegkundigen. Als voorbeeld kan genoemd worden dat de IC/MC-verpleegkundigen het belangrijk vinden om de psychische gesteldheid van de patiënt over te dragen, terwijl de G3-verpleegkundigen dit minder belangrijk vinden. Waarschijnlijk is er op de IC/MC sprake van onwetendheid over wat de verpleegafdeling G3 graag overgedragen zou willen hebben.

De meest genoemde knelpunten door IC/MC-verpleegkundigen zijn dat zij de juiste G3-verpleegkundige niet kunnen vinden als ze een patiënt willen overdragen, dat de kamer van de patiënt nog niet op orde is, dat er geen geschikte ruimte is om over te dragen en/of dat de G3-verpleegkundigen niet op tijd de patiënt komen ophalen. Dit kost de IC/MC-verpleegkundigen veel tijd.

De G3-verpleegkundigen ervaren bovenstaande knelpunten niet. Zij zien een onvolledige overdracht als grootste knelpunt. Hierdoor missen ze belangrijke informatie over de patiëntenzorg zoals de tijden van antibioticagiften en informatie over het hartritme. Opvallend is dat deze gegevens tijdens de bijgewoonde overdrachten echter wel overgedragen werden. Wellicht wordt er door de G3-verpleegkundigen mondeling veel informatie gemist of vergeten. En structuur was regelmatig niet aanwezig bij de overdrachten. Deze stelling wordt verdedigd door een onderzoek in opdracht van Centre For Patient Safety en Surgical Quality (2010) waaruit blijkt dat mondelinge informatie, als deze niet gestructureerd is, snel vergeten wordt.

Bovenstaande knelpunten worden, volgens beide afdelingen, veroorzaakt doordat de IC/MC niet werkt met het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt, doordat beide afdelingen met een verschillende computersysteem werken, maar ook door slechte communicatie. De verpleegkundigen hebben behoefte aan rust tijdens de patiëntenoverdracht, maar ook aan structuur. Daarnaast vinden ze het belangrijk dat er een geschikte ruimte is waar de overdracht plaats kan vinden.

De continuïteit van zorg van patiënten die langer dan noodzakelijk op de IC/MC zijn gebleven is niet optimaal. Volgens de opdrachtgever is stagnatie in de zorg een kostbaar gegeven voor zowel het ziekenhuis als voor de patiënt. Hieraan wordt op dit moment te weinig aandacht aan geschonken. Door dit te verbeteren kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden.

7 Discussie

Dit onderzoek heeft antwoord gegeven op de vraag welke knelpunten er zich voordoen in de patiëntenoverdracht en in de continuïteit van zorg. In dit hoofdstuk zal de discussie besproken worden. De factoren die invloed hebben gehad op dit onderzoek staan hieronder beschreven.

7.1 Onderzoeksopzet

Tijdens het maken van een onderzoeksplan zijn vele pogingen gedaan om een betrouwbaar en relevant onderzoek neer te zetten. Het onderzoek werd aan het begin toegespitst op het klinisch zorgpad maar dit was een te groot en niet uitvoerbaar onderzoek omdat de gegevens die verkregen moesten worden niet te verkrijgen waren. Meerdere malen hebben de onderzoekers via een andere invalshoek het onderzoek willen opzetten maar toch bleken de wensen en verwachtingen van zowel de opdrachtgever, de meesterproefbegeleider en de onderzoekers telkens van elkaar te verschillen. Uiteindelijk hebben de onderzoekers een relevant en haalbaar onderzoeksopzet geschreven. Hieruit wordt geleerd dat het belangrijk is om aan het begin van de onderzoeksperiode ruimer de tijd te nemen voor de onderzoeksopzet en het contact met de opdrachtgever.

7.2 Observatieonderzoek

De observaties van het onderzoek hebben de gehele maand april plaatsgevonden. In de eerste week van de uitvoering werd al snel duidelijk dat het verwachte aantal observaties niet behaald zou worden als alleen de overdrachten van de IC naar de verpleegafdeling G3 bijgewoond zouden worden. Daarom is besloten om ook de MC bij het onderzoek te betrekken. Hiermee is tevens het onderzoek meer relevant geworden voor alle patiënten die een CABG-/klepoperatie hebben ondergaan, op zowel de IC als de MC.

7.3 Enquêtes

In de onderzoeksopzet was er gekozen om verpleegkundigen van de IC en de verpleegafdeling G3 te interviewen, zodat op die manier inzicht verkregen zou worden over eventuele knelpunten in de patiëntenoverdracht en in de continuïteit van zorg. Reeds voordat de uitvoeringsfase was gestart werd door de onderzoekers geconcludeerd dat het houden van interviews niet haalbaar was op de IC door tijdsgebrek. Er is daarom gekozen om een enquête persoonlijk te overhandigen aan de verpleegkundigen die bij de overdracht

betrokken waren. De respons op de enquêtes op beide afdelingen is bijna 100% doordat de onderzoekers voor deze persoonlijke methode hebben gekozen. Veelal waren de onderzoekers na enige tijd na de overdracht aanwezig op de afdeling om de enquêtes op te halen en daarmee de respons te waarborgen. Door deze geslaagde onderzoeksmethode is het doel van 50 enquêtes op drie na behaald. Het nadeel was echter dat het veel tijd kostte om de enquêtes te verzamelen wanneer zij ingevuld waren.

In de enquête voor de G3-verpleegkundigen was één vraag waarvan het antwoord, al voordat de enquête werd afgenomen, voor de hand liggend was. Het gaat om vraag vier: 'Wat doe je met de gegevens die je mondeling overgedragen heb gekregen en die niet schriftelijk zijn gerapporteerd?' Zoals verwacht gaven vrijwel alle verpleegkundigen het antwoord dat ze deze informatie zoveel mogelijk rapporteren. Wanneer er meerdere proefenquêtes waren afgenomen zou deze vraag achterwege gelaten zijn. In verband met tijdgebrek zijn er echter maar twee proefenquêtes afgenomen.

7.4 Dossieranalyse

De dossieranalyse, zoals de onderzoekers deze eerst hadden gepland, bleek niet relevant genoeg te zijn. Van twintig patiënten zou de schriftelijke overdracht geanalyseerd worden. Al snel bleek dat elke schriftelijke overdracht dezelfde gegevens bevatte. Daarom werd de dossieranalyse toegespitst op het klinisch zorgpad omdat dit een veelbesproken onderwerp was tijdens de onderzoeksopzet.

De dossieranalyse van de te lang gelegen patiënten van de IC/MC was lastig te verrichten. De verwachting was dat er duidelijk door de verpleegkundigen gerapporteerd zou zijn wanneer de patiënt klaar was om overgedragen te worden aan de verpleegafdeling G3 maar dit niet plaats kon vinden omdat er nog geen plaats was op de verpleegafdeling. Helaas was dit echter niet het geval. De onderzoekers hebben in het PDMS slechts 20 patiënten gevonden, in de periode van oktober 2010 tot en met april 2011, waarbij gerapporteerd stond dat de patiënt te lang gelegen had omdat er nog geen plaats was op verpleegafdeling G3. Uit andere gegevens bleek dat er minstens het dubbele aantal van deze patiënten te lang had gelegen in diezelfde periode, maar dit was door de onderzoekers nergens terug te vinden.

Om de betrouwbaarheid van het onderzoeksplan te vergroten werd tijdens de onderzoeksperiode besloten om in de dossieranalyse ook de verpleegafdeling G3 mee te

nemen zodat er vergelijkingsmateriaal was voor de dossieranalyse van de IC/MC. Deze dossieranalyse op de verpleegafdeling G3 heeft eraan bijgedragen dat er een duidelijk beeld is van de werkelijke situatie van het continueren van het klinisch zorgpad.

8 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen beschreven die voortkomen uit de resultaten van dit onderzoek. Op deze manier wordt een antwoord gegeven op het tweede gedeelte van de vraagstelling, dat als volgt luidt:

‘Welke adviezen kunnen er uitgebracht worden om het zorgproces van de patiënt te optimaliseren zodat het voldoet aan de criteria vanuit de richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis?’

In onderstaande paragraaf worden aanbevelingen geschreven voor zowel de IC/MC als voor de verpleegafdeling G3. Daarnaast worden aanbevelingen gegeven over eventueel vervolgonderzoek wat op deze beide afdelingen kan worden verricht.

8.1 Aanbevelingen voor IC/MC en verpleegafdeling G3

Verbetering van de communicatie tussen de afdelingen en de zorgcoördinatoren

In de enquêtes wordt door vier IC/MC verpleegkundigen ‘goede voorbereiding en duidelijke communicatie’ als verbeterpunt genoemd voor de patiëntenoverdracht. Bij patiëntveiligheid draait alles om een goede communicatie. Het Centrum Patiëntveiligheid Isala (2010) geeft hier enkele redenen voor. Elk incident heeft in meer of mindere mate te maken met communicatie. Daarnaast beïnvloeden de dynamiek van een team, de interactie en communicatie de veiligheid en kwaliteit van zorg. Uit onderzoek van het Centrum Patiëntveiligheid (2010) blijkt dat fouten vaak terug te voeren zijn tot onvoldoende communicatie of miscommunicatie.

