

Optimaliseren Dienstoverdracht  
Handreiking  
**Handreiking**  
Optimaliseren  
Dienstoverdracht  
Handreiking

## Estafette in het ziekenhuis

Optimaliseren dienstoverdrachten: handreiking voor de praktijk



## Voorwoord Suzanne Geerlings

### Voorzitter Commissie Kwaliteit Nederlandse Internisten Vereniging

Als internist werkend in een universitair medisch centrum met veel arts-assistenten had ik mij tot enkele jaren geleden, eerlijk gezegd, nog nooit afgevraagd waarom er niet speciaal aandacht aan het onderwerp “Dienstoverdracht” werd besteed. Met het eerdere project “AMC by night” en vervolgens met het pilot doorbraakproject “Verbeteren dienstoverdrachten” van de NIV in samenwerking met het CBO is daar een grote verandering in gekomen. Nu ben ik eigenlijk verbaasd dat er voor zo een cruciale schakel in de continuïteit van zorg relatief weinig aandacht is. Het is namelijk best lastig om kort maar krachtig alle essentiële informatie van een patiënt over te dragen. Indien dit niet goed gaat kan dit gevolgen hebben voor de patiëntveiligheid; bij te weinig informatie moet de dienstdoende arts tijdens de dienst op zoek naar informatie, maar ook bij te veel irrelevante details dreigt het gevaar dat de ontvanger niet meer goed blijft luisteren en daardoor belangrijke informatie mist.

De belangrijkste punten die ik zelf van dit pilot doorbraakproject geleerd heb, betreffen het volgende:

1. Het is nodig om aandacht te geven aan een goede dienstoverdracht. Binnen de opleiding door de arts-assistenten hiervoor te trainen en hen feedback te geven, maar ook voor ziekenhuizen zonder opleiding is het van belang dat de afspraken wie, wat, waar en wanneer overdraagt voor iedereen helder zijn.
2. Simpele interventies die niets hoeven te kosten (zoals de poster “Niet storen tijdens de overdracht” of de achterwacht met de telefoon op de speaker laten meedoen aan de avond-nachtoverdracht) kunnen toch een belangrijke verbetering in de kwaliteit van zorg bewerkstelligen.
3. Het is heel belangrijk om te blijven meten. De gezondheidszorg in ziekenhuizen is dynamisch: We gaan over op een elektronisch patiëntendossier, er wordt een short-stay afdeling geopend etc. en dit heeft allemaal consequenties voor de diensten en dus de overdracht. Deze consequenties zijn echter van achter het bureau niet altijd allemaal te overzien en daarom moet er regelmatig gemeten worden hoe de dienst in de praktijk verlopen is. Voor hoeveel patiënten was er onvoldoende informatie? Welke informatie ontbrak? Wat was de oorzaak?

Dit project is geïnitieerd door de NIV, maar dienstoverdrachten worden door alle medisch specialisten uitgevoerd. Wij hopen daarom dat, met een eventuele aanpassing, deze handreiking en de trainingsmodule voor arts-assistenten voor iedere medisch specialist (in opleiding) een bijdrage kan leveren aan een verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in Nederland.

## Voorwoord Marjo Jager

### Voorzitter Netwerk Medisch Specialisten Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is boven alles teamwork. En als team heb je vele taken.

Eén van de taken is de dienstoverdracht: het stokje draag je over in het belang van de patiënt en, minstens zo belangrijk, in het belang van je teamgenoten zodat je met elkaar een topprestatie kunt neerzetten. Het moet een naadloze overgang zijn, zodat degene die het stokje overneemt zijn of haar werk ook weer goed kan doen op basis van relevante informatie bij de start van de dienst.

Het inzicht dat een overdracht een situatie is die de patiëntveiligheid in gevaar kan brengen, is de grootste stap naar optimalisatie. Immers, zonder inzicht is er geen wil tot verandering.

Begin oktober mocht ik deelnemen aan de eerste “Schiermonnikoogweek” voor de arts-assistenten in opleiding tot Ziekenhuisarts. Daar zetten deze arts-assistenten hun eerste stappen op weg naar het doen van “Clinical Audits”: verbeterprojecten op afdelings- of ziekenhuisniveau die gekozen zijn op basis van relevantie voor de patiëntveiligheid. Om tot een keuze voor een onderwerp te komen, werd hen gevraagd wat in hun dagelijks werk momenten waren waarop de patiëntveiligheid in het geding kon komen. Het zal u niet verbazen dat “overdrachten” hoog scoorde!

Geweldig dat de NIV dit onderwerp heeft opgepakt en bereid is om hun ervaringen met andere specialismen te delen: teamwork in zijn zuiverste vorm!

## Inhoudsopgave

Voorwoord Suzanne Geerlings.....	2
Voorwoord Marjo Jager .....	3
Inhoudsopgave .....	4
Inleiding .....	5
Dienstoverdrachten: vanzelfsprekend?.....	6
• Dienstoverdrachten: vanzelfsprekend onderdeel van het werk .....	6
• Dienstoverdrachten: vanzelfsprekend adequaat? .....	6
• Voordelen van een adequate dienstoverdracht.....	6
• Dienstoverdrachten: periodiek evalueren .....	6
Mogelijkheden voor optimaliseren dienstoverdrachten.....	8
• Optimaliseren dienstoverdrachten: lokale standaardisatie overdrachtsproces.....	8
• Lokale standaardisatie: aandachtspunten voor een adequate dienstoverdracht.....	8
• Optimaliseren dienstoverdrachten: optimaliseren kennis en vaardigheden .....	10
• Training dienstoverdrachten voor arts-assistenten.....	10
Methodiek voor optimaliseren dienstoverdrachten .....	11
Nawoord .....	13
Literatuurlijst .....	14
Bijlage 1 Overzichtsformulier dienstoverdrachten .....	15
Bijlage 2 Evaluatieformulier dienstoverdrachten.....	16
Bijlage 3 Meting effectiviteit dienstoverdrachten.....	18
Bijlage 4 Korte Praktijk Beoordeling (KPB) Ochtendoverdracht .....	22
Bijlage 5 PDSA-formulier en voorbeeld.....	26

