

### 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 literatuuroverzicht (2)

# Verpleegkundige overdracht

**In TvZ nummer 2 van dit jaar verscheen het eerste artikel in een reeks van twee over de verpleegkundige overdracht tussen 24-uurs diensten. Het eerste artikel ging vooral in op de definitie, methoden en plaats van overdracht. In dit tweede artikel ligt de focus op de verschillende aspecten van de overdracht: tijd, deelnemers, structuur, inhoud en hulpmiddelen. Een overzicht van de beschikbare literatuur en suggesties voor verbetering.**

### Tijd

Het is belangrijk dat een instelling het belang van overdrachten erkent en zorgt dat de voorwaarden om effectief over te dragen aanwezig zijn (RCP, 2011; Estryn-Béhara e.a., 2012). Dat betekent onder meer dat de diensten voldoende moeten overlappen om de rapportage te kunnen lezen en mondeling over te dragen. De hoeveelheid tijd die gespendeerd wordt aan de overdracht is een bekend probleem (Baldwin & McGinnis, 1994; Sherlock, 1995). De duur van de mondelinge overdracht kan problemen opleveren doordat een grote hoeveelheid van het personeel tussen de 15 en 90 minuten niet beschikbaar is voor de patiëntenzorg (McKenna & Walsh, 1997). Het probleem van het ontbreken van personeel wordt versterkt wanneer de uitgaande dienst niet op tijd klaar is voor de overdracht of als de afdelingscultuur het toelaat om voorrang te geven aan andere zaken. Sexton e.a. (2004) melden vertragingen van maximaal zeven minuten voor aanvang

van de overdracht. Laksheid van het uitgaande personeel of late start van de inkomende dienst veroorzaken vertraging en frustratie van verpleegkundigen die wachten op de overdracht (Scovell, 2010). Efficiënt overdragen draagt bij aan het genereren van tijd voor andere activiteiten zoals klinische lessen en directe patiëntenzorg.

### Deelnemers

Bij overdracht in een aparte ruimte dragen verpleegkundigen groepsgewijs de patiënten over of alleen de patiënten die ze hebben verzorgd tijdens hun dienst (Miller 1998; McCloughen e.a., 2008). Ook een combinatie is mogelijk: face-to-face overdracht van een uitgaande verpleegkundige om het hele binnekomende team de 'globale' verpleegkundige overdracht te geven, gevolgd door een individuele overdracht (Manias & Street 2000). Soms wordt de overdracht gedaan door een coördinerend verpleegkundige en niet de eerstverantwoordelijke. Dit vergroot de kans op misinter-

### Adviezen voor overdracht

- Faciliteer als organisatie de overdracht door het organiseren van voldoende overlappende diensten om de rapportage te kunnen lezen en mondeling over te dragen.
- Vergroot de patiëntveiligheid en draag bij aan patiënttevredenheid door patiënt en familie bij informatieoverdracht te betrekken.
- Houd documentatie continu bij in plaats van aan het eind van een dienst ('do it, document it').
- Gebruik elektronische ondersteuning met gemakkelijk toegankelijke gegevens die accuraat en up-to-date zijn.
- Ondersteun de mondelinge overdracht met een voorgedrukt formulier met patiënteninformatie om het vergeten van informatie te verminderen.
- Focus de overdracht op patiënten in plaats van op taken.
- Zorg dat alle verpleegkundigen beschikken over minimale informatie over alle patiënten.
- Zorg voor gemeenschappelijke taal.
- Houd rekening met de personen die bij de overdracht betrokken zijn en hun niveau van opleiding, deskundigheid en begripsvermogen.

pretatie (O'Connell e.a., 2008; Kerr e.a., 2011).