8.2 Aanbevelingen voor de IC/MC

Alleen verpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor de zorg van de patiënt dragen deze patiënt over.

Wanneer er wordt gekeken naar het aantal verpleegkundigen die verantwoordelijk waren voor de zorg voor de patiënt die zij overdroegen, waren er vier IC/MC-verpleegkundigen die niet verantwoordelijk waren voor de patiënt die zij overdroegen. Uit de enquêtes van de G3-verpleegkundigen blijkt dat zij dit een groot knelpunt vinden in de patiëntenoverdracht omdat deze verpleegkundigen niet volledig op de hoogte zijn van de patiëntenzorg en kritische vragen vaak niet konden beantwoorden.

Het advies is om een handige checklist te ontwerpen die gemakkelijk geraadpleegd kan worden tijdens de overdrachten. Deze checklist dient te allen tijde gebruikt te worden. De checklist moet opgesteld worden naar aanleiding van de wensen die de verpleegkundigen aangegeven hebben in de enquête.

Uit het onderzoek blijkt dat de IC/MC verpleegkundigen andere punten belangrijk vinden om over te dragen dan de verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3. Door middel van een checklist zullen de wensen van de afdelingen beter op elkaar afgestemd zijn. Zonder richtlijnen wordt er overgedragen wat de verpleegkundige belangrijk vindt. De effectiviteit van overdrachten gaat omhoog wanneer er richtlijnen gebruikt worden waarin beschreven staat wat er mondeling en schriftelijk overgedragen moet worden. De lengte van de mondelinge overdracht wordt verkort en gestructureerd en de kwaliteit van zorg wordt verbeterd (Sexton, e.a., 2004).

De overdrachten van de patiënt van de IC/MC naar de verpleegafdeling vereisen zorgvuldigheid en tijdigheid. Om deze reden is het gebruik van checklists in overdrachtsituaties noodzakelijk en dus vereist (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009).

Onderzoek laat zien dat wanneer de patiëntenoverdracht systematisch plaatsvindt het aantal fouten in de zorg ruim verminderd kan worden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is van mening dat standaardisatie vereist is om de kans op fouten bij de overige 30%, waarbij de overdracht dus niet van voldoende kwaliteit was, te reduceren.

Een klinische les organiseren over de mondelinge verpleegkundige overdracht aan de hand van de (nieuwe) checklist.

Volgens de richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein draagt de IC-verpleegkundige over aan de hand van een checklist, houdt de betreffende schriftelijke informatie erbij en loopt alle relevante zaken na bij de patiënt (Meinders, 2010).

Het organiseren van een klinische les voor de IC/MC over het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt.

Uit het onderzoek blijkt namelijk dat de helft van de IC/MC-verpleegkundigen niet op de hoogte is van de werking van het klinisch zorgpad.

De eerste stap van het klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt toevoegen aan de takenlijst in PDMS en toevoegen aan de schriftelijke overdracht.

Uit het onderzoek blijkt dat vrijwel alle verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 de achterstand op het klinisch zorgpad als een knelpunt ervaren. Wanneer de eerste stap van het klinisch zorgpad aan de takenlijst van het PDMS worden toegevoegd kan men op de IC/MC de zorg continueren wanneer de patiënt door logistieke problemen langer op de IC/MC moet blijven. Door de stappen toe te voegen aan de schriftelijke overdracht krijgen verpleegkundigen van de verpleegafdeling G3 een duidelijk overzicht van de stappen die reeds gedaan zijn op de IC/MC.

Vier IC/MC-verpleegkundigen en vijf G3-verpleegkundigen zagen het werken met twee verschillende computersystemen als een oorzaak de knelpunten in de patiëntenoverdracht. Wanneer de eerste stap van klinisch zorgpad aan de takenlijst van het PDMS wordt toegevoegd zal ook deze oorzaak van de knelpunten gedeeltelijk verholpen worden.

8.3 Aanbevelingen voor de verpleegafdeling G3

Creëer één vaste ruimte op de verpleegafdeling G3 waarin rustig overgedragen kan worden.

Opvallend was dat zes patiëntenoverdrachten plaatsvonden op de gang van de verpleegafdeling G3. De ervaring van de onderzoekers is dat de gang geen geschikte plaats is om een overdracht plaats te laten vinden. Dit in verband met de privacygevoeligheid van de overdracht en rumoerigheid van de gang. Uit de enquêtes bleek dat drie IC/MC-verpleegkundigen meer rust tijdens de overdracht willen en ze zouden willen dat de overdracht plaatsvindt in een aparte ruimte.

Op de afgesproken tijd aanwezig zijn voor de overdracht. Indien dit niet mogelijk is, moet dit gecommuniceerd worden.

's Morgens wordt de tijd van de overdracht bekendgemaakt. Het merendeel van de overdrachten vond niet plaats op het geplande tijdstip, waardoor de IC/MC-verpleegkundigen veelal minimaal een half uur moesten wachten op de G3-verpleegkundige.

8.4 Aanbevelingen voor aanvullend onderzoek

Onderzoek naar de mogelijkheid tot implementatie van het concept klinisch zorgpad voor de CABG-/kleppatiënt tijdens de IC-periode.

Op de IC in het St. Antonius Ziekenhuis wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van een klinisch zorgpad voor de cardiothoracale chirurgische patiënt tijdens de IC-periode. Er is een concept versie van het klinisch zorgpad ontwikkeld, maar deze is nog niet geïmplementeerd omdat verder onderzoek vereist is.

In het St. Antonius Ziekenhuis wordt binnen de cardiologie, cardiothoracale chirurgie en longgeneeskunde al gewerkt met de methodiek van klinische zorgpaden. Daar wordt een significante verkorting van opnameduur gezien, de tevredenheid van patiënten neemt toe, en de patiënt weet waar hij aan toe is (Hoekstra, 2008).

Het houden van diepte interviews met verpleegkundigen van de IC/MC en de verpleegafdeling G3.

Uit de dossieranalyse blijkt dat de handelingen van de eerste stap van het klinisch zorgpad niet consequent worden uitgevoerd. Het gaat hier met name om de handelingen wegen, decubitus check en mobiliseren. De vraag is waarom deze handelingen niet consequent worden uitgevoerd. Door middel van diepte interviews kan worden getracht de onderliggende oorzaak te achterhalen. Daarnaast kan gedacht worden aan vragen over de eventuele implementatie van het klinisch zorgpad. Hoe wordt hier door IC-verpleegkundigen over gedacht?

9 Literatuurlijst

Boeken

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen J. (2006). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers b.v.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen J. (2001). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers b.v.
- Celestin-Westreich, S., Celestin, L.P. (2008). *Observeren en rapporteren*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Cusveller, B. (2005). *Christelijke beroepscode voor verpleegkundigen en andere werkers in de gezondheidszorg*. Veenendaal: Healthcare Christian Fellowship Nederland.
- Gooszen, H.G., e.a. (2006). *Leerboek Chirurgie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum onderdeel van Springer Uitgeverij.
- Hart, H. 't, Dijk, J. van, Goede, M. de, Jansen, W., Teunissen, J., (1998). *Onderzoeksmethode*. Amsterdam: Boom.
- Jong, A. de, Vandenbroele, H., Arend, A. van der, Cox, K., Glorieux, M., Lyke, S. van der, e.a. (2003). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, eerste druk, vierde oplage.
- Jungen, IJ e.a. (2010) *De verpleegkundige in de AGZ, algemene verpleegkundige zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Oost, H. (2002) *Een onderzoek uitvoeren*. Baarn: HB uitgevers.
- Plochg, T., e.a. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Raeve, P. (1998). *Het verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek: praktisch bekeken*, Diegem: Kluwer Editorial.

- Sesink, E.M., de Jong, J.H.J. (2005). *Verplegen van interne en chirurgische zorgvragers niveau 4*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Onderwijs.

