



# STANDAARDISERING VAN DE VERPLEEGKUNDIGE OVERDRACHT VAN DE INTENSIVE CARE OP BASIS VAN DE NIC, NOC, NANDA-CLASSIFICATIES

---

## onderzoeksverslag

<b>Naam studenten (+Osiris code) :</b>	Emily Dokter (333621) & Nina Nijzink (340764)
<b>Opleiding:</b>	Hbo - Verpleegkunde
<b>Vak (+Osiris code):</b>	Afstudeeronderzoek U3 voltijd (HVV16AFOU3)
<b>Datum van inleveren:</b>	20 juni 2017
<b>Studiejaar:</b>	Derde studiejaar
<b>Opdrachtgever:</b>	UMCG
<b>Praktijkbegeleider:</b>	Hester Tamminga & Hetty Kranen
<b>Docentbegeleider:</b>	Joya Smit

## Samenvatting

### Aanleiding:

In het UMCG op de intensive care loopt een onderzoekslijn naar de verbetering van de verpleegkundige overdracht. De onderzoeken worden in samenwerking met het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanze Hogeschool gedaan. Er zijn al verschillende onderzoeken gedaan naar standaardisering van de verpleegkundige overdracht van de intensive care. De onderzoeksvraag die opgesteld is: 'Op welke wijze kunnen de diagnoses (NANDA), interventies (NIC) en resultaten (NOC) uitkomst bieden aan het standaardiseren van de (mondelijke) overdracht van intensive care naar verpleegafdeling voor de verpleegkundige van de verpleegafdeling?'

### Methode:

Het onderzoek bestaat uit 3 onderdelen.

In het literatuur onderzoek is gezocht naar wetenschappelijke artikelen over het gebruik van de NNN-classificatie in de verpleegkundige overdracht. Er is nagegaan of er al wetenschappelijk onderzoek naar gedaan is en wat de uitkomsten daarvan waren.

De participerende observatie is uitgevoerd om te onderzoeken wat er wordt overgedragen in de verpleegkundige overdracht. Na de participerende observatie zijn er semigestructureerde interviews gehouden met de verpleegkundige van de verpleegafdeling die aanwezig waren bij de overdracht. Het semigestructureerd interview is uitgevoerd om er achter te komen wat verpleegkundigen van de verpleegafdeling rondom de overdracht en de NNN-classificatie.

### Resultaten:

In de gevonden wetenschappelijke artikelen wordt de Nic, Noc, Nanda – classificatie als meest geschikt beschouwd als het gaat om standaardiseren van taal binnen de verpleegkundige zorg. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat het implementeren van de NNN – classificatie de kwaliteit van de verpleegkundige documentatie en daarmee overdracht verbetert.

Uit de participerende observatie is naar voren gekomen dat de items die als vaakste genoemd zijn: gegevens, reden van opname, medicatie, familie op de hoogte van overplaatsing, aanvullende info (lijnen, drains, infusie etc.), circulatie, neurologisch systeem, pijn, respiratoir, vocht en elektrolyten balans en voedingstoestand. Het verschilt echter per ICV wat er het meest genoemd wordt. Pijn is de meest genoemde item over alle observaties.

In het interview gaven de verpleegkundigen aan dat de overdracht zoals hij nu is over het algemeen volledig gevonden. De verpleegkundigen van de verpleegafdeling geven aan behoefte te hebben aan een gestandaardiseerde overdracht. Een ander belangrijk punt is dat door een groot deel van de verpleegkundigen de overdracht als te medisch werd beschouwd qua taal. Dit gaat dan met name over verpleegkundigen net uit de opleiding of nieuw in het UMCG. Verpleegkundigen gaven aan wel eens gehoord te hebben van de NNN-classificatie in de opleiding, maar er nog niet mee gewerkt te hebben.

### Conclusie en aanbevelingen:

Op basis van de literatuur kunnen verpleegkundigen profijt hebben van het gebruik van de Nic, Noc, Nanda – classificatie in de verpleegkundige overdracht. Het terminologische systeem biedt een gestandaardiseerde uniforme verpleegtaal die de meest complete verpleegkundige gegevens verzameld, die op evidence is gebaseerd. Daarnaast wordt de communicatie tussen verpleegkundigen vergemakkelijkt en verbetert door de eenheid in taal.

Aanbevelingen na aanleiding van dit onderzoek zijn:

1. Een scholing over het gebruik van de NNN-classificatie. Verpleegkundigen benoemden de NNN – classificatie wel te kennen, maar er alleen in de opleiding ooit eens mee gewerkt te hebben.

Door scholing zullen de verpleegkundigen zich meer bewust worden van de voordelen van de NNN-classificatie en weten hoe hiermee gewerkt kan worden in de praktijk.

2. Wanneer de NNN-classificatie wordt ingevoerd in de overdracht, kan het gecombineerd worden met een andere methodiek van overdracht (SBARR of boven naar beneden) op deze manier komt er een structuur in de overdracht en komt de verpleegkundige taal weer terug in de overdracht.

## Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag over het standaardisering van de verpleegkundige overdracht op basis van de NIC, NOC, NANDA- classificatie geschreven door Nina Nijzink en Emily Dokter. Dit onderzoeksverslag is een onderdeel van de opleiding tot HBO verpleegkundige namelijk het praktijkgericht onderzoek (U3). Het onderzoek heeft plaats gevonden van februari 2017 tot juli 2017.

Het onderwerp van het onderzoek is aangedragen door het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) afdeling Intensive Care Volwassen(ICV) en het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanze University of Applied Sciences.

In het voorwoord zouden wij graag de mensen willen bedanken die geholpen hebben voor het tot stand komen van het onderzoeksverslag. Wij zouden graag H. Tamminga en H. Kranen willen bedanken voor de begeleiding en ondersteuning in het UMCG. Tevens zouden wij J.M. Smit willen bedanken voor de adviezen en ondersteuning voor het onderzoek. Als laatste zouden wij de medewerkers van de ICV afdelingen en de verpleegafdelingen willen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan het onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier,  
Nina Nijzink & Emily Dokter

## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	1
Aanleiding: .....	1
Methode: .....	1
Resultaten: .....	1
Conclusie en aanbevelingen: .....	1
Voorwoord .....	3
Inleiding .....	6
Theoretisch kader .....	8
Onderzoeksmethodiek:.....	10
Onderzoeksdesign.....	10
Onderzoekspopulatie.....	11
Steekproefsetting .....	11
Dataverzamelmethode.....	11
Data-analyse .....	15
Betrouwbaarheid.....	15
Validiteit.....	16
Ethische kwesties.....	16
Resultaten:.....	17
Resultaten literatuuronderzoek: .....	17
Resultaten observaties: .....	18
Resultaten interviews: .....	19
Discussie:.....	23
Conclusie:.....	24
Literatuurlijst: .....	25
Bijlagen: .....	28

Bijlage 1: observatielijst .....	28
Bijlage 2: vragenlijst .....	30
Bijlage 3: logboek.....	31

## Inleiding

De overdracht is een vast onderdeel in de verpleegkundige zorg en vindt dagelijks plaats in ziekenhuizen. De verpleegkundige overdracht is een moment met veel risico wat betreft de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg (Vermeer, 2012). Een onvolledige overdracht kan ervoor zorgen dat de patiënt in aanraking komt met ontoereikende zorg en met schade wat voorkomen had kunnen worden (Hall, et al., 2015). Een goede overdracht is belangrijk om de patiëntveiligheid en continuïteit van zorg te waarborgen. De overdracht wordt gezien als volledig wanneer alle informatie gegeven is die nodig is om het zorgproces na overplaatsing voort te kunnen zetten. Zo wordt de continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd (V&VN, 2011). Vakbekwaamheid van de verpleegkundige is niet alleen van belang bij de overdracht, maar ook het geduld, zorgvuldigheid en de communicatievaardigheden van de verpleegkundige (Ridder, Tuitert, Tuijn & Bon, 2010).

Het probleem wat ondervonden wordt in het UMCG is dat sinds de IC gebruik maakt van het Patiënt Data Management System (PDM-Systeem) er geen gestandaardiseerde overdracht is. In 2015 zijn alleen de intensive care afdelingen voor volwassenen overgestapt op het EPD PDMS. Door deze invoering is er geen duidelijke en eenduidige verpleegkundige overdracht meer. Alleen de uitgevoerde zorg wordt weergegeven (Weima & Houtsma, 2016) en niet de verpleegkundige diagnoses, interventies of resultaten. Verpleegkundigen van de verpleegafdeling vinden de overdracht vaak niet volledig, meerduidig of te medisch.

In een vorig onderzoek van Backker & IJntema (2017) is onderzoek gedaan naar het gebruik van de NANDA-I in de verpleegkundige overdracht voor het standaardiseren van de overdracht naar de verpleegafdeling vanuit het perspectief van de intensive care verpleegkundigen. Er is gekeken welke NANDA-I diagnoses relevant zijn op de intensive care volwassenen. In dit onderzoek is onderzocht welke verpleegkundige items genoemd worden in de overdracht en wat verpleegkundigen van de verpleegafdeling missen in de overdracht. Tevens is onderzocht hoe de NANDA, NIC, NOC kan bijdragen aan het standaardiseren van de (mondelijke) overdracht.

**Doelstelling:** 'Binnen 20 weken is inzichtelijk gemaakt welke diagnoses (NANDA), interventies (NIC) en resultaten (NOC) van belang zijn voor verpleegkundigen van verpleegafdelingen en hoe die kunnen bijdragen aan de standaardiseren van de verpleegkundige overdracht van de intensive care volwassen naar verpleegafdeling om de continuïteit van zorg te verbeteren'.

**Probleemstelling:** 'Op welke wijze kunnen de diagnoses (NANDA), interventies (NIC) en resultaten (NOC) uitkomst bieden aan het standaardiseren van de (mondelijke) overdracht van intensive care naar verpleegafdeling voor de verpleegkundige van de verpleegafdeling?'