Carroll e.a. (2012) vonden dat inkomende en uitgaande verpleegkundigen verschillende verwachtingen van de overdracht hadden. De inkomende wilden een gesprek en oogcontact, terwijl de uitgaande hun verhaal wilden vertellen zonder onderbrekingen zodat ze naar huis konden gaan. Meer ervaren verpleegkundigen verkortten de overdracht als de inkomende de patiënt kende. Soms lijken ze daar in door te schieten, waarop de inkomende verpleegkundigen veel moeten vragen. Het lijkt een algemeen fenomeen dat sprekers systematisch overschatten wat luisteraars begrijpen (Carroll e.a., 2012). Afhankelijk van het ervaringsniveau denken verpleegkundigen verschillend over welke patiënteninformatie ze het meest relevant vinden (Manser, 2011). Bij overdracht aan het bed wordt de patiënt (en/of zijn familie) betrokken. Zij zijn de enige constante en zijn in

staat om een kritische rol spelen in de continuïteit van de zorg (WHO, 2006). De patiënt heeft meer inspraak in het verpleegplan, wordt beter geïnformeerd over de zorg en krijgt de kans om direct vragen te stellen (Baker, 2010). Uit onderzoek van Laws en Amato (2010) blijkt dat overdracht aan bed positief bijdraagt aan een samenwerkingsrelatie tussen de verpleegkundige en de patiënt. Het draagt bij aan patiënttevredenheid doordat patiënten kunnen participeren en ervaren dat de benodigde informatie voor hun zorg wordt overgedragen (Caruso, 2007; Athwal e.a., 2009; Anderson & Mangino, 2006; Chaboyer e.a., 2009; Kassean & Jagoo, 2005). Ook voelt de patiënt zich veiliger omdat deze weet welke verpleegkundige verantwoordelijk is tijdens de volgende dienst; dit draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt in de verpleegkundige (Baker, 2010). Af en toe is de poging om een patiënt te betrekken in zijn of haar verzorging 'louter een symbolisch

gebaar' (Cahill, 1998), als een groepje verpleegkundigen zich aan het einde van het bed opstelt en de patiënt in kwestie negeert (Scovell, 2010). Niet alle patiënten willen participeren en jargon kan patiënten verontrusten als het niet wordt toegelicht (Cahill, 1998). Patiëntenparticipatie wordt soms bemoeilijkt door taalproblemen.

### Structuur

Het ontbreken van structuur van de overdracht kan leiden tot verwarring (Sexton e.a., 2004) en het kan moeilijk zijn om relevante informatie te verzamelen als de overdracht ongestructureerd is (Scovell, 2010).

Costello (2010) beschrijft een studie waarin de uitgaande, coördinerende verpleegkundige een beknopt, globaal overzicht geeft aan alle inkomende verpleegkundigen. De inhoud hiervan is gebaseerd op een behoefte-inventarisatie onder de verpleegkundigen. Ze vonden het belangrijk om iets te weten van alle patiënten omdat ze op hun oproepen moeten kunnen reageren, maar hoefden niet alle details te weten. Tucker e.a. (2009) onderzochten hoe de verslaglegging verbeterd kon worden in combinatie met de overdracht. Eerst namen alle inkomende verpleegkundigen deel aan een veiligheidsbriefing (5-10 minuten), waarbij de uitgaande, coördinerende verpleegkundige belangrijke algemene en veiligheidsgerelateerde informatie (wel/niet reanimeren, valrisico en infecties) presenteert. Zo doende beginnen alle medewerkers met dezelfde informatie. De inkomende teamleden lezen vervolgens de dossiers aan het bed van de hun toegewezen patiënten, zodat uitgaande teamleden zorg kunnen blijven bieden. Daarna

kunnen ze de zorg bespreken met de patiënt en hun naasten. Verpleegkundigen zorgden ervoor dat de rapportage continu werd bijgehouden, in plaats van aan het eind van een dienst, onder het motto: 'Do it, document it'. Gedurende een dienst wordt de coördinerende verpleegkundige geïnformeerd over veiligheidskwesties. De auteurs concluderen dat de kwaliteit van de rapportage en de patiëntveiligheid verbeterde.

## Inhoud

Continuïteit van zorg en patiëntveiligheid vragen om accurate en volledige informatie. De hoeveelheid informatie kan moeilijk precies in een handzaam formaat gegeven worden (Scovell, 2010) en hangt samen met de schriftelijke rapportage.

De inhoud van de overdracht zou rekening moeten houden met de betrokkenen en hun niveau van opleiding, deskundigheid, en begripsvermogen (Thakore & Morrison, 2001). Beginnen de beroepsbeoefenaren verschillen van ervaren verpleegkundigen in hun gebruik van informatie (Taylor, 2002). In een studie, gericht op bijna-ongelukken en adverse events door net gediplomeerde verpleegkundigen, benoemden de verpleegkundigen de overdracht als een punt van zorg, vooral in verband met ontbrekende of onvolledige informatie (Ebright e.a., 2004).

