

Trefwoorden

- Overdracht
- Communicatie
- Patiëntveiligheid

Auteurs

Roos Nieweg, Senior onderzoeker Lectoraat Transparante Zorgverlening en hogeschooldocent Academie voor Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen.

Marjan Groenhuis, Docent/onderzoeker Lectoraat Arbeidsorganisatie en Arbeidsproductiviteit en teamleider bij het stafbureau Onderwijs en Onderzoek, Hanzehogeschool Groningen.

Correspondentie

Roos nieweg: m.b.nieweg@pl.hanze.nl

Een overzicht van de literatuur (1)

Verpleegkundige overdracht tussen diensten

Dit is een eerste artikel van een tweeluik over de verpleegkundige overdracht tussen 24-uurs diensten en suggesties voor verbetering hiervan, op basis van een overzicht van de literatuur. In dit eerste artikel wordt toegelicht waarom aandacht voor de overdracht actueel is en wordt de overdracht gedefinieerd. Daarnaast is beschreven welke overdrachtsmethoden bestaan en waar de overdracht plaats kan vinden.

Voor verpleegkundigen leidt de kwaliteit van de dagelijkse overdrachten tussen diensten al jaren tot bezorgdheid (Cahill, 1998; Manias & Street, 2000, Kerr, 2002; Clemow, 2006). Het rituele karakter lijkt niet wezenlijk veranderd in de afgelopen 30 jaar (Kerr e.a. 2011). Tot het eind van de vorige eeuw werd de overdracht vooral onderzocht vanuit efficiency-perspectief; sinds het verschijnen van *To err is human* (IOM, 2000) is een verschuiving te zien naar aandacht voor patiëntveiligheid. Volgens zowel het oude als het nieuwe Beroepsprofiel is de verpleegkundige verantwoordelijk voor de continuïteit van de verpleegkundige zorg. Overdragen en rapportage zijn hier voor belangrijke vereisten (Leistra e.a., 1999; V&VN, 2012). Conform de Beroepscode (de Witte e.a., 2007) let de verpleegkundige bij het overdragen van taken aan anderen erop dat de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening gewaarborgd is. Dit maakt het optimaliseren van overdrachtscommunicatie van groot belang.

Wat is de overdracht?

Volgens Cohen en Hilligos (2010) onderscheidt een overdracht zich van andere communicatie over een patiënt doordat bij de overdracht de verantwoordelijkheid wordt overgedragen. De overdracht moet daarom precies aangeven wat de nieuwe, verantwoordelijke partij zou moeten weten voor de zorg van de patiënt.

De literatuur biedt verschillende definities, bijvoorbeeld: 'the transfer of information (along with authority and responsibility) during transitions in care across the continuum; to include an opportunity to ask questions, clarify and confirm' (Friesen e.a., 2008) en 'the transfer of professional responsibility and accountability for some or all aspects of care for a patient, or group of patients, to another person or professional group on a temporary or permanent basis' (AMA, 2006).

Cruciaal is dat *relevante en accurate* informatie wordt overgedragen (JCI, 2010). Elke verpleegkundige van elke inkomende dienst moet geïnformeerd

worden over de toestand van de patiënten voordat de zorg kan beginnen.

Onveilige situaties

In 2005 stelde de Raad Voor Gezondheidsonderzoek in haar 'Advies Onderzoek Patiëntveiligheid' dat specialistische zorg met veel overdrachtsmomenten kan leiden tot onveilige situaties. De raad suggereerde om hulpmiddelen bij de overdracht (verder) te ontwikkelen en om na te gaan hoe feedback van patiënten bij zou kunnen dragen aan patiëntveiligheid.

Tot 2009 was het onduidelijk welke aspecten van patiëntveiligheid de belangrijkste zijn om te onderzoeken. De World Alliance for Patiënt Safety vroeg daarom een internationale werkgroep van experts om prioriteiten te stellen. De experts concludeerden dat, voor ontwikkelde landen, 'lack of communication and coordination' het belangrijkste vraagstuk is. De Monitor Zorggerelateerde Schade 2008 (NIVEL & EMGO+ Instituut, 2010) noemt het verbeteren van beschikbare informatiebronnen, communicatiestromen en dossiervoering als preventiemogelijkheden in 16 procent van de potentieel vermijdbare gebeurtenissen.