### Deelvragen:

- Wat zeggen de wetenschappelijke artikelen over het gebruik van de NANDA, NIC, NOC tijdens de verpleegkundige overdracht?
- Hoe ziet de verpleegkundige overdracht van intensive care naar verpleegafdeling er op dit moment inhoudelijk uit en wat wordt er gemist in de overdracht door verpleegkundigen van de verpleegafdeling?
- Wat kan er vervolgens de verpleegkundigen van de verpleegafdeling verbeterd worden aan de wijze van overdragen en de inhoud van de overdracht van intensive care naar verpleegafdeling en kan de NANDA, NIC, NOC daaraan bijdragen?

**Definiëring van begrippen**

- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) is een gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundige diagnoses.
- NIC (Nursing Intervention Classification) is een gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundige interventies.
- NOC (Nursing Outcome Classification) is een gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundige zorgresultaten.



## Theoretisch kader

De overdracht is het overdragen van informatie en verantwoordelijkheid van het ene gezondheidszorgteam naar een ander gezondheidszorgteam (Amin, 2015). De verpleegkundige overdracht moet de continuïteit en kwaliteit van de verpleegkundige zorg waarborgen door dié informatie door te geven die nodig is om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten (V&VN, 2011). In de richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende verslaglegging staat vastgelegd dat de verpleegkundige overdracht de volgende elementen moet bevatten:

- De verleende zorg
- Aan wie en door wie wordt de zorg overgedragen
- De actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses
- De beoogde resultaten en doelen
- De redenen van overplaatsing of ontslag naar huis
- De redenen voor de voortzetting van zorg
- Met de cliënt gemaakte afspraken (V&VN, 2011)

Uit het onderzoek van Kranenbarg & Sassen (2016) is naar voren gekomen dat de richtlijnen van de overdracht onvoldoende worden nageleefd. In dit geval gaat het om de verpleegkundige overdracht van een patiënt van de intensive care naar de verpleegafdeling. De verpleegkundigen van de verpleegafdeling vinden de overdracht vaak niet volledig, meerduidig, niet duidelijk of te medisch (Weima & Houtsma, 2016). Daarnaast wordt alleen de uitgevoerde zorg weergegeven en niet de verpleegkundige diagnoses, interventies of resultaten. Verschillende andere onderzoeken tonen dezelfde problemen met de overdracht aan (Müller-Staub et al., 2007, Nictiz, 2014 & Sinha, 2007). De overdracht naar een andere afdeling wordt mondeling gedaan door een verpleegkundige aan de hand van de medische overdracht, de artsbrief, en een uitdraai uit het EPD PDMS. Het PDMS bevat enkele tabbladen op onderwerp waarin alle data van patiënten kan worden verwerkt. De onderwerpen die in deze overdracht aanbod komen zijn: naam patiënt, voorletters patiënt, geslacht patiënt, geboortedatum, BSN, ZIS nummer, opname starttijd, patiënt gewicht, behandelbeperking, relevante verklaringen, isolatie op IC, voorgeschiedenis, reden van opname, actuele voorgeschiedenis, allergie, gebeurtenissen, neurologisch systeem, respiratoir, hemodynamica, vochtbalans, gastro-intestinaal, sociaal, wond, opmerkingen, infuus, spuitenpompen, intermitterende en eenmalige medicatie, zo nodige medicatie en familiegesprekken (Backker & IJntema, 2017). De manier van overdragen verschilt per IC verpleegkundige. De meeste verpleegkundigen dragen over via een bepaalde structuur, bijvoorbeeld via de artsbrief, de SBARR of van boven naar beneden. Andere verpleegkundigen maken geen gebruik van een structuur en doen het uit het hoofd.

Patiënten die van de intensive care komen, verkeren zich vaak in een kwetsbare toestand. De zorg is complex en er komt een scala aan diagnoses bij kijken die afkomstig zijn van verschillende disciplines (IGZ, 2011). Daarnaast verzamelen de verpleegkundigen typisch informatie op heterogene wijze, zodat de documentatie in het algemeen onjuist en onsamenhangend is (Castellan, 2016). Al deze factoren zorgen ervoor dat de kans op fouten wordt vergroot. De overdracht van een kwetsbare patiënt wordt dan ook beschouwd als een risicovol moment waarbij de continuïteit van zorg en patiëntveiligheid in gevaar kunnen komen door risico op informatieverlies en overdracht van verkeerde informatie. Volgens de Inspectie van Gezondheidszorg (2011) kan het gebruik van een gestandaardiseerde overdracht het risico's op fouten verlagen. Wanneer er een vaste structuur wordt gehanteerd kennen alle verpleegkundigen het doel van de overdracht en weten zij welke informatie ze hebben en dienen te communiceren. Daarnaast zorgt het standaardiseren er voor dat de zorg efficiënter verloopt en de continuïteit wordt behouden. Tot slot kunnen de resultaten vergeleken worden, omdat er methodisch wordt gewerkt.

De verpleegkundige zorg is gebaseerd op de verpleegkundige diagnoses. Op basis van de verpleegkundige diagnose wordt de keuze van de verpleegkundige interventies bepaald die resulteren in zorguitkomsten waar de verpleegkundige aansprakelijk voor is. Het verpleegplan is een dynamisch

geheel wat continue aangepast wordt aan de behoeftes van de patiënt. Door helder te beschrijven wat het probleem en de diagnose zijn en daarbij de juiste interventies te kiezen kan het zorgresultaat behaald worden (Bijlsma- van der Wal, 2015). Voor het stellen van een verpleegkundige diagnose heeft de verpleegkundige enkele opdrachten: valide en relevante gegevens verzamelen en gegevens analyseren en groeperen tot clusters. Daarnaast moeten verpleegkundige diagnoses onderscheiden worden van multidisciplinaire problemen, moeten de verpleegkundige diagnoses juist beschreven worden en moeten er prioriteiten gesteld worden (Teirlinck, 2007).

De Nic, Noc, Nanda – classificatie is een terminologisch systeem dat streeft naar het gebruik van een wereldwijd gestandaardiseerde verpleegtaal op basis van evidence. De NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) houdt zich bezig met het verzamelen, het beschrijven en het ordenen van diagnoses en is internationaal de meest gebruikte classificatie. Hetzelfde geldt voor de NIC (Nursing Intervention Classification) maar dan voor de verpleegkundige interventies en de NOC (Nursing Outcome Classification) voor zorgresultaten. De gestandaardiseerde terminologie moet verpleegkundigen ondersteunen in hun klinische besluitvorming en verslaglegging (V&VN, z.d.). Zonder classificaties heeft verpleegkunde problemen gehad met het communiceren van klinische problemen - verpleegfenomenen - op een duidelijke, precieze of consistente manier (Staub-Müller et al. , 2009). Volgens het onderzoek van Backker & IJntema (2017) draagt de NNN-classificatie bij aan de continuïteit van zorg en de volledigheid van de overdracht, waardoor er minder informatie verloren gaat wanneer er wordt overdragen naar een ander zorgteam.

## Onderzoeksmethodiek:

*In dit hoofdstuk is beschreven wat voor soort onderzoek zal worden toegepast om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. De onderzoeksmethode bestaat uit: een onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, steek-proeftrekkingen en dataverzamelingsmethoden. Vervolgens worden ook nog de validiteit en betrouwbaarheid van de onderzoeksmethode benoemd en de ethische kwesties behandeld.*

### Onderzoeksdesign

Het onderzoek is uitgevoerd binnen het UMCG op de intensive care afdelingen en op de verpleegafdelingen die patiënten ontvangen van de intensive care. Het onderzoek richt zich op de overdracht van de Intensive Care volwassenen naar verpleegafdelingen. Met het onderzoek is eerst in kaart worden gebracht welke items (diagnosen, interventies en resultaten) de intensive care verpleegkundigen overdragen naar de verpleegkundigen van de verpleegafdeling. Na de overdracht hebben de onderzoekers een kort interview houden met de verpleegkundige van de verpleegafdeling om er achter te komen wat er gemist wordt en verbeterd kan worden aan de overdracht. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gekozen voor kwalitatief onderzoek door middel van deskresearch, participerende observatie en een semigestructureerd interview.

Het onderzoek bestaat uit vier fases:

#### *Fase 1. Literatuuronderzoek*

In het onderzoek staat het belang naar eenduidigheid van de overdracht van IC patiënten centraal en of de NNN – classificatie daar aan kan bijdragen om de continuïteit van zorg te verbeteren. Aan het begin van het onderzoek is het onderwerp breed bekeken en werd er breed informatie verzameld. Door het uitvoeren van het literatuur onderzoek werd er zoveel mogelijk informatie verzameld over het standaardiseren van de overdracht met het gebruik van de NANDA, NIC en NOC. Tevens werd er nagegaan of hier al eerder wetenschappelijk onderzoek naar gedaan is.

#### *Fase 2. Participerende observatie*

In voorafgaande onderzoeken naar de overdracht is veelal gebruik gemaakt van enquêtes en diepte interviews. Om deze reden is besloten in dit onderzoek te observeren en interviews te houden.

Participerende observatie is een vorm van observatie waarbij de onderzoekers meedoen aan alle activiteiten van de onderzochte doelgroep, terwijl hij/zij hen observeert (Verhoeven, 2014). Tijdens de overdracht werd er geobserveerd en genoteerd welke verpleegkundige diagnosen door de IC verpleegkundige wordt genoemd en wat er door de verpleegkundige van de verpleegafdeling gevraagd wordt. Na de observatie gingen de onderzoekers mee naar de verpleegafdeling en wordt er geobserveerd of er nog onduidelijkheden zijn over de patiënt. Na de participerende observatie is een semigestructureerd interview gehouden.