Sommige verpleegkundigen dragen hun eigen activiteiten over gedurende de dienst in plaats van het verstrekken van patiëntgerichte informatie (McKenna, 1997). Anderen beperken hun overdracht tot fysieke aspecten en volgen het medische model van patiëntbeschrijving (Scovell, 2010) in plaats van het verpleegkundige perspectief

(McMahon, 1990; Ekman & Segesten, 1995). Informatie verkregen van familie wordt zelden overgedragen (Liukkonen, 1993; McMahon, 1990).

Veelal wordt aanbevolen om een gestandaardiseerde aanpak te hanteren (Bomba & Prakash, 2005; Haig e.a., 2006; Matic e.a., 2010; Adams & Osborne-McKenzie, 2012). Dit kan helpen de inhoud te verduidelijken en verwarring te verminderen (Kassean & Jagger, 2005). Een dergelijke aanpak moet eenvoudig te gebruiken zijn, zodat deze gemakkelijk kan worden geleerd en herinnerd (Jorm e.a., 2009). Voorbeelden zijn ISBAR (Marshall e.a., 2009) en iSoBAR (Yee e.a., 2009). Volgens de vaak aanbevolen SBAR methode zou tijdens de overdracht gecommuniceerd moeten worden over Situation (situatie), Background (achtergrond), Assessment (beoordeling) en Recommendation (aanbeveling) (Adams & Osborn-McKenzie, 2012). Echter, SBAR is niet per definitie het beste hulpmiddel voor de informatie die verpleegkundigen onderling moeten delen bij het overdragen van hun patiënten (Adams & Osborn-McKenzie, 2012). Hoewel SBAR veel is onderzocht en wordt aanbevolen in het VMS Veiligheidsprogramma zijn geen publicaties gevonden die aantonen dat gebruik van SBAR

leidt tot betere patiëntuitkomsten en patiëntveiligheid (Cohen e.a., 2012).

SBAR lijkt wel geschikt voor communicatie tussen verpleegkundigen en artsen (Haig e.a., 2006).

Een review (Riesenberg e.a., 2009) beschrijft 24 vormen van standaardisatie. De auteurs concluderen dat de literatuur nog van onvoldoende kwaliteit en kwantiteit is om evidence-based aanbevelingen te doen. Ook Cohen en Hilligos (2010) concluderen in een extensieve review dat sterke wetenschappelijke onderbouwing van de effecten van standaardisatie ontbreekt. Een vast overdrachtsformat is niet per definitie geschikt voor alle verpleegkundigen (Scovell, 2010) of passend in alle situaties (Carroll e.a., 2012).

Betrouwbare meetinstrumenten voor de overdracht blijken nog niet te bestaan (Patterson & Wears, 2010). Patterson waarschuwt dat standaardisatie van de overdracht ook nadelen kan hebben (belangrijke informatie wordt vergeten of ontkracht door data-overbelasting). Daarom beveelt zij aan de belangrijkste informatie of details als eerste te presenteren (2008).

Een oplossing kan flexibele standaardisatie zijn. Hoewel dat tegenstrijdig kan lijken, heeft onderzoek uitgewezen dat zowel flexibiliteit als standaardisatie

Tabel 1. Generieke minimale dataset voor mondelinge verpleegkundige overdracht.

Patiëntenidentificatie: naam, geboortedatum. Medische gegevens: diagnose, relevante klinische voorgeschiedenis, opnamereden, klachten, behandeling, klinische toestand. Behandelend arts. Waarschuwingen: reanimatiestatus, valgevaar, afwijkende medicatietijden e.d. Zorgplan: huidige observaties, verpleegkundige diagnoses, interventies, afspraken en onderzoeken, ontbrekende en abnormale resultaten, huidconditie en behandeling, wondstatus en verband, input en output. Zorgplanning. Zorgresultaten. Geschatte ontslagdatum, transferplanning.
<i>Aangepast van Johnson e.a., 2011.</i>

essentieel zijn (Jorm e.a., 2009; ACS-QHC, 2010). Op basis van observatie van 195 overdrachten op verschillende specialistische afdelingen komen Johnson e.a. (2011) tot een generieke minimale dataset (zie tabel 1) die de basis kan vormen voor flexibele aanpassing op elke afdeling. De inhoud verschilt van afdeling tot afdeling, en van specialisme tot specialisme. Zo wordt maatwerk geleverd om zeker te stellen dat de overdracht tegemoet komt aan de lokale klinische context.

