

OPTIMALISEREN DIENSTOVERDRACHT VRAAGT OM PRAKTISCHE AANPAK OP MAAT

# De overdracht kan een stuk beter

Een goede dienstoverdracht bespaart tijd en voorkomt fouten bij de behandeling. Toch is er noch in de opleiding, noch in de praktijk veel aandacht voor. De Nederlandse Internisten Vereniging bracht de knelpunten in de huidige overdracht in kaart. Met een paar eenvoudige veranderingen valt veel te verbeteren.

**V**rijdagmiddag, vijf over vijf. De dienstoverdracht is begonnen. Er druppelen nog een paar collega's binnen terwijl de arts-assistent zijn patiënten aan de dienstdoen-de artsen van het weekend overdraagt. Piepers gaan af. Collega's verlaten de ruimte en komen weer binnen. Van de rust die nodig is om gestructureerd en bondig verhaal te doen én hiernaar te kunnen luisteren is maar beperkt sprake. De dienstoverdracht is een essentiële schakel in de veiligheid en continuïteit van de zorg voor patiënten. Het is een dagelijks

onderdeel van het artsberoep maar krijgt relatief weinig aandacht in training en opleiding. Het lijkt een vaardigheid die iedere dokter vanzelfsprekend zou moeten hebben. Juist omdat de dienstoverdracht dagelijks voorkomt, biedt het verbeteren van de dienstoverdracht goede mogelijkheden tot het verbeteren van patiëntveiligheid. Een niet adequate overdracht leidt tot suboptimale afspraken, extra (zoek)werk tijdens de dienst, en meer kans op fouten bij de behandeling.

## Verbeteracties

In de afgelopen jaren zijn in het buitenland diverse pilots uitgevoerd om overdrachten te verbeteren.<sup>1</sup> De afdeling Interne Geneeskunde van het AMC heeft een vergelijkbaar project uitgevoerd.<sup>2</sup> De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) heeft 'actief bijdragen aan het verbeteren van patiëntveiligheid' hoog op de agenda staan.

De methodologie voor het verbeteren

van overdrachten is internationaal in ontwikkeling, maar nog niet algemeen beschikbaar voor de Nederlandse situatie en niet automatisch toepasbaar in elke praktijk. Dit is de reden dat de NIV-commissies Kwaliteit en Patiëntveiligheid het initiatief hebben genomen om in samenwerking met het CBO en zes vakgroepen Interne Geneeskunde een pilotdoorbraakproject te organiseren om bestaande (internationale) kennis en ervaring te bundelen en te testen in de Nederlandse context.<sup>3</sup>

Het project richtte zich op het verbeteren van dienstoverdrachten als instrument voor het optimaliseren van de continuïteit en veiligheid van zorg. Internisten werkten samen met arts-assistenten en verpleegkundigen aan het in kaart brengen van knelpunten in de huidige dienstoverdracht (medisch-inhoudelijk en organisatorisch), het analyseren van onderliggende oorzaken van niet-effectieve overdrachten en het identificeren en uitvoeren van verbeteracties. Het landelijke project werd begeleid door de NIV en het CBO.

## Praktische aanpak

Het optimaliseren van de dienstoverdracht vraagt om een praktische aanpak op maat. Goede elementen van de overdracht blijven behouden, verbeterpunten worden opgepakt.

De geïdentificeerde verbeterinterventies

Overdracht  
lijkt een  
vanzelfsprekende  
vaardigheid



verschillen per ziekenhuis. Ze moesten passen bij de lokale structuur en de cultuur van de afdeling en de organisatie. Eenvoudige veranderingen brachten veel teweeg.

Een poster 'Niet storen tijdens dienstoverdrachten' op de verpleegafdeling bracht rust en focus tijdens de dienstoverdracht. Het maakte duidelijk op welke tijden de artsen wel en niet bereikbaar zijn. Het gezamenlijk opstellen van een eenvoudige gestandaardiseerde lijst bleek zeer behulpzaam bij het volledig en gestructureerd overdragen van (kritische) informatie. Ieder team koos zijn eigen weg: de één gebruikte een sticker op het patiëntendossier, de ander zakkaartjes en weer anderen kozen voor een poster aan de muur van de overdrachtsruimte.