#### *Fase 3. Semigestructureerd interview*

Er is voor een semigestructureerd interview gekozen om de meningen van de verpleegkundigen van de verpleegafdeling te vragen over de overdracht (Verhoeven, 2014). Dit zijn dezelfde verpleegkundigen die ook bij de overdracht aanwezig zijn. Op deze manier wordt duidelijk welke diagnosen, interventies en/of resultaten de verpleegkundigen van de verpleegafdeling missen in de overdracht van de intensive care. Tevens werd er duidelijk wat er over het algemeen gemist wordt in de overdracht en wat er kan worden verbeterd.

## Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek komen verschillende onderzoekspopulaties aan bod. Per fase worden de populaties beschreven:

*Fase 1 'het literatuuronderzoek'*: door middel van wetenschappelijke artikelen zijn er op de volgende onderwerpen onderzocht: NANDA, NIC, NOC, IC, verpleegafdelingen, overdracht. Er is onderzocht of er al wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar het gebruik van de NANDA, NIC, NOC in de overdracht.

*Fase 2 'participerende overdracht'*: de onderzoekspopulatie bij participerende observatie zijn de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen die patiënten ontvangen van de Intensive Care Volwassenen 2,3, en 4.

*Fase 3 'Semigestructureerd interview'*: de onderzoekspopulatie bij het semigestructureerd interview zijn de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen die de overdracht hebben gekregen van de intensive care. Het onderzoek vindt plaats op de 3 intensive care afdelingen en op de verschillende verpleegafdelingen die patiënten ontvangen van de intensive care.

## Steekproefsetting

De onderzoekspopulatie omvat een groot aantal verpleegkundigen, werkzaam op verschillende verpleegafdelingen die patiënten ontvangen van de Intensive Care Volwassenen. Vanwege tijdsdruk op de afdelingen en omvang van de onderzoekspopulatie is gekozen om een toevallige steekproeftrekking te nemen van de onderzoekspopulatie. Een toevallige steekproeftrekking is een vorm van selecte steekproeven dat de meest gunstig beschikbare mensen gebruikt als deelnemers aan het onderzoek (Beck & Polit, 2004). Na de overdracht werd er een kort interview gehouden met de verpleegkundige van de verpleegafdeling. Er werd gevraagd of de verpleegkundige nog iets had gemist in de verpleegkundige overdracht. Op deze wijze werd in kaart gebracht welke aspecten van de overdracht belangrijk zijn voor de verpleegkundige van een verpleegafdeling om goede zorg te kunnen leveren. Volgens Okoli en Pwalowski (2004) is het aantal deelnemers afhankelijk van de groepsdynamiek. De literatuur beveelt 10 – 18 experts om tot een consensus te komen. Voor de participerende observatie wordt er gestreefd naar een minimum van 18 overdrachten.

## Dataverzamelmethode

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn meerdere dataverzamelmethoden toegepast, waardoor de situatie vanuit meerdere invalshoeken wordt belicht om zo tot een gedetailleerde en nauwkeurige uitkomst te komen. Dit verhoogt de geldigheid van de onderzoeksresultaten.

## **Literatuuronderzoek**

Het onderzoek is van start gegaan met het verzamelen van gegevens en het analyseren van bestaand materiaal door middel van een literatuuronderzoek. Onderzoek is namelijk een continu proces dat voortbouwt op eerdere kennis. Vaak is er veel onderzoek gedaan naar bestaande problemen. Door literatuuronderzoek kan duidelijk worden welke vragen of oplossingen er al zijn. Deze literatuur vormt de achtergrond informatie en een deel van het theoretisch kader in het onderzoek.

Aan de hand van de opgestelde onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen wordt bijpassende wetenschappelijke literatuur gezocht. In de literatuur is gezocht naar:

- De efficiëntie van de overdracht van IC patiënten
- De bijdrage van het gebruik van de NIC, NOC en NANDA-classificatie aan de verpleegkundige overdracht. Dit includeert ook artikelen over ziekenhuizen die werken met het ZIS 'EPIC'.
- Voorafgaande onderzoeken die betrekking hebben op het verbeteren van de overdracht binnen de IC van het UMCG.

Tijdens deze zoektocht is gebruik gemaakt van de volgende databanken: CINAHL, Cochrane, Google Scholar, Medline, Nursed Allied Health Collection, PubMed, SpringerLink. Deze databanken beschikken over veel wetenschappelijke fulltext artikelen.

Om tot de juiste artikelen te komen, is gebruik gemaakt van een aantal zoektermen. Deze zoektermen zijn in het onderstaande schema weergegeven.

Tabel 1 Zoektermen

Nederlandstalig	Engelstalig
<b>Verpleegkundige overdracht</b>	Nurse handover
<b>Verpleegkundige classificatie</b>	Nurse classification
<b>NNN-classificatie</b>	NIC, NOC, NANDA taxonomy
<b>Intensive Care</b>	ICU, intensive care, critical care
<b>Patiëntveiligheid</b>	Patient safety
<b>Continuïteit van zorg</b>	Care continuity
<b>Standaardisatie</b>	Standardization
<b>EPIC</b>	EPIC
<b>Overdracht incidenten</b>	Handover incidents

De artikelen zijn beoordeeld naar de inclusie en exclusie criteria, namelijk:

Inclusiecriteria:

- Nederlandstalige of Engelstalige artikelen
- Het publicatie jaar moet recenter zijn dan 2010
- De artikelen moeten aansluiten op de onderzoeksvraag of deelvragen
- De artikelen moeten betrekking hebben op de verpleegkundige overdracht van de IC/ ziekenhuis
- De artikelen moeten betrekking hebben op een gestandaardiseerde overdracht
- De artikelen moeten in fulltext beschikbaar zijn
- Voorgaande onderzoeken binnen het UMCG naar het verbeteren van de overdracht van IC patiënten.

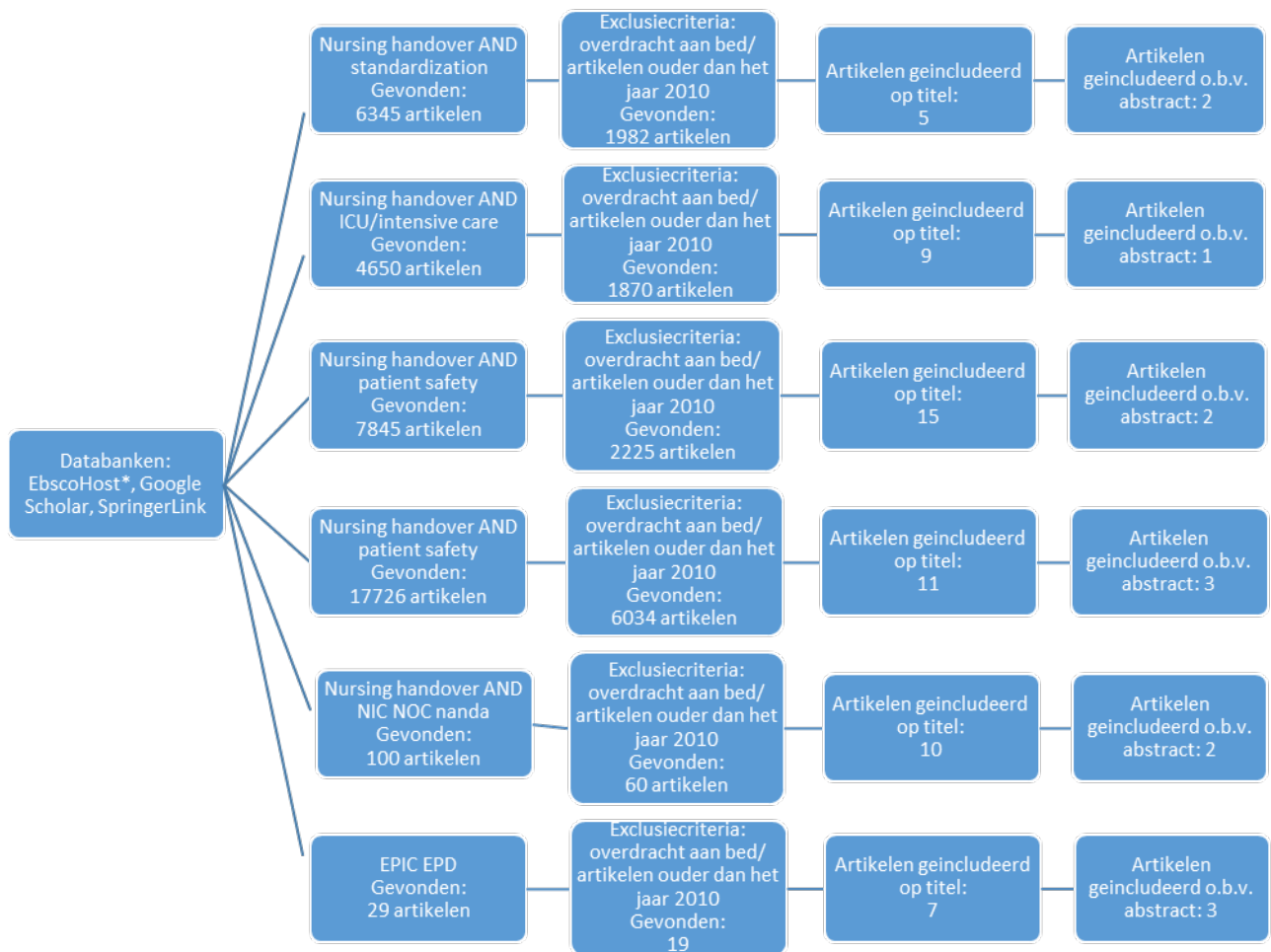
Exclusiecriteria:

Artikelen die niet voldoen aan de inclusiecriteria

Selectie van artikelen:

Het zoeken naar artikelen is onafhankelijk van elkaar gedaan. Beide onderzoekers zijn zelfstandig gaan zoeken naar relevante artikelen met de dezelfde zoektermen. De artikelen werden geselecteerd aan de hand van de inclusiecriteria en de exclusiecriteria. Vervolgens werden de artikelen beoordeeld op de titel en de samenvatting. De artikelen die daaruit geselecteerd zijn werden vergeleken en zal er een consensus worden bereikt over welke artikelen wel en welke artikelen niet werden geïncludeerd.