## Inleiding

De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) wil actief bijdragen aan het verbeteren van patiëntveiligheid. Internationaal wordt het optimaliseren van overdrachten gezien als een belangrijk middel om de patiëntveiligheid te verbeteren. In dat kader heeft de NIV een pilot doorbraakproject georganiseerd in samenwerking met het CBO. Het project was gericht op de praktijk om de overdracht van de verantwoordelijkheid voor de medische zorg en de bijhorende uitwisseling van relevante informatie voor patiënten opgenomen op afdelingen interne geneeskunde te optimaliseren. Internisten, arts-assistenten en verpleegkundigen uit de volgende zes ziekenhuizen hebben actief geparticipeerd: AMC, Deventer Ziekenhuis, HagaZiekenhuis, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Ommelander Ziekenhuis Groep (locatie Delfzicht) en Reinier de Graaf Groep. Wetenschappelijk onderzoek was geen onderdeel van dit project. Vanzelfsprekend is beschikbare literatuur geraadpleegd.

De kennis en ervaringen opgedaan in het pilot doorbraakproject vormen de basis voor deze handreiking voor de praktijk. Op verzoek van de deelnemers is ook een trainingsmodule voor arts-assistenten ontwikkeld om de benodigde competenties voor dienstoverdrachten te optimaliseren. Hoewel het pilot doorbraakproject gericht was op de interne geneeskunde, is de verwachting dat de handreiking en de trainingsmodule bruikbaar zijn voor meerdere specialismen.

## Dienstoverdrachten: vanzelfsprekend?

### Dienstoverdrachten: vanzelfsprekend onderdeel van het werk

In een ziekenhuis wordt 24 uur per dag en 7 dagen per week zorg geleverd aan patiënten. De verantwoordelijkheid voor de zorg ligt bij de dienstdoende arts(-assistent). Na iedere dienst wordt de verantwoordelijkheid overgedragen aan de volgende dienstdoende. Deze overdrachtmomenten zijn een vanzelfsprekend onderdeel van het werk. Zo vanzelfsprekend dat zelden stilgestaan wordt bij de vraag of de dienstoverdracht adequaat is.

### Dienstoverdrachten: vanzelfsprekend adequaat?

Dienstoverdracht wordt in deze handreiking gedefinieerd als de intra-disciplinaire overdracht van de verantwoordelijkheid en de benodigde informatie voor de zorg voor de klinische patiënten inclusief de bespreking van relevante punten. Een adequate dienstoverdracht draagt bij aan de continuïteit van zorg en de patiëntveiligheid (1).

Dienstoverdrachten vinden meerdere malen per dag plaats. De wijze van overdragen is vaak historisch bepaald. De vraag is of de huidige werkwijze adequaat is, omdat de omstandigheden regelmatig veranderen (2). Een groeiend aantal arts(-assistent)en, een toename in part-time werken, een reorganisatie van afdelingen en de invoering van het elektronisch patiëntendossier zijn voorbeelden van redenen om de huidige werkwijze te evalueren en aan te passen indien nodig.

### Voordelen van een adequate dienstoverdracht

Zowel de patiënt als de dienstdoende is gebaat bij een adequate dienstoverdracht (3-4). Indien relevante informatie niet wordt overgedragen, neemt de kans op incidenten toe met mogelijk schade voor de patiënt. Voor de continuïteit in de zorg heeft de dienstdoende informatie nodig over de laatste stand van zaken bij aanvang van de dienst. Een adequate overdracht voorkomt onnodige werkzaamheden tijdens de dienst zoals het zoeken naar informatie en bellen indien het ingezette beleid niet duidelijk is. Het afspreken van anticiperend beleid voor patiënten helpt de dienstdoende om adequaat en tijdig te interveniëren. Het anticiperend beleid geeft aan welke concrete actie verwacht wordt bij een bepaalde toestand van de patiënt, bij voorkeur op basis van specifieke afkapwaarden (bijvoorbeeld transfusie onder een afgesproken Hb-waarde). Dit beleid is makkelijker te bepalen door de behandelend specialist dan door de dienstdoende die de patiënt minder goed kent. Een adequate dienstoverdracht bevordert dus de kwaliteit van zorg voor de patiënt en reduceert stress bij de dienstdoende.

### Dienstoverdrachten: periodiek evalueren

Geadviseerd wordt om periodiek de dienstoverdracht te evalueren om te bepalen of de huidige manier van overdragen nog adequaat is (3). De evaluatie geeft inzicht in mogelijke aandachtspunten om dienstoverdrachten te optimaliseren.

### Scope evaluatie dienstoverdrachten

Eerst dient bepaald te worden welke dienstoverdrachten onderwerp zijn van de evaluatie en wie bij die overdrachten zijn betrokken. Dienstoverdrachten worden meestal per specialisme georganiseerd. Kleinere specialismen kunnen afgesproken hebben om voor elkaar dienst te draaien terwijl grotere specialismen de dienst opgesplitst kunnen hebben met meerdere dienstdoenden tegelijkertijd.

De omvang van de dienst kan per dagdeel verschillen. Een dagdienst kan bijvoorbeeld betrekking hebben op één afdeling terwijl de nachtdienst meerdere afdelingen betreft. Als de omvang van de dienst toeneemt ofwel het aantal dienstdoenden afneemt, ontvangt de volgende dienstdoende van meerdere dienstdoenden een overdracht en vice versa.