## Knelpunten

Het project bracht ook verrassende knelpunten naar voren. Zoals 'spookpatiënten': patiënten die net voor of tijdens de overdracht via andere specialismen opgenomen waren. Zij kwamen niet goed in beeld bij de dienstploeg en kwamen zodoende niet op de overdrachtslijst terecht.

## Altijd aangeven met welk doel een patiënt bezocht moet worden

Ook het ontbreken van eenduidige communicatie of het gebruik van 'vage' terminologie bleek ineffectief. Zo leverde de veel gebezigde term 'langslopen' de nodige discussie op. Want aanleiding en doel van het langslopen bij een patiënt bleven vaak onbesproken. De overdracht leverde de dienstdoende arts daarmee geen handvatten voor zijn handelen of het te bereiken resultaat op. De oplossing bleek eenvoudig: altijd aangeven met welk concreet doel een patiënt bezocht moet worden, en vermelden welke acties daar eventueel uit voortvloeien. Zo ook met de term 'palliatief beleid'; een veelvuldig gehanteerde term tijdens de dienstoverdracht, waarvan de concrete

invulling vaak ontbreekt. Wat moet nu precies wel en niet gedaan of nagelaten worden, is het beleid besproken met de patiënt en diens naasten, waar zijn de afspraken genoteerd? Het focussen op een eenduidige informatieoverdracht leverde veel verbeterpunten op, die vaak de eigen vakgroep of afdeling overstegen.

## Concrete afspraken

Een veel gekozen verbeteractie was het opstellen van anticiperend (als-dan-)beleid: informatie over problemen en complicaties die zich tijdens een dienst of het weekend kunnen voordoen en concrete afspraken over wat het medisch beleid dan moet zijn. Bijvoorbeeld: transfusie onder een afgesproken Hb-waarde. Dit beleid is voor de zaalarts en diens supervisor, die de patiënt goed kennen, makkelijker te bedenken dan voor een arts die niet bekend is met de (vaak complexe) problematiek van een patiënt, tijdens een drukke dienst.

Verbeteringen vragen continue aandacht. Eén team voerde na een korte instructie het als-dan-beleid in en turfde vervolgens het aantal patiënten bij wie

## CULTUUROMSLAG

De medisch-specialistische vervolgoopleidingen staan voor de tweede aardverschuiving binnen een decennium. Na de invoering van het competentiegerichte opleiden is er nu een mega-bezuinigingsoperatie van 218 miljoen euro. Een kwart daarvan gaan we halen door 80 procent van de aiossen een halfjaartje korter op te leiden, ruim een derde door inkrimping van de opleidingscapaciteit, en de rest door minder geld per aios aan de opleidende ziekenhuizen over te maken.

Er zijn twee manieren om met zo'n verandering om te gaan: business as usual en fundamentele herziening. Dokters zijn het beste in de eerste variant. Hoewel competentiegerichte opleiden om fundamentele herziening van het werk van de aios vroeg, veranderde er op veel plekken weinig. Aiossen doen nog altijd vooral zaalwerk, diensten en routineklussen waardoor de specialist het complexe werk kan doen. De verleiding bestaat om ook deze aardverschuiving zo aan te pakken – bijvoorbeeld meer aniossen aannemen en ze langer laten werken voordat ze aan de opleiding mogen beginnen.

Het kan ook anders. Laat aiossen dát doen waarvan ze het meeste leren. Of zoals Bas Hammer van de Jonge Orde zegt: 'Nu gaan we écht competentiegerichte opleiden. Dat vereist wel een cultuuromslag.' Wij doen bijvoorbeeld weer zelf de diensten, zodat de aios langdurige stages kan doen zonder versnippering door dienstblokken. En verpleegkundig specialisten doen het routinewerk zodat aiossen de puzzelpatiënten kunnen doen. Ook elders zijn er goede voorbeelden van gemoderniseerd opleiden waar het leren van de aios centraal staat. Maar om dat gemeengoed te maken, dat vraagt om een cultuuromslag. Aan het werk dus.

