



Het Rijnstate ziekenhuis maakt bij de overdracht nieuwe stijl gebruik van gelijktijdige projectie van röntgenbeelden en elektronisch dossier.

Ziekenhuis Rijnstate zet traditionele vergadercultuur over boord

De overdracht stelt nieuwe eisen

dr. W.J. Rijnberg, orthopedisch chirurg Ziekenhuis Rijnstate en voorzitter Centrale Opleiding Commissie Rijnstate

dr. F.H. Bosch, internist/intensivist en tot voor kort medisch manager Leerhuis

A. Straus-Pickard, MSc, HRD-adviseur Leerhuis

prof. dr. Th. Voorn, huisarts en em. hoogleraar huisarts-geneeskunde

Correspondentieadres:
wrijnberg@alysis.nl,
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Terwijl de deelnemers aan de dienstoverdracht in aantal en variëteit allang ingrijpend zijn veranderd, is de manier van communiceren als vanouds. Een onverantwoord anachronisme, met alle risico's van dien voor de patiënt.

De rol van de overdracht kan nauwelijks worden overschat. De kans op communicatiefouten is groot, met soms ernstige gevolgen voor de patiënt. Ook is de overdracht een hulpmiddel om de groepscohesie te bewaren in een tijd waar multi-locatieziekenhuizen soms het karakter van een duiventil krijgen.

Maar al decennialang vinden er in ziekenhuizen op min of meer historische wijze overdrachten plaats, zowel intradisciplinair (de dienstoverdracht) als interdisciplinair.

Meer deelnemers

Interdisciplinaire overdracht is recentelijk onderzocht in het kader van patiëntveiligheid door Van Rensen c.s. (2009).¹ De literatuur geeft echter weinig informatie over de intradisciplinaire overdracht. Terwijl het hoog tijd is ook deze overdracht tegen het hedendaagse licht te houden. Immers, in de loop der tijd zijn steeds meer factoren ontstaan die een goede informatieoverdracht bemoeilijken. Zo is het aantal deelnemers aan de overdracht, een van de belangrijkste samenkomstmomenten van de

dag, gestaag gegroeid. Niet alleen zijn er meer specialisten dan vroeger, ook leidden fusies van ziekenhuizen tot omvangrijkere afdelingen, zodat het aantal aanwezigen bij de overdracht almaar is toegenomen. Het aantal parttimers is flink gestegen, waardoor altijd een deel van hen de overdracht moet missen. Tot slot zijn er de

nodige functies bijgekomen, zeker in opleidingsklinieken, waar de patiëntenzorg wordt gecombineerd met onderwijs: aios, physician assistants en nurse practitioners.

Qua tijdsbelasting kost een overdracht van een kwartier, waar bijvoorbeeld dertig artsen en tien coassistenten bij aanwezig zijn, feitelijk tien 'manuren'. Aan zo'n overdracht mogen en moeten ook vanuit die optiek hoge efficiëntie- en kwaliteitseisen worden gesteld.

Sociaal netwerk over de overdracht



De auteurs nodigen collega's uit de overdracht in de eigen zorginstelling eens kritisch tegen het licht te houden. Medisch Contact heeft hiervoor op het sociaal netwerk mijnverantwoordelijkheid.ning.com de groep 'de overdracht' gecreëerd. In deze afgeschermdede omgeving kunt u uw ervaringen over de overdracht met elkaar delen. U kunt hier bijvoorbeeld video's van de overdracht aan elkaar tonen. Aanmelden voor de discussiegroep in het sociaal netwerk en het gebruik ervan zijn kosteloos.

Kritisch

In het Rijnstate ziekenhuis te Arnhem hebben we de ochtendoverdracht van de maatschappen chirurgie-orthopedie (die hier één maatschap vormen) en interne geneeskunde kritisch geanalyseerd door video-opnames te maken en deze eerst in kleine kring en later met de medische staf en aios's te bekijken en te analyseren. Op grond van deze analyse en de

Aandachtspunten bij de overdracht

Doel

Het doel van de overdracht moet duidelijk zijn. Gaat het zuiver om overdracht van patiënteninformatie of is er ook ruimte voor educatie en zo ja, hoeveel tijd is daarvoor beschikbaar? Wordt van de groep beleid gevraagd? Moet de overdracht beperkt zijn tot het praten over patiënten (vrijwel altijd is het mogelijk om daar goed een leermoment aan te verbinden) of kan men dit combineren met een referaat of presentatie?

Wie?

Is het essentieel dat allen bij de overdracht aanwezig zijn of kan men volstaan met een beperkte groep die wat meer tijd beschikbaar heeft?

Tijdstip

's Morgens vroeg heeft niemand een excuus om te laat te zijn. Precies op tijd beginnen is belangrijk om de laatkomers niet te belonen. Ook moet er een eindtijd zijn.

Inhoud

Nieuwe ziekenhuisinformatiesystemen maken het mogelijk dat gegevens ook buiten de overdracht voor verantwoordelijke personen beschikbaar zijn. Het is dan ook goed om kritisch te bekijken welke informatie wel en welke niet mondeling overgedragen en bediscussieerd moet worden. Vooral presenterende

aios zijn geneigd compleet te willen zijn. Er is behoefte aan bondige relevante informatie: wat is de diagnose, wat moet nog onderzocht worden, hoeveel spoed is erbij en wie regelt wat wanneer?

Documentatie

Wordt er ook (digitaal) vastgelegd wat is afgesproken op de overdracht? Dat kan belangrijk zijn bij verandering in beleid maar ook voor degenen die niet aanwezig zijn, zoals collega's die een dagdeel op een andere locatie werkzaam zijn of die parttime werken.

