

Bedside briefing, would it work for you?

“Een kwalitatief onderzoek binnen de klinische setting naar de mening van verpleegkundigen over bedside briefing”

“A qualitative study within the clinical setting into nurses’ views on bedside briefing”



Equus.nl (2017).

R.B.G. Bouwens

9530438

Afstuderen Advies Versie 1

Zuyd Hogeschool te Heerlen

hbo-v deeltijdopleiding

Faculteit Gezondheidszorg

Docent Afstuderen Advies: Monique Du Moulin

Werkbegeleider: Denice Habets

Maastricht 2021

Samenvatting

Inleiding: Ieder jaar vinden er in Nederland 300.000 verpleegkundige overdrachten plaats. Het doel is dat elke verpleegkundige van de opvolgende dienst geïnformeerd wordt over de actuele situatie van de patiënt en dat beide verpleegkundigen over dezelfde informatie beschikken. Hierdoor wordt de continuïteit en veiligheid van zorg gewaarborgd. Diverse onderzoeken tonen aan dat bedside briefing het meest effectief is om patiëntveiligheid te waarborgen. Op verpleegafdeling D5 van het MUMC+ is geprobeerd om tijdens de wisseling van dagdienst naar avonddienst bedside briefing te implementeren. Gedurende de implementatie heeft er geen evaluatie plaatsgevonden waardoor bedside briefing niet correct wordt uitgevoerd en de verpleegkundige overdracht uiteindelijk op de verpleegpost of op de gang plaats vindt.

Doelstelling: Inzicht te verkrijgen wat de meningen van de verpleegkundigen op verpleegafdeling D5 over bedside briefing zijn zodat er een advies gegeven wordt over wat er nodig is om bedside briefing structureel uit te voeren.

Methoden: Er is een kwalitatief onderzoek verricht omtrent bedside briefing van de dagdienst naar de avonddienst. Hierbij is er volgens een systematische aanpak een literatuurstudie gedaan. Hierna is er een praktijkonderzoek uitgevoerd, aan de hand van semigestructureerde interviews met een inhoudsdeskundige bedside briefing en verpleegkundigen op de verpleegafdeling D5.

Resultaten, discussie en conclusie: Uit de interviews is naar voren gekomen dat verpleegkundigen open staan voor bedside briefing. Er worden meer voordelen dan nadelen gezien. Echter wordt er aangegeven dat er een aantal belemmerende factoren voor bedside briefing zijn die aandacht vragen. Zoals schending van privacy op meerpersoonskamers en het onbedoeld geven van gevoelige informatie. Ook blijkt uit de resultaten dat verstoringen de overdracht kunnen vertragen. Er worden afspraken, sturing, kennis en kunde gemist om bedside briefing op een effectieve en efficiënte wijze uit te kunnen voeren. Een discussiepunt is het gebruik van vakjargon. Dit is een belemmering voor patiëntenparticipatie. Geconcludeerd kan worden dat er strategieën en interventies ingezet dienen te worden op organisatorisch-, professioneel- en wettelijk vlak zodat bedside briefing structureel uitgevoerd kan worden.

Advies en inbedding: Door bewustwording van “sense of urgency” van bedside briefing, aansturing, het bieden van scholing/training/educatie, rekening houdend met privacy, vakjargon, tijd en storingsfactoren, zullen verpleegkundigen van verpleegafdeling D5 van het MUMC+, bedside briefing structureel gaan uitvoeren.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor thesis 'Bedside briefing, would it work for you?' Deze bachelor thesis is een kwalitatief onderzoek naar de mening van verpleegkundigen over bedside briefing in de klinische setting, dat onderdeel is van Afstuderen Advies aan de opleiding HBO Verpleegkunde deeltijd te Zuyd Hogeschool locatie Heerlen. Deze bachelor thesis is geschreven in de periode van 11.02.2021 tot 20.05.2021. De bachelor thesis is uitgevoerd in opdracht van het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+) op één verpleegafdeling namelijk verpleegafdeling Neurochirurgie, Nefrologie en Immunologie. Nader genoemd verpleegafdeling D5. Het is een onderzoek naar het geven van een advies voor wat er nodig is om bedside briefing structureel uit te voeren.

Een woord van dank gaat uit naar alle betrokkenen die hebben bijgedragen tot het tot stand komen van deze bachelor thesis. In het bijzonder spreek ik mijn dank uit naar de werkbegeleider voor de begeleiding en de verkregen feedback. Tevens wil ik mijn docentbegeleider bedanken voor de begeleiding en feedback tijdens deze bachelor thesis. Daarnaast wil ik alle respondenten, collega's en medestudenten bedanken voor hun kennis rondom bedside briefing.

Urmond, 20 mei 2021

Rose-Marie Bouwens

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Voorwoord.....	3
Inleiding.....	5
1 Theoretisch kader.....	8
1.1 Zoekstrategie.....	8
1.2 Verpleegkundige overdracht.....	8
1.3 Bedside briefing.....	9
1.3.1 Voordelen van bedside briefing voor de patiënt.....	9
1.3.2 Voordelen van bedside briefing voor de verpleegkundige	10
1.3.3 Nadelen van bedside briefing	10
1.3.4 Randvoorwaarden	11
2 Methoden.....	13
2.1 Onderzoeksbenadering	13
2.2 Setting en participanten.....	13
2.2.1 Setting	13
2.2.2 Participanten	13
2.3 Methode van dataverzameling.....	14
2.3.1 Interview	14
2.4 Data-analyse	15
2.5 Betrouwbaarheid en geldigheid kwalitatief onderzoek.....	15
2.6 Ethische overwegingen	16
3 Resultaten.....	17
3.1 Resultaten methode interview.....	17
3.1.1 Interview inhoudsdeskundige	17
3.1.2 Interview verpleegkundigen	19
4 Discussie en conclusie.....	23
4.1 Discussie.....	23
4.2 Conclusie	25

5	Advies & Inbedding	26
5.1	<i>DINAMO-model</i>	26
5.2	<i>Advies voor de praktijk</i>	26
5.2.1	Sence of urgency.....	26
5.2.2	Aansturing.....	26
5.2.3	Training/opleiding/educatie	26
5.2.4	Privacy en gevoelige informatie	27
5.2.5	Tijd en Storingsfactoren.....	27
5.2.6	Vakjargon.....	27
6	Literatuurlijst	30
7	Bijlagen.....	35
	Bijlage 1: Begripsverheldering	35
	Bijlage 2: Methode Zoekstrategieën.....	36
	Bijlage 3: Interview topiclijst inhoudsdeskundige	40
	Bijlage 4: Interview topiclijst verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding	41
	Bijlage 5: Codeboom inhoudsdeskundige	42
	Bijlage 6: Codeboom verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding	43
	Bijlage 7: Ethische overwegingen	44
	Bijlage 8: Informed consent.....	46
	Bijlage 9: Member check	52
	Bijlage 10: Relevante wetgeving.....	53
	Bijlage 11: DINAMO Quick scan	54

Inleiding

Goede communicatie is belangrijk voor patiëntveiligheid (Whitty, Bucknall, Tobiano, & Chaboyer, 2017; Bigani & Correia, 2018). Ieder jaar vinden er in Nederland ongeveer 300.000 verpleegkundige overdrachten plaats. De verpleegkundige overdracht wordt in de literatuur beschreven als een proces van uitwisseling van vitale patiënteninformatie (Tobiano et al., 2017; Tobiano, Bucknall, Sladdin, Whitty, & Chaboyer, 2018; Munten, 2019). Een juiste overdracht is aan het einde van iedere dienst van cruciaal belang (Tobiano et al., 2017; Tobiano et al., 2018; Munten, 2019). Indien er informatie ontbreekt, komt de patiëntveiligheid in gevaar (Tobiano et al., 2017). Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) concludeert dat de grootste risico's in de zorg ontstaan bij overdrachten (Van der Molen, 2017). Er is een hoog risico op fouten vanwege onvolledige, onnauwkeurige of zelfs onbetrouwbare informatie (Whitty et al., 2017; Bigani & Correia, 2018). Uit recent onderzoek van Müller et al. (2018), blijkt dat slechte communicatie tijdens overdrachten in meer dan 60% bijdraagt aan alle ziekenhuisincidenten. Dit zijn onder andere meer valincidenten, medicatiefouten, medische fouten, complicaties, decubitus, uitgestelde ontslagen en infecties (Tegel, Dolman, & van Rhee, 2018; Bigani & Correia, 2018). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (2007) bevestigt het belang van het verbeteren van de verpleegkundige overdracht door het verminderen van miscommunicatie waardoor de patiëntveiligheid bevorderd wordt (Tobiano et al., 2017).

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor het vinden van een effectieve, veilige en kwalitatieve verpleegkundige overdracht. Om de kwaliteit van zorg te bevorderen tijdens de dienstwissel is er daarom veel belangstelling voor bedside briefing (Tobiano et al., 2018). Één van de voordelen van bedside briefing is dat de verpleegkundigen gezamenlijk de toestand van de patiënt beoordelen en vergissingen hersteld kunnen worden (Tobiano et al., 2018; Bigani & Correia, 2018). Een veiligheidscontrole aan bed tijdens elke dienstwissel helpt om het aantal verpleegkundige fouten te voorkomen (Tegel et al., 2018). Bedside briefing maakt het mogelijk om de patiënt actief te betrekken bij zijn eigen zorgproces wat de patiëntveiligheid ten goede kan komen (Tobiano et al., 2018). Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten het logisch vinden om betrokken te worden bij de overdracht in plaats van slechts onderwerp van gesprek te zijn. Zij realiseren zich dat ze het meeste contact hebben met verpleegkundigen en dat andere stafleden zich voor een groot deel baseren op de informatie van verpleegkundigen. Daarom vinden patiënten het belangrijk om informatie te kunnen corrigeren (Munten, 2019).

Het MUMC+ is steeds bezig met het vernieuwen van zorg, onderzoek, onderwijs en opleiding. Middels deze visie wilt het MUMC+ haar missie “verlening van de best mogelijke zorg en verbetering van de gezondheid in de regio door integratie van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs” realiseren (MUMC+, 2021). Uit het protocol “Overdracht van patiënten informatie: beleid” van het MUMC+ (Groeneweg-Schuffelers & Secchi, z.d.), blijkt dat in een complexe setting als het ziekenhuis, de overdracht van patiënten informatie een uitdaging is. Het werkproces is erg dynamisch en interactief. Sterk wisselende werkdruk, acute interventies en veel diversiteit in het communicatieproces vormen een bedreiging voor de continuïteit en kunnen een aanleiding zijn voor fouten (Groeneweg-Schuffelers & Secchi, z.d.). In 2018 is er op twee verpleegafdelingen van het MUMC+ een proeftuin ingericht om te experimenteren met het kwaliteitsverbeterproject “bedside briefing” tijdens de dienstwissel van dagdienst naar avonddienst (Offermans, 2018). Hierbij wordt er conform Situation, Background, Assessment, Recommendation, Repeat (SBARR)-methodiek overgedragen (Redley & Waugh, 2017; Müller et al., 2018; Kluijver, 2021). De uitkomst van de proeftuinen heeft aangetoond dat bedside briefing heeft geleid tot een effectievere manier van patiënteninformatie overdragen waardoor patiëntveiligheid en patiëntenparticipatie verhogen. Verpleegkundigen zijn beter geïnformeerd waardoor er tijdig de juiste interventies ingezet worden. Tevens blijkt dat de patiënten tevreden zijn over deze werkwijze. Zij geven aan goed geïnformeerd te worden over welke zorg er in de volgende dienst wordt geleverd en weten wie het aanspreekpunt is (Offermans, 2017). Dit maakt dat ervoor is gekozen om bedside briefing te introduceren op alle verpleegafdelingen binnen het MUMC+ tijdens de shift wisseling van dagdienst naar avonddienst.

Op verpleegafdeling D5 vindt minimaal drie keer per dag een verpleegkundige overdracht plaats. In juni 2020 is geprobeerd om tijdens de wisseling van dagdienst naar avonddienst bedside briefing te implementeren. Gedurende deze implementatie heeft er geen evaluatie plaatsgevonden waardoor bedside briefing niet correct werd uitgevoerd en de verpleegkundige overdracht uiteindelijk weer op de verpleegpost of op de gang plaats vond. Vanuit de afdelingsleiding D5 is in januari 2021 erop aangedrongen om bedside briefing tijdens de dienstwisseling weer te herintroduceren. Uit ongestructureerde gedragobservaties op verpleegafdeling D5 komt naar voren dat de verpleegkundige overdracht weliswaar volgens de SBARR wordt uitgevoerd maar de patiënt niet of nauwelijks door de verpleegkundige betrokken wordt. De overdracht wordt ook nu weer op de verpleegpost of op de gang uitgevoerd. Dit heeft tot gevolg dat verpleegkundigen uit hun concentratie worden gehaald door collega's of andere zorgprofessionals waardoor er essentiële informatie gemist kan worden. De verpleegkundige van de avonddienst ziet de patiënt niet waardoor er geen nulmeting bij aanvang van dienst plaatsvindt. Hierdoor wordt er

niet waar nodig meer aandacht besteed aan de patiënt. Fouten kunnen hierdoor niet of te laat worden opgemerkt. Geconcludeerd wordt dat de verpleegkundige overdracht op verpleegafdeling D5 een bedreiging is voor de patiëntveiligheid en continuïteit van zorg.