Paul Brand

het anticiperend beleid goed en concreet werd afgesproken. Aanvankelijk was een duidelijke verbetering zichtbaar, maar na verloop van een paar maanden daalde het percentage patiënten waarbij concrete afspraken werden gemaakt. De conclusie? Het is nodig om steeds opnieuw de aandacht vast en de urgentie hoog te houden. Niet eenvoudig te midden van de hectiek van de dagelijkse zorgpraktijk.

**Duurzame verbetering**

Ook het feit dat de zorg steeds in beweging is, levert uitdagingen voor het borgen van behaalde successen op. Zo zorgde het plakken van een heldergroene sticker met een checklist in de verpleegkundige status binnen het AMC voor een duidelijke verbetering van de weekendoverdracht. Door het invoeren van het elektronisch patiëntendossier (epd) raakte de 'sticker' echter in de ban; het toevoegen van een extra tabblad in het epd leidde niet tot hetzelfde resultaat. Waar de felgekleurde sticker in één oogopslag de aandacht trok, bleek het openen van een apart tabblad een extra drempel.

Een organisatorische verandering, zoals het oprichten van een grote short-stay afdeling binnen de Interne Geneeskunde, bracht ook onvoorziene knelpunten in de informatieoverdracht met zich mee. Bij een steekproefsgewijze meting bleken juist daar veel hiaten in de overdracht te zijn. Bedden die meerdere malen per dag worden bezet. Patiënten die om 16.00 uur arriveren en het ziekenhuis om 22.00 uur diezelfde avond weer verlaten, hebben te maken met verschillende dienstdoende artsen. Dit vraagt om een op maat gesneden overdracht.

En dan de voortdurende wisselingen van arts-assistenten. Bij iedere nieuwe lichting vraagt het borgen van nieuwe werkwijzen aandacht en instructie. Voor duurzame verbetering is periodiek meten of monitoren, analyseren van onvolkomenheden en optimaliseren van het proces het devies. Van achteroverleunen na behaalde successen kan geen sprake zijn.

**Handreiking**

Tijdens het project werd duidelijk dat

overdragen een vaardigheid is die specifieke aandacht vraagt. Gerichtte scholing ontbreekt, terwijl de behoefte daaraan bij aiossen wel aanwezig is. Daarom werd een trainingsmodule voor arts-assistenten ontwikkeld. In de module staat een praktijkgerichte aanpak centraal. Er wordt aandacht besteed aan de competenties die nodig zijn voor zowel het zenden, maar ook het ontvangen van informatie tijdens de dienstoverdracht. Onderdeel van de training is het gericht observeren van de huidige dienstoverdracht, het formuleren van eigen leerdoelen en het gezamenlijk reflecteren op behaalde resultaten. Het pilotproject richtte zich op vakgroepen Interne Geneeskunde, maar de dienstoverdracht is een belangrijke schakel voor elke vorm van patiëntenzorg, ongeacht het specialisme. De projectgroep heeft de opgedane kennis en ervaringen verzameld in een handreiking 'Estafette in het ziekenhuis'. Deze handreiking én de trainingsmodule worden gepresenteerd in de Nationale Week voor de patiëntveiligheid van 18 tot en met 22 november. Vakgroepen en teams die de beschreven situaties herkennen en handvatten en inspiratie zoeken ter verbetering, kunnen met deze handreiking direct aan de slag op hun eigen afdeling. ■

**contact**

meelis@niv.knmg.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

**web**

De voetnoten en de handreiking 'Estafette in het ziekenhuis' vindt u bij dit artikel via [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).



Internist Suzanne Geerlings bespreekt op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl) drie punten over de overdracht.