Artikelen

- Afstudeeronderzoek *De mondelinge verpleegkundige overdacht* van Hylkje Lijzenga en Karin Rozeveld (sept. 2009 – feb. 2010). Hanzehogeschool Groningen en Martini Ziekenhuis in Groningen
- Boogaard, M. v., Brugge, C. S., & Hoeven, H. v. (2007). *Het klinisch zorgpad: een andere manier van werken? Klinisch zorgpad op de cardiothoracale IC als instrument voor kwaliteit van zorg*. In: Critical Care .
- British Medical Association (2004). *Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers*. London, United Kingdom: British Medical Association; 2004.
- Budding, J. (2008). *De arts vindt steun bij de computer*. In: AD Haagsche Courant.
- Centre For Patient Safety en Surgical Quality (2010). *Postoperative Handover: Problems, Pitfalls, and Prevention of Error*. In: Annals of Surgery. Lippincott Williams & Wilkins
- Hak, M., & Berkel, W. v. (2011). *Conclusies en aanbevelingen tav het Klinisch Zorg Zorgpad*. Nieuwegein: Sint Antonius Ziekenhuis.
- Hoekstra, T. (2008). *Een deelnemer aan het woord*. In: Netwerk Klinische Paden; Jaaroverzicht deelnetwerk Nederland 2008
- Leytens, J., Wagner, C. (2000). *Richtlijnen en protocollen*. TvZ: nr. 18
- Mank, A., Semin-Goossens, A. , Ruyter, R. de , Lelie, J. v.d. , Bakker, P. , Vos, R. de (2008). *Controle op overvulling bij hyperhydratie*. In: Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen.
- McKenna, LG. (1997). *Improving the nursing handover report*. In: Prof Nurse, Jun; 12(9):637-9. School of Nursing, Monash University, Frankston, Victoria, Australia.
- O'Connell B e.a. (2008). *Nursing handover: it's time for a change* In: Contemp Nurse. Deakin. Southern Health Nursing Research Centre, Clayton VIC, Australia.

- Sermeus, W., Vanhaecht, K. (2002). *Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden*. In: Acta Hospitalia.
- Sexton, A. e.a. (2004). *Nursing handovers: do we really need them?* In Journal of Nursing Management. Blackwell Publishing Ltd.
- Singh H, et al. (2007). *Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers*. In: Arch Intern Med.

Protocollen

- Abelman, M. (2010). *CABG*. St. Antonius Nieuwegein.
- Enait, R. (2010). *Overdracht verpleegkundig, IC/MC/PACU/recovery naar verpleegafdeling*. Document ID: ANT13038. St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.
- Meinders, A. J. (2010). *Ontslagcriteria IC/MC patiënt en externe overplaatsing van de patiënt*. Document ID: ANT37843. St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.
- Noordzij, E. (2010). *Hartoperatie Verpleegkundige Opvang*. St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.
- Yilmaz, A. en Meeuwen, E. van (2008). *combi klep cabg*. St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.

Internetsites

- Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht (2010).
<http://www.asz.nl/professionals/nieuws/2010/10/8872/>. Geraadpleegd op 22 februari 2011.
- AZ Sint-Jan, Brugge; <http://www.azbrugge.be/pub/Templates/Content.aspx?id=2656>; geraadpleegd op april 2011.
- AZ Vasalius (2005). Overvulling.
http://www.azvesalius.be/COPD/Overvulling_verpleging.htm. Geraadpleegd op 12 mei 2011.
- Catharina-ziekenhuis, Eindhoven,
<http://www.cze.nl/default.aspx?DocumentID=e704fac4-5c02-4bff-9d4c-31b3460d0323>; geraadpleegd op 4 april 2011.

- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2002). Decubitus tweede herziening. <http://www.cbo.nl/Downloads/379/decubitus2002.pdf>. Geraadpleegd op 12 mei 2011.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009). *Postoperatieve zorg in ziekenhuizen op onderdelen voldoende, maar kent nog teveel risico's*. Den Haag, oktober 2009. http://www.igz.nl/Images/2009-10_rapport_Postoperatief%20proces%20in%20ziekenhuizen_tcm294-274981.pdf. Geraadpleegd op 31 maart 2011.
- Kindersley, D. (2003). kiesBeter.nl - op de intensive care. van kiesBeter.nl: [http://www.kiesbeter.nl/medische-informatie/medische-encyclopedie/omgeving-op-de-intensive-care/Ziekenhuis, Amphia. \(2011\).](http://www.kiesbeter.nl/medische-informatie/medische-encyclopedie/omgeving-op-de-intensive-care/Ziekenhuis,Amphia.(2011).) Geraadpleegd op 22 februari 2011,
- Minerva, tijdschrift voor Evidence-Based Medicine <http://www.minervabm.be/articles/nl/woordenlijst/retrospectief.htm>, geraadpleegd op 22 maart 2011
- Medinfo (2005). http://www.medinfo.nl/tki_2_9_0_0_0_0 Geraadpleegd op 2 maart 2011.
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, *Herziene richtlijn Opname en ontslag criteria januari 2011*. http://www.nvic.nl/richtlijnen_geaccordeerd.php?id=58&titel=Herziene-richtlijn-Opname--en-ontslagcriteria. Geraadpleegd op 30 maart 2011.
- Refaja Ziekenhuis Stads kanaal (2010). Patiënteninformatie bij het ERAS-programma. <http://www.heelmeester.nl/folders/eras.htm>. Geraadpleegd op 12 mei 2011.
- Right Marktonderzoek (2007). Kwantitatief onderzoek. <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/kwantitatief-onderzoek.aspx>. Geraadpleegd op 3 maart 2011.
- Rijksoverheid (2010). <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/elektronisch-patientendossier> - Geraadpleegd op 22 februari 2011.
- Sermeus, W., Vanhaecht, K., & Witte, D. (2007). Definitie. Opgeroepen op februari 15, 2011, van Netwerk Klinische Paden: <http://nkp.be/nederlands/wat-zijn-klinische-paden/definitie/index.html>
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam (2010). <http://www.sintlucasandreasziekenhuis.nl/smartsite.dws?ch=&id=30796> – Geraadpleegd op 22 februari 2011.

- Slagter, D. (2010). Medisch Verpleegkundige protocollen. Opgeroepen op februari 22, 2011, van zorgprotocollen: <http://www.zorgprotocollen.nl/protocolachtergrond.htm>
- Stichting Werkgroep Infectie Preventie (2002). Een werkeiland op de Intensive Care? (THIP 2002-3).
http://www.wip.nl/ThipDocs/een_werkeiland_op_de_intensive_c.htm.
Geraadpleegd op 11 mei 2011.
- St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein (2011).
<http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/?view=Standard>. Geraadpleegd op 22 februari 2011.
- St. Antonius Ziekenhuis Hartcentrum,
http://www.antoniushartcentrum.nl/behandelingen/hartoperatie/bypass_hartklep/;
geraadpleegd op 4 april 2011.
- Centrum Patiëntveiligheid.
<http://www.centrumpatientveiligheid.nl/nieuws/Pages/IsalaSafetyAward.aspx>.
Geraadpleegd op 30 maart 2011.

Overig

- Christelijke Hogeschool Ede (2010). *Competenties en HBO-kwalificaties*. In: Onderwijsgids 2010-2011. Ede.

10 Bijlagen

- Bijlage 1: Literatuurstudie
- Bijlage 2: Begripsdefiniëring
- Bijlage 3: Checklist Dossieranalyse
- Bijlage 4: Enquête IC/MC-verpleegkundigen
- Bijlage 5: Enquête G3-verpleegkundigen
- Bijlage 6: Werkwijze overdracht volgens protocol
- Bijlage 7: Observatiechecklist
- Bijlage 8: Citaten uit enquêtes

Bijlage 1 Literatuurstudie

Hieronder is de volledige literatuurstudie te vinden die is opgebouwd aan de hand van de drie eerste deelvragen.

Deelvraag 1: 'Wat zijn de richtlijnen voor een patiëntenoverdracht vanuit de literatuur?'

Inleiding

Het overdragen kan pas plaatsvinden wanneer duidelijk is dat de patiënt ontslagen kan worden vanaf de Intensive Care (IC). In het algemeen geldt dat een patiënt ontslagen kan worden van de IC wanneer de vitale functies zonder ondersteuning stabiel zijn en geen bewaking of behandeling meer nodig hebben. Dit is de meest voorkomende reden voor ontslag van de IC (Meinders, 2010). Er bestaan echter vaak verpleegkundige argumenten om een patiënt langer op de IC te verplegen omdat de verpleegkundige belasting te groot is voor een algemene verpleegafdeling. Instellingen die beschikken over een Medium Care (MC) of High Care (HC) kunnen deze patiënten hier naar overplaatsen (Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, 2011). Bij het overplaatsen van de patiënt vindt er onder andere een verpleegkundige overdracht plaats. Daarnaast vindt er ook een overdracht plaats tussen de chirurgen en artsen.

In de Engelse literatuur wordt de verpleegkundige overdracht, *the nursing handover report*, gedefinieerd als *a vital method of passing on essential information to nurses on the next shift or ward* (McKenna, 1997).