In 2006 initieerde de World Health Organization (WHO) het High 5s Project om belangrijke vraagstukken met betrekking tot patiëntveiligheid aan te pakken. Communicatiefouten tijdens de overdracht was hierin een van de vijf onderwerpen. In een studie gericht op near misses¹ en adverse events² van net gediplomeerde verpleegkundigen, benoemde men de overdracht als punt van zorg, vooral vanwege ontbrekende of onvolledige informatie (Ebright e.a., 2004). Ander onderzoek liet zien dat

meer dan 37 procent van de overdrachten gebrekkig waren en de ontvangende partij niet in staat stelden op een veilige manier voor de patiënt te zorgen (Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2010; Campbell e.a., 2010). Pezzolesi e.a. vonden dat incidenten het gevolg waren van: slechte of onvolledige overdracht (45%) en helemaal geen overdracht (29%) (2010).

Fragmentatie

De afgelopen decennia is de gezondheidszorg meer en meer specialistisch en complex geworden. De toegenomen kennis en technologische ontwikkelingen én de verwachte tekorten aan professionals leiden tot de komst van nieuwe beroepsbeoefenaars in de zorg. Hoewel deze ontwikkelingen bedoeld zijn om de zorg te verbeteren, kunnen ze bijdragen aan fragmentatie en problemen in de overdracht (Vidyarthi, 2004; Volpp & Grande, 2003). Meer verschillende professionals zijn betrokken bij de zorg voor patiënten, de opnameduur is verkort en instellingen hebben vanuit efficiency-overwegingen nieuwe dienstroosters ingevoerd. Verder vergroot het toenemend in deeltijd werken het aantal overdrachtsmomenten (NIVEL & EMGO+ Instituut, 2010; Kalisch e.a., 2008). Door het toenemend aantal professionals wordt het moeilijker om met de juiste zorgverlener te communiceren en hebben verpleegkundigen en artsen soms moeite met het vinden van de juiste persoon (McKnight e.a., 2002). Zo blijkt uit onderzoek dat (maar) 42 procent van de verpleegkundigen wist welke arts verantwoordelijk was voor hun patiënten (Evanoff e.a., 2005). Kritiek op de overdracht geldt veelal de locaties, methoden, de benodigde

tijd, inconsistente, onjuiste informatie of het ontbreken van essentiële informatie, gebrek aan standaardisatie en verlies van informatie na meerdere overdrachten (Lally, 1999; Dowding, 2001; Sexton e.a., 2004; Anthony & Preuss, 2002; Kerr e.a., 2011). Andere punten zijn: gebrek aan nauwkeurigheid, het ontbreken van een relatie met de rapportage, retrospectieve in plaats van prospectieve informatie en overdracht door anderen dan de verantwoordelijke verpleegkundige (Davies & Priestly, 2006; O'Connell e.a., 2008). Sommige auteurs suggereren dat opleidingen meer aandacht moeten besteden aan een effectieve overdracht (McKenna, 1997; Cahill, 1998; Currie, 2002; Sexton e.a., 2004; McCloughen e.a., 2008).

Methoden van overdracht

Er zijn verschillende methoden voor verpleegkundige overdracht: mondeling, schriftelijk of een combinatie daarvan (Nelson & Massey, 2010). De wijze van overdracht lijkt te variëren afhankelijk van lokale gewoonten en de setting.