Het bovenstaande leidt tot de volgende **probleemstelling**: “De patiënten-overdracht wordt systematisch via de SBARR door de verpleegkundige van verpleegafdeling D5 van het MUMC+ op de verpleegpost of op de gang uitgevoerd, maar wordt niet consequent volgens het protocol van het MUMC+ aan bed uitgevoerd. Het is onbekend waarom de verpleegkundige overdracht niet consequent aan het bed wordt uitgevoerd. Hierdoor wordt de patiënt niet of nauwelijks betrokken waardoor de kwaliteit van zorg niet geoptimaliseerd wordt.” Het **doel** van deze bachelor thesis is om inzicht te verkrijgen wat de meningen van de verpleegkundigen op verpleegafdeling D5 over bedside briefing zijn. De **hoofdvraag** die hierbij centraal staat: “Wat zijn de meningen van de verpleegkundigen van verpleegafdeling D5 van het Maastricht UMC+ (MUMC+) over bedside briefing en wat is nodig om bedside briefing structureel uit te voeren?” De hoofdvraag wordt aan de hand van de volgende deelvragen beantwoord:

- Wat houdt bedside briefing in?
- Wat zijn de voor- en nadelen van bedside briefing voor de patiënt en de verpleegkundige?
- Welke randvoorwaarden zijn van belang om bedside briefing uit te voeren?
- Is de SBARR een goede methodiek om bedside briefing te structureren?

In deze bachelor thesis is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksbenadering (Verhoeven, 2018; Baarda et al., 2018). Inzichten en praktijkervaringen omtrent bedside briefing zijn uitgewerkt met behulp van een systematische aanpak door literatuurstudie, data-verzameling en data-analyse om zo tot een advies te komen (Verhoeven, 2018; Baarda et al. 2018).

Leeswijzer:

In deze bachelor thesis worden op een systematische wijze de stappen van het praktijkgericht onderzoek beschreven. Hoofdstuk één beschrijft het theoretisch kader. In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de methode, de benadering van het onderzoek, de setting en participanten, de dataverzameling, de data-analyse en de ethische overwegingen. Vervolgens worden er in hoofdstuk drie de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk vier wordt de conclusie en discussie beschreven. Ten slotte zal in hoofdstuk vijf advies gegeven worden en inbedding hiervan naar de praktijk.

1 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de literatuurstudie naar bedside briefing beschreven, de voor- en nadelen en randvoorwaarden. De definities van de kernbegrippen worden nader toegelicht in bijlage één. In onderstaande paragrafen worden de belangrijkste bevindingen weergegeven, die de basis vormen voor het uitgevoerde praktijkonderzoek.

1.1 Zoekstrategie

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er gezocht naar conceptuele en wetenschappelijke literatuur. Er is gebruikt gemaakt van de zoekmachine Google Scholar en de databanken SpringerLink en Pubmed. Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende zoektermen zoals: overdracht en bed, verpleegkundige overdracht aan het bed, patiënt, handhoff, handover, bedside, Clinical, report, bedside, shift report, nurse en nursing. Diverse zoektermen zijn gecombineerd met de booleaanse operatoren AND en OR. Hierdoor wordt er een beter resultaat verkregen (Universiteit Gent, 2020). In bijlage twee worden de gehanteerde zoekstrategieën toegelicht. De gevonden artikelen moeten voldoen aan de volgende in- en exclusiecriteria (Tabel 1):

Tabel 1:

In- en exclusiecriteria van de literatuurstudie

In- en exclusiecriteria van de literatuurstudie	
Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksartikelen	Artikelen niet passen bij de hoofd- en deelvragen
Full tekst artikelen	Artikelen die niet in full tekst beschikbaar zijn
Nederlands- of Engelstalige literatuur	
Artikelen gepubliceerd van 2015 tot heden	Artikelen ouder dan 2015
Reviews, Nurse journals,	

De artikelen die aan de inclusiecriteria voldoen zijn op basis van de titel en samenvatting geselecteerd. De artikelen zijn beoordeeld op hun kwaliteit en validiteit volgens de beoordelingscriteria voor systematische reviews, beoordelingsformulier voor een wetenschappelijk artikel en beoordelingscriteria voor een kwalitatief onderzoek (Han University of Applied Sciens, 2021). Aan de hand van de sneeuwbal methode is er verder naar relevante literatuur gezocht (Verhoeven, 2018). Verder zijn boeken en internetsites geraadpleegd om relevante informatie te verkrijgen.

1.2 Verpleegkundige overdracht

De verpleegkundige is conform de beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden (2015) verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg waaronder de verpleegkundige

overdracht (Van de Molen, 2017). De verpleegkundige overdracht wordt beschreven als een proces van uitwisseling van vitale patiënteninformatie. Hierbij wordt de verantwoordelijkheid overdragen tussen de weggaande en beginnende verpleegkundige van dienst. Het is een inspanning om de continuïteit van zorg te garanderen. Deze overdracht vindt aan het einde van iedere dienst plaats (Tobiano et al., 2017; Tobiano et al., 2018; Munten, 2019). Het doel van overdragen is dat elke verpleegkundige van de opvolgende dienst geïnformeerd wordt over de actuele situatie van de patiënt en dat beide verpleegkundigen over dezelfde informatie beschikken (Groeneweg-Schuffelers & Secchi, 2020). Hierdoor wordt de patiëntveiligheid bevorderd en verhoogde kosten van gezondheidszorg voor de patiënt kunnen worden voorkomen (Raeisi, Rarani, & Soltani, 2019). Diverse onderzoeken tonen aan dat bedside briefing het meest effectief is om patiëntveiligheid te waarborgen (Bigani & Correia, 2018; Tobiano et al., 2017; Dorvil, 2018).

1.3 Bedside briefing

Bedside briefing is het overdragen van patiënteninformatie van verpleegkundige aan verpleegkundige, gecombineerd met informatievoorziening naar patiënt aan het bed. Dit om de patiënt te betrekken bij het zorgproces (Malfait, Van Hecke, Van Biesen & Eeckloo, 2018). Patiëntenparticipatie heeft een positieve bijdrage op patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. Uit onderzoek van Malfait en Van Hecke et al. (2018), komt naar voren dat geen enkele patiënt bedside briefing weigert. Er zijn twee vormen van bedside briefing; gemengd en face-to-face aan het bed. De gemengde verpleegkundige overdracht bestaat uit twee delen: de helft van de verpleegkundige overdracht wordt geschreven of uitgevoerd in een privévertrek, zoals de verpleegpost en de andere helft van de verpleegkundige overdracht wordt bij de patiënt aan bed uitgevoerd. De face- to- face overdracht wordt alleen aan het bed bij de patiënt uitgevoerd (Dorvil, 2018). Dit alles om de patiëntveiligheid, continuïteit van zorg te waarborgen en meer patiëntgericht te werken (Tobiano et al., 2017; Bigani & Correia, 2018; Dorvil, 2018). Munten (2017) concludeert dat een effectieve overdracht dient te worden uitgevoerd face-to-face, in combinatie met gestructureerde documentatie, betrokkenheid van patiënten en ICT ter ondersteuning. Voor verpleegkundige overdrachten wordt een gestandaardiseerde methode zoals de SBARR aanbevolen om structuur in de bedside briefing aan te brengen, om het risico op communicatiefouten te verminderen (Redley & Waugh, 2017; Müller et al., 2018; Kluijver, 2021; Malfait & Eeckloo et al., 2018).

1.3.1 Voordelen van bedside briefing voor de patiënt

De patiënt en diens familie wordt betrokken in de overdracht om klinische informatie over zijn zorg of voortgang in te brengen (Tobiano et al., 2018; Tobiano et al., 2017; Malfait & Eeckloo et al., 2018). De patiënt kan tijdens de overdracht vragen stellen en overgedragen informatie

corrigeren (Munten, 2019; Tobiano et al., 2019). Het geeft patiënten de mogelijkheid om te horen wat het plan van verpleegkundigen op korte termijn is en biedt kans om vragen te stellen zodat verpleegkundigen te horen krijgen wat voor patiënt belangrijk is (Munten, 2019). Bedside briefing verbetert de communicatie tussen patiënt en verpleegkundigen waardoor de patiënt een betere relatie opbouwt met de verpleegkundige (Malfait & Van Hecke et al., 2018; Tobiano et al., 2017). Uit onderzoek blijkt tevens dat patiënten hun voorkeuren en verwachtingen sneller aangeven waardoor patiëntenparticipatie in het zorgproces toeneemt en er een toename is van betrokkenheid bij het zorgproces (Malfait & Van Hecke et al., 2018). Door de betrokkenheid van de patiënt kan dit leiden tot beter geïnformeerde en tevredenere patiënten (Tobiano et al., 2018; Dorvil, 2018). Daarnaast leidt actieve patiëntenparticipatie tot betere gezondheidsresultaten (Bigani & Correia, 2018).

1.3.2 Voordelen van bedside briefing voor de verpleegkundige

Bedside briefing verbetert het proces van overdracht waardoor er een efficiëntere overdracht is met minder overuren die gemaakt worden (Tobiano et al., 2017; Divil, 2018; Offermans, 2018). Dorvil (2018), beschrijft in zijn onderzoek dat het overwerken vermindert met tien minuten per dag. Ook blijken er minder storingen tijdens de overdracht te zijn (Offermans, 2018). Dorvil (2018) en Tobiano et al. (2017), geven aan dat verpleegkundigen de zorg beter kunnen prioriteren door de beoordeling van de patiënt aan het bed. De verpleegkundige heeft een betere kijk op de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit heeft mede een positieve invloed aangetoond op het aantal valcijfers (Tobiano et al., 2017). Systematic reviews tonen aan dat veiligheidscontrole aan het bed van infuuspompen, infuuslijnen, drains, katheters en verband en een verbale overdracht met interactieve vragen tijdens elke dienstwissel, helpt om het aantal verpleegkundige fouten te verminderen. Daarnaast leidt meer communicatie tussen verpleegkundigen tot meer werkplezier (Dorvil, 2018; Offermans 2018).

1.3.3 Nadelen van bedside briefing

Ondanks de voordelen van bedside briefing worden er in de literatuur ook nadelen genoemd. Uit onderzoeken blijkt dat de nadelen vooral te maken hebben met tijd en individuele patiënt- en verpleegkundige kenmerken (Tobiano, et al, 2017). Een nadeel is het niet altijd kunnen deelnemen van de patiënt aan bedside briefing vanwege zijn medische toestand bijvoorbeeld verwardheid. Een andere belemmering om deel te nemen aan bedside briefing is een taalbarrière of een slapende patiënt (Tobiano et al., 2017). Uit onderzoek van Divil (2018), blijkt dat patiënten vakjargon moeilijk begrijpen, vaak dezelfde informatie, onjuiste of teveel informatie krijgen en hier moe van worden. Verpleegkundigen maken zich daarnaast zorgen over schending van privacy bij het mondeling overdragen van gevoelige informatie in het

geval van meerpersoonskamers of aanwezigheid van naasten (Malfait & Eeckloo et al., 2018; Toiano et al., 2017). Daarnaast voelen verpleegkundigen zich ongemakkelijk om gevoelige informatie met patiënten te bespreken zoals door bloed overdraagbare ziektes, onbekende prognoses en diagnoses of fouten in de zorg (Tobiano et al., 2018). Deze ongemakkelijkheid komt vooral voort uit het feit dat verpleegkundigen niet weten in welke mate de arts al informatie aan de patiënt heeft verstrekt (Malfait & Van Hecke et al., 2018). Ook vinden verpleegkundigen bedside briefing en een veiligheidscontrole aan het bed tijdrovend (Tobiano, et al., 2017; Bigani & Correia 2018; Tegel et al., 2018). Er wordt aangegeven dat het stellen van vragen of onderbrekingen door de patiënt en/of familie of collega's de overdracht vertragen (Whitty et al., 2017; Tobiano et al., 2017; Tobiano et al., 2018).

1.3.4 Randvoorwaarden

Onderzoeken tonen aan dat voorwaarden om het succesvol implementeren en inbedding van bedside briefing onder anderen betrekking hebben op verpleegkundig leiderschap, coördinatie en managementinterventies (Dovil, 2018; Raeisi et al., 2019).

Proces van organisatieverandering: Het management dient verpleegkundigen betrekken bij de ontwikkeling van de organisatieverandering: de overdracht van verpleegpost naar de overdracht aan het bed. Het is de taak van het management de verpleegkundigen te informeren, een gedeelde visie creëren, meetbare en realistische doelen te stellen. Het is belangrijk om de verpleegkundigen te motiveren in het veranderproces. Betrokkenheid kan gecreëerd worden door het vragen naar feedback van verpleegkundigen en het identificeren van belemmeringen en faciliteren van de nieuwe werkwijze (Dovil, 2018). Strategieën dienen te zijn gericht op de oorzaken van belemmeringen (Whitty et al., 2016). Door het proces aan te passen aan de behoeften van de afdeling is er een grotere kans van slagen (Malfait & Eeckloo et al., 2018). Een positieve bekrachtiging en ondersteuning is nodig bij de implementatie van bedside briefing. Een protocol voor implementatie dient gehanteerd te worden (Dovil, 2018).

Overdracht patiënteninformatie beleid: Jimmerson et al. (2020) en Raeisi et al. (2019) beschrijven dat er rekening moet worden gehouden met tijdsdruk en de werkstroom van de verpleegkundigen in het ziekenhuis. Groeneweg-Schuffelers & Secchi, (z.d.) sluit zich hierbij aan. De werkstroom in het ziekenhuis is dynamisch en interactief. Er is een variabiliteit in het communicatieproces en nood aan interventies in de acute zorg. Hierdoor is het belangrijk om een standaard te hebben betreffende het soort informatie die minimaal overgedragen dient te worden, de manier waarop deze dient te worden overgedragen, wie verantwoordelijk is voor de overdracht en wanneer dit dient te gebeuren en waar dient te worden overgedragen (Groeneweg-Schuffelers & Secchi, (z.d.).