In de flowchart is weergegeven hoeveel artikelen er uiteindelijk gevonden zijn en hoeveel er geïncorporeerd zijn.



\* EbscoHost: CINAHL, Medline, Nursed Allied Health Collection & PubMed.

Naast de artikelen die uit het literatuuronderzoek naar voren zijn gekomen, zijn er nog drie artikelen gebruikt. Het eerste artikel is van Weima & Houtsma (2016) over 'Het verbeteren van de medische en verpleegkundige overdracht', het tweede artikel is van Wubs & Paas (2016) over de verpleegkundige overdracht ICV naar verpleegafdeling en het derde artikel is van Backker & IJntema (2017) over Standaardisering van de verpleegkundige overdracht van de Intensive care afdeling.

### Participerende observatie

De aanpak van participerende observatie is verlopen via een aantal stappen (Wilmink, z.d.). Aan het begin van het onderzoek is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: 'Op welke wijze kunnen de diagnosen (NANDA), interventies (NIC) en resultaten (NOC) uitkomst bieden aan het standaardiseren van de (mondelling) overdracht van intensive care naar verpleegafdeling voor de verpleegkundige van de verpleegafdeling? ' Nu er bekend is wat onderzocht moet worden, worden de achtergrondgegevens verzameld. Deze gegevens worden verzameld in het literatuuronderzoek. Informatie over de verpleegkundige overdracht kan verstrekt worden binnen het UMCG. Vanuit het UMCG is een intern bestand gedeeld over de structuur van de verpleegkundige overdracht van de IC. Daarnaast kan ook uit het

overdrachtsprotocol, het PMD-systeem en de artsenbrief de benodigde informatie verstrekt worden, omdat deze als handvat worden gebruikt tijdens de overdracht.

De overdracht is meestal een kort moment waarin veel belangrijke informatie verteld moet worden.

Om de gegevens betrouwbaar vast te kunnen leggen en de overdracht zo goed mogelijk te kunnen observeren wordt gebruik gemaakt van de observatielijst (bijlage 1). Deze observatielijst is eerder gebruikt in het onderzoek van Backer & IJntema, (2017) en van Weima & Houtsma (2016) en wordt daarom niet eerst getest. Op deze manier wordt er een structuur gecreëerd in de observatiemethode. Op de observatielijst kan worden aangekruist welke onderwerpen zijn genoemd of naar zijn gevraagd tijdens de overdracht. Ook kan je nog eventueel specificaties bij vermelden. Op deze manier worden geen belangrijke dingen vergeten en wordt de overdracht zo nauwkeurig mogelijk weergegeven. Doordat de onderwerpen in de observatielijst voornamelijk vast staan, wordt de kans op eigen interpretaties verminderd. Daarnaast is de registratie duidelijk en te begrijpen voor personen die niet bij de observatie aanwezig waren (ThiemeMeulenhoff, z.d.).

Omdat de onderzoeksvraag specifiek betrekking heeft op de overdracht van IC-afdelingen naar verpleegafdelingen, zal de observatie plaatsvinden tijdens deze overdracht. In dit onderzoek zijn 26 overdrachten geobserveerd. Om de afdeling op de hoogte te stellen, zijn de regie verpleegkundigen van IC-V 2,3 en 4 geïnformeerd dat de komende weken observaties van de overdracht zullen plaatsvinden. Daarnaast wordt er per observatie toestemming gevraagd van de desbetreffende IC-verpleegkundige, de verpleegkundige en de patiënt.

Tijdens de overdrachten zullen twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar de overdracht observeren aan de hand van dezelfde observatielijst. Dit vergroot de interbeoordelaars-betrouwbaarheid (Verhoeven, 2014).

Op de intensive care wordt gebruik gemaakt van de beddenapp. Op deze app kun je per IC aflezen: waar de patiënten liggen; hoe laat de patiënten met ontslag gaan; en naar welke afdeling de patiënten gaan. Op de IC staat de beddenapp vaak open op de computer in het kantoor van de regie verpleegkundige of op een televisiescherm op de afdeling.

De observaties hebben tot 22 mei plaatsgevonden. Wekelijks zijn er minimaal 3 observatiedagen ingepland afhankelijk van het aantal observatiemogelijkheden. De observatiedagen hebben op de volgende dagen en tijdstippen plaatsgevonden:

<b>Datum</b>	<b>Tijd</b>
5 april 2017	Hele dag
10 april 2017	Hele dag
11 april 2017	Hele dag
18 april 2017	Hele dag
21 april 2017	09.30 – 15.00
24 april 2017	09.30 – 15.00
26 april 2017	09.30 – 15.00
28 april 2017	09.30 – 12.00
01 mei 2017	09.30 – 15.00
02 mei 2017	09.30 – 15.00
04 mei 2017	09.30 – 12.00
09 mei 2017	09.30 – 12.00
11 mei 2017	09.30 – 15.00
12 mei 2017	09.30 – 12.00
16 mei 2017	09.30 – 15.00
17 mei 2017	09.30 – 15.00
19 mei 2017	09.30 – 15.00

Tot slot zal er in de data-analyse en resultaten betekenis worden geven aan gegevens.

### **Semigestructureerde interviews**

Na de participerende observatie vond er een semigestructureerd interview plaats vinden met de verpleegkundige van de verpleegafdeling die de overdracht heeft gekregen van de IC verpleegkundige. Bij semigestructureerde interviews liggen de antwoorden niet van te voren vast, maar de onderwerpen wel. (Verhoeven, 2014).

Er hebben in totaal 25 interviews plaatsgevonden op de afdelingen C2, A3, K1, E4, C4, A2 en D3. Er is gebruik gemaakt worden van een vragenlijst (bijlage 2.). Indien de verpleegkundige(n) geen tijd hadden voor een kort interview, is de vragenlijst zo opgesteld dat de verpleegkundigen deze individueel kunnen invullen en deze worden dan later op de dag opgehaald door de onderzoekers. Dit zal worden vermeld op het formulier en werd meegenomen in de resultaten.

Er is gekozen voor een schriftelijke vragenlijst om een betere koppeling te kunnen maken naar de observatie en om echt de relevante items voor de verpleegkundigen van de verpleegafdeling te filteren. Wanneer de IC verpleegkundige iets benoemd tijdens de overdracht hoeft dit niet van belang te zijn voor de verpleegkundige van de verpleegafdeling, dat kan niet worden vastgesteld aan de hand van de observatie, maar wel in het semigestructureerd interview.

### Data-analyse

#### **Literatuuronderzoek**

Een literatuuronderzoek beschrijft en analyseert wat anderen hebben geschreven over het onderwerp. In de literatuur werd informatie verzameld over de verpleegkundige overdracht van IC patiënten. Ook werd de relevantie van de NNN-classificatie onderzocht. De gevonden literatuur is als volgt geanalyseerd. Allereerst werd het artikel beoordeeld naar de titel en de abstract. Indien deze overeen komen met het onderwerp, werd het volledige artikel gelezen. Als tweede werd het artikel beoordeeld op de inhoud. Er wordt gekeken naar de aansluiting bij de onderzoeksvraag, volledigheid, actualiteit, juistheid, objectiviteit en autoriteit. Tot slot worden de onderzoeksresultaten samengevat en vormen het theoretisch kader.

#### **Participerende observatie & semigestructureerde interviews**

De onderzoeksresultaten die zijn verworven via de observaties en interviews zullen worden gecodeerd. De onderzoeksresultaten werden getuft. Door middel van participerende observatie werd er achter gekomen welke diagnoses werden genoemd en waar naar gevraagd wordt in de mondelinge observatie. Door na de observatie in gesprek te gaan met de verpleegkundige met de verpleegafdeling werd er achter gekomen welke diagnoses, interventies, resultaten de verpleegkundigen van de verpleegafdeling missen in de overdracht van de intensive care. De onderzoeksresultaten werden geturfd en worden vervolgens in Excel ingevoerd om een duidelijk overzicht krijgen van de gegevens. Eveneens als de mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

### Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van je onderzoeksresultaten geeft aan in hoeverre je onderzoek vrij is van toevallige fouten. De resultaten van een onderzoek worden gebruikt bij het nemen van beslissingen in een organisatie of voor het maken van een beleid. Het onderzoek moet om die reden van goede kwaliteit zijn. Zou je het onderzoek in een andere periode herhalen of onder andere omstandigheden, dan moet dat tot dezelfde resultaten leiden (Verhoeven, 2014). In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van standaardisering, er wordt gebruik gemaakt van dezelfde observatie lijst als de voorgaande onderzoeken van Backker & IJntema, (2017) en van Weima & Houtsma (2016), Peer feedback de beide onderzoekers zullen onafhankelijk van elkaar de onderzoeksresultaten beoordelen en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, de resultaten van de beoordelingslijst worden nagelezen door de onderzoekers. De onderzoekers observeren apart verschillende overdrachten en daardoor vind er interbeoordelaarsbetrouwbaarheid plaats.



## Validiteit

Met validiteit wordt de zuiverheid of geldigheid van een onderzoek bedoeld; of er geen systematische fouten zijn gemaakt (Verhoeven, 2014).

Interne validiteit: voor de participerende observatielijst wordt gebruik gemaakt van een observatielijst. Om de validiteit te vergroten wordt bij elke overdracht dezelfde manier van analyseren gebruikt en wordt hetzelfde observatieformulier gebruikt. Het onderzoek wordt uitgevoerd door twee onderzoekers die onafhankelijk van elkaar beoordelen.