Het dienstrooster van de medisch specialisten kan afwijken van het dienstrooster van de arts-assistenten zowel in de duur van de dienst als in de omvang van de dienst. Een weekenddienst kan bijvoorbeeld van vrijdagmiddag tot maandagochtend duren voor de medisch specialist, terwijl de arts-assistenten dag-, avond- en nachtdiensten draaien in datzelfde weekend. De arts-assistenten hebben in dat geval meer overdrachtmomenten dan de medisch specialisten.

Met betrekking tot de omvang kan de dienst van een medisch specialist meerdere afdelingen omvatten en van de arts-assistent maar een afdeling. Omgekeerd kan een arts-assistent tegelijk voor meerdere kleine specialismen dienst doen terwijl voor ieder specialisme een medisch specialist dienst doet.

Aan de hand van het dienstrooster kan bepaald worden op welke momenten de overdracht van de verantwoordelijkheid voor de zorg plaatsvindt. Vervolgens kan inzichtelijk worden gemaakt hoe deze dienstoverdrachten georganiseerd zijn (zie: "Overzichtsformulier dienstoverdrachten" in bijlage 1). Het overzicht van de overdrachtmomenten en de wijze van overdragen is behulpzaam bij het bepalen van de scope voor de evaluatie van dienstoverdrachten.

### Evaluatie dienstoverdrachten

De evaluatie van dienstoverdrachten kan op verschillende manieren gedaan worden. Het evaluatieformulier in bijlage 2 is gebaseerd op de aandachtspunten voor een adequate dienstoverdracht zoals beschreven in het volgende hoofdstuk. De resultaten geven inzicht in de aandachtspunten die voor de lokale situatie van belang zijn om de dienstoverdrachten te optimaliseren.

De effectiviteit van de dienstoverdracht kan ook bepaald worden aan de hand van een meting zoals beschreven in bijlage 3. Bij deze meting geeft de dienstdoende aan of de relevante informatie voor de dienst bij aanvang was ontvangen en zo niet, welke informatie ontbrak en wat de reden was.

Bij de evaluatie kunnen ook algemene methoden gebruikt worden zoals observatie (eventueel met video-opname), procesanalyse, interviews en analyse van incidenten.

## Mogelijkheden voor optimaliseren dienstoverdrachten

### Optimaliseren dienstoverdrachten: lokale standaardisatie overdrachtsproces

Het doel van de dienstoverdracht is een efficiënte overdracht van kwalitatief goede informatie op het moment dat de verantwoordelijkheid voor de zorg voor klinische patiënten wordt overgenomen om de continuïteit van zorg en de patiëntveiligheid te waarborgen (3). Een eenduidig model voor een adequate dienstoverdracht bestaat niet. Geadviseerd wordt om het overdrachtsproces te standaardiseren op lokaal niveau (5). Bij voorkeur wordt het standaard overdrachtsproces vastgelegd in een procedure die ook onderdeel is van het inwerkprogramma (6).

In de literatuur worden onderstaande aandachtspunten genoemd voor een adequate (dienst)overdracht die om een lokale uitwerking vragen (2-8). De aandachtspunten bieden praktische en simpele mogelijkheden om dienstoverdrachten te optimaliseren. De lokale invulling kan mede gebaseerd worden op de volgende norm die de NIV heeft gedefinieerd voor dienstoverdrachten (9).

*“De vakgroep heeft iedere dag een ochtendoverdracht, van maandag tot en met donderdag dagelijks een avondoverdracht en op vrijdag een weekendoverdracht. Tijdens de overdracht wordt de verantwoordelijkheid en de benodigde informatie voor de zorg voor de klinische patiënten overgedragen en relevante punten besproken met minimaal de dienstdoende internisten en arts-assistenten. In de ochtendoverdracht participeren op alle doordeweekse dagen ook de superviserende internisten van de betreffende klinische afdeling(en) en zijn alle subdisciplines die betrokken zijn bij deze afdeling(en) vertegenwoordigd.”*

### Lokale standaardisatie: aandachtspunten voor een adequate dienstoverdracht

#### Deelnemers dienstoverdrachten

- Na afloop van elke dienst is een mondelinge overdracht gepland.
- Lokaal is bepaald wie deelnemen aan de mondelinge overdracht.
- De deelnemers worden in de gelegenheid gesteld om ongestoord te participeren.

#### **Praktijkvoorbeeld**

Lokaal is bepaald dat de dienstdoende medisch specialist telefonisch deelneemt aan de dienstoverdracht van de arts-assistenten om 23:30 uur.

#### Inplannen dienstoverdrachten

- In het dienstrooster is rekening gehouden met voldoende overlap om de dienstoverdracht inclusief de voorbereiding mogelijk te maken binnen werktijd.
- Dienstoverdrachten beginnen op een vast tijdstip. Deelnemers zijn op tijd aanwezig.
- Voor iedere overdracht wordt voldoende tijd gereserveerd om relevante informatie over te dragen, om vragen te beantwoorden en om te verifiëren of de informatie goed begrepen is.
- De dienstoverdracht wordt niet verstoord door in- en uitloop en telefoons of piepers. Er bestaat een duidelijke afspraak hoe noodgevallen tijdens de dienstoverdracht worden afgehandeld.
- Dienstoverdrachten kunnen gecombineerd worden met andere activiteiten zoals onderwijs. In dat geval dienen de verschillende doelen van de bijeenkomst bij alle deelnemers bekend te zijn.

#### **Praktijkvoorbeeld**

Een “niet storen” poster bij de telefoons op de verpleegafdeling met de tijdstippen van de overdracht draagt bij aan het voorkomen van verstoringen.