Achtergrond

Nursing handover oftewel verpleegkundige overdracht wordt gedefinieerd als 'the transfer of professional responsibility and accountability for some or all aspects of care for a patient or group of patients to another person or professional group on a temporary or permanent basis' (British Medical Association, 2004). Een overdracht van hoge kwaliteit is de basis van een effectief gezondheidssysteem. Wanneer de overdracht volledig en professioneel verloopt, verzekert de zorgverlener de veiligheid en continuïteit van zorg voor de patiënt. Het is daarom niet verwonderlijk dat overdrachtsfouten als een belangrijk bron van medische missers gezien wordt. Overdrachtsfouten zijn met maar liefst 20% de oorzaak van de rechtszaken betreffende medische missers in de Verenigde Staten (Singh, 2007).

Volgens Singh (2007) is de chirurgische patiënt het meest vatbaar voor overdrachtsfouten in vergelijking met elke andere patiënt vanwege het grote aantal

parameters en de verschillende overgangen die plaatsvinden tijdens de preoperatieve, perioperatieve en postoperatieve fase. De overgang tussen deze drie fasen bevatten een hoog risico gehalte. De postoperatieve overdrachtfase tussen de IC naar afdeling is een kritische fase in het klinisch zorgpad van de patiënt. Doordat deze overdracht verschillende informatie van verschillende disciplines bevat zit de overdracht vaak vol met dubbele informatie (Singh e.a., 2007).

Verpleegkundige overdracht vanaf verkoever/IC

De overdracht vanaf de verkoeverafdeling of IC naar de verpleegafdeling neemt een bijzondere positie in, omdat op dat moment de postoperatieve bewaking wordt gestopt. Om de patiëntveiligheid te bevorderen moeten processen zo veel mogelijk worden gestandaardiseerd. Waar de processen te vereenvoudigen zijn en kunnen worden gestandaardiseerd kan namelijk grote winst worden geboekt door vermindering van fouten en letsel. De overdrachten van de patiënt naar de verkoeverafdeling of IC, naar de verpleegafdeling vereisen zorgvuldigheid en tijdigheid. Om deze reden is het gebruik van checklists in overdrachtsituaties noodzakelijk en dus vereist (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009).

Uit het afstudeeronderzoek van H. Lijzenga en K. Rozeveld (2009 – 2010) aan de Hanzehogeschool Groningen en Martini Ziekenhuis in Groningen is gebleken dat de verpleegkundige mondelinge overdracht (naast schriftelijke rapportage) een vereiste is voor de coördinatie van zorg. Bij de mondelinge verpleegkundige overdracht gaat het om de overdracht van essentiële patiënteninformatie zodat de 'inkomende' verpleegkundige de volledige verantwoordelijkheid voor de patiënten over kan nemen.

Richtlijnen voor de patiëntenoverdracht

Jungen (2010) stelt in het boek *De verpleegkundige in de AGZ, algemene verpleegkundige zorg*, dat de overdracht door de IC-verpleegkundige aan de afdelingsverpleegkundige ten minste de volgende onderdelen moet bevatten: soort operatie; anesthesietechniek; eventuele complicaties en bijzonderheden peri- en postoperatief; de vochtbalans (inclusief urineproductie en bloedverlies); het postoperatieve beleid (infuusbeleid, pijnbestrijding, positie in bed); eventuele bijzonderheden van de patiënt die van belang zijn voor de zorg (bijv. communicatieproblemen, lichamelijke problemen anders dan problemen ten gevolge van de operatie zoals een reeds bestaande parese).

Communicatie en SBARR-training

Bij patiëntveiligheid draait alles om een goede communicatie. Het Centrum Patiëntveiligheid Isala (2010) geeft hier enkele redenen voor. Ten eerst heeft elk incident in meer of mindere mate te maken met communicatie. Daarnaast beïnvloeden de dynamiek van een team, de interactie en communicatie de veiligheid en kwaliteit van zorg. Twee andere redenen die het Centrum Patiëntveiligheid geeft, zijn: het is moeilijk om iedereen 'binnen dezelfde film' te krijgen; en: een zorgomgeving vraagt om communicatie en teamwork.

Werken in een ziekenhuis is werken in een Vergissing Uitlokkende Ziekenhuis Omgeving (VUZO). Uit onderzoek van het Centrum Patiëntveiligheid (2010) blijkt dat fouten vaak terug te voeren zijn tot onvoldoende communicatie of miscommunicatie. Beter communiceren zou een eenvoudige oplossing zijn, maar zo gemakkelijk ligt het niet. Wat er nodig is om incidenten en bijna-incidenten te voorkomen is een goede team- en communicatiecultuur. De SBARR-training is een effectief hulpmiddel om miscommunicatie te voorkomen. SBARR staat voor: Situation, Background, Assessment, Recommendation en Response. Dit wil zeggen dat in een overdracht in ieder geval de huidige situatie, achtergrond en behandeling van de patiënt beschreven moeten worden. Daarnaast is de eigen analyse van de situatie essentieel en is het belangrijk de ander over te dragen wat er gebeuren moet. Als laatste is het van belang om te herhalen wat de ander gezegd heeft. (Centrum Patiëntveiligheid Isala, 2010)

Een effectieve patiëntenoverdracht

Continuïteit van zorg in ziekenhuizen hangt af van een efficiënte en effectieve communicatie tussen alle verschillende disciplines binnen een zorgteam (Sexton, 2004). Hoewel tegenwoordig steeds meer schriftelijk wordt gerapporteerd over de voortgang van de patiënt, de medicatie, observaties etc., blijft de verpleegkundige overdracht een opvallende rol spelen bij verpleegkundigen. Deze overdrachten hebben echter gebrek aan een formele structuur wat verergerd wordt door een gebrek aan het gebruik maken van richtlijnen voor de overdracht. Er zijn vele onderzoeken gedaan naar patiëntenoverdrachten en de sterke en zwakke punten ervan (Sexton, 2004). Hieronder volgt een overzicht van een aantal onderzoeken en de daarbij behorende resultaten.

Onderzoek door Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2009 een onderzoek gedaan naar de postoperatieve zorg in ziekenhuis, onder andere naar de patiëntenoverdracht. Omdat

postoperatief de gezondheidstoestand van de patiënt beïnvloedt kan worden door zowel oorzaken van anesthesiologische als van chirurgische aard, is de Inspectie voor de Gezondheidszorg van mening dat beide aspecten aan de orde moeten komen bij de verpleegkundige overdracht van patiënten. Uit observaties tijdens het onderzoek bleek dat de overdracht vooral anesthesiologisch van aard was. De Inspectie voor de Gezondheidszorg had voor de observaties tien aspecten opgenomen die door de beroepsgroepen van belang worden geacht bij de overdracht: identificatie patiënt; uitgevoerde operatie; pijnscore op de Visual Analogue Scale (VAS); infuusbeleid; toegediende en lopende medicatie; vitale functies waaronder ten minste de bloeddruk; wond; drains en maagsonde; naam van de operateur en wijze van anesthesie. In 70% van de gevallen was de overdracht van voldoende kwaliteit, wat wil zeggen dat de belangrijkste items in de overdracht werden genoemd. Aspecten die het vaakst ontbraken in de overdracht waren de naam van de operateur; de wijze van anesthesie; drains of maagsonde; en de wond. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is van mening dat standaardisatie vereist is om de kans op fouten bij de overige 30%, waarbij de overdracht dus niet van voldoende kwaliteit was, te reduceren.

Onderzoek in opdracht van het 'Centre for Patient Safety and Surgical Quality'

Een effectieve overdracht verzekert de continuïteit van zorg voor de patiënt, aldus het Centre for Patient Safety en Surgical Quality (2010). Tegenwoordig zijn de meeste overdrachten informeel. Het is daarom belangrijk om te kijken naar het onderliggende probleem en om vervolgens een protocol voor de patiëntenoverdracht te ontwerpen. In opdracht van 'Centre for Patient Safety and Surgical Quality' is in Groot-Brittannië onderzoek gedaan onder artsen, chirurgen, anesthesisten en verpleegkundigen naar de knelpunten van de patiëntenoverdracht. Uit dit onderzoek, *'Postoperative Handover: Problems, Pitfalls, and Prevention of Error'* gepubliceerd in *Annals of Surgery* in juli 2010, is gebleken dat de informatie in de overdracht onvolledig en veroorzaakt wordt door communicatiestoornissen. Uit de achttien interviews bleek dat de overdrachten informeel en ongestructureerd zijn, en inconsequent met het overdragen van belangrijke informatie.

De achttien geïnterviewden waren allen van mening dat de overdracht tussen de chirurgische afdelingen gestructureerd moet worden aan de hand van een protocol. Hierdoor wordt het vergeten van noodzakelijke informatie in de overdracht voorkomen. In samenwerking met 50 chirurgen is er een protocol ontworpen voor de patiëntenoverdracht.

Het gebruiken van dit protocol tijdens de patiëntenoverdracht verhoogt de standaardisatie van de overdracht waardoor de kwaliteit van zorg voor de patiënt wordt verhoogd.