Om de interne validiteit voor de interviews te waarborgen is het van belang dat je als onderzoeker je objectiviteit bewaard. De onderzoekers hebben als basis voor de interne validiteit gekozen voor het uitgangspunt en de interpretatie van de onderzochte persoon. De onderzoekers coderen de interviews afhankelijk van elkaar op die manier wordt er gebruik gemaakt van peerfeedback (Verhoeven, 2014).

Begripsvaliditeit 'Meet je wat je wilt meten': in de interviews kan het voorkomen dat de onderzochte personen 'sociaal wenselijke' antwoorden geven. Er zal gebruikt worden gemaakt van verschillende gesprekstechnieken om tot het werkelijke antwoord van de vraag te komen. Doorvragen speelt de belangrijkste rol (Verhoeven, 2014).

Externe validiteit: Doordat het onderzoek zich heeft afgespeeld op de intensive care afdelingen en op de verpleegafdelingen in het UMCG, zijn de gegevens niet generaliseerbaar naar andere ziekenhuizen. De groep die onderzocht is, is klein en specifiek gericht op de mening van de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen in het UMCG. Er is alleen gekeken wat er werd overgedragen op de IC van het UMCG en niet in andere ziekenhuizen. De resultaten van het onderzoek zijn voor de organisatie zelf waardevol en bruikbaar (Verhoeven, 2014).

## Ethische kwesties

Het gedrag van de mens is moeilijk verschijnsel, hierdoor is het moeilijk om regels te formuleren die het handelen van de mens moet reguleren. Ethiek gaat over deze regels en het gedrag van de mens (Nieswiadomy, 2009).

In de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO zijn 5 gedragsregels opgesteld:

1. Onderzoekers aan het HBO dienen het professionele en maatschappelijke belang
2. Onderzoekers aan het HBO zijn respectvol
3. Onderzoekers aan het HBO zijn zorgvuldig
4. Onderzoekers aan het HBO zijn integer
5. Onderzoekers aan het HBO verantwoorden hun keuzes en gedrag  
(Andriessen, Onstek, Delnooz, Smeijsters & Peij, (2010)

In dit onderzoek wordt er met de overdrachten gewerkt en moet er rekening gehouden worden met de privacy van de deelnemer. Tijdens dit onderzoek worden er geen patiënt gegevens gebruikt en/of weergegeven. De patiëntendossiers blijven op de afdelingen en worden niet onbeheerd achtergelaten. In dit onderzoek wordt er rekening gehouden met de geheimhoudingsplicht en worden de patiëntgegevens met niemand buiten het ziekenhuis besproken (Andriessen et al, 2010).

Tevens wordt er in dit onderzoek rekening gehouden met de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

De wet heeft de volgende regels:

- Het recht op informatie door de hulpverlener
- Toestemming voor een medische behandeling
- Inzage in het medisch dossier
- Het recht op een tweede mening of second opinion

- Vertegenwoordiging van patiënten die niet zelf kunnen beslissen
- Recht op privacy

(Hulpgids, 2017)

## Resultaten:

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven. De gepresenteerde resultaten, zijn de resultaten uit het literatuur onderzoek, de resultaten van de observaties en de resultaten van de semigestructureerd interviews.

### Resultaten literatuuronderzoek:

#### **Wat zeggen de wetenschappelijke artikelen over het gebruik van de NANDA, NIC, NOC tijdens de verpleegkundige overdracht?**

In de gevonden wetenschappelijke artikelen wordt de Nic, Noc, Nanda – classificatie als meest geschikt beschouwd als het gaat om standaardiseren van taal binnen de verpleegkundige zorg. Dit komt doordat de NNN-classificatie als enige gebaseerd is op theorie (redeneren vanuit de etiologie); een internationaal concept is; en aanduidt wie verantwoordelijk is. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat het implementeren van de NNN – classificatie de kwaliteit van de verpleegkundige documentatie en daarmee overdracht verbetert. Het gebruik van een uniforme en gestandaardiseerde verpleegtaal legt elektronisch vast wat verpleegkundigen werkelijk doen in de praktijk en dragen bij aan de effectiviteit van verpleegkundige zorg. Wanneer de Nanda in combinatie met de NIC (interventies) en de NOC (uitkomsten) wordt gebruikt, worden volgens Dale et al. (2005) de meest complete verpleegkundige gegevens verzameld die op theorie zijn gebaseerd. Uit het onderzoek van Moon (2011) en O'Connor et al. (2000) is geconstateerd dat de verpleegkundigen vertrouwd zijn op een repertoire van veelgebruikte verpleegkundige interventies (routine), die geschikt waren voor verschillende diagnoses. De samenhang van classificaties zorgt er voor dat verpleegkundigen een logische koppeling maken tussen de diagnoses en interventies die is afgeleid van de etiologie. Dit vergemakkelijkt de selectie van de juiste interventies (Staub- Müller et al. 2007). Op deze manier zijn de verpleegdiagnosen en interventies op evidence gebaseerd en wordt gebruik gemaakt van een professioneel erkende taal. Deze gestandaardiseerde taal voor verpleegkundigen vergemakkelijkt en verbetert de communicatie tussen verpleegkundigen. Dit zorgt ervoor dat de rapportage en overdracht meer verpleegkundig worden.

Één nadeel van de NNN – classificatie is dat deze monodisciplinair van aard is. Natuurlijk bevatten de classificaties ook interdisciplinaire termen (bijvoorbeeld pijn, incontinentie, wondverzorging), maar andere zijn verpleegkundig specifiek (zoals zelfverzorgingshulp, positionering, obstipatiebeheersing) (Staub-Müller, 2009). Voor multidisciplinaire samenwerking zou dit betekenen dat andere professionals de verpleegkunde moeten leren en begrijpen op een manier die vergelijkbaar is met de manier waarop verpleegkundigen de medische taal begrijpen. Hoewel de classificaties zijn ontwikkeld, zijn veel verpleegkundigen niet opgeleid om gestandaardiseerde taal te gebruiken. Omdat patiënten problemen onvoldoende werden beschreven; de relatie tussen de verpleegkundige interventies en diagnoses niet logisch geïndiceerd zijn; en de verpleegkundige rapportages vaak tekort schieten, hebben verschillende auteurs afgesproken dat verpleegkundigen beter opgeleid moeten worden met betrekking tot het gebruik van klinisch redeneren a.d.h.v. verpleegkundige classificaties (Staub-Müller et al., 2007). Al met al vormt het terminologische systeem een kwalitatief goede basis voor de studenten en verpleegkundige zorg voor adequate resultaten.

## Resultaten observaties:

In totaal hebben er 26 observaties plaatsgevonden. Op ICV2 8 observaties, op ICV3 10 observaties en op ICV4 8 observaties. De resultaten uit de observaties zijn geturfd en in Exel verwerkt. In tabel 1 is te zien hoe vaak een item genoemd is per IC en in totaal van alle observaties.

Tabel 1: resultaten observaties overdracht

	IC2		IC3		IC4		Totaal	
	Genoemd	Gevraagd	Genoemd	Gevraagd	Genoemd	Gevraagd	Genoemd	Gevraagd
<b>Gegevens</b>	8	0	9	0	7	0	24 (92%)	0
<b>Reden van opname</b>	8	0	9	0	7	0	24 (65%)	0
Lang of korte opname	6	0	5	0	6	0	17 (65%)	0
Voorgeschiedenis	7	0	7	0	4	0	18 (69%)	0
Behandelbeperking/ isolatie	0	0	1	0	0	0	1 (4%)	0
<b>Medicatie</b>	6	0	9	0	8	4	23 (88%)	4 (15%)
Allergieën	3	0	1	0	0	0	4 (15%)	0
Huidige toestand	5	0	5	0	4	1	14 (54%)	1 (4%)
<b>Familie op de hoogte van overplaatsing</b>	4	0	9	0	7	1	20 (77%)	1 (4%)
Controle beleid/ instelling apparatuur/afspraken	0	0	2	0	2	0	4 (15%)	0
<b>Aanvullende info (lijnen, drains, infusie etc.)</b>	6	1	7	2	8	2	21 (81%)	6 (23%)
Aanvullende gegevens (X-thorax, ECG, scans)	2	0	2	0	1	0	5 (19%)	8 (31%)
Vraag onduidelijkheden vanuit de overdracht	1	0	2	5	2	3	5 (19%)	8 (31%)
Afweersysteem	2	0	1	0	1	0	4 (15%)	0
<b>Circulatie</b>	7	0	9	0	8	0	24 (92%)	0
Cognitie	4	0	6	0	6	0	16 (62%)	0
Dagprogramma	0	0	0	0	1	0	1 (4%)	0
Digestief systeem	3	1	4	0	4	0	11 (42%)	1 (4%)
Endocrien systeem	1	0	1	0	1	0	3 (12%)	0
Fracturen	0	0	0	0	0	0	0	0
Hulp bij ADL	0	0	0	0	0	0	0	0
Maatschappelijk werk	0	0	2	0	0	0	2 (8%)	0
Mobiliteit schema	1	0	8	1	3	1	12 (46%)	2 (8%)
<b>Neurologisch systeem</b>	3	1	10	0	6	0	19 (73%)	1 (4%)
Observaties	3	0	5	0	5	0	13 (50%)	0
<b>Pijn</b>	7	0	10	0	8	0	25 (96%)	0
Psychische klachten	0	0	2	0	1	0	3 (12%)	0
<b>Respiratoir</b>	7	0	9	0	7	0	23 (88%)	0
Thuis situatie	1	0	3	0	2	0	6 (23%)	0
Thermoregulatiesysteem	2	0	1	0	4	0	7 (27%)	0
Transfer	0	0	0	0	0	0	0	0
Uitgevoerde zorg	4	0	8	0	7	0	19 (73%)	0
<b>Vocht en elektrolyten balans</b>	8	0	8	1	8	0	24 (92%)	1 (4%)
<b>Voedingstoestand</b>	7	1	8	1	7	0	22 (85%)	2 (8%)
Wondzorg	1	0	4	0	5	1	10 (38%)	1 (4%)