### Locatie dienstoverdracht

- De overdracht vindt plaats in een vaste zaal die groot genoeg is voor alle deelnemers.
- De overdrachtsruimte beschikt over de benodigde middelen zoals toegang tot relevante informatiesystemen.

### **Praktijkvoorbeeld**

Bij het gebruik van een beamer tijdens de overdracht kunnen bijvoorbeeld de radiodiagnostische beelden geprojecteerd worden.

### Structuur van de overdracht

- Voor de overdracht wordt een overdrachtsformulier of checklist gebruikt om informatie die relevant is voor de volgende dienst in een vaste structuur over te dragen.
- De mondelinge overdracht wordt geleid door de voorzitter. Het voorzitterschap kan rouleren mits duidelijk bekend is wie de rol van voorzitter vervult.

### **Praktijkvoorbeeld**

De invoering van het elektronisch patiëntendossier betekent een verandering voor de schriftelijke overdracht en heeft in meerdere ziekenhuizen knelpunten opgeleverd. Het betreft bijvoorbeeld de moeilijk te wijzigen structuur van het overdrachtsformulier in het elektronisch patiëntendossier, waardoor onderwerpen uit de bestaande papieren checklist niet (snel) toegevoegd kunnen worden.

### Inhoud van de overdracht

- De actuele en complete informatie over de klinische patiënten is voor de volgende dienstdoende beschikbaar in de (elektronische) patiëntendossiers.
- Voor iedere dienst wordt een schriftelijke overdracht gemaakt. Onderdeel van de overdracht is het anticiperend beleid (concrete acties die geadviseerd worden bij een bepaalde toestand van de patiënt).
- De inhoud van de mondelinge overdracht wordt voorbereid door de dienstdoende arts(-assistent). Het betreft zowel de keuze van de patiënten als de keuze van de relevante informatie.
- Mondeling worden minimaal de patiënten overgedragen die instabiel zijn of bij wie complicaties worden verwacht en de patiënten die verwacht worden voor opname tijdens de komende dienst.
- Openstaande activiteiten en verwachte onderzoeksresultaten die actie verlangen van de inkomende dienstdoende, zijn onderdeel van de mondelinge overdracht.
- Indien nieuw beleid of een beleidswijziging bij de mondelinge overdracht wordt afgesproken, wordt dit schriftelijk vastgelegd.
- Behalve patiënt gerelateerde informatie kan ook andere informatie relevant zijn voor de inkomende dienstdoende zoals het aantal beschikbare bedden.
- De informatie in de schriftelijke en mondelinge dienstoverdracht wordt beperkt tot de essentie voor continuïteit en veiligheid van zorg.
- Vaag taalgebruik zoals “langslopen in het weekend” wordt vermeden; de informatie is concreet en de verwachte actie van de inkomende dienstdoende arts(-assistent) is gespecificeerd.
- Termen en afkortingen worden alleen gebruikt als ze algemeen bekend zijn en eenduidig gedefinieerd.

### **Praktijkvoorbeeld**

De term “palliatief beleid” en het bijbehorende overdrachtsformulier was onvoldoende duidelijk voor de dienstdoenden. De term is nu eenduidig gedefinieerd en het beleid is nader gespecificeerd op het formulier.

### **Optimaliseren dienstoverdrachten: optimaliseren kennis en vaardigheden**

Voor een adequate dienstoverdracht dienen de deelnemers te beschikken over de benodigde competenties en de lokale afspraken rondom overdrachten te kennen (11). Geadviseerd wordt om een continuüm aan training te bieden op lokaal niveau bestaande uit formele training, leren tijdens het werk en informeel leren door socialiseren. Onder formele training wordt een systematische, geplande aanpak verstaan onder leiding van een trainer. De training wordt op een vastgesteld moment en plaats georganiseerd en eventueel gewaardeerd met een certificaat bij succesvolle afronding. Voor leren tijdens het werk is het van belang dat expliciete leerdoelen worden benoemd die gemeten kunnen worden. Het leren wordt gestimuleerd door bijvoorbeeld supervisie, bespreking van casuïstiek en observatie. De korte praktijkbeoordeling (KPB) "Ochtendoverdracht" van de NIV kan in dit kader gebruikt worden (zie bijlage 4). Leren door socialiseren is informeel en geïntegreerd in het werk en de cultuur. Het betreft onder andere voorbeeldgedrag en elkaar aanspreken op werkhouding. Als belangrijke onderwerpen voor het continuüm van training worden het gestandaardiseerde overdrachtsproces, de communicatie en de coördinatie van werkzaamheden genoemd (12).

### **Training dienstoverdrachten voor arts-assistenten**

In het kader van het pilot doorbraakproject is een trainingsmodule ontwikkeld voor arts-assistenten om de benodigde competenties voor dienstoverdrachten te optimaliseren. De rol van een dienstdoende is bij de overdracht aan het begin van de dienst anders dan bij de overdracht aan het eind van de dienst. Bij aanvang van de dienst wordt informatie ontvangen en de verantwoordelijkheid voor de zorg geaccepteerd (rol ontvanger). Aan het einde van de dienst wordt informatie en verantwoordelijkheid voor de zorg overgedragen (rol zender). Tijdens de training staan beide rollen centraal.

De training geeft inzicht in de eigenschappen en voordelen van een adequate dienstoverdracht en stimuleert het optimaliseren van het eigen functioneren tijdens dienstoverdrachten. De training is praktijkgericht met aandacht voor de persoonlijke leerdoelen. Onderdeel van de training is een korte praktijkbeoordeling (KPB) dienstoverdracht.