Mondeling

De oudste vorm van overdracht is de *mondeling* vorm (McCloughen e.a., 2008). Een aantal auteurs heeft nadelen van mondelinge overdracht beschreven; deze vorm werd beschouwd als tijdrovend, taakgeoriënteerd, met een retrospectieve focus op geboden zorg en medische behandeling (O'Connell & Penny, 2001; O'Rourke & White, 2011). Anderzijds biedt mondelinge overdracht flexibiliteit om aan te sluiten bij de ervaring en de competenties van de deelnemers (Scovell, 2010) en de inhoud wordt 'op maat'

geleverd (Engesmo & Tjora, 2006). Verbale informatie kan meer diepte en subtiliteit bieden die moeilijk schriftelijk kan worden vastgelegd. Meissner e.a. (2007) hebben opgemerkt dat verpleegkundigen meer kans hebben om psychosociale aspecten van zorg te bespreken tijdens de mondelinge overdracht. Volgens Yonge (2008) bleek dat mondelinge, informele overdracht bijdraagt aan een omgeving die belangrijk was voor verpleegkundigen. Sociaal-culturele aspecten behelzen een soort 'ritueel spel' rondom kernwaarden, rollen en relaties die van belang zijn voor de ondersteuning van goede zorg. Het voordeel van mondelinge overdracht is dat de inkomende verpleegkundige vragen kan stellen en de uitgaande toelichting kan geven. Dit helpt om zaken te verhelderen en te checken of alles goed is begrepen (McKenna & Walsh, 1997). Als geen face-to-face contact plaatsvindt kan dat effecten hebben op de functionele, interpersoonlijke steun van verpleegkundigen onderling (Scovell, 2010).

Mondelinge overdrachten alleen kunnen veel fouten bevatten. Belangrijke elementen worden weggelaten en soms wordt irrelevante informatie of zelfs foutieve informatie toegevoegd (Bhabra e.a. 2007).

Schriftelijk

Verpleegkundigen communiceren ook met elkaar door middel van *schriftelijke* gegevens (het verpleegkundig dossier). Ze zijn wettelijk verplicht om een dossier bij te houden en de verslaglegging kan worden gebruikt bij tuchtrechtelijke procedures (WGBO, 1994). Patiëntendossiers geven de inkomende verpleegkundige gedocumenteerde in-

formatie (JCI, 2010; Nelson & Massey, 2010). maar de kwaliteit van de documentatie varieert (Kennedy, 1999; De Marinis, 2010).

Uit onderzoek bleek dat 85 procent van de mondelinge overdracht beschreven was in het verpleegkundig dossier en 10 procent irrelevant was voor de patiëntenzorg. Zes procent betrof informatie die niet in de dossiers of elders te vinden was (Sexton e.a., 2004). Aan de andere kant wordt (slechts) 40 procent van de verpleegkundige activiteiten vastgelegd in de rapportage (De Marinis e.a., 2010). Dit suggereert dat schriftelijke rapportage alleen geen adequaat instrument is voor de overdracht. Buus (2006) toonde aan dat de schriftelijke rapportage niet voorzorg in de aard van de benodigde informatie. Dit leidde tot onzekerheid. Uit een studie van Hripsak e.a. (2011) bleek dat (slechts) 38 procent van de elektronische verslaglegging van verpleegkundigen door andere verpleegkundigen werd gelezen. Schriftelijke overdracht alleen is problematisch; mensen lezen in hun eigen tempo, handschriften variëren en saillante informatie kan vergeten zijn vast te leggen (Scovell, 2010). Ook ontbreekt de gelegenheid om verduidelijkingsvragen te stellen.

Combinatie

Een aantal auteurs heeft onderzoek gedaan naar de *combinatie* van schriftelijke en mondelinge overdracht. Pothier en collega's (2005) onderzochten drie verschillende methoden; de grootste hoeveelheid informatie werd behouden bij het gebruik van een voorgedrukt formulier met patiënteninformatie gecombineerd met mondelinge overdracht. Bij alleen mondelinge overdracht, zonder

het maken van aantekeningen, bleek dat nul tot 26 procent van de informatie werd onthouden.

Mondelinge overdracht en documentatie zijn complementaire instrumenten om een gemeenschappelijk beeld vast te stellen en te onderhouden (Collins e.a., 2011). De literatuur toont dat accurate documentatie en mondelinge overdracht, gecombineerd met overdracht aan het bed leidt tot beter geïnformeerde verpleegkundigen en positieve feedback van patiënten (Back & Gort, 2011; Anderson & Mangino, 2006; Chaboyer e.a., 2010; McMurray e.a., 2010; Scott e.a., 2012). Een combinatie van schriftelijke en mondelinge overdracht zou efficiënt moeten zijn, accurate informatie bieden, face-to-face-interactie creëren en kunnen fungeren als back-up voor incomplete verslaglegging (Nelson & Massey, 2010; JCI, 2010; Athwal e.a., 2009).