**Vraag 2: Welke onderdelen van de overdracht kunnen verbeterd worden van de intensive care naar verpleegafdeling?**

1: Soms lang wachten op de artsenbrief	1	(2,9%)
2: Structuur	4	(11,7%)
3: Alleen belangrijke info van de voorgeschiedenis noemen	1	(2,9%)
4: Omgeving	2	(5,9%)
5: Meer info over de afgelopen 24 uur vertellen	1	(2,9%)
6: Bijzonderheden	1	(2,9%)
7: Elektronisch	2	(5,9%)
8: Te medisch	2	(5,9%)
9: Geen verbeterpunten	5	(14,7%)
10: Onrust beter benoemen	1	(2,9%)
11: PDM- Systeem onduidelijk	2	(5,9%)
12: Labuitslagen	2	(5,9%)
13: medicatie	5	(14,7%)
14: Afkoppelen patiënt	1	(2,9%)
15: Standaardiseren	2	(5,9%)
16: Risico factoren - op verpleegafdeling geen 24-uurs bewaking	2	(5,9%)

**Vraag 3: Heeft u wel eens meegemaakt dat belangrijke gegevens van een patiënt miste in de overdracht en daardoor de patiëntveiligheid in gevraagd kwam?**

Heel vaak	0
Vaak	0
Af en toe	10 (40%)
Nooit	15 (60%)

Voorbeelden:

1: Verwardheid/ onrust	2
2: papieren niet op orde	1
3: PDM-Systeem onduidelijk	1
4: Medicatie	1

**Vraag 4: Zou het standaardiseren van de overdracht leiden tot betere overdrachten?**

Ja: 23 (92%)

want:

1: Overzichtelijker	15	(50,0%)
2: Controle dat je alles gehad hebt	3	(10,0%)
3: Wordt wel lastig vanwege de verschillende methoden	1	(3,33%)
4: Worden er geen dingen gemist	5	(16,6%)
5: Hoeft de verpleegkundige minder te vragen	2	(6,1%)
6: Afhankelijk van de methode	1	(3,33%)
7: Gaat de overdracht sneller	1	(3,33%)

Nee: 2 (8%)

want:

Overdracht per intensive care afdeling is anders	(6,1%)
--	--------

**Vraag 5: Bent u bekend met de NANDA, NIC, NOC?**

Ja: 22 (88%)  
Nee: 3 (12%)

**Vraag 6: Zouden de NANDA, NIC, NOC een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de overdracht van intensive care naar verpleegafdeling?**

Ja: 19

want:

1: Duidelijker	5
2: Meteen belangrijkste punten	2
3: Wordt er overgedragen via methode (standaardiseren)	10
4: Na een tijdje zal het goed zijn	1
5: Het kan het andere niet volledig vervangen	1
6: Het zal ook zorgen voor overbodige dingen	1

Nee: 6

want:

- 1: Er zit nu al een duidelijk systeem in
- 2: Overdracht moet kort en krachtig zijn
- 3: Wordt het te langdradig/ te uitgebreid
- 4: SBARR is goed genoeg
- 5: Elke casus is anders

**Vind u de taal ook te medisch in de overdracht:**

Ja: 12 (48%)  
Nee: 2 (8%)  
Onbekend: 11 (44%)

De resultaten uit de interviews zijn, dat er op dit moment in de meeste overdrachten al wordt overgedragen via een bepaalde structuur, dit wordt als prettig ervaren. Er is tevens wel behoefte aan een vaste structuur. Iedere IC verpleegkundige heeft nu elk een eigen structuur van overdragen. Uit de interviews kwam naar voren dat verschillende dingen aan de overdracht verbeterd zouden kunnen worden. De volgende onderwerpen werden het vaakst genoemd als verbeterpunt: structuur/standaardiseren van de overdracht en problemen rondom de medicatie. De omgeving waarin de overdracht plaats vindt werd ook als niet geschikt genoemd voor een overdracht. De omgeving is soms te druk en de overdracht aan het bed wekt vragen op bij de patiënt. Daarnaast werd de overdracht als te medisch beschouwd, dan met name de taal die te medisch werd gevonden. De verpleegkundigen gaven aan dit niet erg te vinden, maar dat het voor nieuwe verpleegkundigen lastig is. Als de verpleegkundigen bepaalde 'termen' niet weten, vragen ze het op het moment van de overdracht of ze zoeken het zelf op na de overdracht. Verpleegkundigen van de verpleegafdeling zijn op deze manier verplicht om de medische termen te weten. Verpleegkundigen die nog niet zo lang in dienst waren in het UMCG vonden het bij het UMCG passen dat de taal meer medisch is. Op de verpleegafdeling wordt alles nog op papier gedaan, terwijl op de ICV alles elektronisch is. Nu wordt alles overgeschreven en dat kan fouten opleveren. Overige verbeterpunten die nog genoemd waren: lang wachten op artsbrief, alleen belangrijke info noemen uit de voorgeschiedenis, meer vertellen over afgelopen 24 uur, bijzonderheden, onrust, lab uitslagen, en afkoppelen patiënt.

Bijna alle ondervraagde verpleegkundigen waren bekend met de NANDA, NIC, NOC. De verpleegkundigen hadden er wel eens van gehoord jaren terug in de opleiding. Ze gaven aan dat ze wel wisten wat het was, maar niet hoe er mee gewerkt moet worden.

Op de vraag of de NANDA, NIC en NOC aan de overdracht zou kunnen bijdragen, de meeste verpleegkundigen die gevraagd zijn vonden van wel. Als reden werd al meeste genoemd, omdat er dan wordt overgedragen via een methode (standaardiseren). Daarnaast werd genoemd dat het dan een duidelijker overdracht word.

De verpleegkundigen die niet vonden dat de NANDA, NIC, NOC zou kunnen bijdragen aan de overdracht zeiden dat de overdracht kort en krachtig moet zijn. Als de NANDA, NIC, NOC gebruikt zou worden werd de overdracht te langdradig/ te uitgebreid. De SBARR is goed genoeg voor de overdracht. Elke casus is anders en dan is het moeilijk om een standaard formulier te gaan maken.

## Discussie:

Aan het begin van het onderzoek is het onderwerp breed benaderd en werd er breed informatie verzameld. De onderzoekers in die fase tot de conclusie gekomen dat er beperkt wetenschappelijk onderzoek gedaan is naar de toepassing van de NNN-classificatie in de verpleegkundige overdracht. In de vorige onderzoeken die in het UMCG hebben plaatsgevonden, zijn enquêtes afgenomen en interviews gehouden, om deze reden is besloten om in dit onderzoek gebruik te maken van participerende observatie. De onderzoekers hebben apart van elkaar geobserveerd en apart de gegevens verwerkt. Op die manier is er geprobeerd om de betrouwbaarheid zo groot mogelijk te houden.

Een beperking van het literatuur onderzoek is, dat er nog weinig onderzoek gedaan is naar het gebruik van de NNN-classificatie. Het wetenschappelijk onderzoek dat gedaan is, vond voornamelijk in het buitenland plaats. Bijna alle geïncludeerde artikelen zijn dan ook in het Engels. Door het vertalen naar het Nederlands kan er belangrijke informatie over het hoofd zijn gezien.

Een beperking van het meetinstrument is dat er gebruik gemaakt is van het meetinstrument van Backker & IJntema, (2017) en van Weima & Houtsma (2016). Voor dit onderzoek zijn deze meetinstrumenten samengevoegd en aangepast om te gebruiken voor participerende observatie. Op deze manier kunnen er belangrijke verpleegkundige items gemist worden of staan er items in die niet relevant zijn voor de participerende observatie.

Een beperking van de participerende observatie was dat de onderzoekers bij de overdracht aanwezig waren. Voorafgaande de observaties en interviews zijn de verpleegkundigen kort ingelicht over het onderzoek. Dit kan bias veroorzaakt hebben.

Na de participerende observatie vond er een semigestructureerd interview plaats met de verpleegkundige van de verpleegafdeling die bij de overdracht aanwezig was. Een beperking van het semigestructureerd interview was dat de onderzoekers zelf objectief moesten blijven en niet hun eigen mening over het interview moesten laten meespelen. Nog een beperking in het interview was dat mensen 'sociaal wenselijke' antwoorden konden geven. De onderzoekers moesten over de juiste gesprekstechnieken beschikken om die zoveel mogelijk te voorkomen.

Uit het onderzoek van Backker & IJntema (2017) blijkt dat de NNN-classificatie bijdraagt aan de continuïteit van zorg en de volledigheid van de overdracht, waardoor er minder informatie verloren gaat. Wanneer de Nanda in combinatie met de NIC (interventies) en de NOC (uitkomsten) wordt gebruikt, worden volgens Dale et al. (2005) de meest complete verpleegkundige gegevens verzameld die op theorie zijn gebaseerd. Uit het onderzoek van Moon (2011) en O'Connor et al. (2000) is geconstateerd dat de verpleegkundigen vertrouwden op een repertoire van veelgebruikte verpleegkundige interventies (routine), die geschikt waren voor verschillende diagnoses. De samenhang van classificaties zorgt er voor dat verpleegkundigen een logische koppeling tussen de diagnoses en interventies maken die is afgeleid van de etiologie. Dit vergemakkelijkt de selectie van de juiste interventies (Staub- Müller et al. 2007). Op deze manier zijn de verpleegdiagnosen en interventies op evidence gebaseerd en wordt gebruik gemaakt van een professioneel erkende taal. Deze gestandaardiseerde taal voor verpleegkundigen vergemakkelijkt en verbetert de communicatie tussen verpleegkundigen.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de NNN-classificatie een bijdrage kan leveren aan de overdracht mits het wordt gecombineerd met een methodiek voor de overdracht, zoals de SBARR of van boven naar beneden. De NNN-classificatie kan een goede toevoeging zijn op de manier van rapporten. Door de NNN-classificatie te combineren met een andere methodiek van overdragen, komt er een vaste structuur in de overdracht en zal de taal in de overdracht meer verpleegkundig worden.