De trainingsmodule vormt de basis voor de training die lokaal georganiseerd kan worden. Dit biedt de mogelijkheid om de training aan te passen indien gewenst voor aansluiting op de lokale situatie. De trainingsmodule is beschikbaar op de website van de NIV ([www.internisten.nl](http://www.internisten.nl)).

## Methodiek voor optimaliseren dienstoverdrachten

De meest effectieve maatregelen om dienstoverdrachten te optimaliseren, betreffen praktische en simpele oplossingen voor de lokale aandachtspunten in het overdrachtsproces. Succesvolle maatregelen worden door de betrokkenen gezien als geschikte oplossingen die effectief en efficiënt zijn en voordelen hebben voor patiënten en dienstdoenden (12). In het pilot doorbraakproject is het Nolan verbetermodel gehanteerd. Dit model past bij het snel ontwikkelen, testen en invoeren van simpele oplossingen en is ook bruikbaar voor een klein probleem.

### Verbetermodel



Het Nolan verbetermodel begint met de volgende drie vragen (14).

1. Wat willen we bereiken?  
Formuleer doelstellingen op een wijze dat ze Specifiek, Meetbaar, Appellerend, Resultaatgericht en Tijdgebonden zijn (SMART).
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?  
Bepaal hoe resultaten worden gemeten en afgezet tegen het doel.
3. Welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering?  
Bedenk mogelijke veranderingen die kunnen leiden tot het bereiken van het doel.

Vervolgens kunnen de mogelijke veranderingen op kleine schaal getest worden volgens de Plan-Do-Study-Act cyclus.

Plan: kies een mogelijke verandering en bedenk een plan voor het uittesten;

Do: test de verandering op kleine schaal (bijvoorbeeld bij twee dienstoverdrachten);

Study: evalueer het proces en het effect van de verandering; stel zo nodig bij;

Act: test opnieuw of voer de verandering op grote schaal in bij positieve ervaringen.

Bijlage 5 bevat een formulier om de PDSA-cyclus lokaal vorm te geven en een voorbeeld.

Na invoering van de verandering op grote schaal is het behouden van de resultaten een belangrijk aandachtspunt. De nieuwe werkwijze dient onderdeel te worden van het lokaal gestandaardiseerde overdrachtsproces. Door periodiek dienstoverdrachten te evalueren, ontstaat blijvende aandacht die van belang is voor het behoud van de resultaten en verdergaande optimalisatie van dienstoverdrachten.

#### **Praktijkvoorbeeld**

Lokaal is besloten om iedere zes maanden de meting van de effectiviteit van de dienstoverdracht uit te voeren zoals beschreven in bijlage 3 en de PDSA-cyclus te hanteren voor de punten die door de meting worden geïdentificeerd.

## Nawoord

Deze handreiking voor de praktijk om dienstoverdrachten te optimaliseren, wordt beschouwd als een eerste stap. Ontwikkelingen in het buitenland laten zien dat het optimaliseren van overdrachten een dynamisch onderwerp is. Nieuwe ideeën zoals het participeren van verpleegkundigen in dienstoverdrachten van medisch specialisten, zijn in deze eerste versie van de handreiking niet aan bod gekomen. Gezien alle publicaties zijn de mogelijkheden voor verdieping en verbreding van het onderwerp talrijk.

Deze handreiking is toegespitst op het optimaliseren van de bestaande dienstoverdrachten en dat bleek in het pilot doorbraakproject al voldoende uitdaging te bieden. Wij hopen dat de handreiking voor u in de praktijk bruikbaar is om de continuïteit en veiligheid van de zorg voor patiënten te waarborgen door adequate dienstoverdrachten. Reacties en suggesties worden gewaardeerd ([secr@niv.knmg.nl](mailto:secr@niv.knmg.nl), tel: 030 282 3229).

Namens het kernteam,

Suzanne Geerlings, internist AMC  
Marian Tervoort, internist Reinier de Graaf Groep  
Petra van Gurp, internist UMC St Radboud  
Annemieke van Meelis, NIV  
Loes Schouten, CBO  
Femke de Wit, CBO

## Literatuurlijst

1. "Patient care handovers: what will it take to ensure quality and safety during times of transition?", Julie K. Johnson, Paul Barach, MJA 2009; 190 (11): S110-S112
2. "De overdracht stelt nieuwe eisen", dr. W.J. Rijnberg, dr. F.H. Bosch e.a., Medisch Contact 2010; 65 (27): 1357-1359
3. "Safe Handover: Safe Patients, Guidance on Clinical Handover for Clinicians and Managers", Australian Medical Association Limited, 2006 (<https://ama.com.au/ama-clinical-handover-guide-safe-handover-safe-patients>)
4. "Ziekenhuiszorg buiten kantooruren", dr. S.M. Smorenburg, B. Göbel MSc e.a., Medisch Contact 2011; 66 (12): 748-750
5. "Communication During Patient Hand-Overs", World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>)
6. "Hospitalist Handoffs: A Systematic Review and Task Force Recommendations", Vineet M. Arora et al., Journal of Hospital Medicine 2009; 4 (7): 433-440
7. "Care Transitions for Hospitalized Patients", Vineet M. Arora, Jeanne M. Farnan, Med Clin N Am 2008; 92: 315-324
8. "WA Health Clinical Handover Policy", Department of Health WA, November 2012 ([http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/initiative/CLINICAL\\_HANDOVER\\_Policy.pdf](http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/initiative/CLINICAL_HANDOVER_Policy.pdf))
9. "Kwaliteitsnormen praktijkvoering Interne Geneeskunde", Nederlandse Internisten Vereniging, 2013
10. "Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem", Julie K. Johnson, Vineet M. Arora, Qual Saf Health Care 2009; 18 (4): 244-245
11. "Improving transitions of Care: Hand-off Communications", Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2013
12. "Mapping and assessing clinical handover training interventions", Dr Slavi Stoyanov et al., BMJ Qual Saf 2012; 21: 50-57
13. "Implementation Toolkit for Clinical Handover Improvement", Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2011
14. "Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg", L. Schouten e.a., 2007, ISBN 9789023243670

## Bijlage 1 Overzichtsformulier dienstoverdrachten

De onderstaande tabel maakt inzichtelijk wanneer de verantwoordelijkheid voor de zorg wordt overgedragen en hoe de dienstoverdrachten zijn vormgegeven.