Informatievoorziening methodiek: Gestructureerde overdrachten zijn essentieel voor een veilige en uitgebreide informatieoverdracht tussen verpleegkundigen (Malfait & Eeckloo et al., 2018). De gestandaardiseerde methode zoals de SBARR wordt aanbevolen om te gebruiken bij bedside briefing om het risico op communicatiefouten te verminderen (Redley & Waugh, 2017; Müller et al., 2018; Kluijver, 2021). De SBARR-methodiek wordt gezien als een communicatietechniek die de patiëntveiligheid verhoogt en is de huidige 'best practice' om patiënten informatie over te dragen (Redley & Waugh, 2017; Müller et al., 2018; Kluijver, 2021). Tijdens bedside briefing kun je de patiënt visualiseren en de toestand van de patiënt inschatten middels de Airway, Breathing, Circulation, Disability en Exposure (ABCDE) (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2016). Uit onderzoek blijkt dat door het gebruik van de SBARR-methodiek het aantal ziekenhuisincidenten van 89,9 per 1000 patiënten is afgenomen tot 39,96 ziekenhuisincidenten per 1000 patiënten (Grimshaw, Hatch, Wilard, & Abram, 2016).

Training/opleiding/educatie: Divil (2018) geeft aan dat er formele trainingen met betrekking tot het uitvoeren van bedside briefing in de praktijk, noodzakelijk zijn voor verpleegkundigen. Men kan op verschillende manieren de verpleegkundigen opleiden en trainen in bedside briefing. Hierbij kan er gebruik gemaakt worden van schriftelijk materiaal en educatief video materiaal, communicatietraining en vaardigheidsontwikkeling. Om verpleegkundigen te ondersteunen is monitoring van vaardigheden van verpleegkundigen noodzakelijk (Divil, 2018). De beschikking over goed ondersteunende hulpmiddelen draagt bij aan het proces aan bedside briefing (Malfait & Eeckloo et al., 2018).

Sociale factoren: Sociale factoren zijn van invloed op de toepassing van bedside briefing zoals de relatie tussen collega's. Deze beïnvloedt de communicatie van de overdracht (Raeisi et al., 2019).

Patiëntenparticipatie/familieparticipatie: Het blijkt dat in één derde van alle bedside briefings de patiënten niet actief betrokken worden (Malfait & Eeckloo et al., 2018). Dit als gevolg van moeilijke patiënten/familie, taalbarrière, slapende patiënten en verwarde patiënten (Whitty et al., 2017; Tobiano et al., 2017; Tobiano et al., 2018). Het is belangrijk dat evaluatiemomenten gehouden worden zodat belemmeringen vastgesteld worden en hier op ingespeeld kan worden (Divil, 2018).

Nadat in dit hoofdstuk de literatuurstudie beschreven is, volgt in het volgende hoofdstuk de methode die wordt gehanteerd bij het praktijkonderzoek.

2 Methoden

In dit hoofdstuk wordt de aanpak beschreven, om achter de meningen van de verpleegkundigen te komen over bedside briefing.

2.1 Onderzoeksbenadering

Om een valide antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van deze thesis, wordt er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksbenadering (Baarda et al., 2018; Verhoeven, 2018). Er wordt een literatuurstudie uitgevoerd en er worden individuele semigestructureerde interviews met een inhoudsdeskundige, verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding afgenomen (Baarda et al., 2018; Verhoeven, 2018).

2.2 Setting en participanten

2.2.1 Setting

Verpleegafdeling D5 van het MUMC+ bestaat uit een rechter unit, een linker unit en een dwarse unit met totaal 37 bedden. De bedden zijn onderverdeeld in zeven eenpersoonskamers, vijf tweepersoonskamers en vijf vierpersoonskamers (Introductie gids Verpleegkundigen in opleiding, 2020). In de huidige situatie zijn er 20 bedden beschikbaar voor patiënten opnames. Hiervan zijn zeven eenpersoonskamers, drie tweepersoonskamers en twee vierpersoonskamers. De verpleegkundige overdracht wordt mondeling en/of schriftelijk op de verpleegpost of op de gang uitgevoerd. De SBARR-methodiek wordt tijdens de schriftelijke rapportage in het verpleegkundig elektronisch patiëntendossier (VEPD) gehanteerd. De mondelinge overdracht wordt eveneens volgens de SBARR-methodiek uitgevoerd.

2.2.2 Participanten

De onderzoekspopulatie bestaat uit een team van 26 gediplomeerd verpleegkundigen en acht (derde en/of vierde jaars) verpleegkundigen in opleiding van verpleegafdeling D5. De verpleegkundigen zijn allen betrokken bij de verpleegkundige overdracht en bezitten kennis over de techniek bedside briefing en de SBARR-methodiek. Eerste en tweede jaars verpleegkundigen in opleiding, verzorgende IG en tijdelijke medewerkers zijn niet geïnccludeerd in deze onderzoekspopulatie. Dit in verband met te kort werkzaam zijn op verpleegafdeling D5 of hebben te weinig kennis omtrent de SBARR-methodiek en bedside briefing. Voor het onderzoek worden acht personen benaderd. Gekozen is voor een gerichte steekproef (Baarda et al., 2018). De participanten worden persoonlijk benaderd en krijgen mondelinge informatie over het onderzoek en doormiddel van een informatie brief. De participanten worden gevraagd of zij in de gelegenheid zijn medewerking te verlenen aan het

onderzoek middels beantwoorden van vragen tijdens een interview. De participanten bestaan uit vijf verpleegkundigen en twee verpleegkundigen in opleiding die werkzaam zijn op verpleegafdeling D5. Daarnaast is één participant op basis van theoretical sampling geselecteerd: de inhoudsdeskundige van de proeftuin bedside briefing van het MUMC+ (Baarda et al., 2018). De inhoudsdeskundige is afdelingshoofd van verpleegafdeling D5 en tevens afdelingshoofd van de verpleegafdeling die geselecteerd is voor de proeftuin bedside briefing. De taak van de inhoudsdeskundige bestaat uit het leiden van de proeftuin bedside briefing. De inhoudsdeskundige is geselecteerd om de mening ten aanzien van de kwaliteitsverbetering te horen en de toepassing van implementatiestrategieën. Bij het kiezen van de andere participanten is er rekening gehouden met verschillende leeftijdscategorieën, opleidingskenmerken en dienstjaren (Baarda et al., 2018). Door deze keuze wordt er getracht variatie van de respondentengroep te creëren om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de meningen over bedside briefing van het verpleegkundig team. De in- en exclusiecriteria van de onderzoeksgroep staan beschreven in tabel 2.

Tabel 2:

In- en exclusiecriteria van de participanten

Inclusiecriteria participanten	Exclusiecriteria participanten
Verpleegkundigen (MBO en HBO) in vast dienstverband	Tijdelijke medewerkers
Derde en vierde jaars verpleegkundigen in opleiding (MBO en HBO)	Eerste en tweede jaars verpleegkundigen in opleiding (MBO en HBO)
Kennis hebben van de techniek bedside briefing	Verzorgende IG
Inhoudsdeskundige van de proeftuin bedside briefing	
Kennis hebben van de SBARR-methodiek	Geen kennis hebben van de SBARR-methodiek

2.3 Methode van dataverzameling

2.3.1 Interview

Tijdens de interviews wordt achterhaalt wat voor kennis de geïnterviewde heeft, wat men denkt, voelt en wilt betreffende bedside briefing. De beleving van de geïnterviewde staat centraal. Door het toepassen van individuele semigestructureerde interviews wordt de geïnterviewde niet beïnvloed door andere respondenten (Baarda, 2018; Verhoeven, 2018). Vanuit de probleemanalyse en de literatuurstudie zijn kernbegrippen geformuleerd (Baarda et al., 2018; Verhoeven, 2018). Deze kernbegrippen zijn: kennis, informatievoorziening, patiëntenparticipatie en familieparticipatie, attitude en randvoorwaarden. De kernbegrippen liggen vast via een definitieve topiclijst nadat deze door peerreviews in de thesiskring is gecontroleerd (zie bijlage 4) (Verhoeven, 2018). Deze topiclijst dient ter ondersteuning van het interview bij de verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding. De definitieve topiclijst van de inhoudsdeskundige bevat de volgende onderwerpen: huidige situatie, gewenste

situatie en kwaliteitsverbetering (zie bijlage 3). Op deze manier komen alle relevante onderwerpen aan bod. Er worden open vragen gesteld. De gesprekstechnieken luisteren, samenvatten en doorvragen worden toegepast. Er is een actieve luisterhouding (Verhoeven, 2018). Er wordt doorgevraagd om nieuwe informatie, extra uitleg en inzichten te verkrijgen (Baarda et al., 2018; Verhoeven, 2018). Op basis van de literatuurstudie en de kernbegrippen wordt er een koppeling gemaakt met het DINAMO-model (Metselaar, Cozijnsen, & Van Delft, 2018). De interviews duren maximaal 30 minuten en worden face-to-face op de verpleegafdeling afgenomen. Er is toestemming gevraagd voor een audio-opname middels audioapparatuur (Ministerie van Algemene Zaken, 2020). De betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens wordt door de audio-opname gewaarborgd omdat het hierdoor mogelijk is om achteraf de kwaliteit van het gevoerde gesprek te controleren (Baarda et al., 2018).

2.4 Data-analyse

De interviews zijn anoniem verwerkt. (Baarda et al., 2018). De gegevens uit de interviews zijn woordelijk getranscribeerd in de tekst verwerker Microsoft Word (Smits, 2020). Aan de hand van een member check zijn de transcripten voorgelegd aan de respondenten om te checken of de bevindingen recht doen aan de werkelijkheid van de respondent. De transcripten zijn geanalyseerd door het ordenen van de tekst. De tekst die niet relevant is voor de vraagstelling van het onderzoek is geschrapt. De tekst is hierna opgedeeld en geïnterpreteerd aan de hand van fragmenten die van belang kunnen zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen (open coderen). Hierna is er gekeken naar het onderwerp van elk fragment. De onderwerpen zijn bekend vanuit de literatuurstudie die betrekking hebben op de probleemstelling (deductief). Daarnaast zijn er ook nieuwe gegevens verzameld en geanalyseerd (inductief). Deze onderwerpen zijn, als selectie van het onderzoeksmateriaal, gebruikt als codering bij de fragmenten. Tijdens het coderen is er gebruik gemaakt van verschillende kleuren om de codes die ontstaan vanuit het open coderen die een eenzelfde lading dekken samen te kunnen voegen onder een thema of categorie. De verschillende interviews zijn met elkaar vergeleken (axiaal coderen). De analyse is verwerkt in een codeboom (zie bijlage 5 en 6). Hierdoor is er een overzichtelijk resultaat van de gegevens. Er wordt een beschrijvende analyse gemaakt (Baarda et al., 2018).

2.5 Betrouwbaarheid en geldigheid kwalitatief onderzoek

Betrouwbaarheid en geldigheid van dit onderzoek wordt nagestreefd door een onafhankelijke houding van de onderzoeker. Hierdoor wordt de objectiviteit zoveel mogelijk gewaarborgd. Er wordt openheid gegeven over dit onderzoek door middel van het inzichtelijk beschrijven van

het onderzoeksproces en resultaat (Baarda et al., 2018). Handelingen zijn bijgehouden in een logboek. Tevens beschikt de onderzoeker over kennis van de onderzoeksmethode en het onderwerp. Het toepassen van theoretical sampling bevordert de kwaliteit van de analyse. Om de validiteit van de data te verhogen zijn aan de hand van een member check de transcripten voorgelegd aan alle respondenten (Baarda et al., 2018).

2.6 Ethische overwegingen

Het praktijkonderzoek is verricht met inachtneming van de relevante wet en regelgeving en is volgens de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit en de “geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens”, (zie bijlage 7) uitgevoerd. Dit praktijkonderzoek is niet getoetst door de Medisch Ethische Toets commissie (METC) omdat het niet valt onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) (Wetten.nl, 2020). Het praktijkonderzoek is met toestemming van het afdelingshoofd van verpleegafdeling D5 in het MUMC+ verricht. Respondenten die deelnemen aan dit praktijkonderzoek zijn mondeling en schriftelijk middels informed consent (via het Proefpersonen Informatie formulier; zie bijlage 8) op de hoogte gesteld over het doel en werkwijze van het onderzoek (Ministerie van Algemene Zaken, 2020). De verzamelde informatie wordt alleen voor dit onderzoek gebruikt. De informatie wordt tien jaar gearchiveerd op een beveiligde digitale omgeving binnen Zuyd Hogeschool en vervolgens vernietigd. De respondenten nemen in het kader van Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) anoniem deel aan dit onderzoek. Het toestemmingsformulier voor gebruik van het interview member check is te vinden in bijlage 9. Zie bijlage 10 voor de relevante wet- en regelgeving.

In dit hoofdstuk is de methode met de daarbij behorende setting en doelgroep, methode, data-analyse en ethische overwegingen beschreven. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten beschreven.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die voortvloeien uit het kwalitatieve onderzoek. Er is gestreefd naar het beantwoorden van de eerder genoemde hoofdvraag: "Wat zijn de meningen van de verpleegkundigen van verpleegafdeling D5 van het MUMC+ over bedside briefing en wat is nodig om bedside briefing structureel uit te voeren?"

3.1 Resultaten methode interview

Aan de hand van de kernbegrippen zijn de belangrijkste resultaten van het kwalitatief onderzoek beschreven. De gegevens zijn verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews.

De interviews zijn uitgevoerd tussen 26 maart 2021 tot 16 april 2021 bij één inhoudsdeskundige en zeven verpleegkundigen.

De inhoudsdeskundige is afdelingshoofd proeftuin bedside briefing. De leeftijd van de inhoudsdeskundige is 55 jaar.

Van de zeven verpleegkundigen hadden er twee meer dan tien jaar werkervaring. Twee meer dan één jaar werkervaring en twee minder dan één jaar werkervaring. Drie respondenten zijn gediplomeerd HBO verpleegkundigen, twee respondenten zijn MBO verpleegkundigen en twee zijn HBO verpleegkundigen in opleiding. De respondenten zijn in de leeftijdscategorie van 20 tot 55 jaar.

3.1.1 Interview inhoudsdeskundige

In deze sub-paragraaf wordt aan de hand van het interview inhoudsdeskundige de huidige en wenselijke situatie en randvoorwaarden van bedside briefing in kaart gebracht.