## Conclusie:

Dit onderzoek benadrukt op welke wijze de diagnoses (NANDA), interventies (NIC) en resultaten (NOC) uitkomst kunnen bieden aan het standaardiseren van de (mondelijke) overdracht van intensive care naar verpleegafdeling voor de verpleegkundige van de verpleegafdeling met als doel de continuïteit van zorg te verbeteren.

Volgens de resultaten wordt de overdracht zoals hij nu is over het algemeen volledig gevonden. Toch lopen de verpleegkundigen tegen enkele dingen aan. De verpleegkundigen van de verpleegafdeling geven aan behoefte te hebben aan een gestandaardiseerde overdracht. Zonder deze vaste structuur wordt de overdracht onoverzichtelijk gevonden en bestaat er een grote kans dat belangrijke informatie gemist wordt. Een ander belangrijk punt is dat door een groot deel van de verpleegkundigen de overdracht als te medisch werd beschouwd qua taal. Belangrijke informatie voor de verpleegkundige wordt dan gemist, waardoor de kans op incidenten wordt vergroot.

Op basis van de literatuur kunnen verpleegkundigen profijt hebben van het gebruik van de Nic, Noc, Nanda – classificatie in de verpleegkundige overdracht. Het terminologische systeem biedt een gestandaardiseerde uniforme verpleegtaal die de meest complete verpleegkundige gegevens verzameld, die op evidence is gebaseerd. Daarnaast wordt de communicatie tussen verpleegkundigen vergemakkelijkt en verbeterd door de eenheid in taal.

In combinatie met de SBARR of structuur 'van boven naar beneden' zorgt de Nic, Noc, Nanda – classificatie voor een kwalitatief goede, gestructureerde overdracht, waardoor de continuïteit van de verpleegkundige zorg wordt verbeterd.

Aanbevelingen na aanleiding van dit onderzoek zijn:

1. Een scholing over het gebruik van de NNN-classificatie. Verpleegkundigen benoemen de NNN – classificatie wel te kennen, maar er alleen in de opleiding ooit eens mee gewerkt te hebben. Door scholing zullen de verpleegkundigen zich meer bewust worden van de voordelen van de NNN-classificatie en weten hoe hiermee gewerkt kan worden in de praktijk.
2. Wanneer de NNN-classificatie wordt ingevoerd in de overdracht, kan het gecombineerd worden met een andere methodiek van overdracht (SBARR of boven naar beneden) op deze manier komt er een structuur in de overdracht en komt de verpleegkundige taal weer terug in de overdracht.

## Literatuurlijst:

- Amin, S., (2015). *Clinical Handovers Chapter 13*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van [https://books.google.nl/books?id=e-4SBgAAQBAJ&pg=PA180&lpg=PA180&dq=Amin,+S.,+\(2015\).+Clinical+Handovers+Chapter+13&source=bl&ots=VicQE1OYjG&sig=VX2K90PRT4h7vydzIR8487UWN\\_Y&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwiE6Z72-LrUAhWMJIAXHX1oBQ4Q6AEIJzAA#v=onepage&q=Amin%2C%20S.%2C%20\(2015\).%20Clinical%20Handovers%20Chapter%2013&f=false](https://books.google.nl/books?id=e-4SBgAAQBAJ&pg=PA180&lpg=PA180&dq=Amin,+S.,+(2015).+Clinical+Handovers+Chapter+13&source=bl&ots=VicQE1OYjG&sig=VX2K90PRT4h7vydzIR8487UWN_Y&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwiE6Z72-LrUAhWMJIAXHX1oBQ4Q6AEIJzAA#v=onepage&q=Amin%2C%20S.%2C%20(2015).%20Clinical%20Handovers%20Chapter%2013&f=false)
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragcode praktijkgericht onderzoek voor het hbo: gedragcode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Gedownload op 8 juni 2017, van <file:///C:/Users/Koendokter/Downloads/gedragcode-praktijkgericht-onderzoek.pdf>
- Baccker, F. de., & IJntema, M. (2017). *Standaardisering van de verpleegkundige overdracht van de intensive care afdeling*. Universitair Medisch Centrum Groningen
- Beck, C.T. & Polit, D.F., (2004). *Nursing Research International Edition*. 9de druk. New York: Lippincott Williams & Wilkins
- Bijlsma- van der Wal, (juni 2015). *Onderzoeksverslag 'Dossieronderzoek verpleegkundige diagnostiek bij subarachnoidale bloeding'*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van <http://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/anderestudie/2015/morcusvanderklok/E.MorcusenM.vanderKlok.pdf>
- Dale, C., von Krogh, G. & N'aden, D., (2005) *A Framework for Integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235870>
- Davies, M., (September 2011). *Concept mapping, mind mapping and argument mapping: what are the differences and do they matter?* Geraadpleegd op 25 maart 2017, van <https://link.springer.com/article/10.1007/s10734-010-9387-6>
- Hall, W., Keane, P., Wang, S., Debell, F., Allana, A. & Karia, P. (2015). *Intensive care discharges: improving the quality of clinical handover through changes to discharge documentation*. BMJ Quality Improvement Reports. Volume 4, Issue 1. 589-604. DOI: 10.1136/bmjquality.u209711.w4036
- Holloway I. (2005). *Qualitative Research in Health Care*. Berkshire: Open University Press
- Inspectie van Gezondheidszorg, (07 juli 2016). *Kwaliteitsstandaarden Organisatie van Intensive Care*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/intensive-care/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Kwaliteitsstandaard%20Organisatie%20van%20Intensive%20Care.pdf>
- Kranenbarg, E.K. & Sassen, B. (2016). *Interventies ter verbetering van de overdracht van patiënten informatie van ziekenhuizen naar verpleeg-, verzorgingshuizen en de thuiszorg bij kwetsbare ouderen*. Gedownload op 30 maart 2017, van <http://transferverpleegkundigen.venvn.nl/Portals/26/Nieuws/Artikel%20-%20Patientenoverdracht%20van%20ziekenhuis%20naar%20VVT-instellingen%20Eefje%20Klein%20Kranenbarg%20jan%202016%20.pdf>

Moon, M., (juli 2011) *Relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing interventions for patient care in intensive care units*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3414&context=etd>

Nictiz, (02 september 2014). *Onderzoeksrapport verpleegkundige overdracht*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van <https://www.nictiz.nl/publicaties/verpleegkundige-overdracht-een-geoliede-machine>

Nieswiadomy, M. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux

O'Connor, N. A., Kershaw, T., & Hameister, A. D. (2001). *Documenting patterns of nursing interventions using cluster analysis*. *Journal of Nursing Measurement*, 9(1), 73-90.

Okoli, C. & Pawlowski, S. (2004). *The Delphi method as a research tool: an example design considerations and applications*. Geraadpleegd op 25 maart 2017, van [http://ac.els-cdn.com.proxy.hanze.nl/S0378720603001794/1-s2.0-S0378720603001794-main.pdf?\\_tid=1a7949fe-153a-11e7-a860-00000aab0f6b&acdnat=1490872675\\_6abd731fc9190deb039165cde180f45d](http://ac.els-cdn.com.proxy.hanze.nl/S0378720603001794/1-s2.0-S0378720603001794-main.pdf?_tid=1a7949fe-153a-11e7-a860-00000aab0f6b&acdnat=1490872675_6abd731fc9190deb039165cde180f45d)

Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F. & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Ridder, K. den., Tuitert, Y., Tuijn, Y. van der. & Bon, A. van. (2010). *Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen JIJ maakt het verschil*. Amsterdam: Reed Business

Sinha, M., Shriki, J., Salness, R. & Blackburn, P. (2007) *Need for standardized sign-out in the emergency department: a survey of emergency medicine residency and pediatric emergency medicine fellowship program directors*. *Academic Emergency Medicine* 14,192–196.

Staub-Müller, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. & Achterberg, T., (01 maart 2007). *Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17430533>

Staub-Müller, M.,(01 maart 2009). *Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19207524>

Teirlinck, I., (2007). *De verpleegkundige diagnostiek en interventies bij de zorg aan patiënten met longkanker*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van [https://www.nursing.nl/PageFiles/3858/001\\_RBIAdam-image-NURS4069I01.pdf](https://www.nursing.nl/PageFiles/3858/001_RBIAdam-image-NURS4069I01.pdf)

TiemeMeulenhoff, (z.d.). *Observatieschema*. Geraadpleegd op 15 maart 2017, van [http://content.cs.trajectwelzijn.nl/Vaardigheidstrainingen/observeren\\_vorbereiden\\_observatieschema.htm](http://content.cs.trajectwelzijn.nl/Vaardigheidstrainingen/observeren_vorbereiden_observatieschema.htm)

Universitair Medisch Centrum Groningen. (z.d.). *Intensive Care Volwassenen (ICV)*. Gedownload op 11 maart 2017, van [https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/Zorg/ZOB/I/Intensive%20Care%20voor%20volwassenen%20\(ICV\).PDF](https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/Zorg/ZOB/I/Intensive%20Care%20voor%20volwassenen%20(ICV).PDF)

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?*  
Den Haag: Boom Lemma.