Dag	Dienstdoende arts(-assistent)	Afdeling(en) dienst	Tijdstip aanvang dienst	Dienstoverdracht			Tijdstip einde dienst	Dienstoverdracht		
				Schriftelijk (ja/nee)	Mondeling			Schriftelijk (ja/nee)	Mondeling	
					Tijdstip	Locatie			Tijdstip	Locatie

## Bijlage 2 Evaluatieformulier dienstoverdrachten

**Datum evaluatie dienstoverdrachten:**

**Scope evaluatie dienstoverdrachten**

**Specialisme(n):**

**Afdeling(en):**

**Checklist aandachtspunten adequate dienstoverdracht** (kruis aan indien lokaal geregeld)

### Deelnemers dienstoverdrachten

- Na afloop van elke dienst is een mondelinge overdracht gepland.
- Lokaal is bepaald wie deelnemen aan de mondelinge overdracht.
- De deelnemers worden in de gelegenheid gesteld om ongestoord te participeren.

### Inplannen dienstoverdrachten

- Het dienstrooster bevat voldoende overlap om de dienstoverdracht inclusief de voorbereiding binnen werktijd te kunnen doen.
- Dienstoverdrachten beginnen op een vast tijdstip.
- Deelnemers zijn op tijd aanwezig.
- Voor iedere overdracht is voldoende tijd gereserveerd om relevante informatie over te dragen, om vragen te beantwoorden en om te verifiëren of de informatie goed begrepen is.
- De dienstoverdracht wordt niet verstoord door in- en uitloop en telefoons of piepers.
- Er bestaat een duidelijke afspraak hoe noodgevallen tijdens de dienstoverdracht worden afgehandeld.
- Indien dienstoverdrachten worden gecombineerd met andere activiteiten zoals onderwijs, zijn de verschillende doelen van de bijeenkomst bij alle deelnemers bekend.

### Locatie dienstoverdracht

- De overdracht vindt plaats in een vaste zaal die groot genoeg is voor alle deelnemers.
- De overdrachtsruimte beschikt over de benodigde middelen zoals toegang tot relevante informatiesystemen.



## Vervolg checklist aandachtspunten adequate dienstoverdracht (kruis aan indien lokaal geregeld)

### Structuur van de overdracht

- Voor de overdracht wordt een overdrachtsformulier of checklist gebruikt om relevante informatie in een vaste structuur over te dragen.
- De mondelinge overdracht wordt geleid door de voorzitter.
- Voor iedere dienstoverdracht is bekend wie de voorzitter is.

### Inhoud van de overdracht

- De actuele en complete informatie over de klinische patiënten is voor de volgende dienstdoende beschikbaar in de (elektronische) patiëntendossiers.
- Voor iedere dienst wordt een schriftelijke\* overdracht gemaakt.
- Een onderdeel van de schriftelijke overdracht is het anticiperend beleid (concrete acties die geadviseerd worden bij een bepaalde toestand van de patiënt).
- De inhoud van de mondelinge overdracht wordt voorbereid door de dienstdoende arts (-assistent). Het betreft zowel de keuze van patiënten als de keuze van relevante informatie.
- Mondeling worden minimaal de patiënten overgedragen die instabiel zijn of bij wie complicaties worden verwacht en de patiënten die verwacht worden voor opname tijdens de komende dienst.
- Openstaande activiteiten en verwachte onderzoeksresultaten die actie verlangen van de inkomende dienstdoende, zijn onderdeel van de mondelinge overdracht.
- Indien nieuw beleid of een beleidswijziging bij de mondelinge overdracht wordt afgesproken, wordt dit schriftelijk vastgelegd.
- Niet patiënt gerelateerde informatie die wel relevant is voor de inkomende dienstdoende, is onderdeel van de overdracht.
- De informatie in de schriftelijke en mondelinge dienstoverdracht wordt beperkt tot de essentie voor continuïteit en veiligheid van zorg.
- Vaag taalgebruik wordt vermeden; de informatie is concreet en de verwachte actie van de inkomende dienstdoende arts(-assistent) is gespecificeerd.
- Termen en afkortingen worden alleen gebruikt als ze algemeen bekend zijn en eenduidig gedefinieerd.

\* De schriftelijke overdracht kan op papier zijn of digitaal, bijvoorbeeld als onderdeel van het elektronisch patiëntendossier (EPD).

### Optimaliseren kennis en vaardigheden

- De lokale afspraken rondom dienstoverdrachten zijn schriftelijk vastgelegd en bij alle betrokkenen bekend.
- De lokale afspraken rondom dienstoverdrachten zijn onderdeel van het inwerkprogramma.
- Lokaal worden verschillende mogelijkheden geboden om de benodigde competenties voor dienstoverdrachten te optimaliseren.