- Kennis bedside briefing:

Bedside briefing houdt in: "Verbetering van kwaliteit, veiligheid en rust."

- Huidige situatie

Klinische blik: Op verpleegafdeling D5 vindt de verpleegkundige overdracht momenteel op de verpleegpost of op de gang plaats. De informatie die de verpleegkundigen in de zusterspost of op de gang bespreken, is ongeveer 60% tot 70% verkeerd, onvolledig of wordt anders geïnterpreteerd. Verpleegkundigen beginnen aan hun dienst zonder de patiënt gezien te hebben. Hierdoor is er geen nulmeting en kan de behoefte aan zorg niet worden ingeschat. Mocht de toestand van de patiënt verslechteren en er fouten zijn kan dit te laat opgemerkt worden. De geïnterviewde zegt: "De verpleegkundigen zien de gevaren niet voor de patiëntveiligheid."

Communicatie: Om een gestructureerde bedside briefing uit te voeren moet het VEPD up to date zijn met problemen en acties. Verpleegkundigen dienen geschoold te worden in het VEPD. Zij dienen op de juiste plekken te rapporteren. De geïnterviewde geeft aan dat het volgende door een verpleegkundige is gezegd: *“Ja, ik zet het op drie plaatsen want dan weet ik dat het erin staat.”*

- Wenselijke situatie

De perfecte overdracht wordt als volgt omschreven: de vroege dienst geeft een verpleegkundige overdracht van de actuele problemen en eventueel recommendation. De overdracht vindt plaats aan het bed middels de SBARR-methodiek, waarbij de structuur gehandhaafd blijft. Hierbij gaat het erom wat relevant is voor de avonddienst om te kunnen starten met zijn dienst. De verpleegkundige overdracht aan het bed geeft een objectief beeld van de patiënt. Er wordt samen een veiligheidscheck van medicijnen, infusen, perfusoren, antibiotica, en blaaskatheter uitgevoerd. Het is belangrijk dat er tijdens de verpleegkundige overdracht aan het bed geen storingsfactoren zijn. De patiënt wordt bij de overdracht betrokken en kan aanvullingen geven. De patiënt hoort wat er verteld wordt en waarom er dingen gedaan worden. Dit bevordert de patiëntveiligheid. De patiënt ziet de verpleegkundige die voor hem gaat zorgen en wie zijn aanspreekpunt is. Dit geeft rust. *“Hierdoor krijgt de patiënt vertrouwen in de verpleegkundige.”*

Privacy: Er wordt aangegeven dat privacy geen probleem is. De privacy op een meerpersoonkamer blijft gewaarborgd omdat de professional voorbereid is, zijn patiënten kent en weet wat hij vertelt. Hierbij vertelt de geïnterviewde: *“De verpleegkundige moet aanvoelen wat hij wel of niet kan vertellen.”* Volgens de geïnterviewde weten patiënten meer van elkaar dan dat de verpleegkundigen beseffen.

Patiëntenparticipatie/familieparticipatie: Bedside briefing is een ziekenhuisbrede implementatie in het kader van patiëntenparticipatie. Bedside briefing is altijd toepasbaar in alle situaties. Hierbij wordt gezegd dat men bij een terminale patiënt geen overdracht aan bed hoeft te doen maar gaat men altijd samen bij de patiënt kijken. Bij deze patiënten is er meestal familie aan het waken. De avonddienst heeft de patiënt gezien en kennis gemaakt met de patiënt en diens naasten. Geïnterviewde benadrukt hierbij: *“Er moet altijd bij iedere patiënt gekeken worden. Omdat het bijzonder belangrijk is voor de patiënt dat hij weet wie zijn avonddienst is.”*

Kwaliteitsverbetering: Verpleegkundigen moeten over een aantal competenties beschikken om bedside briefing uit te kunnen voeren. De verpleegkundige moet communicatief vaardig

zijn. Hij moet kundig zijn. Hij moet zijn patiënt kennen. En hij moet klinisch kunnen redeneren. Tevens moet hij zijn overdracht kunnen plannen. Daarnaast is het ook belangrijk dat de verpleegkundige zijn werkzaamheden kan plannen. Het is noodzakelijk dat het personeel goed geschoold is. Deze scholing bestaat uit het toepassen van de SBARR-methodiek en het effectief gebruiken van het VEPD. De techniek bedside briefing moet men onder de knie krijgen. Het is noodzakelijk dat er toezicht is op de vaardigheden van verpleegkundigen. De geïnterviewde zegt: *“Verpleegkundigen dienen gemotiveerd en ondersteund te worden waarbij er dagelijks een evaluatie moet plaatsvinden.”*

3.1.2 Interview verpleegkundigen

In deze sub-paragraaf worden de belangrijkste resultaten aan de hand van de kernbegrippen beschreven.

- Kennis bedside briefing

Bedside briefing is het overdragen van bijzonderheden van de patiënt, van verpleegkundigen aan verpleegkundige, en vindt plaats aan het bed bij de patiënt. Geïnterviewde 7 zegt: *“Kwaliteit van zorg kan hierdoor worden gewaarborgd.”*

Voordelen:

Klinische blik: Door bedside briefing wordt de patiënt gevisualiseerd en kan door de klinische blik de toestand van de patiënt beter ingeschat worden. Er is een objectief beeld van de patiënt. Hierdoor kan prioritering van zorg plaats vinden en kunnen eerder interventies ingezet worden. Geïnterviewde 3 zegt: *“Collega’s hoeven niet te twifelen, was dat eigenlijk al de hele dag zo of is dat iets nieuws?”*

Veiligheidscontrole: Er wordt aangegeven dat er tijdens bedside briefing meteen een veiligheidscontrole van infusen, perfusoren en drains kan plaatsvinden. Hierdoor worden verpleegkundige fouten meteen gesignaleerd. Dit wordt bevestigd door geïnterviewde 2: *“Dat daar geen fouten in worden gemaakt.”* Geïnterviewde 7 zegt: *“Dit bevordert de patiëntveiligheid.”*

Patiëntenparticipatie: Tijdens bedside briefing hoort de patiënt wat er over hem die dag besproken is en wat de afspraken zijn. En weet meteen wie de collega’s van de avonddienst zijn die voor hem gaan zorgen. De patiënt wordt tijdens bedside briefing bij zijn zorgproces betrokken. De patiënt staat centraal. Hierdoor kan shared decision making worden toegepast. De patiënt kan vragen stellen, aanvullingen geven en er bestaat de mogelijkheid

tot het corrigeren van informatie. Hierbij zegt geïnterviewde 2: *“Op deze manier kunnen zij mee participeren op het zorgproces.”*

Nadelen:

Privacy en gevoelige informatie: Uit de interviews komt naar voren dat alle geïnterviewden zich bij bedside briefing zorgen maken over het mogelijk schenden van de privacy op meerpersoonskamers. Patiënten horen informatie over het zorgproces van een andere patiënt. Er is bezorgdheid om onbedoeld gevoelige informatie te geven aan de patiënt omdat zij niet weten of de arts de patiënt geïnformeerd heeft. Men geeft aan dat gevoelige informatie buiten de patiëntenkamer overgedragen moet worden. Dit wordt bevestigd door geïnterviewde 1: *“Dat zijn dingen die je bijvoorbeeld apart kunt houden. Buiten de overdracht.”*

Tijd: Het merendeel van de geïnterviewden zijn bezorgd over de tijdsduur van bedside briefing. In de huidige situatie moeten tien patiënten in 30 minuten overgedragen worden. Hierbij wordt aangegeven dat bedside briefing in de huidige situatie haalbaar moet zijn. Als alle bedden open zijn moeten er gemiddeld veertien patiënten in 30 minuten worden overgedragen. Bedside briefing met veiligheidscontrole wordt als tijdrovend gezien. Hierbij maakt men zich zorgen over het risico op overwerken en onafgemaakte werkzaamheden. Geïnterviewde 3 zegt: *“Ik was regelmatig later dan half vier naar huis.”*

- **Informatievoorziening**

Methodiek: De SBARR-methodiek en de ABCDE wordt bij bedside briefing door alle geïnterviewden als een geschikte overdrachtsmethodiek ervaren om de klinische situatie van de patiënt in kaart te brengen. Hierbij wordt gezegd dat het gebruik van de SBARR-methodiek tijdens bedside briefing kan zorgen voor structuur en uniformiteit. Uit de interviews komt dat het onduidelijk is wat er tijdens bedside briefing middels de SBARR-methodiek overgedragen moet worden om een effectieve en efficiënte overdracht te geven. Er wordt aangegeven dat de SBARR-methodiek een meerwaarde is als men de patiënt niet kent. Indien de avonddienst de patiënten kent is een overdracht aan bed via de ABCDE voldoende. Dit wordt bevestigd door geïnterviewde 3: *“Als je collega’s van de avonddienst de patiënten kennen dan vind ik de SBARR vaak wat teveel informatie.”*

- **Patiëntenparticipatie/familieparticipatie**

Betrekken patiënt en familie: Alle geïnterviewden zeggen de patiënt en familie bij de verpleegkundige overdracht te willen betrekken zodat zij kunnen mee participeren op het zorgproces. Zij geven aan de patiënt te willen uitnodigen voor eigen inbreng of vragen te

stellen. Hierbij wordt aangegeven dat men zich wel zorgen maakt over de tijd. Vijf geïnterviewden geven aan dat vragen van patiënten en familie de verpleegkundige overdracht aan bed kunnen vertragen. Dit wordt bevestigd door geïnterviewde 3: *“Je hebt altijd patiënten die zich te veel in het gesprek willen mengen. Hierdoor verlies je heel veel tijd.”*

Vakjargon: Alle geïnterviewden zeggen tijdens bedside briefing informatie te gaan overdragen naar collega's in vakjargon. Hierbij wordt aangegeven dat dit belangrijk is voor een goede overdracht naar de collega's die het zorgmoment gaan overnemen. Er wordt gezegd door geïnterviewde 6 dat bedside briefing in 'lekentaal' knullig overkomt naar collega's. Alle geïnterviewden zeggen het taalgebruik aan te gaan passen aan het niveau van de patiënt als deze vragen heeft. Geïnterviewde 7 bevestigt dit: *“Als de patiënt nog vragen heeft, om nog even snel kort duidelijk in niet vakjargon de patiënt uit te leggen.”*

- Attitude

Zes geïnterviewde staan open voor bedside briefing. Zij geven aan dat bedside briefing meer voordelen heeft dan nadelen. Er wordt aangegeven dat bedside briefing een verbetering zal zijn waardoor er patiëntgerichte zorg geleverd wordt. Geïnterviewde 2 bevestigt dit: *“Ik zou er zeker voor open staan. Ik denk dat je op deze manier ook echt patiëntgericht gaat werken.”* Daarnaast wordt aangegeven dat bedside briefing een ziekenhuisbreed beleid is en van de verpleegkundigen verwacht wordt.

- Randvoorwaarden

Storingsfactoren: Zes geïnterviewden geven aan onderbrekingen van patiënten, familie, collega's, artsen, ander ziekenhuispersoneel en de pieper als storingsfactoren te ervaren. Uit de interviews komt dat er behoefte is aan een veilige en rustige omgeving. Er wordt gezegd dat door onderbrekingen er meer kans is om over niet patiënt gerelateerde zaken te praten. Door de onderbrekingen kan er een gebrek aan concentratie zijn en risico op verwaarlozing van de SBARR-structuur. Hierdoor is er kans op het verloren gaan van informatie. Dit wordt bevestigd door geïnterviewde 2: *“Misschien sla je dan toch een puntje over wat toch belangrijk kan zijn bij die patiënt en dan heb je niet goed overgedragen.”*

Implementatie: Vijf geïnterviewden zeggen behoefte te hebben aan afspraken met collega's, patiënten en familie, artsen of ander ziekenhuispersoneel om bedside briefing uit te kunnen voeren. Er wordt aangegeven dat niet concrete afspraken over bedside briefing ervoor kunnen zorgen dat de overdracht meer tijd kost. De geïnterviewde zien sturing, monitoring, evaluatie en controle als een taak van de leiding. Geïnterviewde 7 zegt: *“Ja, ik denk dat het*

niet heel goed geïmplementeerd is. De leiding dient open te staan voor valkuilen. Dus niet door het weg te wuiven en te doen alsof het niet bestaat.”

Kennis en kunde: Meer dan de helft van de geïnterviewden geven aan dat er een tekort is bij verpleegkundigen aan kennis en kunde van bedside briefing. Verpleegkundigen dienen geïnstrueerd te worden hoe de SBARR-methode tijdens bedside briefing gehanteerd moet worden. Uit de interviews komt dat men vindt dat nieuw personeel nog niet goed ingewerkt is. Hierdoor blijven er werkzaamheden liggen. Dit veroorzaakt onrust. Dit wordt bevestigd door geïnterviewde 3: *“Ik heb er mijn rust nog niet in gevonden. Die rust krijg ik als ik wat meer vertrouwen heb in mijn collega’s die bijvoorbeeld achter blijven of dat ik van mijn collega’s kan verwachten dat zij een goede overdracht geven naar mijn collega’s van de avonddienst toe.”*

Motivatie verpleegkundig team: Vier geïnterviewden geven aan dat er binnen het verpleegkundig team kartrekkers moeten zijn die samen met de leidinggevenden het team motiveren om bedside briefing uit te voeren. Geïnterviewde 8 zegt: *“Eigenlijk moet iedereen zich eerst bewust worden van het belang, de voordelen voor de verpleegkundige en de patiënt.”* Hierbij wordt gezegd dat er klinische lessen over bedside briefing gegeven kunnen worden.

Toestemming patiënt: Vijf geïnterviewden zeggen het belangrijk te vinden dat patiënt en familie geïnformeerd en geïnstrueerd worden over de werkwijze van bedside briefing. In het kader van privacy kan er toestemming gevraagd worden aan de patiënt om bedside briefing te mogen uitvoeren. Dit wordt ondersteund door geïnterviewde 1: *“Nou, ik denk dat er wel toestemming gevraagd kan worden per patiënt.”*

Nadat in dit hoofdstuk de onderzoeksresultaten zijn beschreven, volgt in het volgende hoofdstuk de discussie, sterke en zwakke kanten en de conclusie van het onderzoek beschreven.