Vermeer, K. (2012). *Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid*. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*. Volume 10, Issue 5, pp 21–23

V&VN. (2011). *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Gedownload op 30 maart 2017, van [https://www.nursing.nl/PageFiles/7128/001\\_RBIAdam-image-NURS7436I01.pdf](https://www.nursing.nl/PageFiles/7128/001_RBIAdam-image-NURS7436I01.pdf)

V&VN, (z.d.). *Classificatie*. Geraadpleegd op 04 mei 2017, van <http://vzi.venvn.nl/Standaarden/Classificatie>

Wilmink, (z.d.) *Observatie onderzoek plan van aanpak*. Geraadpleegd op 13 maart 2017, van <https://sites.google.com/site/jaapwilmink/1e-leerjaar/module-1-2/professionele-ontwikkelingslijn/observaties/observatie-onderzoek-plan-van-aanpak>

Weima, D., & Houtsma, C. (2016). *Het verbeteren van de medische en verpleegkundige overdracht*. gedownload op 11 maart 2017, van <file:///C:/Users/Koendokter/Downloads/D.WeimaenC.Houtsma.pdf>

Wubs, S., & Paans, L. (2016). *De verpleegkundige overdracht ICV naar verpleegafdeling*. Gedownload op 11 maart 2017, van <file:///C:/Users/Koendokter/Downloads/S.WubsenL.Paas.pdf>

Bijlagen:

Bijlage 1: observatielijst

Observatieschema			
Datum:		Situatie:	
Systeem: turf / interval*		Naam observator:	
<b>Vraagstelling:</b> ‘Welke diagnoses (NANDA), interventies (NIC) en resultaten (NOC) vinden verpleegkundigen van de verpleegafdeling relevant voor het standaardiseren van de mondelinge overdracht van intensive care patiënten naar verpleegafdelingen om goede zorg te kunnen verlenen?’			
Observatie-item	Genoemd*	Gevraagd	Specificatie
1. Gegevens (Naam, lengte, gewicht etc.)			
2. Reden van opname			
3. Lange of korte opname (<48uur)			
4. Voorgeschiedenis (comorbiditeit)			
5. Behandelbeperking en isolatie			
6. Medicatie			
7. Allergieën			
8. Huidige toestand(VAS, EVM, VBI, RASS, CAM)			
9. Verpleegkundig dossier: - Familie op de hoogte van overplaatsing			
10. Controle beleid/ instelling apparatuur/ afspraken			
11. Aanvullende info (lijnen, drains, infusie etc.)			
12. Aanvullende gegevens (X-thorax, ECG, scans)			
13. Vraag: onduidelijkheden vanuit overdracht			
14. Afweersysteem Huid en slijmvliezen, bloed en lymfe			
15. Circulatie Veneus aanbod, hartprikkel, pompfunctie, arteriële distributie, microcirculatie			
16. Cognitie			
17. *Dagprogramma			
18. Digestief systeem Inname/behoefte, afbraak en vertering, transport, absorptie, defecatie			
19. Endocrien systeem Centrale regulatie, lagere endocriene organen, doelorganen			
20. Fracturen			
21. *Hulp bij ADL			
22. *Maatschappelijk werk			
23. *Mobiliteit schema Verpleegkundige diagnoses: mobiliteit, inactieve levensstijl, verstoorde aanpassing			

<b>24. Neurologisch systeem</b> Zintuigelijke input, hogere cerebrale functies, motorische output			
<b>25. Observaties</b>			
<b>26. Pijn</b>			
<b>27. Psychische klachten</b> Verwardheid, verstoorde zintuiglijke waarneming, angst, vrees...			
<b>28. Respiratoir</b> Luchtwegen, ademprikkel, ademarheid, diffusie, pulmonale perfusie			
<b>29. *Thuis situatie</b>			
<b>30. Thermoregulatiesysteem</b> Warmteproductie, warmteafgifte			
<b>31. *Transfer</b>			
<b>32. Uitgevoerde zorg</b>			
<b>33. Vocht en elektrolyten balans</b> Inname/behoefte, osmolariteit, watermassa, nierfunctie, mictie			
<b>34. Voedingstoestand</b> Verpleegkundige diagnoses: ondervoeding, overvoeding, obstipatie			
<b>35. Wondzorg</b> Verpleegkundige diagnoses: ineffectieve perifere weefseldoorbloeding, weefselbeschadiging, letsel, infectie			

\* X = genoemd ; N = NNN-geclassificeerd

## Bijlage 2: vragenlijst

Vragenlijst

Afgenomen

| Zelfstandig ingevuld

Aantal jaar werkzaam binnen bedrijf:

| Functie:

### **1. Vindt u de overdracht van intensive care naar verpleegafdeling volledig?**

Ja, want

Nee, wat mist u?

### **2. Welke onderdelen van de overdracht kunnen verbeterd worden van intensive care naar verpleegafdeling?**

### **3. Heeft u wel eens meegemaakt dat belangrijke gegevens van een patiënt miste in de overdracht en daardoor de patiëntveiligheid in gevaar kwam?**

Heel vaak

Vaak

Af en toe

Nooit

### **4. Zou het standaardiseren van de overdracht leiden tot betere overdrachten?**

Ja, want

Nee, want

### **5. Bent u bekend met de NANDA, NIC, NOC?**

Ja

Nee

### **6. Zouden de NANDA, NIC, NOC een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de overdracht van intensive care naar verpleegafdeling?**

Ja, want

Nee, want

[Bijlage 3: logboek](#)

## Logboek

Datum	Activiteit	Wie	Uren	Toelichting
13 – 02	Doorlezen module	Emily, Nina	1	
14 – 02	Kennismaking onderzoek partner	Emily, Nina	0,75	
14 – 02	College Opstart		2,5	
16 – 02 17 – 02	Inlezen onderwerp	Emily, Nina	4	
27 – 02	Vorbereiding kennismakingsgesprek	Emily, Nina	2	
28 – 02	College kwantitatief onderzoek	Emily, Nina	2	
02 – 03	Kennismakingsgesprek	Emily, Nina	4	
06 t/m 08 – 03	Literatuur zoeken	Emily, Nina	6	
07 – 03	College kwalitatief onderzoek Planning maken	Emily, Nina	3,5	
08 – 03	Zelfstudie: Wat is onderzoek?	Emily, Nina		
09 – 03	Gesprek opdrachtgever	Emily, Nina	1,5	Verheldering onderwerp/ onderzoeksvraag
14 – 03	College verslag, statistiek, methoden	Emily, Nina	4	
15 – 03	Inleiding Theoretisch kader Onderzoeksmethodiek Design Populatie	Emily Nina	2 3	
16 – 03	Steekproef Ethische kwesties Dataverzamelingmethode Data- analyse	Emily Nina	2 2	
17 – 03	Betrouwbaarheid Validiteit Generaliseerbaarheid Vragenlijst Dataverzamelingmethode Data- analyse Observatielijst	Emily Nina	3 3	
20 – 03	<b>CONCEPT 1</b>			
21 – 03	College kwalitatieve methoden	Emily, Nina	2	
27 – 03	College	Emily, Nina	1	
28 – 03	Gesprek Joya, Hetty en Hester	Emily, Nina	1	Stand van zaken bespreken, concept onderzoeksverslag
28 – 03	College kwalitatieve analyse	Emily, Nina	2	
29 – 03	NIC, NOC, NANDA	Emily, Nina	2,5	By Lynda Carpenito



	bijeenkomst UMCG			
30 – 03	CONCEPT 2			
03 – 04	Onderzoeksvoorstel	Emily	3	
04 – 04	Onderzoeksvoorstel	Nina	3	
05 – 04	Meelopen ICV2	Nina	8,5	
06 – 04	Onderzoeksvoorstel	Emily	3	
07 – 04	DEADLINE			
10 – 04	Meelopen ICV3	Emily	8,5	
11 – 04	Meelopen ICV3	Nina	8,5	
18 – 04	Meelopen ICV2	Emily	8,5	
21 – 04	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 4
24 – 04	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 1
26 – 04	Observaties	Emily, Nina	5	Aantal observaties: 3
29 – 04	Verbeteren van feedback	Emily, Nina		
01 – 05	Observaties	Emily, Nina	2	Aantal observaties: 0 Ontslagen uitgesteld.
02 – 05	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 1
03 – 05	Observaties	Emily, Nina	4	Aantal observaties: 2
	Gesprekje Joya			
04 – 05	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 1
08 – 05	Verbeteren onderzoeksvoorstel	Emily, Nina	4	
09 – 05	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 2
10 – 05	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 2
11 – 05	Gesprekje Joya, Hester & Hetty	Emily, Nina	1	
12 – 05	Observaties	Emily, Nina	4	Aantal observaties: 2
15 – 05	Verbeteren onderzoeksvoorstel a.d.h.v. feedback		3	
16 – 05	Observaties	Emily, Nina	5	Aantal observaties: 3
17 – 05	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 1
18 – 05	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 2
19 – 05	Observaties	Emily, Nina	3	Aantal observaties: 2
22 – 05	EPIC voorlochting	Nina	2,5	
23 – 05	Data in Excel	Emily	4	
	Wetenschappelijke artikelen	Nina		
24 – 05	Verslag bespreken	Emily, Nina	2	
25 – 05	Coderen	Emily	4	
	Wetenschappelijke artikelen	Nina	4	
26 – 05	Coderen	Emily	3	
	Wetenschappelijke artikelen	Nina		
29 – 05	Theoretisch kader	Nina	3	
	Coderen	Emily	3	
30 – 05	Theoretisch kader + Inleiding	Nina	3	

	Deelvraag 2 & 3	Emily	3	
31 – 05	Verslag bespreken	Emily, Nina	3	
01 – 06	Deelvraag 1	Nina	2	
	Deelvraag 2 & 3	Emily	2	
02 – 06	Deelvraag 1	Nina	2	
	Deelvraag 2 & 3	Emily	2	
05 – 06	Inleiding	Emily	1	
07 – 06	Betrouwbaarheid Validiteit Generaliseerbaarheid	Emily	2	
08 – 06	Ethische kwesties	Emily	2	
14 – 06	Verslag bespreken	Emily & Nina	3	
15 – 06	Voorwoord	Emily	1	
16 – 06	Discussie	Emily	2	
17 – 06	Conclusie	Nina	2	
18 – 06	Samenvatting	Emily	2	
20 – 06	Verslag bespreken	Emily & Nina	3	

\* Alle aanvullingen en veranderingen die apart zijn doorgevoerd, is door de andere onderzoek partner gecontroleerd.