### Bijlage 3    Meting effectiviteit dienstoverdrachten

Bij de meting van de effectiviteit van de dienstoverdrachten wordt gevraagd of de relevante informatie voor de dienst bij aanvang is ontvangen en zo niet, welke informatie ontbrak en wat de reden was. Geadviseerd wordt om dienstdoende arts(-assistent)en gedurende enkele weken de formulieren te laten invullen na afloop van de dienst. Analyse van de verzamelde gegevens biedt inzicht in het percentage patiënten voor wie bij aanvang van de dienst onvoldoende informatie was ontvangen om de zorg adequaat te continueren, het soort informatie dat ontbrak en de redenen voor het ontbreken van informatie. De resultaten van de analyse bieden aangrijpingspunten om de dienstoverdrachten te optimaliseren.

## Effectiviteit dienstoverdracht: meetformulier

Vul één formulier na afloop van de dienst.

### Dag aanvang dienst

- Maandag     Dinsdag     Woensdag     Donderdag     Vrijdag  
 Zaterdag     Zondag     Feestdag

### Tijdstip aanvang dienst:

### Meting

1. Voor hoeveel klinische patiënten was u bij aanvang van de dienst verantwoordelijk?  
Het betreft alleen de patiënten die bij aanvang van de dienst waren opgenomen of gepland waren voor opname tijdens de dienst. Ongeplande opnames, consulten en patiënten op de Spoed Eisende Hulp tellen niet mee.

- Bij aanvang van de dienst was ik verantwoordelijk voor de zorg voor ..... patiënten.

2. Had u voor alle patiënten voldoende informatie ontvangen bij aanvang van de dienst om de zorg adequaat te continueren?

- Ja » sla vraag 3 over. Het antwoord bij vraag 4 is 0%.
- Nee » ga door naar vraag 3.

3. Voor hoeveel patiënten had u onvoldoende informatie om de zorg adequaat te continueren?

- Voor ..... patiënten had ik onvoldoende informatie om de zorg adequaat te continueren.

*Vul voor elk van deze patiënten apart het formulier "Analyse ontbrekende informatie" in.*

4. Bepaal het percentage van de patiënten voor wie u verantwoordelijk was maar voor wie u onvoldoende informatie heeft ontvangen bij aanvang van de dienst om de zorg adequaat te continueren.

- $(\text{Antwoord vraag 3} / \text{Antwoord vraag 1}) * 100\% = \dots\dots\dots \%$

## Effectiviteit dienstoverdracht: analyseformulier

Vul één formulier in per patiënt voor wie u onvoldoende informatie heeft ontvangen bij aanvang van de dienst om de zorg adequaat te continueren.

### 1. Welke informatie heeft u voor deze patiënt gemist tijdens de dienst? (b.v. anticiperend beleid)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 2. Wat was de reden voor het ontbreken van deze informatie? (meerdere antwoorden mogelijk)

#### Dossiervoering

- De benodigde informatie was niet te vinden in het (elektronische) patiëntendossier.
- De benodigde informatie was niet actueel in het (elektronische) patiëntendossier.

#### Schriftelijke overdracht\*

- Geen schriftelijke overdracht voor deze patiënt.
- De schriftelijke overdracht was technisch niet toegankelijk of niet leesbaar.
- De schriftelijke overdracht was niet compleet en/of niet actueel voor deze patiënt.
- De schriftelijke overdracht voor deze patiënt was niet volgens de vaste structuur.
- Onvoldoende tijd om de schriftelijke overdracht voor deze patiënt te lezen.
- De schriftelijke overdracht was onduidelijk door vaag taalgebruik, door onbekende termen/afkortingen of termen die niet eenduidig zijn gedefinieerd.
- De actie die van mij werd verwacht en op welk moment, was niet gespecificeerd.

\* De schriftelijke overdracht kan op papier zijn of digitaal, bijvoorbeeld als onderdeel van het elektronisch patiëntendossier (EPD).

### Mondelinge overdracht

- Geen mondelinge overdracht voor deze patiënt.
- De mondelinge overdracht was niet compleet en/of niet actueel voor deze patiënt.
- De mondelinge overdracht voor deze patiënt was niet volgens de vaste structuur.
- Onvoldoende tijd om relevante informatie voor deze patiënt te bespreken, vragen te stellen en om te verifiëren of de informatie goed begrepen is.
- De actie die van mij werd verwacht en op welk moment, was niet gespecificeerd.
- Beleid dat tijdens de mondelinge overdracht is afgesproken, is niet schriftelijk vastgelegd.
- De mondelinge overdracht was onduidelijk door vaag taalgebruik, door onbekende termen/afkortingen of termen die niet eenduidig zijn gedefinieerd.
- De mondelinge overdracht werd niet (adequaat) geleid door een voorzitter.
- De vorige dienstdoende werd gestoord tijdens de mondelinge overdracht.
- Andere personen benodigd voor een adequate overdracht waren (deels) niet aanwezig.
- De mondelinge overdracht werd verstoord door:
  - In- en uitloop van personen
  - Telefoons/piepers
  - Technische problemen

### Andere redenen, namelijk

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Bijlage 4 Korte Praktijk Beoordeling (KPB) Ochtendoverdracht

Onderstaande Korte Praktijk Beoordeling (KPB) "Ochtendoverdracht" is beschikbaar in het E-Portfolio van de Nederlandse Internisten Vereniging. De volgende competenties zijn opgenomen in deze KPB: medisch handelen (M), communicatie (C), samenwerking (S), maatschappelijk handelen (Ma) en reflecteren (R).

### KPB Ochtendoverdracht

**Categorie:** KPB - Ochtendoverdracht (M,C,S,Ma,R)

Geef hier aan in welke categorie de activiteit valt.