Voorzitter

Is er een voorzitter die de leiding heeft en toeziet op de voortgang? Men kan kiezen voor een wisselend voorzitterschap en juist niet voor de opleider. Een aios kan bijvoorbeeld een bepaalde periode voorzitter zijn om zich zo de competenties leiding geven en organiseren eigen te maken.

Goede instructie

Degene die de overdracht leidt (veelal de dienstdoende aios) moet tevoren goed door de opleider zijn geïnstrueerd. Niet alleen over wat hij of zij presenteert maar ook over hoe dat gebeurt. Feedback heeft een veilige omgeving nodig: wat gaat goed, wat kan beter?

Er zijn functies bijgekomen zoals de nurse practitioner en de physician assistant



De literatuurlijst en een link naar het sociale netwerk (zie kader) vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

daaropvolgende discussie hebben we een aantal speerpunten opgesteld (zie kader). Bespreking van de videobeelden met een groep medisch specialisten, opleiders en aios heeft geleid tot een kritische heroriëntatie op de overdracht. Daarbij zijn voor ieder specialisme aparte afspraken gemaakt waarin de in het kader omschreven aandachtspunten doorgenomen zijn. Binnenkort gaan wij deze resultaten staffbreed bespreken. Na een periode van heroverwegen en implementatie van een eventueel nieuwe wijze van overdragen, zullen opnieuw videobeelden worden gemaakt om met elkaar te bespreken welke veranderingen zichtbaar zijn, welke niet en waarom niet. Intussen zijn reacties op en discussie over onze aanpak welkom. 

Opstelling

In vele klinieken zit men nog in een theateropstelling, met de co-assistenten helemaal achteraan verscholen en alle stafleden bij elkaar op een vast plekje. Aangetoond is dat met name een ovale tafelopstelling de communicatie bij vergaderingen verbetert.¹ Het voorkomt ongemerkt indutten. Zet de co-assistenten eens vooraan, dat werkt enthousiasmerend.

Visuele hulpmiddelen

Radiodiagnostische beelden en laboratoriumwaarden worden veelal met een beamer geprojecteerd. Het scheelt veel tijd als de beelden tevoren op relevantie zijn geselecteerd en als er twee beamers zijn, zodat röntgenbeeld en laboratoriumwaarden naast elkaar in plaats van na elkaar kunnen worden gepresenteerd (zie foto). Degene die de patiënten overdraagt moet niet ook de computer bedienen. 'Multitasking' vergroot in deze het risico op fouten.²

Vorbereiding

Degene die de patiënten presenteert moet de overdracht goed voorbereiden. Voldoende voorbereidingstijd beschikbaar stellen is een prima investering. Valt er veel over te dragen, dan kunnen patiënten met enkelvoudige problematiek heel kort worden gepresenteerd (gebroken heup; geopereerd) ten bate van diegenen voor wie collegiaal overleg nodig is en vloer wie beleid moet worden gemaakt. Dus: als het kort kan, houd het dan kort!

veldwerk

Weg met het eindexamen

Het is niet gemakkelijk om geneeskunde te gaan studeren. Veel faculteiten hanteren steeds meer selectie aan de poort waardoor de beschikbare plaatsen voor de (gewogen) loting allengs minder worden. Het belang van een hoog eindexamencijfer neemt dus ook steeds meer toe. Maar de kans daarop is niet overall gelijk. De huidige ongelijkheid wordt veroorzaakt doordat sommige scholen de lat voor het schoolexamen – de toetsen tijdens het jaar – wel erg laag leggen zodat hun leerlingen met een mooi gemiddelde het centraal examen ingaan. Op dergelijke scholen zullen de leerlingen op het centraal examen – het landelijk examen – dus (aanzienlijk) lager scoren dan op het schoolexamen. Het omgekeerde is het geval bij de scholen die hoge eisen aan hun leerlingen stellen.

De prachtige gedachte dat het toch niet eerlijk is dat de toekomst van onze kinderen afhankelijk is van één enkel examen – hoewel dat in vele andere landen wel het geval is – heeft tot een andere ongelijkheid geleid, en wel ten nadele van de talentvolle leerlingen en de meer gewetensvolle scholen waar zij vaak vertoeven. Is er sprake van gelijke kansen als op de ene school het halen van een 8 gemiddeld makkelijker wordt gemaakt door een behulpzame schoolleiding terwijl op de andere school de eisen (terecht) veel hoger liggen? Recent heeft O&W dit ook ingezien, en scholen waar de leerlingen tijdens het centraal examen duidelijk lager scoren dan op het schoolexamen kunnen nu hun examenbevoegdheid kwijtraken. Dit gaat een eindje in de goede richting. Maar misschien moeten we helemaal van dat eindexamen af en de universiteiten laten kiezen. Dan kunnen we eindelijk de lat zo hoog leggen als we zelf willen. En, zoals u zult zien, in deze platte wereld gaat de lat vanzelf omhoog. Langzaam. Maar heel erg zeker.

René Kahn,
psychiater

Referenties

1. Visch P Aangetoonde effecten van het kantoorinterieur. Alphen aan den Rijn: Kluwer; 2009.
2. Rensen EL van, Thieme Groen ES, Bates K, Numan SC, Berens C, Smit MJ, Cremer OL, Kalkman CJ Multitasking during patient handover in the recovery room: videotaped handovers show simultaneous transfer of equipment and information. Abstract International Scientific Symposium on Improving the Quality and Value of Health Care, December 7, 2009, Orlando, Florida, USA.