4 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk wordt de discussie, sterke en zwakke kanten en een conclusie van dit kwalitatieve onderzoek beschreven.

4.1 Discussie

Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te verkrijgen wat de meningen van de verpleegkundige op verpleegafdeling D5 over bedside briefing zijn zodat er een advies gegeven wordt over wat er nodig is om bedside briefing structureel uit te voeren. Vanuit de interviews komt naar voren dat bedside briefing meer voordelen dan nadelen heeft en dat het een verbetering zal zijn voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

De literatuur beschrijft dat de organisatieverandering volgens een evidence- based verandermanagement aanpak dient te worden uitgevoerd met uitvoerige evaluatie omdat het belangrijk is de beïnvloedende factoren voor het uitvoeren van bedside briefing in kaart te brengen (Metselaar et al., 2018). In tegenstelling tot de literatuur heeft er tijdens eerdere poging tot implementatie geen evaluatie plaats gevonden naar de factoren die ten grondslag liggen die weerstand of veranderbereidheid bepalen. Een protocol voor implementatie dient daarnaast gehanteerd te worden (Dovil, 2018). Echter blijkt uit de resultaten van dit onderzoek dat het hanteren van een protocol tijdens de eerdere implementatie-strategie voor bedside briefing, niet consequent heeft plaatsgevonden. De verpleegkundige overdracht diende namelijk volgens het protocol “Overdracht van patiënteninformatie: beleid”, van Groeneweg- Schuffelers, & Secchi, (z.d.) uitgevoerd te worden.

Uit de literatuur blijkt dat het betrekken van de patiënt leidt tot een verhoogde patiëntenparticipatie en wordt gezien als een positieve factor voor patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg (Mailfait & Eeckloo et al., 2018). Wat opvalt uit de resultaten van onderhavig onderzoek is dat de geïnterviewden de patiënt en familie willen betrekken bij bedside briefing. Echter blijkt ook uit de resultaten van onderhavig onderzoek dat de geïnterviewden zich zorgen maken over het betrekken van de patiënt en familie omdat vragen en onderbrekingen van patiënt of familie teveel tijd in beslag kan nemen. Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat ze tijdens bedside briefing vakjargon naar collega's gaan gebruiken. Uit onderzoek van Dovil (2018), blijkt dat patiënten door het vakjargon moeilijk begrijpen wat er gezegd wordt tijdens de verpleegkundige overdracht. Deze factoren vormen een belemmering in het aanmoedigen van patiëntenparticipatie (Tobiano et al., 2018). Fouten in de communicatie kunnen volgens geïnterviewden tijdens bedside briefing veroorzaakt worden door onderbrekingen van collega's, artsen of ander ziekenhuispersoneel, patiënt en familie. Hierdoor bestaat de kans dat er wordt afgeweken van de SBARR-structuur met als gevolg dat men over niet patiënt gerelateerde zaken spreekt. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de patiëntveiligheid. Uit de literatuur blijkt

dat de overdracht volgens de SBARR-methodiek moet worden uitgevoerd om het risico op communicatiefouten te verminderen (Redley & Waugh, 2017; Müller et al., 2018; Kluijver, 2021). Ook dient men niet te spreken over niet patiënt gerelateerde onderwerpen omdat dit vertraging oplevert in de bedside briefing (Mailfait & Van Hecke et al., 2018; Raeisi et al., 2019). In tegenstelling tot de literatuur geven geïnterviewden aan dat er meer overuren gemaakt zijn tijdens eerdere uitvoering van bedside briefing. In de literatuur staat beschreven dat het overwerken verminderd door een efficiënte overdracht (Tobiano et al., 2017; Dovil, 2018; Offermans, 2018).

Uit de interviews komt naar voren dat het onduidelijk is welke informatie er tijdens bedside briefing gegeven moet worden via de SBARR-methodiek voor een effectieve en efficiënte bedside briefing. Het doel van bedside briefing is echter dat elke verpleegkundige van de opvolgende dienst geïnformeerd wordt over de actuele situatie van de patiënt en dat beide verpleegkundigen over dezelfde informatie beschikken (Groeneweg-Schuffelers & Secchi, 2020).

Uit de analyse blijkt dat de geïnterviewden bij bedside briefing moeite hebben met de privacy op een meerpersoonkamer en het delen van gevoelige informatie. Malfait en Van Hecke et al. (2018), concluderen dat verschillende onderzoeken erop lijken te wijzen dat zorgen over privacy meer een probleem voor verpleegkundigen is dan voor patiënten of hun naasten. Dit argument wordt volgens Malfait en Van Hecke et al. (2018), door verpleegkundigen gebruikt om onwil tegenover de implementatie van bedside briefing te ondersteunen. Patiënten vinden de informatie die gegeven wordt door verpleegkundigen minder gevoelig dan informatie van artsen (Malfait & Van Hecke et al., 2018).

Een sterke kant van dit praktijkonderzoek is dat er een literatuuronderzoek heeft plaatsgevonden door gebruik te maken van de meest recente literatuur. Hierbij zijn onderzoeksartikelen geïnccludeerd vanaf 2015. De opzet van het onderzoek is mee beoordeeld door peerdebriefing van de tutor en begeleiders van verpleegafdeling D5 (Baarda et al., 2018). Alle transcripten van de interviews zijn door member check gevalideerd op authenticiteit en volledigheid (Baarda et al., 2018). Een zwakke kant van dit onderzoek is dat er geen proefinterview heeft plaatsgevonden om de betrouwbaarheid van de topiclijsten te verhogen (Verhoeven, 2018). Door de Covid-19 pandemie was er een Corona uitbraak onder de verpleegkundigen van verpleegafdeling D5. Hierdoor waren er in totaal nog tien verpleegkundigen van verpleegafdeling D5 werkzaam. Daarnaast zijn er door het grote verloop van verpleegkundigen, in het afgelopen jaar, veel nieuwe verpleegkundigen gestart. Deze nieuwe verpleegkundigen missen kennis en kunde in het toepassen van bedside briefing. Door deze praktische beperkingen was de keuze van de geselecteerde verpleegkundigen voor deelname aan het interview beperkt. Hierdoor was het moeilijk om een proefinterview uit te voeren.

Tijdens de thesiskring is er wegens gebrek aan tijd met de tutor afgesproken om acht semigestructureerde interviews af te nemen over bedside briefing. Alle respondenten hebben ervaring met bedside briefing en de SBARR-methodiek. De conclusies die getrokken zijn over de meningen van de geïnterviewden met betrekking tot bedside briefing zijn niet generaliseerbaar voor de hele onderzoeksgroep. Hoe groter de steekproef, hoe groter de generaliseerbaarheid op de hele onderzoekspopulatie (Verhoeven, 2018). Een ander zwak punt wegens gebrek aan tijd, is dat er niet is mee gecodeerd door een peer review om te checken dat er op een objectieve manier gekomen is tot categorieën. Dit heeft een toegevoegde waarde voor betrouwbaardere onderzoeksresultaten en conclusies (Verhoeven, 2018).

4.2 Conclusie

De volgende conclusie is geschreven op de hoofdvraag: *“Wat zijn de meningen van de verpleegkundigen van verpleegafdeling D5 van het MUMC+ over bedside briefing en wat is nodig om bedside briefing structureel uit te voeren?”*

Uit de resultaten is gebleken dat bedside briefing in zijn algemeenheid als voordeel wordt gezien. Bedside briefing wordt als een verbetering gezien waardoor er patiëntgerichte zorg geleverd kan worden. Door bedside briefing krijgt de verpleegkundige een objectiever beeld van de patiënt. Hierdoor kan de zorg beter ingeschat worden. De patiënt kan bij zijn zorgproces betrokken worden omdat hij vragen kan stellen of informatie kan corrigeren. Dit heeft een positieve invloed op de vertrouwensrelatie omdat de patiënt weet wie de betreffende verpleegkundige is die de zorg overneemt. Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid wordt hiermee bevorderd. Desondanks worden er ook nadelen gezien die aandacht vragen. De geïnterviewden maken zich zorgen over schending van privacy op meerpersoonskamers omdat patiënten informatie horen over het zorgproces van een andere patiënt. Het onbedoeld geven van gevoelige informatie baart eveneens zorgen. Men maakt zich zorgen over het risico op overwerken en de kwaliteit en effectiviteit van bedside briefing door verstoringen en het missen van afspraken. Het gebruik van vakjargon zou kunnen leiden tot onduidelijkheden bij de patiënt waardoor er vragen kunnen zijn. Er wordt kennis en kunde gemist om een effectieve en efficiënte bedside briefing uit te voeren. Op basis van de onderzoeksresultaten dienen er strategieën en interventies uitgevoerd te worden op organisatorisch-, professioneel- en wettelijk vlak zodat bedside briefing structureel uitgevoerd kan worden.

Nadat in dit hoofdstuk discussie, sterke en zwakke kanten en conclusie van dit onderzoek beschreven zijn, volgt in het volgende hoofdstuk de adviezen en inbedding.

5 Advies & Inbedding

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven die uit het praktijkonderzoek zijn voortgekomen.

5.1 DINAMO-model

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is het belangrijk dat er inzicht is op de beïnvloedende factoren om de verandering succesvol te implementeren. De veranderbereidheid en de beïnvloedende factoren uit het DINAMO-model zijn middels de DINAMO Quick scan bepaald (zie bijlage 11) (Noordhoff, 2010). Het DINAMO-model laat zien dat door externe druk (ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en WHO) en interne druk (MUMC+), er van de verpleegkundige verwacht wordt een effectieve en efficiënte verpleegkundige overdracht te geven. Het DINAMO-model toont aan dat gevolgen voor het werk, meerwaarde voor de verandering, ervaring, tijd/mankracht, aansturing, timing en complexiteit als beïnvloedende factoren benoemd kunnen worden (Metselaar et al., 2018). Vanuit de interviews worden beïnvloedende factoren benoemd zoals: sence of urgency, aansturing, training/opleiding/educatie, tijd, privacy van de patiënt, storingsfactoren en vakjargon.

5.2 Advies voor de praktijk

5.2.1 Sence of urgency

Verpleegkundigen moeten zich bewust worden van de “sence of urgency” van bedside briefing zodat bedside briefing een kans van slagen heeft. Geadviseerd wordt door kartrekkers, presentaties te geven aan de hand van klinische lessen betreffende informatie en de “sence of urgency” over het toepassen van face-to-face bedside briefing. Hierdoor wordt bewustwording gestimuleerd.

5.2.2 Aansturing

Geadviseerd wordt de verpleegkundigen op de hoogte te stellen van het beleid over bedside briefing. Hierbij dient het protocol “Overdracht van patiënten informatie: beleid” van het MUMC+ gehanteerd te worden. Daarnaast dient er een plan van aanpak te komen en dit te communiceren naar de verpleegkundigen. Het beleid omtrent bedside briefing wordt geacht bekend en helder te zijn voor verpleegkundigen.

5.2.3 Training/opleiding/educatie

Wanneer bedside briefing niet naar behoren wordt uitgevoerd kan dit leiden tot negatieve gevolgen voor de patiëntveiligheid. Uit onderhavig onderzoek komt naar voren dat er een

tekort is aan kennis en kunde om bedside briefing goed uit te voeren. De aanbeveling die wordt gesteld is scholing van het VEPD, SBARR-methodiek en training in bedside briefing.

5.2.4 Privacy en gevoelige informatie

Om te voldoen aan de privacyregels van de WGBO wordt geadviseerd de patiënt bij opname te informeren over bedside briefing en toestemming te vragen. Om de privacy van de patiënt zoveel mogelijk te waarborgen op een meerpersoonskamer wordt er geadviseerd om gevoelige informatie die medepatiënten niet mogen horen buiten de patiëntenkamer te bespreken. Bezoek dient de kamer te verlaten.

5.2.5 Tijd en Storingsfactoren

Uit het onderzoek is gebleken dat de geïnterviewden zich zorgen maken over de tijd. Om bedside briefing effectiever in te richten wordt er geadviseerd voordat bedside briefing plaatsvindt aan patiënten te vragen of er praktische verzoeken zijn. Als bedside briefing plaats vindt wordt geadviseerd het “aanwezigheidslampje” aan te zetten en de deur van de patiëntenkamer dicht te doen. Daarnaast wordt geadviseerd werkafspraken te maken met collega's om storingen te voorkomen. Hierdoor verminderd de kans op het missen van relevante informatie en zal bedside briefing minder tijd in beslag nemen.

5.2.6 Vakjargon

Patiënten moeten volgens de WGBO geïnformeerd worden in begrijpelijke taal bij bedside briefing en in de gelegenheid worden gesteld vragen te stellen over zijn behandeling of ziekteverloop. Geadviseerd wordt voor verpleegkundigen om vakjargon te verminderen tijdens bedside briefing. Hierdoor zal patiëntenparticipatie toenemen.

Tabel 3 beschrijft de interventies en inbedding die nodig zijn voor de implementatie van bedside briefing volgens de P6-methode (Gritt, 2016). De beïnvloedende factoren vanuit het DINAMO-model worden hierin meegenomen (Metselaar, 2018).

Tabel 3:

Interventies en inbedding volgens P6-methode

Interventies en inbedding	
1. Achtergronden	Om continuïteit en veiligheid van zorg te waarborgen is er een effectieve overdracht noodzakelijk.
2. Resultaat	December 2021 is er een effectieve overdracht door bedside briefing ingericht waarbij patiëntveiligheid en continuïteit van zorg gewaarborgd is. • Werkafspraken zijn duidelijk. • Verdeling taken/verantwoordelijkheden.