Onderzoek in het Southern Health Nursing Research Centre

Volgens het Southern Health Nursing Research Centre (O'Connel e.a., 2008) is het voor een effectieve overdracht belangrijk dat verpleegkundigen beschikken over de nodige kennis, houding en vaardigheden om overdracht te geven en/of te ontvangen. Ondanks het feit dat elke verpleegkundige hierin geschoold wordt, is er in de literatuur weinig te vinden over hoe er het beste overgedragen kan worden. Tijdens een onderzoek in Australië in het Southern Health Nursing Research Centre werd aan 176 verpleegkundigen gevraagd wat ze van de huidige patiëntenoverdracht vinden (O'Connel e.a., 2008). Er waren verpleegkundigen die aangaven dat de huidige gang van zaken omtrent het overdragen voor hen professioneel en gestructureerd verloopt. Toch gaf het merendeel van de verpleegkundigen aan dat er nog een aantal punten verbeterd kunnen worden. Deze punten omvatten: de subjectiviteit van de overdrachtsinformatie; de genomen tijd om de overdracht te voeren; de herhaling van informatie die kan worden gevonden bij de zorgplannen van de patiënten; de overdracht die wordt gedaan door een niet voor de patiënt verantwoordelijke verpleegkundige (O'Connel e.a., 2008).

Onderzoek naar de toegevoegde waarde van overdrachten

Een terechte kanttekening bij patiëntenoverdrachten is geplaatst door Sexton e.a. (2004) in een onderzoek naar de toegevoegde waarde van overdrachten, gepubliceerd in *Journal of Nursing Management*. In dit onderzoek zijn 23 overdrachten opgenomen en geanalyseerd. Uit deze analyse bleek dat bijna 84,6% van de overgedragen informatie gevonden kan worden in de documenten van patiënten. Daarnaast was 9,5% van de informatie irrelevant voor de zorg van de patiënt. Slechts 5,9% van de overdrachten bevatte informatie die betrekking had op de zorg van de patiënt die niet in de documenten van de patiënt genoteerd had kunnen worden. De onderzoekers kwamen met een duidelijke conclusie, namelijk: overdragen is tijdverspilling. Wanneer er een volledige schriftelijke overdracht aanwezig is en deze geconcentreerd doorgelezen wordt is er minder tijd nodig voor de mondelinge overdracht en meer tijd over voor de patiënt (Sexton, e.a., 2004). Het ontbreken van duidelijke en beknopte richtlijnen is de oorzaak van de willekeurige manier van overdragen. Zonder richtlijnen wordt er overgedragen wat de verpleegkundige belangrijk

vindt. Wanneer er richtlijnen gebruikt worden waarin beschreven staat wat er mondeling en schriftelijk moet worden overgedragen gaat de effectiviteit van de overdrachten omhoog (Sexton, e.a., 2004). De lengte van de mondelinge overdracht wordt verkort en gestructureerd en de kwaliteit van zorg wordt verbeterd. Dit zijn slechts speculaties en dit vereist verder onderzoek.

Deelvraag 2: 'Wat zijn de richtlijnen van het St. Antonius Ziekenhuis om een patiëntenoverdracht optimaal te laten verlopen?'

Inleiding

Op het intranet van het St. Antonius Ziekenhuis staan twee protocollen waarin richtlijnen voor de patiëntenoverdracht staan beschreven. Het betreft de protocollen 'Ontslagcriteria IC/MC patiënt en externe overplaatsing van de patiënt' (Meinders, 2010) en 'Overdracht verpleegkundig, IC/MC/PACU/recovery naar verpleegafdeling' (Enait, 2010). Het doel van dit laatste protocol is het hebben van een standaard werkwijze bij de mondelinge overdracht van de patiënt van de IC/MC/PACU/recovery/observatorium naar de verpleegafdeling, om daarmee de continuïteit van zorg te waarborgen (Enait, 2010).

Ontslag

Ontslag van de Intensive Care (IC) in het St. Antonius Ziekenhuis vindt plaats wanneer de indicatie tot opname op de IC is komen te vervallen en/of van verdere behandeling op de IC geen profijt meer staat te verwachten voor de patiënt. Een patiënt verlaat de afdeling door ontslag naar huis, overplaatsing naar een verpleegafdeling, Coronary Care Unit (CCU), ander ziekenhuis of door overlijden (Meinders, 2010).

Wanneer een patiënt kan worden ontslagen van de IC, dient verdere verpleging en behandeling zeker te zijn gesteld, voordat de patiënt de afdeling feitelijk kan verlaten. Dit betekent dat de verpleegafdeling waar de patiënt naar overgeplaatst wordt, in staat moet zijn om de technische en verpleegkundige zorg te leveren (Meinders, 2010).

's Morgens om negen uur is bekend welke patiënt naar de verpleegafdeling of naar een ander ziekenhuis overgeplaatst mag worden. Voor wat betreft de thoraxchirurgische patiënten komt dit tot stand in het overleg tussen de coördinator van de verpleegafdeling G3, de dagcoördinator van de IC en de dienstdoende intensivist(en) (Meinders, 2010).

Mondelinge overdracht

De IC-verpleegkundige draagt over aan de hand van een checklist, houdt de betreffende schriftelijke informatie erbij en loopt alle relevante zaken na bij de patiënt. In een mondelinge overdracht komende de volgende onderwerpen aan bod: patiënt identiteit; uitgevoerde ingreep; relevante voorgeschiedenis; verloop van de ingreep en eventuele complicaties; lijnen, drains, katheters, sonde, stoma, etc.; postoperatief verloop en beleid (zie 'checklist mondelinge overdracht' in bijlage 1). Aan het eind van de overdracht verifieert de IC-verpleegkundige expliciet of alles duidelijk is voor de afdelingsverpleegkundige (Enait, 2010). Wanneer een patiënt wordt overgeplaatst naar de Medium Care (MC) vindt er alleen een mondelinge verpleegkundige overdracht plaats. De patiëntgegevens worden in het Patient Data Management System (PDMS) gecontinueerd van de IC naar de MC en vice versa (Meinders, 2010).

Schriftelijke overdracht

Bij overplaatsingen van een patiënt zowel binnen als buiten het ziekenhuis wordt zowel een medische als een verpleegkundige overdracht gegenereerd vanuit het PDMS (Meinders, 2010). De IC-verpleegkundige registreert de laatste controles voordat de schriftelijke overdracht vanuit het PDMS wordt gegenereerd en aan de afdelingsverpleegkundige wordt meegegeven. De gegevens in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) zijn toegankelijk voor de afdelingsverpleegkundige. Er wordt een medische brief meegegeven, waarin onder andere de huidige medicatie genoemd staat. Indien er nog een papieren medische status aanwezig is, wordt deze ook meegegeven (Enait, 2010).

Verantwoordelijkheid

De IC-verpleegkundige is verantwoordelijk voor een volledige en duidelijke schriftelijke en mondelinge verpleegkundige overdracht. De afdelingsverpleegkundige is verantwoordelijk voor het ophalen van de patiënt, en is verantwoordelijk om aandacht te hebben voor de informatie uit de schriftelijke en mondelinge overdracht. De anesthesioloog/intensivist is verantwoordelijk voor de medische overdracht (Enait, 2010).

Wanneer het niet mogelijk is dat de overdracht direct plaatsvindt naar de voor patiënt verantwoordelijke afdelingsverpleegkundige, vindt de overdracht plaats naar een collega-afdelingsverpleegkundige. De collega-afdelingsverpleegkundige is verantwoordelijk om aandacht te hebben voor de informatie uit schriftelijke en mondelinge overdracht. Deze verpleegkundige is verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt totdat dit kan worden

overgedragen aan de voor die patiënt verantwoordelijke afdelingsverpleegkundige (Enait, 2010).

Deelvraag 3: 'Wat is een klinisch zorgpad en hoe kan een klinisch zorgpad effectief functioneren?'

Inleiding

Een klinisch zorgpad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van een multidisciplinair en inter-professioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren (Sermeus, e.a., 2007).

Op de Intensive Care (IC) in het St. Antonius Ziekenhuis wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van een klinisch zorgpad voor de cardiothoracale chirurgische (CTC) -patiënt. Er is een concept versie van het klinisch zorgpad ontwikkeld, maar deze is nog niet geïmplementeerd omdat vooronderzoek eerst vereist is.

In het St. Antonius Ziekenhuis wordt binnen de cardiologie, cardiothoracale chirurgie en longgeneeskunde al gewerkt met de methodiek van klinische zorgpaden. Daar wordt een significante verkorting van opnameduur gezien, de tevredenheid van patiënten neemt toe, en de patiënt weet waar hij aan toe is (Hoekstra, 2008).

De ontwikkeling van een klinisch zorgpad

Bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch zorgpad wordt als referentiekader de Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA-cyclus) van William Edwards Deming gebruikt. Deming schreef deze cyclus in de jaren '50 en hij werd voor het eerst gebruikt in Japan. Later werd het model wereldwijd bekend (Sermeus e.a., 2002).