Locatie van overdracht

De locatie van de overdracht is afhankelijk van de afdelingscultuur en ligging (Scovell, 2010). Deze ruimte kan variëren van de verpleegkundige personeelsruimte, het kantoor van het hoofd, de gang, de berging tot de spoelkeuken (Kerr e.a., 2011).

Aparte ruimte

Traditioneel vindt de overdracht plaats in een aparte ruimte (McKenna & Walsh, 1997). Dit biedt de mogelijkheid tot face-to-face-interactie, debriefing en discussie, het verhelderen van informatie en educatie (O'Connell & Penney, 2001). Een aparte ruimte bevordert de vertrouwelijkheid. Dit kan zowel positieve als negatieve effecten hebben. Privacy maakt een grondige bespreking



van alle patiëntgegevens mogelijk en creëert de mogelijkheid voor de niet-patiëntspecifieke functies van de overdracht, bijvoorbeeld ondersteuning en debriefing (Kerr, 2002). Maar, privacy biedt ook mogelijkheden om subjectieve uitspraken over patiënten te doen (Kelly, 2005; McCloughen e.a., 2008). Overmatige tijd kan worden besteed aan het geven van irrelevante informatie (Sexton e.a., 2004) en de overdracht kan langer duren dan nodig is (Scovell, 2010).

Een aparte ruimte komt tegemoet aan de behoefte aan een rustige locatie. De complexiteit en de hoeveelheid informatie van de overdracht is aanzienlijk (Cahill, 1998) en alle aandacht van de aanwezigen is vereist wanneer gegevens accuraat worden overgedragen (Scovell, 2010). Een aparte ruimte is niet per se een rustige locatie, vrij van interrupties. Uit een Europese studie bleek dat veelvuldige verstoring de meest voorkomende reden was van ontevredenheid met de overdracht (Meissner e.a., 2007).

Een nadeel van overdracht in een aparte ruimte is de mogelijke discrepantie tussen de overdracht en de feitelijke situatie van de patiënt (De Marinis e.a., 2010). Een studie vond 70 procent overeenkomst tussen de mondelinge overdracht en de werkelijke toestand van de patiënt, met een verschil van 12 procent (Richard, 1988). Daarom wordt geadviseerd om een patiëntenronde te lopen om de congruentie tussen de toestand van de patiënt en de overdracht te verifiëren.

Aan het bed

De afgelopen jaren laten zien dat de overdracht meer en meer plaats vindt aan het bed (McMurray e.a., 2011; Ti-

monen & Sihvonen, 2000; Back & Gort, 2011). Dit geeft de patiënt en de naasten zowel de kans om geïnformeerd te worden over de planning van de zorg als de kans om input te leveren. Het biedt verpleegkundigen de mogelijkheid van face-to-face-interactie, het verhelderen van informatie, het gezamenlijk beoordelen van de toestand van de patiënt en het herstellen van vergissingen (O'Connell & Penney, 2001; Richard, 1989). Overdracht aan het bed kan bijdragen aan patiëntveiligheid wanneer de patiënt vergissingen opmerkt (Cahill, 1998). Op basis van anekdotische informatie is bekend dat patiënten met een zekere regelmaat onjuiste informatie hebben gecorrigeerd (Matic e.a., 2011). Tijdens een overdracht aan het bed heeft de inkomende verpleegkundige de mogelijkheid om de patiënt en infusen, redons, katheters etc. te beoordelen (Caruso, 2007; Chaboyer e.a., 2009; Athwal e.a., 2009; Anderson & Mangino, 2006). De inkomende verpleegkundige heeft direct een nulmeting waarmee de veranderingen tijdens haar dienst kunnen worden vergeleken (Laws, 2010). Verpleegkundigen kunnen beter prioriteiten stellen, efficiënt te werk gaan en zijn beter voorbereid op vragen van andere hulpverleners (Anderson & Mangino, 2006). Volgens Baker (2010) blijkt dat nieuwe verpleegkundigen bij overdracht aan het bed meer begeleiding en uitleg krijgen. Uit onderzoek blijkt dat overdracht aan het bed succesvol is in verschillende klinische settingen (Chaboyer e.a., 2010). Sommige verpleegkundigen ervaren de overdracht aan het bed als een beoordeling wanneer de inkomende verpleegkundige, in plaats van het erkennen dat de uit-