3. Activiteiten	Organisatorisch vlak: • Leiding maakt plan van aanpak. • Leiding communiceert naar verpleegkundigen dat er een protocol en plan van aanpak ligt en wat dit inhoudt. • Implementatie volgens een gefaseerd proces waarbij een plan van aanpak en protocol "Overdracht van patiënten informatie: beleid" van het MUMC+ wordt gehanteerd. • Afspraken met andere zorgverleners, patiënten en familie over werkwijze bedside briefing. Professioneel vlak: • Verzorgen van klinische lessen over bedside briefing. • Gebruik maken van kartrekkers bij de implementatie van bedside briefing. • Communicatietraining en vaardigheidsontwikkeling door : - Verzorgen van scholing/training VEPD - Verzorging van scholing/training SBARR-methodiek • Individuele coaching op effectiviteit en inhoud van bedside briefing. • Werkafspraken maken. Wettelijk vlak • Toestemming vragen en informeren van patiënten in het kader van de WGBO.
4. Tussen-resultaten tijdens evaluatie werkoverleg	Voor alle betrokkenen (afdelingsleiding en verpleegkundigen)zijn: • Knelpunten bekend. • Uitkomsten van activiteiten helder. • Werkafspraken.
5.Kwaliteit	• Kwaliteit wordt gewaarborgd door coördinatie, organisatie en controle leidinggevenden. • Dagelijkse evaluatie. • Tijdens het werkoverleg wordt de voortgang besproken en strategieën en interventies worden indien nodig bijgesteld.
6. Organisatie	• Afdelingshoofd: proces- inhoud- procedure bewaking kwaliteit verbeterproject. • Teamleider: proces- inhoud- procedure bewaking kwaliteit verbeterproject. Ondersteunen tijdens het proces van bedside briefing. Geven klinische lessen. Uitvoeren van werkafspraken. • Kartrekkers: geven van klinische lessen. Uitvoeren van werkafspraken. Ondersteunen tijdens het proces van bedside briefing. • Verpleegkundigen volgen klinische lessen en voeren werkafspraken uit.
7. Planning	April 2021: Scholing VEPD voor kartrekkers door intercollegiale consultatie proeftuin bedside briefing. Scholing SBARR-methodiek kartrekkers door Zorgacademie MUMC+. April 2021: Scholing VEPD voor verpleegkundigen door kartrekkers. Mei/juni 2021: Scholing SBARR-methodiek voor verpleegkundigen door kartrekkers. September 2021: Implementatie. Informatievoorziening verpleegkundig team > klinische lessen.

	Informatievoorziening patiënten> Informed consent. Uitvoering bedside briefing. Evaluatie dagelijks en in werkoverleg. Evaluatie PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act) en IMWM-cyclus (Inspireren, Mobiliseren, Waarderen en Reflecteren). November 2021: Maandelijks evaluatie in werkoverleg.
8. Begrenzing	Verpleegafdeling D5
9. Kosten en baten	<u>Kosten:</u> • Educatief materiaal. • Scholing. <u>Baten:</u> • Ziekenhuisbrede uniformiteit in de verpleegkundige overdracht. • Patiëntveiligheid en continuïteit van zorg. • Kwalitatief goed opgeleide verpleegkundigen.
10. Risico's	• Geen draagvlak voor bedside briefing > verpleegkundigen moeten mede eigenaar worden van het proces. Zij moeten kunnen mee participeren.

Een vervolgonderzoek zes maanden na het opnieuw invoeren van bedside briefing kan nuttig zijn. In een vervolgonderzoek kan er een evaluatie onder de verpleegkundigen plaats vinden over hoe bedside briefing uitgevoerd wordt en waar de verbeterpunten liggen. De patiënt kan betrokken worden om inzicht te krijgen in het patiëntenperspectief.

6 Literatuurlijst

Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (4de editie). Groningen, Nederland: Noordhoff.

Bakker, M., & Van Heycop ten Ham, C. (2016). *Klinisch redeneren in zes stappen* (2de editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Benders, L. (2021, 5 maart). *Hoeveel interviews houd je voor je scriptie?* Geraadpleegd op 19 maart 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/hoeveel-mensen-moet-je-interviewen/>

Bigani, D. K., & Correia, A. M. (2018). On the Same Page: Nurse, Patient, and Family Perceptions of Change-of-shift Bedside Report. *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.008>

Dorvil, B. (2018). The secrets to successful nurse bedside shift report implementation and sustainability. *Nursing Management*, 49(6), 20–25. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000533770.12758.44>

Encyclo. (2021). *Continuïteit - 10 definities - Encyclo*. Geraadpleegd op 20 maart 2021, van <https://www.encyclo.nl/begrip/continu%C3%AFteit>

Equus. (2017, 18 oktober). *Overdracht*. Geraadpleegd op 27 januari 2021, van <https://equus.nl/vrijstelling-overdrachtsbelasting-vastgoedvennootschap/>

Grimshaw, J., Hatch, D., Willard, M., & Abraham, S. (2016). A Qualitative Study of the Change-of-Shift Report at the Patients' Bedside. *The Health Care Manager*, 35(4), 294–304. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000125>

Gritt, R. (2016). *Projectaanpak in zes stappen* (2de editie). Groningen: Noordhoff.

Groeneweg- Schuffelers, C., & Secchi, R. (z.d.). *Overdracht van patiënteninformatie: beleid*. Geraadpleegd op 6 februari 2021, van <https://odin.mumc.nl/iProva/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=7b0c4a38-6164-4275-9def->

Od6ab2ba82c0&NavigationHistoryID=14203833&PortalID=356&Query=Overdracht+van+patienteninformatie+beleid

Han University of Applied Sciences. (21–02-16). *Libguides: Verpleegkunde 4 - Praktijkgericht onderzoek: 4. Beoordelen*. Geraadpleegd op 21–02-16, van <https://libguides.studiecentra.han.nl/zorginnovatie/beoordelen>

Jimmerson, J., Wright, P., Cowan, P. A., King-Jones, T., Beverly, C. J., & Curran, G. (2020). Bedside shift report: Nurses opinions based on their experiences. *Nursing Open*, 1–13. <https://doi.org/10.1002/nop2.755>

Kluijver, B. (2021). 8 Vragen over SBAR. *Nursing*, 27(2), 50–53. <https://doi.org/10.1007/s41193-021-0032-9>

Maastricht UMC+. (2020). *Het Maastricht UMC+*. Geraadpleegd op 27 januari 2021, van <https://www.mumc.nl/over-mumc/het-maastricht-umc>

Maastricht UMC+. (2021). *Het Maastricht UMC+*. Geraadpleegd op 27 februari 2021, van <https://www.mumc.nl/over-mumc/het-maastricht-umc>

Malfait, S., Eeckloo, K., Van Biesen, W., Deryckere, M., Lust, E., & Van Hecke, A. (2018). Compliance with a structured bedside handover protocol: An observational, multicentred study. *International Journal of Nursing Studies*, 84, 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.011>

Malfait, S., Van Hecke, A., Van Biesen, W., & Eeckloo, K. (2018). Is privacy a problem during bedside handovers? A practice-oriented discussion paper. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2288–2297. <https://doi.org/10.1177/0969733018791348>

Metselaar, E., Cozijnsen, A., & Van Delft, P. (2010). *Dinamo Quick scan*. Nordhoff.

Metselaar, E., Cozijnsen, A., & Van Delft, P. (2018). *Van weerstand naar veranderbereidheid* (3de editie). Amsterdam, Nederland: Reed Business Education.

Ministerie van Algemene Zaken. (2020a, 6 januari). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Geraadpleegd op 24 maart 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>

Ministerie van Algemene Zaken. (2020b, 16 januari). *Voldoen aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)*. Geraadpleegd op 17 maart 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/privacy-en-persoonsgegevens/voldoen-aan-de-avg>

Ministerie van Algemene Zaken. (2020c, 16 december). *Waar kan ik zien of mijn zorgverlener zijn beroep mag uitoefenen?* Geraadpleegd op 24 maart 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/bevoegdheid-zorgverlener>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, 24 oktober). *Patiënteninformatie - Informatievoorziening rondom de patiënt*. Geraadpleegd op 19 maart 2021, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2014/07/04/patienteninformatie>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 25 januari). *WGBO in de langdurige zorg*. Geraadpleegd op 24 maart 2021, van <https://www.informatielangdurigezorg.nl/onderwerpen/wgbo>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018, 1 augustus). *Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review*. Geraadpleegd op 6 februari 2012, van <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Munten, G. (2019). Hoe willen patiënten betrokken worden bij verpleegkundige overdracht? *TVZ - Verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, 129(2), 50–51. <https://doi.org/10.1007/s41184-019-0025-1>

Nivel. (2017). *Dossier | Patiëntveiligheid | Nivel*. Geraadpleegd op 25 februari 2021, van <https://www.nivel.nl/nl/dossier-patientveiligheid>

Nivel. (z.d.). *Communicatie en meebeslissen maken zorg patiëntgericht | Nivel*. Geraadpleegd op 20 maart 2021, van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/communicatie-en-meebeslissen-maken-zorg-patientgericht>

Offermans, M. M. J. (2017). *Hoor wat ik te zeggen heb* (Bachelor thesis). Maastricht, Nederland: Offermans.

Offermans, M. M. J. (2018). *Verpleegkundige overdracht aan het bed* (plan van aanpak). Maastricht, Nederland: Offermans.

- Patiëntenfederatie Nederland. (2021, 9 februari). *Patiëntenparticipatie*. Geraadpleegd op 25 februari 2021, van <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/patiëntenparticipatie>
- Raeisi, A., Ranani, M. A., & Soltani, F. (2019). Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(173), 0. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_460_18
- Redley, B., & Waugh, R. (2018, 1 april). *Mixed methods evaluation of a quality improvement and audit tool for nurse-to-nurse bedside clinical handover in ward settings*. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189717302318>
- Smits, L. (2020, 21 september). *Transcriberen van een interview*. Geraadpleegd op 14 maart 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/interview-transcriberen/>
- Soeners, M. (2016). *De impact van de verpleegkundige overdracht aan bed op de patiënt-en verpleegkundige tevredenheid en kwaliteit van zorg*. Geraadpleegd op 4 maart 2021, van https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/273/184/RUG01-002273184_2016_0001_AC.pdf
- Tegel, C., Dolman, C., & van Rhee, G.-J. (2018). Is bij elke dienstwissel een safety check nodig? *Nursing*, 24(9), 26–27. <https://doi.org/10.1007/s41193-018-0121-6>
- Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 243–258. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014>
- Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 343–349. <https://doi.org/10.1111/wvn.12241>
- Universiteit Gent. (2020, 14 december). *Zoeken: Booleaanse operatoren | (onder)zoektips*. Geraadpleegd op 27 januari 2020, van <https://onderzoektips.ugent.be/nl/tips/00001841/>
- Van der Molen, L. (2017, 13 juli). *De verpleegkundige overdracht in beweging*. Geraadpleegd op 6 februari 2021, van <https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/04/Onderzoeksrapport-vpk-overdracht-DEFINITIEF.pdf>

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6de editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Vilans. (2017, 11 oktober). *Kwaliteit van zorg*. Geraadpleegd op 20 maart 2021, van <https://www.vilans.nl/themas/kwaliteit-van-zorg>

V&VN. (2015). *Beroepscode*. Geraadpleegd op 18 februari 2021, van <https://www.venvn.nl/thema-s/beroepscode/>

Wetten.nl - Regeling - Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen - BWBR0009408. (2020, 1 januari). Geraadpleegd op 17 maart 2021, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0009408/2020-01-01>

7 Bijlagen

Bijlage 1: Begripsverheldering

Patiëntveiligheid: “Patiëntveiligheid is de situatie waarin patiënten zo min mogelijk risico lopen op onbedoelde lichamelijke of psychische schade tijdens de behandeling in een zorginstelling. Risico kan ontstaan wanneer hulpverleners niet volgens professionele standaarden handelen door tekortkomingen van het zorgsysteem” (Nivel, 2017).

Patiëntgericht: “Patiëntgerichte zorg kenmerkt zich door een goede communicatie met verschillende zorgverleners en meebeslissen over de behandeling.” Zorg is tegenwoordig geen goede zorg meer als die niet “patiënt gericht” is met de patiënt centraal (Nivel.nl, z.d.).

Patiëntenparticipatie: “Patiëntenparticipatie betekent het benutten van de specifieke ervaringsdeskundigheid van patiënten en/of hun naasten voor het verbeteren van zorg” (Patiënten federatie Nederland, 2021).

Patiënten informatie: “Informatie voorziening rondom de patiënt” (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Zorgproces: “Ontvangst en verwerking van informatie- en zorgvragen, vaststellen van de benodigde zorg, zorgbemiddeling, zorgtoewijzing, uitvoering van zorgplan en evaluatie en afsluiting van de geboden zorg” (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Kwaliteit van zorg: “De zorg moet effectief, veilig en op tijd zijn” (Vilans, 2017).

Continuïteit van zorg: “Voortgang, ononderbroken samenhang” (Encyclo, 2021).

Bijlage 2: Methode Zoekstrategieën

Tabel 4:

Databank, zoektermen, hits en relevante artikelen

Databank	Zoektermen	Aantal hits	Relevante artikelen
Springerlink	Verpleegkundige overdracht aan het bed	98 hits 11 ^{de} hit	Kluijver, B. (2021). 8 Vragen over SBAR. <i>Nursing</i> , 27(2), 50–53. https://doi.org/10.1007/s41193-021-0032-9 (In deze bron wordt de SBARR aanbevolen als gestandaardiseerde overdrachtsmethode in het ziekenhuis).
	Overdracht AND bed	176 hits 7 ^{de} hit	Tegel, C., Dolman, C., & van Rhee, G.-J. (2018). Is bij elke dienstwissel een safety check nodig? <i>Nursing</i> , 24(9), 26–27. https://doi.org/10.1007/s41193-018-0121-6 (In deze bron wordt de relatie tussen verpleegkundige overdrachten en fouten in de volgende dienst beschreven en de gevolgen van de overdracht voor interventies).
PubMed	Nursing handover	341 hits 6 ^{ste} hit	Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018, 1 Augustus). <i>Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review</i> . Geraadpleegd op 6 februari 2012, van https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-022202 (Deze bron is systematic review waarin beschreven wordt dat de SBARR ontwikkeld is om de kwaliteit van de overdracht en patiëntveiligheid verhoogd).
	Nurse handover	4 hits 2 ^{de} hit	Raeisi, A., Ranani, M. A., & Soltani, F. (2019). Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. <i>Journal of Education and Health Promotion</i> , 8(173), 0. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_460_18 (Deze bron is een systematic review die de overdrachtsproblemen op het gebied van veiligheid en kwaliteit in kaart brengt).
	Bedside handover	16 hits 1 ^{ste} hit	Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: a systematic mixed-methods review.