Aan het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap in het kader van het Netwerk Klinische Paden werd een 30 stappenplan ontwikkeld, wat als hulpmiddel kan dienen bij de opstelling, implementatie en evaluatie van een klinisch zorgpad. Dit 30 stappenplan wijkt enigszins af van de PDCA-cyclus van Deming. In het 30 stappenplan ligt de nadruk op de kritische evaluatie van de huidige werking. De evaluatie gebeurt in de Do-fase. De implementatie en evaluatie van het klinisch zorgpad vindt plaats in de Act-fase van de PDCA-cyclus (Sermeus e.a., 2002).

Binnen het 30 stappenplan kunnen bepaalde stappen worden overgeslagen of samen met andere stappen op hetzelfde moment worden uitgevoerd. Het Netwerk Klinische Paden stelt dat enkele stappen binnen het 30 stappenplan noodzakelijk zijn om te blijven kunnen spreken over de methodiek van klinische zorgpaden. Onder andere is het van belang dat, nadat er een eerste versie van het klinisch zorgpad is opgesteld, de huidige werkwijze geanalyseerd wordt door middel van retrospectieve dossieranalyse, gesprekken met hulpverleners en patiëntensurveys. Op basis van de uitkomsten vanuit deze analyse wordt een tweede versie van het klinisch zorgpad opgesteld. Pas hierna krijgen de hulpverleners bijscholing in het gebruik van een klinisch zorgpad. Daarna vindt de implementatie van het klinisch zorgpad plaats (Sermeus, e.a., 2002).

Conclusie

Wanneer er een volledige patiëntenoverdracht plaatsvindt tussen IC/MC naar de verpleegafdeling zal het zorgproces van de patiënt geoptimaliseerd worden en daarmee het welbevinden van de patiënt. Reeds enkele jaren is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de patiëntenoverdracht en het optimaliseren hiervan. Uit deze verschillende onderzoeken kwamen uiteenlopende conclusies. Het ene onderzoek laat zien dat de patiëntenoverdracht een bron van tijdsverspilling is die nuttiger besteed kan worden aan de zorg van de patiënt. Een ander onderzoek laat zien dat wanneer de patiëntenoverdracht systematisch plaatsvindt het aantal fouten in de zorg ruim verminderd kan worden. Patiëntenoverdracht is een van de belangrijkste onderdelen die plaatsvindt tijdens de opname van de patiënt. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor het overdragen van essentiële zorgaspecten.

Door de overdracht te verbeteren zal de kwaliteit van zorg verbeterd worden. Om de patiëntenoverdracht van IC/MC naar G3 in kaart te brengen zal er onderzoek gedaan moeten worden naar de eventuele knelpunten. Uit vooronderzoek is gebleken dat vooral de overnemende afdeling problemen in de overdracht ervaart. Aan de hand van bovenstaande literatuurstudie zal er een onderzoek worden uitgevoerd op de afdeling IC/MC naar G3.

Bijlage 2 Begripsdefiniëring

In dit hoofdstuk volgen een aantal definities van belangrijke begrippen die in het verslag van dit onderzoek gebruikt worden.

Aortaklep	De hartklep tussen de linkerkamer van het hart en de aorta (AZ Sint-Jan, 2011).
AVR	Aortic Valve Replacement. Ingreep waarbij de aortaklep wordt vervangen door een prothese (AZ Sint-Jan, 2011).
AVP	Aortic Valve Plasty. Ingreep waarbij de aortaklep wordt gerepareerd (AZ Sint-Jan, 2011).
CABG	<i>“Coronary Artery Bypass Grafting”</i> , Een coronaire bypassoperatie is een van de belangrijkste operatieve behandelingen bij hartaandoeningen. Door een bloedvat vanuit het been of vanuit de arm te transplanteren wordt een omleiding gemaakt langs een vernauwing in een kransslagader. De operatie wordt CABG, ‘Coronary Artery Bypass Grafting’, genoemd (Medicinfo, 2005).
EPD	<i>“Elektronisch Patiëntendossier”</i> , Het elektronisch patiëntendossier (EPD) is een digitaal dossier waarin gegevens van patiënten kunnen worden opgeslagen. Alle medische, verpleegkundige en andere zorg gerelateerde gegevens zijn bijeen gebracht in één dossier. Zorgverleners kunnen relevante medische gegevens veilig en betrouwbaar met elkaar delen, omdat gegevens voor iedereen die bij de zorgverlening betrokken is, zichtbaar zijn, zodat een compleet beeld van de patiënt wordt verkregen (Rijksoverheid, 2010). Dat maakt de kans op medische fouten kleiner. Bovendien maakt het EPD de samenwerking tussen artsen gemakkelijker (St. Lucas Andreas Ziekenhuis Amsterdam, 2010).
Hartklep-operatie	Het komt vaak voor dat er naast het aanleggen van een bypass, één of meer hartkleppen gerepareerd of vervangen moeten worden om het hart weer optimaal te laten functioneren. In dat geval wordt een

openhartoperatie uitgevoerd. Het hart wordt stilgelegd en de hart-longmachine neemt de functie van het hart en de longen over, terwijl de chirurg de hartklep(pen) repareert of vervangt en/of de bypass(en) aanlegt (St. Antonius Ziekenhuis, Hartcentrum, 2011).

ICU	“Intensive Care Unit”, de meeste ziekenhuizen hebben een afdeling voor Intensive Care of kortweg de IC. Deze afdeling is speciaal ingericht voor mensen die in kritieke of onstabiele toestand verkeren en dus voortdurende medische bewaking nodig hebben. Vaak moeten de patiënten worden beademd. De bloeddruk wordt voortdurend bijgehouden, en een ECG-apparaat meet constant hartfrequentie en hartritme. Vloeistoffen en voeding worden veelal toegediend via een infuus (Kindersley, 2003).
Klinisch Zorgpad	Een klinisch zorgpad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van een multidisciplinair en inter-professioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren (Sermeus, e.a., 2002).
Mitralisklep	De hartklep tussen de linker boezem en de linker kamer van het hart (AZ Sint-Jan, 2011).
MVR	Mitral Valve Replacement. Ingreep waarbij de mitralisklep wordt vervangen (AZ Sint-Jan, 2011).
MVP	Mitral Valve Plasty. Ingreep waarbij de mitralisklep wordt gerepareerd (AZ Sint-Jan, 2011).
PDMS	Patient Data Management System. Dit is een uitgebreid softwaresysteem waarin de gegevens van patiënten verwerkt en opgeslagen kunnen worden. Het systeem is vooral bedoeld voor de OK en voor complexe patiënten op de afdelingen Intensive Care, High Care en Medium Care. In

tegenstelling tot het EPD kunnen in het PDMS ook gegevens van bijvoorbeeld de beademingsfunctie, infuuspomp en andere monitoren worden opgeslagen. Het is een omvangrijk systeem, waarmee veel inzicht verkregen kan worden in de onderlinge samenhang van de patiëntgegevens. Hierdoor verhoogt het PDMS de patiëntveiligheid. In het PDMS zijn gegevens namelijk sneller en eenvoudiger te combineren en worden alle parameters automatisch geregistreerd (Budding, J., 2008). Het PDMS kan zelfs data exporteren naar het algemene ziekenhuissysteem, waardoor gegevens ook elders in het ziekenhuis desgewenst opgevraagd kunnen worden (Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht, 2010).

Postoperatieve fase De fase na een operatie. Deze fase kan worden onderscheiden in een vroege en een late postoperatieve fase. De eerste is berucht vanwege het frequent voorkomen van complicaties. De tweede staat vooral in het teken van herstel en lichaamsfuncties en revalidatie (Gooszen, 2006).

Protocol Een protocol is een document dat tot doel heeft de kwaliteit van het handelen van de zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen. In een dergelijk protocol is vaak een checklist opgenomen van uit te voeren handelingen. Met andere woorden: het geeft aan hoe een handeling stap voor stap uitgevoerd kan worden (Leytens en Wagner, 2000). Een protocol helpt tevens bij het evalueren van zorgprocessen (Slagter, 2010).

Retrospectief onderzoek Een retrospectief onderzoek is een onderzoek waarbij een gebeurtenis in het verleden of in het verleden opgetekende gegevens worden gebruikt voor analyse, om het effect ervan vast te stellen of om er lering uit te trekken (Minerva, 2010).

Ritme-chirurgie Atriumfibrillatie is één van de meest voorkomende hartritmestoornissen. Wanneer een patiënt een hartklepoperatie en/of bypassoperatie ondergaat, wordt het opheffen van de atriumfibrillatie een onderdeel van de hartoperatie. De chirurg probeert het afwijkende hartritme in een normaal ritme te herstellen (Catharina-ziekenhuis Eindhoven).