gaande een drukke dienst heeft gehad, zich richt op de taken die zijn blijven liggen (Manias & Street, 2000). 'The tyranny of tidiness and the tyranny of business'. De uitgaande verpleegkundige kan daardoor prioriteit geven aan toelichten waarom de kamer niet op orde is, in plaats van het bespreken van de conditie en de behandeling van de patiënt (Scovell, 2010).

De literatuur beschrijft de patiëntgerichtheid en patiëntbetrokkenheid/participatie als voordeel van overdragen aan het bed (O'Connell & Penney, 2001; Kassean & Jago, 2005; Greaves, 1999; IHI, 2005). Uit onderzoek blijkt dat patiënten veelal overdracht aan het bed waarderen (Kassean & Jago, 2005; Back & Gort, 2011; Chaboyer e.a., 2009; McMurray e.a., 2011) en dat dit bijdraagt aan kwaliteit van zorg, efficiency en teamwork (Chaboyer e.a., 2009; Chaboyer e.a., 2010). Overdracht aan het bed heeft ook financiële voordelen. Overuren verminderen doordat de overdracht minder tijd kost (Anderson & Mangino, 2006; Baker, 2010; Kerr e.a., 2011).

Een nadeel van overdracht aan bed kan zijn dat de privacy van een patiënt niet gewaarborgd wordt als deze plaatsvindt in een kamer met meerdere patiënten. Hierover zijn de meningen verdeeld (Howell, 1994). Bij het bed kunnen andere patiënten gesprekken horen, zodat verpleegkundigen geen gevoelige informatie kunnen overdragen (Cahill, 1998; Caruso, 2007; Webster, 1999; Greaves, 1999; O'Connell & Penney, 2001; Miller, 1998). Ook kan de mondelinge overdracht aan het bed ten koste gaan van informeel contact tussen verpleegkundigen en de groepscohesie binnen het team (Laws, 2010).





Onderzoek & Praktijk

Conclusie en suggesties

De overdracht is hot. Zowel internationaal als nationaal wordt het belang ervan beschreven.

Op grond van de literatuur zijn de volgende adviezen te geven:

- Zorg voor een formeel moment van overdracht van verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld door het overdragen van de 'pieper' zodat de inkomende verpleegkundige weet dat ze de verantwoordelijkheid heeft overgenomen.
- Beperk het aantal betrokkenen bij een patiënt, bijvoorbeeld door zoveel mogelijk dezelfde verpleegkundigen toe te wijzen aan dezelfde patiënten gedurende een aantal diensten.
- Zorg voor zo weinig mogelijk verstoringen en onderbrekingen tijdens de overdracht.
- Gebruik meerdere media: combineer schriftelijke en mondelinge overdracht.
- Documenteer essentiële informatie accuraat.
- Bied de gelegenheid om vragen te stellen.
- Overdracht aan het bed biedt verpleegkundigen de mogelijkheid van face-to-face interactie, het

verhelderen van informatie, gezamenlijk beoordelen van de toestand van de patiënt en het herstellen van vergissingen.

In een volgend artikel zullen de verschillende aspecten van overdracht worden besproken: deelnemers, structuur, tijd, inhoud en hulpmiddelen. ■

Noten

1. Een onbedoelde gebeurtenis die:
 - a. Voor de patiënt geen nadelen oplevert omdat de gevolgen ervan op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd.
 - b. Waarvan de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt.
2. Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt (<http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl/begrippenkader.htm>).

Referenties

De gebruikte literatuur is te vinden op www.tvzdirect.nl > TvZ Tijdschrift > TvZ nr 2/2013