### Hulpmiddelen

De literatuur lijkt tegenstrijdig als het gaat om de effecten van elektronische hulpmiddelen. Ook is onbekend of ze bijdragen aan patiëntveiligheid. Onderzoek van Nelson en Massey (2010) naar het ontwikkelen en implementeren van een elektronisch formulier voor overdracht aan het bed resulteerde in een blijvende vermindering van overdrachtstijd en het aantal overuren en in meer tevredenheid. De verpleegkundigen waren van mening dat de kwaliteit van de informatie was verbeterd. Gedurende een dienst werden belangrijke gegevens in het formulier vastgelegd als basis voor de overdrachtsrapportage. Dit formulier werd uitgeprint en gebruikt door de inkomende verpleegkundigen. Bhabra e.a. (2007) gebruikten een gesmuleerde overdracht om de betrouwbaarheid van drie overdrachtvormen te vergelijken (alleen mondeling; mondeling met het maken van notities en voorgedrukte patiënteninformatie). Bij gebruik van een voorgedrukte hand-out werd 99 procent van de informatie onthouden. Een voorwaarde is dat de informatie up-to-date is. Staggers e.a. (2011a en b) vonden dat de computer-

gegenereerde patiënteninformatie nauwelijks werd gebruikt en dat deze informatie onvoldoende ondersteuning bood. De patiënteninformatie was onvolledig, niet op maat voor de gebruiker, bood de informatie niet in een oogopslag en verpleegkundigen vonden dat het zelf schrijven hun hielp bij het onthouden van de informatie.

In een review over het gebruik van computers bij de overdracht (Matic e.a., 2010) suggereren de auteurs dat elektronische programma's gebaseerd zouden moeten zijn op communicatietheorie. Daarbij zou ruimte moeten zijn voor biomedische informatie en voor psychologische en sociale behoeften van patiënten en hun naasten en voor de ontslagplanning.

Elektronische hulpmiddelen zouden op intelligente wijze informatie uit verschillende onderdelen van een EPD moeten combineren. De ontwikkeling van een elektronisch overdrachtssysteem dat bestaat uit een minimale dataset met vooraf gedefinieerde velden en dat gestructureerde rubrieken voor het invoeren van vrije tekst bevat, is een mogelijke oplossing (Collins e.a., 2011).

### Conclusie en advies

De verpleegkundige overdracht blijkt een complex mechanisme voor het overdragen van informatie en verantwoordelijkheid van een verpleegkundige of een groep (uitgaande) verpleegkundigen naar de inkomende verpleegkundige(n); een mechanisme dat we nog niet werkelijk begrijpen. We bepleiten daarom voor systematische evaluatie van interventies die als doel hebben de praktijk van overdragen te verbeteren. Dit is cruciaal omdat verbeteracties, op individueel, team- en organisatieniveau, worden

ontworpen en getest op patiëntveiligheid, efficiëntie en bevordering van de kwaliteit van zorg.

Op grond van de literatuur kan geconcludeerd worden dat er geen heilige graal voor overdracht bestaat. Die zal er ook niet komen. Wel is veel verbetering te verwachten door flexibele standaardisatie. Afspraken over locatie, deelnemers, structuur en inhoud (minimale dataset) afgestemd op de context van de eigen afdeling zijn nodig. Toch is er op basis van de literatuur wel een aantal adviezen te geven, zie hiervoor het kader Adviezen voor overdracht. ■

De gebruikte literatuur voor dit artikel is te vinden op [www.tvzdirect.nl](http://www.tvzdirect.nl).

### SAMENVATTING

- De verpleegkundige overdracht is een complex mechanisme: er is geen 'heilige graal'.
- Essentiële aspecten van de overdracht zijn: tijd, deelnemers, structuur, inhoud en hulpmiddelen.
- Flexibele standaardisatie kan de overdracht verbeteren.
- Adviezen: overlappende diensten; patiënt betrekken en als uitgangspunt nemen; 'do it, document it'; elektronische ondersteuning; gemeenschappelijke taal; aansluiten op elkaars niveau.