			<i>International Journal of Nursing Studies</i>, 77, 243–258. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014 (Deze bron is een systematic review waarin er wordt ingegaan op hoe de rol van de patiënt kan worden vorm gegeven vanuit het perspectief van de patiënt, verpleegkundigen en vanuit het implementatieperspectief).
	Patient handoff OR patient handover OR Nursing handover OR Nursing handoff OR Clinical Handoff OR Clinical handover	481 hits 55 ^{ste} hit	Whitty, J. A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2016). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. <i>Health Expectations</i>, 20(4), 742–750. https://doi.org/10.1111/hex.12513 (Deze bron is een cross-sectioneel onderzoek naar de belemmeringen die de verpleegkundigen ervaren bij bedside briefen).
	Bedside shift report	36 hits 1 ^{ste} hit	Jimmerson, J., Wright, P., Cowan, P. A., King-Jones, T., Beverly, C. J., & Curran, G. (2020). Bedside shift report: Nurses opinions based on their experiences. <i>Nursing Open</i>, 1–13. https://doi.org/10.1002/nop2.755 (Deze bron is een onderzoeksartikel over het proces, passende inhoud, barrières en facilitators m.b.t. de implementatie van bedside report).
	Nursing bedside handover	14 hits 6 ^{de} hit	Malfait, S., Van Hecke, A., Van Biesen, W., & Eeckloo, K. (2018). Is privacy a problem during bedside handovers? A practice-oriented discussion paper. <i>Nursing Ethics</i>, 26(7–8), 2288–2297. https://doi.org/10.1177/0969733018791348 (Deze bron gaat over verpleegkundige ethiek en bedside briefing. Het artikel is een onderzoek naar privacy schending van de patiënt).
	Nurse AND Shift reporting	366 hits 1 ^{ste} hit	Dorvil, B. (2018). The secrets to successful nurse bedside shift report implementation and sustainability. <i>Nursing management</i>, 49(6), 20–25. Geraadpleegd op 10 maart 2020 van https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000533770.12758.44 (Deze bron gaat over de implementatie en strategieën die kunnen leiden tot een succesvolle duurzaamheid).
	Nurse AND patient AND bedside shift report	12 hits 2 ^{de} hit	Bigani, D. K., & Correia, A. M. (2018). On the Same Page: Nurse, Patient, and Family Perceptions of Change-of-shift

			Bedside Report. <i>Journal of Pediatric Nursing</i>, 41, 84–89. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.008 (Deze bron beschrijft de specifieke veiligheidsproblemen tijdens de overdracht).
Google Scholar	Nurse bedside handover	806 hits 1 ^{ste} hit	Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>, 14(5), 343–349. https://doi.org/10.1111/wvn.12241 (Deze bron is een cross-sectioneel onderzoek naar belemmeringen van verpleegkundigen voor de overdracht aan bed).
	Verpleegkundige overdracht	1730 hits 2 ^{de} hit	Munten, G. (2019). Hoe willen patiënten betrokken worden bij verpleegkundige overdracht? <i>TVZ - Verpleegkunde in praktijk en wetenschap</i>, 129(2), 50–51. https://doi.org/10.1007/s41184-019-0025-1 (Deze bron is een kwalitatief beschrijvend onderzoek naar wat er nodig is voor een meest effectieve verpleegkundige overdracht. Hierbij wordt expliciet ingegaan op de betrokkenheid van de patiënt bij de overdracht. Opvattingen van de patiënt om een actievere rol te nemen tijdens de verpleegkundige overdracht worden beschreven).
	Evaluation bedside briefing	6220 hits 1 ^{ste} hit	Redley, B., & Waugh, R. (2018, 1 april). <i>Mixed methods evaluation of a quality improvement and audit tool for nurse-to-nurse bedside clinical handover in ward settings</i>. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189717302318 (Deze bron is een artikel over een onderzoek bij een focusgroep naar de kwaliteit van bedside briefing)
Sneeuwbal methode			
Malfait, S., Eeckloo, K., Van Biesen, W., Deryckere, M., Lust, E., & Van Hecke, A. (2018). Compliance with a structured bedside handover protocol: An observational, multicentered study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 84, 12–18. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.011 (Deze bron gaat over de haalbaarheid van bedside briefing middels een methodiek zoals de SBARR).			

Grimshaw, J., Hatch, D., Willard, M., & Abraham, S. (2016). A Qualitative Study of the Change-of-Shift Report at the Patients' Bedside. *The Health Care Manager*, 35(4), 294–304.
<https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000125>

(Deze bron is een kwalitatief onderzoek naar weerstanden van verpleegkundigen bij implementatie van bedside briefing).

Bijlage 3: Interview topiclijst inhoudsdeskundige

Tabel 5:

Interview topic lijst inhoudsdeskundige bedside briefing proeftuin MUMC+

Topics	Voorbeeldvragen (optioneel)
Introductie	Gespreksdoel Opbouw Geschatte duur Waardering deelname Belang van informatie Wat gebeurt er met de informatie Toestemming vragen gebruik van opname-materiaal (waarborgen anonimiteit)
Algemene gegevens	Wat is uw naam? Wat is uw functie ?
Huidige situatie	• Wat betekent voor u het begrip bedside briefing? • Wat is uw mening over de huidige manier van overdragen?
Gewenste situatie	• Hoe zou u de “perfecte” bedside briefing omschrijven? • Wat voor meerwaarde heeft bedside briefing? En Waarom? • In welke situatie is volgens u geen bedside briefing mogelijk zijn?
Kwaliteitsverbetering	• Welke competenties moeten verpleegkundigen hebben om bedside briefing te kunnen uitvoeren? • Wat zijn randvoorwaarden om op verpleegafdeling D5 bedside briefing te kunnen uitvoeren?
	• Wilt u nog iets kwijt ?

Bijlage 4: Interview topiclijst verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding

Tabel 6:

Interview topiclijst verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding verpleegafdeling D5

Topics	Voorbeeldvragen (optioneel)
Introductie	Gespreksdoel Opbouw Geschatte duur Waardering deelname Belang van informatie Wat gebeurt er met de informatie Toestemming vragen gebruik van opname-materiaal (waarborgen anonimiteit)
Algemene gegevens	Wat is uw naam? Welke functie vervult u op de afdeling? Hoe lang bent u reeds werkzaam op de afdeling?
Kennis	• Wat betekent voor u het begrip "verpleegkundige overdracht aan het bed" oftewel bedside briefing? • Wat zijn de voor- en nadelen van bedside briefing? • Zie je iets positief voor patiëntveiligheid?
Informatievoorziening	• Wat is uw mening over deze manier van overdragen? • Wat zou volgens u een goede tool zijn?
Patiëntenparticipatie en familieparticipatie	• Op welke manier zou u de patiënt en/of familie willen betrekken? • Op welke wijze zou u rekening houden met het gebruik van vakjargon?
Attitude	• Kunt u mij vertellen of u openstaat voor het toepassen van bedside briefing? Waarom ? • Denkt u dat bedside briefing een verbetering is t.o.v. de huidige vorm van overdragen op de afdeling? Waarom?
Randvoorwaarden	• Wat heeft u nodig om bedside briefing structureel toe te passen ?
	• Wilt u nog iets kwijt?

Bijlage 5: Codeboom inhoudsdeskundige

De codeboom die bij het analyseren van het interview van de inhoudsdeskundige is gebruikt.

Tabel 7:

Codeboom interview inhoudsdeskundige bedside briefing proeftuin MUMC+

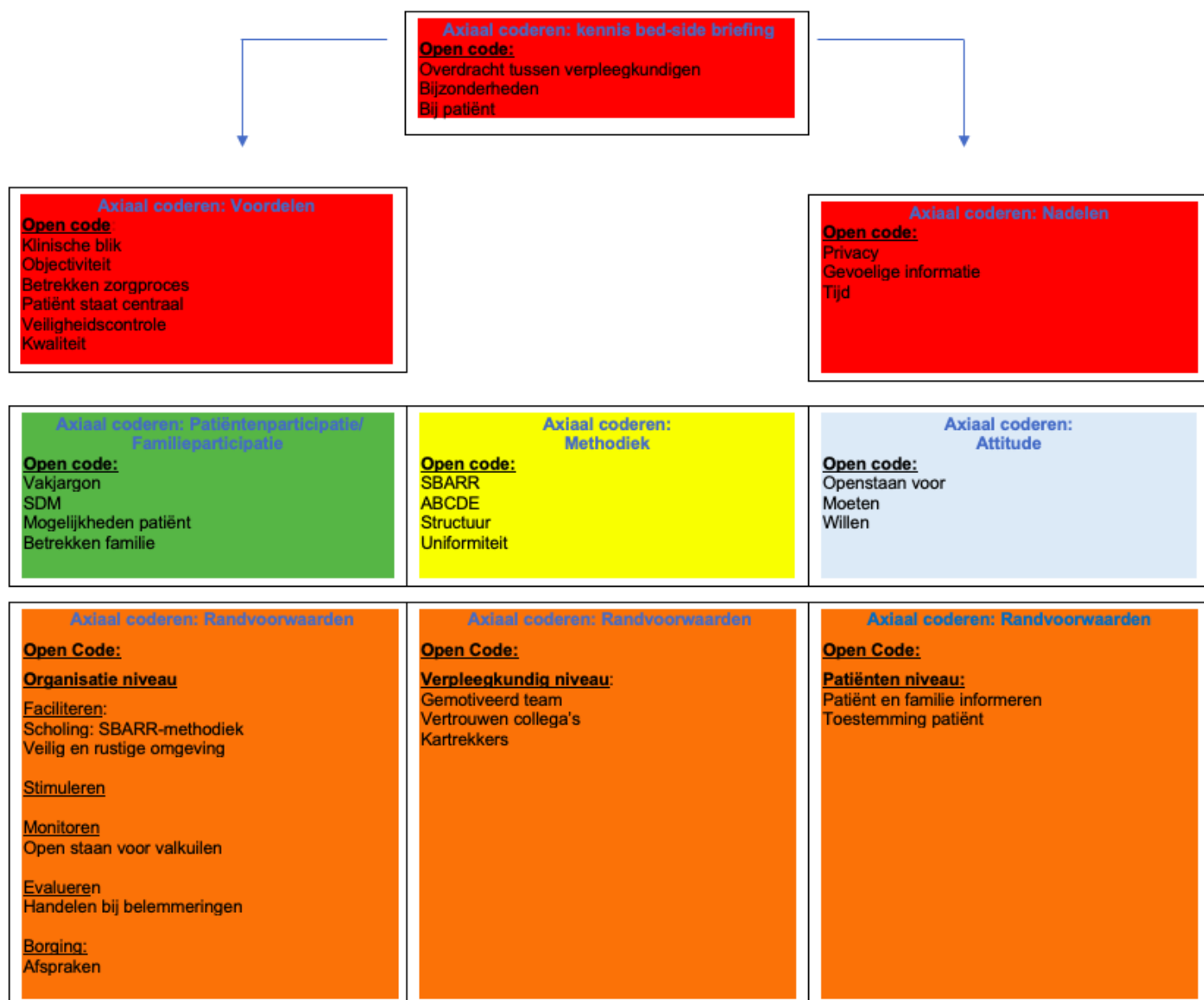
Open coderen	Axiaal coderen
Kwaliteit Veiligheid Rust	Kennis
Privacy patiënt waarborgen Klinisch redeneren Patiënten kennen	Perfekte overdracht
Dubbelcheck Communicatieve mismatches Storingsfactoren	Patiëntveiligheid
SBARR-methodiek Structuur	Beleid
Patiëntenparticipatie Bedside briefing	Beleid
Motiveren Ondersteunen Evalueren Scholing SBARR-methodiek Scholing verpleegkundig elektronisch patiënten dossier	Kwaliteitsverbetering

Bijlage 6: Codeboom verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding

De codeboom die bij het analyseren van het interview van de verpleegkundigen is gebruikt.

Tabel 8:

Codeboom interview verpleegkundigen verpleegafdeling D5



Bijlage 7: Ethische overwegingen



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 12/3/21

Plaats: Urmeland

Naam (indien student ook studentnummer): Rose-Marie Bonvans 9530430

Academie: HBO-V deeltijd Zuyd Hoger School Heerlen

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Sinds eind 2018 is de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van een rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 11/3/22

Plaats: Utrecht

Naam (indien student ook studentnummer): Rose-Mari Rouwen 9530438

Academie: HBO - V deeltijd Zuyd Hoge School Heerlen

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Bijlage 8: Informed consent

Informatiebrief toestemmingsverklaring vrijwillige deelname

Informatie voor deelname aan:

“Bedside briefing, would it work for you?”

“Briefing aan het bed, zou het werken voor je?”

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een onderzoek in het kader van de afstudeerstage van de opleiding HBO-verpleegkunde. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. Het onderzoek vindt plaats onder verpleegkundigen, verpleegkundigen in opleiding van verpleegafdeling D5 en inhoudsdeskundige “Proeftuin bedside briefing” MUMC+. Dit onderzoek zal plaatsvinden in het Maastricht UMC+ op verpleegafdeling D5. Aan dit onderzoek zullen naar verwachting acht personen meedoen.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U kunt er ook over praten met uw partner, vrienden of familie.