Bijlage 3 Checklist Dossieranalyse

Volgorde nummer	
Dossiernummer	
Naam patiënt	
Opname datum	
Ontslag datum	
Type OK	
LOS IC/MC (in dagen)	
Datum behandeling klaar	
Aantal dagen te lang gelegen i.v.m. geen plek (in dagen)	

Stap 1 Klinisch zorgpad CABG-/klepoperatie		
		ja / nee
Behandeling	CAD min 50ml per uur	
	Waakinfuus 1 liter	
	Bij beenwond steunkousen	
	Max 3 liter O ₂	
Onderzoeken	Wegen	
	15.00 temp gemeten	
	RR / Pols om de 3 uur gemeten	
Activiteiten	Mobiliteit: min. bengelen	
Voeding	Start intake per os	
	Intake max. 1500 ml met infuus	
	Vochtbalans bijgehouden	
Medicatie	Neuszalf toedienen (is Chloorhexidine/Neomycine)	
Acties		
	CAD verwijderd, 1 ^e of 2 ^e dag	
	Arterielijn verwijderd	
	Decubitus check	
	Def patroon beschrijven	
Overig		

Bijlage 4 Enquête IC/MC-verpleegkundigen

Datum:

Enquête IC/MC Overdracht

Fijn dat je even tijd vrijmaakt om mee te werken aan ons onderzoek. Ons onderzoek richt zich op de patiëntenoverdracht van CTC patiënten van de IC naar G3. We willen daarom een aantal onderwerpen met je bespreken over de patiëntenoverdracht en jouw ervaring daarmee. We zullen de gegevens van deze enquête anoniem verwerken en presenteren.

Specifieke vragen over de overdracht die net heeft plaatsgevonden.

1. Jij hebt de patiënt overgedragen, was je ook verantwoordelijk voor de zorg van de patiënt?
☐ Ja
☐ Nee
2. Hoe heb je de patiëntenoverdracht zojuist ervaren?
(doorhalen wat niet van toepassing is)
 - a. Er was voldoende tijd voor de overdracht: eens / oneens
 - b. De overdracht heb ik als volledig ervaren: eens / oneens
 - c. De overdracht verliep gestructureerd: eens / oneens
3. Wat zijn voor jou de vijf belangrijkste punten om mondeling over te dragen naar de verpleegkundigen van G3?
*
*
*
*
*

Algemene vragen over de overdrachten van patiënten

De volgende vragen hebben betrekking op mogelijke knelpunten in de patiëntenoverdracht van CTC patiënten van IC naar G3.

4. Welke knelpunten ervaar je in de patiëntenoverdracht naar G3?
.....
.....
.....
5. Waar worden deze knelpunten volgens jou door veroorzaakt (aankruisen wat van toepassing is):
 - ☐ Doordat er gewerkt wordt met twee verschillende protocollen, één voor de IC en één voor G3
 - ☐ Doordat er gewerkt wordt met twee verschillende computersystemen, EPD en PDMS
 - ☐ Doordat de IC niet werkt met het klinisch zorgpad CTC patiënt
 - ☐ Iets anders, namelijk
.....

6. Wat zou je anders willen zien in de patiëntenoverdracht? (tips en aanbevelingen)

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

De volgende vraag gaat over het continueren van het klinisch zorgpad van G3.

7. Ben je op de hoogte van het klinisch zorgpad waarmee op de afdeling G3 gewerkt wordt?

- ☐ Ja, ik ben er van op de hoogte en weet hoe het werkt
- ☐ Ja de naam 'klinisch zorgpad' komt mij bekend voor, maar ik weet niet wat het inhoudt
- ☐ Nee, ik ben hier niet van op de hoogte

8. Wat doe je met de behandeling van de patiënt als deze klaar is om overgeplaatst te worden, maar dit om logistieke problemen niet mogelijk is? (aankruisen wat van toepassing is)

- ☐ De IC behandeling is klaar, ik zorg er voor dat de patiënt stabiel blijft en wacht op overname van G3
- ☐ Ik ga verder met de behandeling zoals die op G3 zou plaatsvinden, CAD verwijderen etc.
- ☐ Iets anders, namelijk:

.....

Als laatste willen we nog graag van je weten wat je van dit onderzoek vindt.

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

Bedankt voor je medewerking! Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te behouden verzoeken we je om de vragen van deze enquête niet verder te vertellen.

Bijlage 5 Enquête G3-verpleegkundigen

Datum:

Enquête G3 Overdracht

Fijn dat je even tijd vrijmaakt om mee te werken aan ons onderzoek. Ons onderzoek richt zich op de patiëntenoverdracht van CTC patiënten van de IC naar G3. We willen daarom een aantal onderwerpen met je bespreken over de patiëntenoverdracht en jouw ervaring daarmee. We zullen de gegevens van deze enquête anoniem verwerken en presenteren.

Specifieke vragen over de overdracht die net heeft plaatsgevonden.

1. Jij hebt de patiënt overgedragen gekregen, ben je ook verantwoordelijk voor de zorg van de patiënt?
☐ Ja
☐ Nee
2. Hoe heb je de patiëntenoverdracht zojuist ervaren? (doorhalen wat niet van toepassing is)
 - a. Er was voldoende tijd voor de overdracht: eens / oneens
 - b. De overdracht heb ik als volledig ervaren: eens / oneens
 - c. De overdracht verliep gestructureerd: eens / oneens
3. Wat zijn voor jou de vijf belangrijkste punten om mondeling overgedragen te krijgen?
*
*
*
*
*
4. Wat doe je met de gegevens die je mondeling overgedragen hebt gekregen en niet schriftelijk zijn gerapporteerd?
.....
.....
.....

Vragen over de overdracht van patiënten in het algemeen

De volgende vragen hebben betrekking op mogelijke knelpunten in de patiëntenoverdracht van CTC patiënten van IC naar G3 in het algemeen.

5. Welke knelpunten ervaar je in de patiëntenoverdracht van de IC?
.....
.....
.....

6. Waar worden deze knelpunten volgens jou door veroorzaakt (aankruisen wat van toepassing is):
- ☐ Doordat er gewerkt wordt met twee verschillende protocollen, één voor de IC en één voor G3
 - ☐ Doordat er gewerkt wordt met twee verschillende computersystemen, EPD en PDMS
 - ☐ Doordat de IC niet werkt met het klinisch zorgpad CTC patiënt
 - ☐ Iets anders, namelijk

7. Wat zou je anders willen zien in de patiëntenoverdracht? (tips en aanbevelingen)
-
-
-

De volgende vraag gaat over het continueren van het klinisch zorgpad van de CTC patiënt op de IC.

8. Ervaar je knelpunten in de behandeling van de CTC patiënt als deze langer dan noodzakelijk op de IC heeft gelegen doordat er geen plek op G3 was? Zo ja, welke knelpunten ervaar je? (doorhalen wat niet van toepassing is)
- ☐ Patiënt loopt achter op klinische pad doordat:
 - CAD niet verwijderd is ja / nee
 - Infuus niet verwijderd is ja / nee
 - Mobilisatie niet gestart is ja / nee
 - Medicatie niet aangepast is ja / nee
 - ☐ Nee, ik ervaar geen knelpunten
 - ☐ Iets anders, namelijk

Als laatste willen we nog graag van je weten wat je van dit onderzoek vindt.

.....

.....

.....

Bedankt voor je medewerking! Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te behouden verzoeken we je om de vragen van deze enquête niet verder te vertellen.

Bijlage 6 Werkwijze overdracht volgens protocol

Vanuit het protocol 'Overdracht verpleegkundig, IC/MC/PACU/recovery naar verpleegafdeling' (Enait, 2010).

Werkwijze

1. Ontslag naar verpleegafdeling

A.h.v. de ontslagcriteria wordt bepaald wanneer de patiënt naar de verpleegafdeling kan gaan: zie gerelateerde documenten rechtsboven.

2. Mondelinge verpleegkundige overdracht

Indien een vrijwilliger van patiëntenvervoer meekomt om de patiënt op te halen blijft deze tijdens de overdracht op de gang wachten.

De IC/MC/PACU/recovery verpleegkundige draagt over aan de hand van een checklist. Houd de betreffende schriftelijke informatie erbij en loop alle relevante zaken na bij de patiënt.