<b>* Datum activiteit voltooid</b>	20-6-2013
<b>* Categorie</b>	KPB - Ochtendoverdracht (M,C,S,Ma,R) <input type="button" value="v"/> Vul bij de omschrijving een korte titel voor de KPB (deze titel wordt ook in overzichten weergegeven). <b>Voor een uitleg over de competenties behorende bij de KPB klik hier</b>
<b>* Omschrijving</b>	<input type="text"/>
<b>* Supervisor</b>	Selecteer <input type="button" value="v"/>

<b>* In welke opleidingsperiode bevindt u zich ten tijde van deze KPB?:</b>	1.1 <input type="radio"/> 1.2 <input type="radio"/> 1.3 <input type="radio"/> 2.1 <input type="radio"/> 2.2 <input type="radio"/> 2.3 <input type="radio"/> 3.1 <input type="radio"/> 3.2 <input type="radio"/> 3.3 <input type="radio"/> 4.1 <input type="radio"/> 4.2 <input type="radio"/> 4.3 <input type="radio"/> 5.1 <input type="radio"/> 5.2 <input type="radio"/> 5.3 <input type="radio"/> 6.1 <input type="radio"/> 6.2 <input type="radio"/> 6.3 <input type="radio"/>
<b>Stage:</b>	Selecteer <input type="button" value="v"/>
<b>* Complexiteit:</b>	Selecteer <input type="button" value="v"/>

## Competenties KPB Ochtendoverdracht

Medisch handelen																		
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3
<input type="checkbox"/> M niveau:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	O	V	B															
<input type="checkbox"/> M oordeel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>															
Wat ging er goed (M):	<input type="text"/>																	
Wat kan er beter (M):	<input type="text"/>																	
Communicatie																		
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3
C niveau:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	O	V	B															
<input type="checkbox"/> C oordeel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>															
Wat ging er goed (C):	<input type="text"/>																	
Wat kan er beter (C):	<input type="text"/>																	

## Competenties KPB Ochtendoverdracht (vervolg)

Samenwerking																		
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3
S niveau:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	O	V	B															
<input type="checkbox"/> S oordeel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>															
Wat ging er goed (S):	<input type="text"/>																	
Wat kan er beter (S):	<input type="text"/>																	
Maatschappelijk handelen																		
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3
Ma niveau:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	O	V	B															
<input type="checkbox"/> Ma oordeel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>															
Wat ging er goed (Ma):	<input type="text"/>																	
Wat kan er beter (Ma):	<input type="text"/>																	



## Competenties KPB Ochtendoverdracht (vervolg)

Reflecteren																		
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3
R niveau:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	O	V	B															
<input type="checkbox"/> R oordeel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>															
Wat ging er goed (R):	<input type="text"/>																	
Wat kan er beter (R):	<input type="text"/>																	
Advies/afspraken:	<input type="text"/>																	

## Bijlage 5 PDSA-formulier en voorbeeld

### Voorbeeld PDSA voor anticiperend beleid voor het weekend

<b>PLAN</b>	
Welke verandering testen?	Afspreken anticiperend beleid bij weekendoverdracht
Welke resultaten verwacht?	Adequate en tijdige interventie door de dienstdoende bij een bepaalde toestand van de patiënt
<b>DO</b>	
Hoe testen?	Aankomende vrijdag wordt voor vijf patiënten het anticiperend beleid afgesproken voor het weekend. De dienstdoende zaalarzt bepaalt op vrijdag het anticiperend beleid voor het weekend in overleg met de supervisor. Het anticiperend beleid wordt beschreven in de schriftelijke overdracht en besproken in de mondelinge weekendoverdracht.
Hoe testresultaten meten?	Tijdens de overdracht op maandagochtend wordt besproken of het anticiperend beleid adequaat was met de dienstdoende arts(-assistenten). De ervaringen met het bepalen, beschrijven, bespreken en indien van toepassing het uitvoeren van het anticiperend beleid worden geëvalueerd.
<b>STUDY</b>	
Wat zijn resultaten test?	Conclusie bespreking maandagochtend: Bij twee patiënten kon snel ingegrepen worden bij de geanticipeerde ontwikkelingen in de toestand van de patiënt (b.v. Hb gedaald onder afkapwaarde). Voor de andere drie patiënten was het anticiperend beleid onvoldoende gespecificeerd.
Wat valt op? Wat geleerd?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder zoeken tijdens de dienst door het anticiperend beleid.</li> <li>• Benodigde actie dient concreter omschreven te worden (niet alleen antibiotica, maar ook welk middel op grond van de reeds bekende resultaten van eerder afgenomen kweken).</li> </ul>
<b>ACT</b>	
Aanpassen en nieuwe PDSA starten?	Aankomende vrijdag wordt het anticiperend beleid voor tien patiënten afgesproken voor het weekend.
Vervolgstappen voor implementatie?	Als de optimale werkwijze ontstaan is na meerdere testen en de vakgroep overtuigd is van het nut, wordt het anticiperend beleid definitief toegevoegd aan het overdrachtsformulier voor de schriftelijke overdracht en de checklist voor de mondelinge overdracht. De procedure voor dienstoverdrachten en het inwerkprogramma voor nieuwe arts-assistenten wordt geactualiseerd.

## PDSA-formulier

PDSA-eigenaar:

Datum:

<b>PLAN</b>	
Welke verandering testen?	
Welke resultaten verwacht?	
<b>DO</b>	
Hoe testen?	
Hoe testresultaten meten?	
<b>STUDY</b>	
Wat zijn resultaten test?	
Wat valt op? Wat geleerd?	
<b>ACT</b>	
Aanpassen en nieuwe PDSA starten?	
Vervolgstappen voor implementatie?	

## Colofon

Deze uitgave is ontwikkeld door de Nederlandse Internisten Vereniging in samenwerking met het CBO. Voor meer informatie: [secr@niv.knmg.nl](mailto:secr@niv.knmg.nl), tel: 030 282 3229

© Nederlandse Internisten Vereniging, 2013