1. Doel van het onderzoek

De overdracht wordt systematisch via de SBARR-methodiek door de verpleegkundige van verpleegafdeling D5 van het MUMC+ op de verpleegpost of op de gang uitgevoerd, maar wordt niet consequent volgens het protocol van het MUMC+ aan bed uitgevoerd. Het is onbekend waarom de verpleegkundige overdracht niet bij de patiënt aan het bed plaatsvindt. Het **doel** van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen wat de meningen van de verpleegkundige op verpleegafdeling D5 over bedside briefing zijn zodat er een advies gegeven wordt over wat er nodig is om bedside briefing structureel uit te voeren.

2. Wat meedoen inhoudt

Dit onderzoek vindt plaats middels één interview bij 1 inhoudsdeskundige en 7 verpleegkundigen (in opleiding). De theoretische achtergronden komen aan de orde om zo een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. Het interview wordt face-to-face op verpleegafdeling D5 van het MUMC+ afgenomen en zal maximaal 30 minuten duren. U wordt hiervoor persoonlijk benaderd. Het interview met de inhoudsdeskundige bestaat uit de volgende onderwerpen: huidige situatie bedside briefing, gewenste situatie bedside briefing en

kwaliteitsverbetering. In de interviews met de verpleegkundigen komen de volgende onderwerpen aan de orde: kennis, informatievoorziening, patiëntenparticipatie en familieparticipatie, attitude en randvoorwaarden. Het interview wordt na toestemming opgenomen middels audioapparatuur. Nadat het interview is verwerkt in het onderzoek, wordt deze opname verwijderd.

3. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek.

Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u blijft meedoen.

4. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als:

- u uw bijdrage aan het onderzoek zoals hiervoor beschreven geleverd heeft
- u zelf kiest om te stoppen
- het einde van het hele onderzoek zoals hiervoor beschreven is bereikt

Na het verwerken van alle gegevens informeert de onderzoeker u over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. Dit gebeurt ongeveer 6 weken na uw deelname.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het kan gaan om gegevens zoals uw naam, leeftijd en werkplek. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld, te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever worden gestuurd bevatten alleen de code, maar niet uw naam of ander gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen op de onderzoeklocatie toegang krijgen tot al uw gegevens. Ook tot de gegevens zonder code. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd.

Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens zijn de thesiskring-begeleider en/of toezichthoudende autoriteiten, bijvoorbeeld, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Zij houden uw gegevens geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar digitaal worden bewaard op een beveiligde onderzoeklocatie en 0 jaar bij de opdrachtgever.

Bewaren en gebruiken van gegevens

Uw gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek ook nog van belang zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek op het gebied van uw aandoening en/of van de verdere ontwikkeling van het product/de behandelmethode en/of van het (verpleegkundig) werkproces. Daarvoor zullen uw gegevens 10 jaar worden bewaard. U kunt op het toestemmingsformulier aangeven of u hier wel of niet mee instemt. Indien u hier niet mee instemt, kunt u gewoon deelnemen aan het huidige onderzoek.

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. Dit geldt voor dit onderzoek en ook voor het bewaren en het gebruik voor het toekomstige onderzoek. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van Zuyd Hoge School en de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen over uw rechten kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van de persoonsgegevens. Voor dit onderzoek is dat: Rose-marie Bouwens. Zie bijlage A voor contactgegevens.

Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoeklocatie. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de instelling, zie bijlage A voor de contactgegevens, of de Autoriteit Persoonsgegevens.

6. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker.

Indien u algemene klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoeker of de docentbegeleider. Met vragen en klachten over de wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de Vertrouwenspersoon Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans. De vertrouwenspersoon probeert, als hij daartoe mogelijkheden ziet, te bemiddelen of de klacht anderszins in der minne op te lossen. Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot de klachtenfunctionaris van uw ziekenhuis. Alle gegevens vindt u in **bijlage A: Contact-gegevens**.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. **Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.**

Dank voor uw aandacht.

Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens voor Maastricht UMC+

Uitvoerende onderzoeker

Naam: Rose-Marie Bouwens
Functie: student HBO-verpleegkunde
Contactgegevens: 9530438bouwens@zuyd.nl
rosina.bouwens@mumc.nl
Bereikbaarheid: 06-42026697

Docentbegeleider

Naam: M. Du Moulin
Functie: docent Zuyd Hoge School. Docent begeleider
Contactgegevens: monique.dumoulin@zuyd.nl
Bereikbaarheid: 043- 3874204

Klachten

Indien u algemene klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit bespreken met de docentbegeleider. Met vragen en klachten over wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de Vertrouwenspersoon Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans.

E-Mail: huub.spoormans@ou.nl .

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de [Autoriteit Persoonsgegevens](#) raadplegen. Bij vragen of klachten over het gebruik of de verwerking van uw gegevens, of over uw rechten, kunt u contact opnemen met:

Functionaris Gegevensbescherming (FG) van Zuyd Hogeschool

E-mail: functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl

Link naar website instelling [met privacyverklaring/privacy reglement](#)

Bijlage B: toestemmingsformulier proefpersoon

“Bedside briefing, would it work for you?”

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen.
- Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen**
toestemming om mijn persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek op het gebied van mijn aandoening en/of van de verdere ontwikkeling van het product/de behandelmethode en/of van het verpleegkundig werkproces.
- Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen**
toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolg-onderzoek.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Bijlage 9: Member check

Toestemmingsformulier gebruik interview (Member check)

Beste respondent,

Mijn naam is Rose-Marie Bouwens, HBO-Verpleegkundige student van Zuyd Hogeschool te Heerlen. In het kader van afstuderen, ben ik bezig met het schrijven van mijn bachelor thesis aan de hand van een praktijkonderzoek op verpleegafdeling D5. Het onderwerp voor mijn afstudeeronderzoek is “Bedside briefing, would it work for you?”.

U heeft op ...-...’... deelgenomen aan het interview betreffende dit praktijkonderzoek. U heeft akkoord gegeven voor een audio-opname via audioapparatuur. Aan de hand van de audio-opname zijn de gegevens woordelijk getranscribeerd. Om de geldigheid en betrouwbaarheid van mijn afstudeeronderzoek te vergroten, wil ik u vragen om de transcriptie op authenticiteit en volledigheid te controleren. Opmerkingen of aanmerkingen kunt u naar rosina.bouwens@mumc.nl sturen.

Als u akkoord gaat met het gebruik van deze gegevens voor mijn afstudeeronderzoek wil ik u vragen om dit formulier te ondertekenen en via rosina.bouwens@mumc.nl terug te sturen.

Naam:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Bijlage 10: Relevante wetgeving

Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

De AVG beschermt de natuurlijke personen in verband met de verwerking van hun gegevens en het vrije verkeer van persoonsgegevens binnen de Europese Unie ('EU') (Ministerie van Algemene Zaken, 2020). Deze wet is van toepassing omdat in dit praktijkonderzoek persoonlijke gegevens van respondenten worden verwerkt. De respondenten nemen anoniem deel aan de onderzoeksmethode en worden geïnformeerd over de aard van het onderzoek. De resultaten worden alleen voor dit onderzoek gebruikt. De onderzoeksresultaten worden conform de geldende richtlijn tien jaar bewaard en hierna vernietigd.

De wet op geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)

De WGBO regelt de rechten en plichten van de patiënt. Deze wet regelt dat de zorgverlener alleen mag handelen met toestemming van de patiënt. De patiënt moet begrijpen waarvoor hij toestemming geeft. Hij moet goed geïnformeerd zijn. De patiënt moet toestemming geven voor het geven van informatie aan derden, inclusief directe familie. Indien de patiënt toestemming geeft om de verpleegkundige overdracht aan het bed uit te voeren wordt voldaan aan de privacyregels van de WGBO. De wetgeving betreft het informeren van de patiënt in begrijpelijke taal bij bedside briefing. Daarnaast moet de patiënt in de gelegenheid worden gesteld om vragen te stellen over zijn behandeling of ziekteverloop. Deze wet is van toepassing in deze bachelor thesis (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021).

De wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)

Het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen wordt met inachtneming van de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) door de verpleegkundigen uitgevoerd (Ministerie van Algemene Zaken, 2020b). Deze wet is van toepassing in deze bachelor thesis om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De wet regelt een snellere en betere aanpak van de klachten. De patiënt krijgt een sterkere positie en er is meldplicht van zorgaanbieders. Zorgmedewerkers kunnen incidenten op een veilige manier melden (Ministerie van Algemene Zaken, 2020a). Deze wet is van toepassing in deze bachelor thesis in verband met melding ziekenhuisincidenten.

Bijlage 11: DINAMO Quick scan

De mogelijke belemmeringen bij het veranderproces en de veranderbereidheid van het verpleegkundig team van verpleegafdeling D5 is inzichtelijk gemaakt door het invullen van de DINAMO Quick scan. De DINAMO Quick scan is ingevuld door respondent 6.

Tabel 9:

DINAMO Quick scan

Onderdeel 1: Gevolgen voor het werk			
	ja	Twijfel	nee
Is uw team ervan overtuigd dat door de organisatieverandering de kwaliteit van het werk zal toenemen?		x	
Zal door de organisatieverandering de werkdruk toenemen?		x	
Dragen de teamleden na de organisatieverandering meer verantwoordelijkheid voor hun werk?		x	
Schept de organisatieverandering nieuwe loopbaankansen voor uw teamleden?			x
Onderdeel 2: Emoties die de verandering oproepen			
Ervaren uw teamleden de organisatieverandering als een uitdaging?	x		
Ervaren uw teamleden de organisatieverandering als vertrouwd?	x		
Ervaren uw teamleden de organisatieverandering als verfrissend?		x	
Ervaren uw teamleden de organisatieverandering als iets positiefs?	x		
Onderdeel 3: Meerwaarde voor de organisatie			
Is de meerwaarde van de organisatieverandering duidelijk voor uw teamleden?		x	
Leidt de organisatieverandering tot een verbetering van de marktpositie van de organisatie?			x
Leidt de organisatie verandering tot een vergroting van de effectiviteit van de organisatie?	X		
Levert de organisatieverandering volgens uw teamleden voordelen op ten opzichte van de concurrentie?			x
Onderdeel 4: Emotionele betrokkenheid bij veranderingsproces			
Leeft het veranderingsproces bij uw teamleden?	x		
Neemt het veranderingsproces een belangrijke plaats in in het werk van uw teamleden?	x		
Voelen uw teamleden zich betrokken bij het veranderingsproces?			x
Staat het veranderingsproces dicht bij het werk van uw teamleden?	x		
Onderdeel 5: De houding van anderen			
Staat de directie onvoorwaardelijk achter de organisatieverandering?	x		
Staat u zelf achter de verandering?	x		
Staan de collega's van uw team achter de organisatieverandering?		x	
Staan uw collega-leidinggevenden achter de organisatieverandering?		x	
Onderdeel 6: Ervaringen van u en uw teamleden met veranderingen			
Hebben uw teamleden in het verleden goede ervaringen opgedaan met soortgelijke veranderingen?			x
Kunnen uw teamleden op basis van hun vakinhoudelijke kennis bijdragen aan het succes van de verandering?			x
Heeft u zelf in het verleden goede ervaringen opgedaan met organisatieveranderingen?		x	

Bent u zelf actief betrokken geweest bij de invoering van voorgaande veranderingsprocessen?		x	
Onderdeel 7: Tijd en mankracht			
Hebben uw teamleden tijd over om aan de invoering van de organisatieverandering te besteden?			x
Heeft u voldoende ruimte in uw agenda om tijd aan de organisatieverandering te besteden?			x
Valt de invoering van de organisatieverandering samen met een rustige periode in de werkzaamheden van uw team?			x
Draait uw team tijdens de invoering van de veranderingen met een volledige bezetting?		x	
Onderdeel 8: Aansturing van het veranderingsproces			
Ligt volgens u aan het veranderingsproces een heldere fasering ten grondslag?			x
Wordt het veranderingsproces volgens u doelgericht aangestuurd?		x	
Is volgens u het tijdschema waarbinnen de verandering is gepland realistisch?		x	
Worden u en uw teamleden op tijd geïnformeerd over nieuwe ontwikkelingen?		x	
Onderdeel 9: Complexiteit van het veranderingsproces			
Maakt het veranderingsproces op u een logische, samenhangende indruk?	x		
Kan het veranderingsproces met de huidige middelen en mankracht worden ingevoerd?	x		
Kent het veranderingsproces een duidelijk begin en eind?			x
Kunnen de resultaten van het veranderingsproces in kaart worden gebracht?	x		
Onderdeel 10: Timing van veranderingsproces			
Kunnen uw teamleden het veranderingsproces bijhouden?		x	
Zijn uw teamleden eraan toe om hun werk te veranderen?		x	
Kunnen uw teamleden nu voldoen aan de eisen die het veranderingsproces aan hen stelt?			x
Komt het veranderingsproces voor uw teamleden op een goed moment?		x	
Onderdeel 11: De veranderbereidheid van uw team			
Zijn uw teamleden bereid collega's te overtuigen van het nut van het veranderingsproces?		x	
Zijn uw teamleden bereid om zich in te zetten in het kader van het veranderingsproces?	x		
Zijn uw teamleden bereid om weerstand tegen het veranderingsproces te overwinnen?	x		
Zijn uw teamleden bereid om tijd vrij te maken voor de invoering van de organisatieverandering?	x		
Scoringsinstructie	3 punten	2 punten	1 punt

		Zwak			Matig			Sterk		
Willen	Gevolgen	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Emoties	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Meerwaarde	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Betrokkenheid	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Moeten	Houding anderen	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kunnen	Ervaringen	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Tijd/mankracht	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Aansturing	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Complexiteit	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Timing	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Bereidheid	Veranderbereidheid teamleden	4	5	6	7	8	9	10	11	12