Gegevens om mondeling over te dragen	Schriftelijke informatie PACU/recovery/observatorium	Schriftelijke informatie IC/MC patiënt (op IC/MC of PACU)
1. Patiënt identiteit.	Vergelijk gezamenlijk naam en PIN nr op naambandje met overdrachtspapieren	Vergelijk gezamenlijk naam en PIN nr op naambandje met overdrachtspapieren
2. Uitgevoerde ingreep. Indien een andere ingreep is uitgevoerd dan was gepland, wordt dit -indien relevant- vermeld in de overdracht.	Anesthesieverslag	EPD
3. Relevante voorgeschiedenis	EPD	EPD / PDMS
4. Anesthesietechniek (niet bij de IC/MC)	Anesthesieverslag	n.v.t.
5. Verloop van de ingreep en evt. complicaties	Anesthesieverslag	EPD
6. Bloedverlies, indien >0,5 l (niet bij de IC/MC)	Anesthesieverslag	EPD
7. Lijnen, drains, katheters, sonde, stoma etc.	Anesthesieverslag	PDMS
8. Postoperatief verloop en beleid: – respiratie – circulatie – hartritme – vochtbeleid / sondevoeding / dieet – (pijn)medicatie / pompstanden / epiduraal – VAS-score – Ramsay-score* (niet bij overdracht vanaf IC/MC) – diagnostiek (lab, röntgen, consult etc.) – wond / aanwezigheid van gazen/tampons – delier / psychische gesteldheid – psychosociale situatie (alleen IC/MC)	Anesthesieverslag	PDMS

– (chirurgische) bijzonderheden, bijv. houding, hechtingen verwijderen, specifieke ontslagafspraken, NR/NB beleid		
---	--	--

* Mate van sedatie, zie gerelateerd document rechtsboven "Pijnmedicatie toedienen op PACU, Recovery en Observatorium".

Aan het eind van de overdracht verifieert de IC/MC/PACU/recovery verpleegkundige expliciet of alles duidelijk is voor de afdelingsverpleegkundige.

Soms is het niet mogelijk dat de overdracht direct plaatsvindt naar de voor de betreffende patiënt verantwoordelijke afdelingsverpleegkundige. In dat geval vindt de overdracht plaats naar een collega afdelingsverpleegkundige. Deze verpleegkundige neemt de zorg voor de patiënt over, totdat de voor de betreffende patiënt verantwoordelijke afdelingsverpleegkundige weer beschikbaar is. De waarnemende verpleegkundige draagt op dat moment de gegevens over op hierboven beschreven manier.

3. Schriftelijke verpleegkundige overdracht

- De IC/MC/PACU/recovery verpleegkundige registreert de laatste controles vóórdat de schriftelijke overdracht wordt meegegeven.
- IC patiënt (IC/MC of PACU):
 - De verpleegkundige overdracht uit het PDMS wordt uitgedraaid en meegegeven.
 - In aanvulling hierop zijn de gegevens in het EPD toegankelijk voor de afdelingsverpleegkundige.
 - Er wordt ook een medische brief meegegeven, waarin o.a. de huidige medicatie genoemd staat.
 - Indien er nog een papieren medische status aanwezig is gaat deze ook mee.
- PACU/recovery/observatorium: het anesthesieverslag wordt meegegeven. In aanvulling hierop zijn de gegevens in het EPD toegankelijk voor de afdelingsverpleegkundige.

Bijlage 7 Observatiechecklist

Nummer:

Onderzoeksmethode : observatieonderzoek a.d.h.v. checklist van 25 overdragen CABG-
/kleppatiënten van IC/MC naar G3

Datum: Patiëntnummer:
Type OK: Patiëntnaam:
LOS op IC: Verpleegkundige:
Locatie van de overdracht: IC/MC/G3 gang/G3 zaal/G3 kantoor

Mondelinge overdracht	✓ = genoemd X = niet genoemd
Patiënt identiteit (vergelijken van patiëntnummer op polsbandje en ontslagpapieren)	
Voorgeschiedenis	
Uitgevoerde ingreep / reden van opname	
Verloop van de ingreep en evt. complicaties	
Lijnen	Ja/ nee/ n.v.t.
Drains	Ja/ nee/ n.v.t.
Katheters	Ja/ nee/ n.v.t.
Sonde	Ja/ nee/ n.v.t.
Stoma	Ja/ nee/ n.v.t.
neusmaaghevel	Ja/ nee/ n.v.t.
....	Ja/ nee/ n.v.t.
Postoperatief verloop en beleid:	
○ Respiratie	
○ Circulatie	
○ Hartritme	
○ Vochtbeleid/sondevoeding/dieet	
○ (pijn)medicatie/pompstanden/epiduraal	
○ VAS-score	
○ Diagnostiek (lab, röntgen, consult, etc.)	
○ Wond/aanwezigheid van gazen of tampons	
○ Delier/psychische gesteldheid	
○ Psychosociale situatie	
○ (chirurgische) bijzonderheden, bijv. houding, hechtingen verwijderen, specifieke ontslagafspraken, NR/NB beleid	
Actuele aandachtspunten	
Eind	
Vraag of alles duidelijk is voor vpk G3	
Acties	
De verpleegkundige overdracht vanuit het PDMS wordt meegegeven	
Er wordt een medische brief meegegeven, waarin o.a. de huidige medicatie genoemd staat	

De medische papieren status (indien nog aanwezig) wordt meegegeven	
Duur van de overdracht	☐ 0-5 min ☐ 6-10 min ☐ 11-15 min ☐ 16-20 min ☐ 21-25 min ☐ 26-30 min
Literatuur	
Eventuele bijzonderheden van de patiënt die van belang zijn voor de zorg (bijv. communicatieproblemen, lichamelijke problemen anders dan de problemen ten gevolge van de operatie zoals een reeds bestaande parese).	
Infuusbeleid	
Toegediende en lopende medicatie	
Neuszalf meegeven	
Er was voldoende tijd voor de overdracht	Eens / oneens
De overdracht verliep gestructureerd	Eens / oneens
Giften kefzol, hoeveelste gift en hoe laat?	

De lijst is opgesteld aan de hand van Overdracht Verpleegkundig, IC/MC/PACU/recovery naar verpleegafdelign van St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Daarnaast is vanuit de literatuur de Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) methodiek toegepast in deze checklist. Ook is de SBARR in deze checklist verwerkt. SBARR staat voor Situation, Background, Assessment, Repete, Recommendation.

Bijlage 8 Citaten uit enquêtes

Knelpunten in de overdracht volgens IC/MC-verpleegkundigen

Knelpunt:	Citaat van IC/MC verpleegkundige:
Geen plek op G3	▪ 'Het grootste knelpunt is dat er vaak geen plek is op de afdeling, waardoor patiënten onnodig lang op een IC/MC-bed liggen.'
Werkdruk op G3	▪ 'Hectiek op de zaal. Geen rust om over te dragen.' ▪ 'Regelmatig zijn de G3-verpleegkundigen niet op tijd als ze een patiënt op moeten halen, dus moet er gewacht worden.'
Geen ruimte	▪ 'Geen geschikte ruimte waar de overdracht plaats kan vinden.'
Langliggers IC/MC	▪ 'Patiënten die lang op de IC/MC hebben gelegen, zijn soms 'moeilijk' over te dragen. ▪ Op de IC/MC wordt anders gewerkt en de schriftelijke overdracht van de IC/MC is niet zo geschikt voor lange liggers'

Knelpunten in de overdracht volgens G3-verpleegkundigen

Knelpunt:	Citaat van G3 verpleegkundige:
Weinig kennis zorg patiënt	▪ 'De verpleegkundige van de IC weet soms geen antwoord op kritische vragen wat betreft hartritme.' ▪ 'De verpleegkundige van de IC weet niet hoeveel AB er post-OK nog gegeven moet worden.' ▪ 'Bij complexe patiënten ontbreekt soms het totaalplaatje.' ▪ 'Vaak wordt er goed overgedragen en ook volledig maar blijken er toch dingen niet naar waarheid verteld te worden. Patiënt is vaak redelijk stabiel, maar dit blijkt soms helemaal niet waar te zijn.'
Lijnen niet verwijderd	▪ 'Maaghevel en thoraxdrains die er al uitgehaald hadden kunnen worden, zijn nog aanwezig.' ▪ 'Vreemd dat de CAD er nog niet uit is. Het is de 8 ^e post-OK dag!'
Ongestructureerd	▪ 'Overdracht verloopt niet altijd even gestructureerd'

Mening van verpleegkundigen over het onderzoek

Ervaring onderzoek	Citaat
Goed	▪ 'De overdracht is belangrijk en kan altijd verbeterd worden. Dus goed dat hierover nagedacht wordt.' ▪ 'Goed dat dit onderzocht wordt, zeker voor patiënten die langer op de IC blijven en daardoor langer opgenomen blijven.' (G3-verpleegkundige)
Interessant	▪ 'Interessant en ben benieuwd naar de uitslagen.' (IC/MC-verpleegkundige)
Behoeft aan meer structuur	▪ 'Zou fijn zijn als er meer structuur komt.' (IC/MC-verpleegkundige)
Behoeft aan eenduidigheid	▪ 'Het zou mooi zijn als er meer eenduidigheid kwam waaraan een overdracht moet voldoen.' (G3-verpleegkundige)
Vervelend	▪ 'Het meekijken tijdens de overdracht vind ik niet prettig'. (IC/MC-verpleegkundige)